

ROGER GOULART MELLO
PATRÍCIA GONÇALVES DE FREITAS
(ORGANIZADORES)

ENFERMAGEM:

PESQUISAS E PRÁTICAS
NO CUIDADO E ASSISTÊNCIA A SAÚDE

2



2020

ROGER GOULART MELLO
PATRÍCIA GONÇALVES DE FREITAS
(ORGANIZADORES)

ENFERMAGEM:

PESQUISAS E PRÁTICAS

NO CUIDADO E ASSISTÊNCIA A SAÚDE

2



2020

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

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: PESQUISAS E PRÁTICAS NO CUIDADO E ASSISTÊNCIA A SAÚDE, Vol. 2

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

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

Conselho Editorial

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

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

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

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

Dr^a Danyelle Andrade Mota – Universidade Tiradentes

Me. Doutorando Mateus Dias Antunes – Universidade de São Paulo

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

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

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

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

Me. Doutorando Milson dos Santos Barbosa – Universidade Tiradentes

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



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

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

E56 Enfermagem [recurso eletrônico] : pesquisas e práticas no cuidado e assistência à saúde 2 / Organizadores Roger Goulart Mello, Patrícia Gonçalves de Freitas. – Rio de Janeiro, RJ: e-Publicar, 2020.

Formato: PDF

Requisitos de sistema: Adobe Acrobat Reader

Modo de acesso: World Wide Web

Inclui bibliografia

ISBN 978-65-87207-89-6

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

CDD 610.73

Elaborado por Maurício Amormino Júnior – CRB6/2422

Editora e-Publicar

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



2020



Apresentação

É com grande satisfação que a **Editora e-Publicar** vem apresentar a obra intitulada **“Enfermagem: Pesquisas e práticas no cuidado e assistência a saúde, volume 2”**. Neste livro, engajados pesquisadores e profissionais do segmento contribuíram com suas pesquisas e experiências profissionais com o objetivo de proporcionar uma coletânea de estudos.

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

Desejamos a todos uma excelente leitura!

Patrícia Gonçalves de Freitas
Roger Goulart Mello
Equipe e-Publicar



SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO.....05

CAPÍTULO 1 – ASPECTOS SOBRE GESTANTES E LACTANTES PORTADORAS DO VÍRUS HIV E O PAPEL DO PROFISSIONAL DA ENFERMAGEM.....12

Briza Brito Nascimento
Luana Guimarães da Silva
Guilherme Augusto de Matos Teles

CAPÍTULO 2 – ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM A PACIENTE PORTADORA DA SÍNDROME DE HELLP.....27

Luciana Da Cruz Costa
Luana Guimarães da Silva
Guilherme Augusto de Matos Teles

CAPÍTULO 3 – A PREVENÇÃO E O CONTROLE DE INFECÇÕES HOSPITALARES RELACIONADAS À ASSISTÊNCIA DE SAÚDE, SEGURANÇA DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE E PACIENTES: HIGIENIZAÇÃO DAS MÃOS.....36

Alessandra Moura Afonso
Luana Guimarães da Silva
Guilherme Augusto de Matos Teles

CAPÍTULO 4 – A IMPORTÂNCIA DAS AÇÕES EDUCATIVAS DO ENFERMEIRO DURANTE A CONSULTA DE ENFERMAGEM NO PRÉ-NATAL.....44

Joyce Amancio de Lima
Luana Guimarães da Silva
Guilherme Augusto de Matos Teles

CAPÍTULO 5 – PAPEL DO EFERMEIRO NAS INSTITUIÇÕES DE LONGA PERMANÊNCIA PARA IDOSOS.....54

Revane Pereira
Luana Guimarães da Silva
Guilherme Augusto de Matos Teles

CAPÍTULO 6 – DIAGNÓSTICO E NOTIFICAÇÃO DE SÍFILIS NOS SERVIÇOS DA ATENÇÃO BÁSICA.....61

Jobe Lino Ferreira
Cleuma Sueli Santos Suto
Jones Sidnei Barbosa de Oliveira
Ivana Santos Pinto
Diana Santos Sanchez
Laura Emmanuela Lima Costa
Fabiola Barbosa Cardoso

CAPÍTULO 7 – ANÁLISE DA OCORRÊNCIA DE DISTÚRBIOS EMOCIONAIS EM ENFERMEIROS QUE ATUAM NO SETOR DE ONCOLOGIA.....81

Juliana Maria da Silva
Lorena Alencar Sousa
Joanderson Nunes Cardoso
Diego Ravelly dos Santos Callou
Amanda Cristina Araújo Cavalcante
Uilna Natércia Soares Feitosa
Cintia de Lima Garcia
Regina Petrola Bastos Rocha

CAPÍTULO 8 – EDUCAÇÃO EM SAÚDE COM USUÁRIOS DO PROGRAMA HIPERDIA: RELATO DE EXPERIÊNCIA.....99

Marcelino Maia Bessa
Thaina Jacome Andrade de Lima
Izrael Gomes da Silva
Ivson dos Santos Gonçalves
Layane da Silva Lima
Francisco Glérison Vieira

CAPÍTULO 9 – DO CRIAR AO CUIDAR: RELATO DE EXPERIÊNCIA.....107

Maria Eysianne Alves Santos
Laíne Silva Soares
Lívia Katarina Alves Amaral
Ecrislane Albino da Silva
Rozenilda Nascimento de Araújo
Patrícia Aciole de Barros Lima
Monique Suiane Cavalcante Calheiros

CAPÍTULO 10 – CÂNCER CERVICO-UTERINO E O EXAME CITOPATOLÓGICO EM IDOSAS: A CORRESPONSABILIZAÇÃO NO CUIDADO A SAÚDE.....114

[Maria Izabel dos Santos Nogueira](#)

CAPÍTULO 11 – ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM A UM IDOSO COM GLIOBLASTOMA MULTIFORME: UM RELATO DE EXPERIÊNCIA.....122

[Larissa dos Santos Brandão](#)
[Jessica de Melo Albuquerque](#)
[Marina Tenorio Figo](#)

CAPÍTULO 12 – MÉTODO CANGURU: ASSISTÊNCIA HUMANIZADA AO RECÉM NASCIDO DE BAIXO PESO.....129

[Nicoly Lima Sobrinho](#)

CAPÍTULO 13 – CONHECIMENTO DAS GESTANTES A RESPEITO DA CITOLÓGIA ONCÓTICA NA GESTAÇÃO: MITOS E DESAFIOS.....141

[Raylinne Alencar de Oliveira](#)
[Paula Suene Pereira dos Santos](#)
[Lucenir Mendes Furtado Medeiros](#)
[Rayanne de Sousa Barbosa](#)
[Layane Ribeiro Lima](#)

CAPÍTULO 14 – RESILIÊNCIA E CICLO GRAVÍDICO-PUERPERAL EM MÃES COM HIV/AIDS.....151

[Regina Lígia Wanderlei de Azevedo](#)
[Marília de Freitas Lima](#)
[Dayane Santos Queiroz](#)

CAPÍTULO 15 – ATENÇÃO À SAÚDE DA PESSOA IDOSA A PARTIR DA POLÍTICA NACIONAL DE HUMANIZAÇÃO E DO ESTATUTO DO IDOSO.....170

[Ricardo Lourenço da Silva](#)
[Roberta Machado Alves](#)
[Lauranery de Deus Moreno](#)

CAPÍTULO 16 – ASSISTÊNCIA INTEGRAL DE ENFERMAGEM AO IDOSO COM PARKINSON: UMA REVISÃO DA LITERATURA.....176

Samara Raquel de Sousa Rocha
Luzianne Teotônio Cavalcanti
Patrício de Almeida Costa
Maria Paula Ramalho Barbosa
Navara Ariane Laureano Gonçalves

CAPÍTULO 17 – ESTADO NUTRICIONAL E ALTERAÇÕES NO COMPORTAMENTO ALIMENTAR DE INDIVÍDUOS EM TRATAMENTO QUIMIOTERÁPICO.....185

Sandra Tavares da Silva

CAPÍTULO 18 – ESTÁGIO CURRICULAR OBRIGATÓRIO NUM CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL DO SUDESTE GOIANO: RELATO DE EXPERIÊNCIA.....196

Marcos Vinícius de Oliveira
Ervelg Moura Tomé
Renato Pereira Neto
Thiago Eduardo de França

CAPÍTULO 19 – FATORES RELACIONADOS À TERAPÊUTICA DA HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA: UMA REVISÃO INTEGRATIVA.....205

Aline Tavares Gomes
Ticianne da Cunha Soares
Jaciane Santos Marques
Mickaella Alves Rodrigues dos Santos
Tamires da Cunha Soares
Matheus Henrique da Silva Lemos
Vanessa Maria Oliveira Viana

CAPÍTULO 20 – REPRESENTAÇÕES SOCIAIS DE ADOLESCENTES ESCOLARES SOBRE A INSTITUCIONALIZAÇÃO NA VELHICE: ABORDAGEM PROCESSUAL.....219

Ana Carolinne Sousa da Silveira Diógenes
Ticianne da Cunha Soares
Bernardo Rafael Blanche
Francisca Tereza de Galiza

CAPÍTULO 21 – ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM AO PORTADOR DA DOENÇA DE ALZHEIMER E SEUS CUIDADORES.....231

Cleudiane Nascimento Sousa
Paulo Daniel Maria
Wanderson Rocha Oliveira
Márcio Fraiberg Machado

CAPÍTULO 22 – INFLUÊNCIA DA TERAPIA COM REDE NO FAVORECIMENTO DO PADRÃO MOTOR E GANHO DE PESO EM RECÉM-NASCIDOS PRÉ-TERMINOS.....243

Manoella Carla de Almeida Dias
Maria Alzira da Costa Alecrim
José Victor da Costa Alecrim Neto
Elvis Moura Pereira Costa
João Victor da Costa Alecrim

CAPÍTULO 23 – IMPLANTAÇÃO DE INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO DE DESEMPENHO NA ORGANIZAÇÃO DE GESTÃO DO TRABALHO NO MUNICÍPIO DE SÃO TOMÉ RN.....258

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



CAPÍTULO 1

ASPECTOS SOBRE GESTANTES E LACTANTES PORTADORAS DO VÍRUS HIV E O PAPEL DO PROFISSIONAL DA ENFERMAGEM

Briza Brito Nascimento, Graduada de Enfermagem, FMB DF
Luana Guimarães da Silva, Enfermeira, FMB DF
Guilherme Augusto de Matos Teles, Enfermeiro, FMB DF

RESUMO


Nesse sentido o trabalho visa responder a seguinte indagação: Quais os desafios enfrentados por mães portadoras do HIV e o papel do profissional da enfermagem nesse processo? O objetivo geral é delinear a realidade enfrentada por gestantes e lactantes portadoras do vírus HIV. Os objetivos específicos são pesquisar quais as dificuldades enfrentadas por mulheres gestantes e lactantes portadoras do vírus HIV; demonstrar a atuação do profissional de enfermagem na assistência a mulheres gestantes lactantes portadora do vírus HIV; analisar os obstáculos vivenciados pelos profissionais da saúde ao lidarem com mulheres portadoras de HIV; expor práticas e políticas de saúde pública que contemplem portadores de HIV, sobretudo gestantes e lactantes. O trabalho justifica-se pela realidade de que o uso adequado de medidas preventivas é obstado pela dificuldade de acesso e baixa qualidade do pré-natal, falta de informações da equipe de saúde e da população sobre a progressão da epidemia na população feminina e falta de informações sobre a disponibilidade de medidas efetivas para reduzir esse tipo de transmissão; disponibilidade insuficiente de exames na rede; e a dificuldade em obter resultados após a solicitação do teste. Nesse âmbito, o enfermeiro tem função fundamental, ao gerar melhores informações, tratamento e orientação para mulheres gestantes do HIV.

PALAVRAS-CHAVE: Gestante. HIV. Pré-natal.

INTRODUÇÃO

A infecção pelo Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV) permanece como um dos maiores problemas da saúde pública global, já tendo matado 35 milhões de vidas. No ano de 2016, 1 milhão de indivíduos no planeta vieram a óbito em função de complicações de infecção. No final de 2016, aproximadamente 36,7 milhões de pessoas em todo o mundo estavam infectadas pelo HIV (WHO, 2017).

Nesse raciocínio, os diagnósticos de enfermagem no cuidado às pessoas com HIV (PVHIV) são importantes para o planejamento de intervenções e subsídio de decisões, com o objetivo de proporcionar um cuidado integral, humanizado e individualizado, assim também com para ajudar a melhorar a qualidade de vida dessas pessoas.



O desenvolvimento da infecção em virtude do vírus da imunodeficiência humana (HIV) prossegue representando desafios para os vários segmentos científicos, políticos e sociais. A epidemia também é diversa e complexa de conter. A pessoa com o vírus não tem necessariamente AIDS e pode viver na fase assintomática por anos (LIMA, 2016).


A introdução da terapia anti-retroviral em meados da década de 90 reduziu bastante a incidência e a mortalidade do HIV, mas não impediu que essas pessoas sucumbissem a infecções oportunistas. Conquanto, estudos atualizados despontaram um aumento da incidência de eventos coronarianos em pacientes com HIV tratados com medicamentos anti-retrovirais (ARV) (HSUE, 2005).

Com um diagnóstico sorológico positivo para o HIV durante a gravidez, a enfermagem desempenha um papel importante, caracterizado nos processos de admissão, apego e educação em saúde. É notório que quanto mais cedo o diagnóstico e o tratamento, maiores as possibilidades de evitar a transmissão vertical. Nesse contexto, é importante que os profissionais de saúde ampliem sua compreensão de como as mulheres se sentem quando descobrem a soropositividade para o HIV e revisem as estratégias usadas para fazer seu próprio diagnóstico e a possibilidade de transmissão vertical. Dessa forma, existem elementos para melhorar a qualidade do atendimento a essas mulheres (SANTOS, 2010).

Nesse sentido o trabalho visa responder a seguinte indagação: Quais os desafios enfrentados por mães portadoras do HIV e o papel do profissional da enfermagem nesse processo?

O objetivo geral é delinear a realidade enfrentada por gestantes e lactantes portadoras do vírus HIV. Os objetivos específicos são pesquisar quais as dificuldades enfrentadas por mulheres gestantes e lactantes portadoras do vírus HIV; analisar os obstáculos vivenciados pelos profissionais da saúde ao lidarem com mulheres portadoras de HIV; expor práticas e políticas de saúde pública que contemplem portadores de HIV, sobretudo gestantes e lactantes.

O trabalho justifica-se pela realidade de que o uso adequado de medidas preventivas é obstado pela dificuldade de acesso e baixa qualidade do pré-natal, falta de informações da equipe de saúde e da população sobre a progressão da epidemia na população feminina e falta de informações sobre a disponibilidade de medidas efetivas para reduzir esse tipo de transmissão; disponibilidade insuficiente de exames na rede; e a dificuldade em obter



resultados após a solicitação do teste. Nesse âmbito, o enfermeiro tem função fundamental, ao gerar melhores informações, tratamento e orientação para mulheres gestantes do HIV.

HISTÓRICO SOBRE A AIDS


A AIDS é uma doença que afeta o sistema imunológico e é causada pelo vírus da imunodeficiência humana (HIV). É transmitida por contato sexual, exposição a sangue infectado ou fluidos orgânicos da mãe para o recém-nascido (transmissão vertical) durante o período perinatal. Muitos fatores estão relacionados à maior possibilidade de transmissão do HIV de mãe para filho.

Em 1983, Luc Montagnier, um cientista francês do Instituto Pasteur em Paris, descobriu um vírus da AIDS chamado HIV. Antes de ser assim chamado, o HIV foi nomeado após LAV e HTLVIII. Após uma série de estudos clínicos e epidemiológicos, foi determinada a identificação dos principais modos de transmissão (sexo e sangue) da doença. Contudo, existem atitudes discriminatórias e preconceituosas ao revelar as formas de infecção pelo HIV (SPRINTZ, 1999).

A AIDS não pode ser curada, mas a infecção pode ser controlada pelo controle de medicamentos específicos (como os antirretrovirais AZT e DDI), que podem reduzir a reprodução do vírus no corpo, retardando assim a deterioração da infecção. O diagnóstico da infecção pelo HIV é feito por meio de exames laboratoriais (amostras de sangue). Esse teste é chamado de teste anti-HIV e um dos métodos usados é o ELISA. Este método só é eficaz após cerca de doze semanas de infecção. O intervalo entre a infecção e a possibilidade de detecção de anticorpos por técnicas laboratoriais é denominado "janela imunológica" (PARKER, 2008).

Em dez anos, a taxa de detecção de HIV de gestantes aumentou 23,8%. No ano de 2006, a taxa de incidência detectada foi de 2,1 casos a cada mil nascidos vivos. Já no 2016, aumentou para 2,6 casos por mil nascidos vivos. Com exceção do Sudeste, a tendência de crescimento também é visível em todas as regiões do Brasil, com 2,2 casos por 1.000 nascidos vivos em 2006 e 2,0 casos em 2016 (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2017).

Desde 1989, no Brasil, as estratégias de testagem e aconselhamento ocupam o centro das atenções nos programas de prevenção. As sugestões integram a ação proposta pelo Programa Nacional de Aids, que se fundamenta na lógica antes e depois do teste para o HIV.



Até então, os métodos de teste visavam o apoio emocional e na aceitação da doença (FONSECA et al, 2012).

O acréscimo da incidência de AIDS entre as mulheres, notadamente mulheres em idade fértil, levou a um forte aumento no número de crianças infectadas pela transmissão vertical (TV). No entanto, o relatório do Fundo das Nações Unidas para infância (UNICEF) sobre a TV por HIV afirma que entre 2001 e 2012, o número de novos casos de HIV entre crianças diminuiu 50%. Isso sugere que, dependendo das ações preventivas tomadas, é possível reduzir a taxa de infecção pelo HIV (MIRANDA et al., 2016).


A AIDS é uma doença em que o sistema imunológico de pessoas gravemente infectadas pelo HIV está comprometido. Sua evolução pode ser dividida em três estágios: infecção aguda, infecção assintomática e AIDS. A fase aguda é qualificada por sinais de síndrome viral, caracterizada por febre, calafrios, sudorese, mialgia, cefaleia, dor de garganta, linfadenopatia sistêmica e erupção cutânea. A AIDS é a manifestação mais grave. Ela ocorre quando a imunidade do paciente muda, a duração da febre é prolongada, diarreia crônica, perda de peso significativa (mais de 10% do peso anterior da pessoa), sudorese, fraqueza e adenomas (PARKER, 2008).

Não há cura para a AIDS, mas a infecção pode ser controlada com o uso de medicamentos específicos (como os antirretrovirais AZT e DDI). Esses medicamentos podem reduzir a reprodução do vírus no corpo, retardando a deterioração da infecção. O diagnóstico da infecção pelo HIV é feito por meio de exames laboratoriais (amostras de sangue) (PARKER, 2008).

REDE DE APOIO À GESTANTE PORTADORA DE HIV

A carência de uma rede básica de apoio dificulta a procura de ajuda pelas mulheres. A falta de amparo quando o companheiro/cônjuge não está presente na gravidez ou o parto, afeta a maneira como a gravidez é vivida. Em alguns estudos, as mulheres relataram falta de apoio do parceiro assim que anunciaram que estavam grávidas; alguns deles foram inicialmente aceitos e mudaram suas atitudes ao longo do tempo. A falta do pai da criança faz com que a gestante se sinta deprimida e desamparada como um prenúncio do abandono (MATAYA, 2013).

O ceio familiar é apontada como fonte fundamental de renda dessas mulheres. Contudo, após o diagnóstico a gestante pode sofrer críticas de familiares. Esses conflitos nas



relações familiares continuam sendo decorrentes da carência de esclarecimento sobre a doença, bem como do preconceito e por parte dos membros da família (LANGENDORF, 2011).

Destaca-se que a vida familiar da pessoa soropositiva com AIDS é abalada por um sentimento de solidão e isolamento da pessoa que possui HIV / AIDS, o que indica a importância do apoio familiar no processo de adaptação a um novo estado de vida (SCHERER, 2009).

FORMAS DE CONTAMINAÇÃO DO FETO E RECÉM NASCIDO

Entre as várias maneiras de transferência do HIV está a transmissão vertical, que acontece na gestação, o parto ou a amamentação. Sabendo-se que a faixa etária em idade reprodutiva é a mais afetada pela infecção, a incidência de infecção vertical (TV) é conseqüentemente elevada (VIEIRA, 2011).

No entanto, observou-se que fatores como pobreza, baixo estudo e marginalização social estão associados a uma maior taxa de dispersão da infecção pelo HIV na sociedade e, portanto, têm as conseqüências de vincular a transmissão materno-infantil. Esses fatores estão associados à não adesão à profilaxia (CECHIM, 2007).

No Brasil e no mundo, a transmissão vertical do HIV (vírus da imunodeficiência humana) é responsável por cerca de 80% a 90% dos casos de AIDS. A idade do bebê infectado pelo HIV da mãe não é conhecida, mas pode ser inferida a partir de evidências clínicas laboratoriais. A evolução clínica das crianças infectadas pelo HIV demonstra que em torno de 10% a 30% das crianças iniciam o desenvolvimento dos sintomas nos primeiros meses de vida, semelhantes a outras infecções adquiridas no útero. A maior parte só desenvolve sintomas alguns anos depois, o que indica que a transmissão ocorre principalmente durante o parto (MOFFERSON, 1999).

Em 1994, foi publicado nos Estados Unidos o estudo ACTG 076 (Aids Clinical Trial Group), no qual o AZT era usado em gestantes, no parto e em recém-nascidos como profilaxia no caso de transmissão vertical do HIV. Esses estudos mostraram uma diminuição significativa da taxa vertical de 25,5% para 8,3% (CONNOR, 1994).

No Brasil, desde 1995, o uso profilático do AZT é recomendado e divulgado pelo Ministério da Saúde, que recomenda a partir da 14ª semana de gestação, durante o parto e no recém-nascido (RN) por 6 semanas (BRASIL, 1999).



O conhecimento do estado sorológico e o diagnóstico precoce da infecção pelo HIV permitem que medidas sejam tomadas para reduzir significativamente o risco de transmissão vertical do HIV. Segundo as recomendações do Ministério da Saúde, a testagem e a consulta são imprescindíveis e fazem parte do pré-natal, sendo que o Ministério da Saúde preconiza a testagem no primeiro trimestre ou na primeira consulta de pré-natal e sua repetição no terceiro trimestre (DUARTE, 2007).

No Brasil, a maioria dos casos de transmissão vertical do HIV ocorre durante o parto e o restante ocorre intra-uterino, principalmente nas últimas semanas de gravidez, com risco adicional de transmissão pós-parto através da amamentação. A amamentação apresenta riscos adicionais de transmissão que são renovados toda vez que a criança é exposta à mama (CAVALCANTE et al, 2005).

Sem qualquer intervenção durante a gravidez, a taxa de transmissão vertical do HIV está entre 25% e 30%. Dentro dessa faixa, 25% remetem à transmissão intrauterina e 75% à transmissão intraparto. O protocolo nº 076 conduzido pelo Pediatric AIDS Clinical Trial Group (PACTG 076) é o primeiro estudo clínico usando terapia anti-retroviral para reduzir a taxa de transmissão vertical do HIV. Este é um estudo randomizado e controlado por placebo. O esquema utilizado incluiu zidovudina oral (AZT) na semana 14, AZT intravenoso (EV) 4 horas antes do parto e solução oral de AZT para recém-nascidos por 6 semanas. Esta intervenção reduziu a taxa de transmissão vertical do HIV em 67,5%.

A manutenção do regime anti-retroviral deve ser assegurada após o parto. A mulher deve ser encaminhada após o parto à sua unidade de saúde, para realizar acompanhamento de rotina, planejamento reprodutivo e outras necessidades ginecológicas e de saúde infantil (SOUTO, 2011).

PAPEL DO ENFERMEIRO DURANTE A GESTAÇÃO, PARTO E PUERPÉRIO

O conhecimento do estado sorológico e o diagnóstico precoce do contágio pelo HIV permitem que medidas sejam tomadas para reduzir significativamente a chance de transmissão vertical do HIV. Segundo as recomendações do Ministério da Saúde, a testagem e a consulta são imprescindíveis e fazem parte do pré-natal, sendo que o Ministério da Saúde preconiza a testagem no primeiro trimestre ou na primeira consulta de pré-natal e sua repetição no terceiro trimestre (DUARTE, 2007).



Uma gestante que possui o vírus HIV necessita do apoio e profissionalismo do grupo de enfermagem. Assim, esse deve seguir os protocolos, tratar com descrição e respeito a condição de soropositivo da mulher, bem como fornecer-lhe o amparo que estiver ao seu alcance e dever.

Na rede de apoio secundária as mulheres são responsáveis pelo pré-natal, infecção e parentalidade dos bebês. Em algumas situações, a rede de saúde constitui-se como o único suporte para as gestantes/lactantes, pois em muitos casos, os indivíduos que sabem seu diagnóstico ficam restritas aos profissionais de saúde do serviço (LANGENDORF, 2011).

Há quem descreva a maternidade como "preconceituosa" após mulheres infectadas pelo HIV terem vivenciando discriminação por parte do enfermeiro. Entre outros desvios estava a falta de descrição e adequação aos protocolos de teste de HIV. Há depoimento de uma mulher que fez o teste de HIV sem consentir com o teste. No mesmo trabalho, outra alusão à quebra de sigilo do resultado de um teste de HIV por um profissional de saúde (GALVÃO, 2010).


Fatos como esse mostram que há profissionais de saúde que necessitam ter cautela quanto ao teste de HIV e serem confiáveis em alguns aspectos, a ética exigida antes de o diagnóstico ser feito.

Em estudo efetuado no Brasil, diversas mulheres alegaram que, mesmo em instituições médicas, tentavam esconder a soropositividade por medo de serem discriminadas pelos profissionais médicos ou por receio de expor seu diagnóstico de HIV na comunidade local (DARMONT, 2010).

A falta de compreensão das realidades sociais pelos profissionais de saúde e as dificuldades encontradas pelas mulheres têm levado à não adesão ao pré-natal. Situações como essas são causadas por desinformação, ética e preconceito moral. Isso mostra a falta de humanidade dos enfermeiros e a falta de orientações para o manejo adequado dos pacientes soropositivos. Esses fatos constroem os usuários do serviço (GALVÃO, 2010).

O enfermeiro deve estar atento às necessidades biopsicossociais da mulher infectada pelo HIV, levando em consideração o medo de infectar outros familiares, o isolamento e a culpa, além dos conflitos mentais e problemas reprodutivos, procurando cuidar bem.

O tratamento do HIV / AIDS requer o comprometimento e a responsabilidade do pessoal médico para minimizar os efeitos da equipe e planejar a assistência que atenda às




condições de desenvolvimento do plano de enfermagem de forma eficaz e organizada. Esse instrumento metodológico possibilita ao enfermeiro atingir metas e padrões mínimos de cuidado que conduzam a uma assistência profissional eficaz. Como enfermeiro, é preciso conhecer os sinais e sintomas da doença de seus pacientes para poder avaliar e planejar intervenções que favoreçam mudanças positivas nos problemas que melhorem o estado clínico do paciente (STILLWELL, 2010).

A cesariana eletiva foi considerada uma intervenção eficaz para precaver o contágio do HIV em mulheres que não usaram ARV durante a gravidez e em mulheres que usam apenas AZT. A incidência de doenças pós-parto, definida como febre, infecção do trato urinário, endometrite e embolia, foi maior em mulheres infectadas pelo HIV submetidas a parto cesáreo eletivo do que em mulheres submetidas a parto vaginal. O risco de morbidade após a cesárea eletiva foi intermediário entre o parto normal e a cesárea de emergência. Outros fatores associados a um maior risco de morbidade materna foram doença mais avançada e presença de comorbidades, como diabetes (KONOPKA, 2010).

Uma cesariana planejada deve ser agendada para a 38^a semana de gravidez para prevenir o parto e a ruptura prematura das membranas cório-amnióticas. Lembre-se de que mulheres grávidas com HIV podem iniciar o trabalho de parto uma a duas semanas antes da data prevista. Portanto, é aconselhável discutir essa possibilidade com todas as gestantes que se encontram na mesma situação e orientá-las a comparecer o mais rápido possível em caso de trabalho de parto ou ruptura das membranas cório-amnióticas (KONOPKA, 2010).

Nos seguintes casos, um exame rápido deve ser realizado na admissão e finalmente durante o puerpério: gestantes sem pré-natal; gestantes não testadas no pré-natal; gestantes sem resultados de exames (ou resultados registrados no cartão da maternidade); sem exames no último trimestre de gravidez; sem um segundo resultado de teste; mulheres grávidas em maior risco, como mulheres HIV-negativas cujos parceiros estão infectados; profissionais do sexo que bebem álcool e outras drogas; Mudança de parceiro durante a gravidez; independentemente do tempo decorrido desde o último teste anti-HIV, doenças sexualmente transmissíveis ou parceiros com doenças sexualmente transmissíveis durante a gravidez (MACHADO, 2010).

MATERIAIS E MÉTODOS



Este trabalho refere-se a um estudo qualitativo de revisão descritiva narrativa de produções científicas que lidam com o pré-natal de gestantes com HIV para analisar o impacto do cuidado durante a gravidez.

Serão utilizadas como base de dados as plataformas: Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), Scientific Electronic Library Online (SCIELO) e Biblioteca Virtual em Saúde (BVS). Os descritores utilizados serão: HIV, gestante, enfermagem, pré-natal. Após a seleção dos artigos, será feita uma leitura de 20 artigos, onde os critérios de seleção visaram abarcar artigos que demonstrassem os desafios enfrentados por gestantes e lactantes portadoras de HIV, bem como aqueles que visaram demonstrar como o enfermeiro pode atuar no cuidado com mulheres em tais situações.


Trata-se de um tipo de revisão bibliográfica de revisão abrangente de literatura, que se caracteriza por ser um método de fornecimento de conhecimento abrangente e inserção de aplicação de resultados de pesquisas importantes. Na prática, pode ser experimental ou não experimental, podendo ser utilizado como Um método de prática baseada em evidências (SILVA; TAVARES; PAZ, 2011).

RESULTADO E DISCUSSÃO

No que se refere à gravidez da mulher, a responsabilidade do enfermeiro especialista na atenção primária à saúde é garantir uma assistência voltada para a segurança para que tudo corra bem para a mãe e o filho. Ao longo do processo de gestação, parto e puerpério, os profissionais de enfermagem da área da atenção básica à saúde têm o papel de garantir a assistência para a educação em saúde, para que as mulheres possam enfrentar bem as adversidades relacionadas à gravidez (CAMILLO et al., 2016).

Sob orientação da Política Nacional de Saúde (PNH), o Ministério da Saúde preconiza o atendimento e recrutamento da mulher para participação no plano da Secretaria Municipal no plano da Secretaria Municipal para auxiliar na consolidação do sistema único de saúde, que é papel do enfermeiro na estratégia saúde da família. Diversas vezes as falhas são atingidas quando se observa a assistência humanizada, pois o foco é o parto e, portanto, o período gestacional é esquecido, que está relacionado à consulta de pré-natal na atenção básica após o parto (BARRETO et al., 2015).

De acordo com estudos, os fatores que impedem as gestantes soropositivas de persistir em tomar medicamentos antes, durante e após o parto são a inacessibilidade dos serviços de



saúde, a dificuldade de fazer o teste de HIV e a dificuldade de acesso das gestantes soropositivas aos serviços de saúde. Os serviços de saúde incluem fatores socioeconômicos e demográficos, que podem dificultar a realização de consultas de pré-natal, portanto, a falta de laboratórios dificulta a adesão ao tratamento e o acesso à testagem anti-HIV (DARMONT, 2010).

Novamente, estudos enfatizam a falta de capacitação profissional, pois muitos profissionais não sabem lidar com a realidade e complexidade do HIV / ADIS, dificuldades de comunicação e falta de clareza na linguagem, o que pode interferir no cuidado prestado aos usuários (DARMONT, 2010).


Ressalta-se que os baixos níveis socioeconômicos e educacionais são apontados por pesquisadores como responsáveis pela baixa adesão das gestantes soropositivas desde o aconselhamento até o pré-natal. As gestantes geralmente não têm condições financeiras para participar das consultas de pré-teste e pós-teste da secretaria de saúde, nem comparecem ao laboratório para fazer o teste anti-HIV e pré-natal (PASSOS, 2013).

Sete estudos demonstraram que a adesão à terapia antirretroviral é uma estratégia que pode reduzir significativamente a carga viral, superando o medo de transmitir o vírus ao bebê e aumentando a probabilidade de gravidez. O uso da terapia antirretroviral é de extrema importância, pois não só previne a transmissão vertical do HIV, mas também permite que a gestante tenha uma boa qualidade de vida (FARIA, 2014; TIRADO, 2014).

Em conformidade com a Pesquisa de Conhecimento, Atitude e Comportamento sobre HIV da população brasileira (PCAP) feita com jovens de 15 a 24 anos, apenas 51,7% das pessoas têm um entendimento correto de como o HIV é transmitido, enquanto 97,0% das pessoas sabem que podem se infectar sem usar preservativo durante o sexo (BRASIL, 2013).

Em pesquisa realizada na cidade de São Paulo, 145 (82,4%) das UBS (UBS) afirmaram a implantação da testagem anti-HIV no cotidiano de trabalho. Os enfermeiros são os profissionais que mais participam da formação (88,8%), são também os profissionais que realizam a testagem anti-HIV mais rápida (92,1%) e são os facilitadores e profissionais que divulgam as informações para a equipa de cuidados primários (ABDALLA, 2008).

Para angariar um resultado positivo, é preciso apoio emocional e disponibilidade de tempo para suportar o impacto do diagnóstico; desmistificar os sentimentos que vinculam o HIV / AIDS à culpa, rejeição, punição informações sobre tratamento, encaminhamento para



unidade de atendimento especializado; reforçar a necessidade de adoção de práticas seguras para abreviar o risco de reinfecção e transmissão da infecção a outras pessoas; destacando a importância de comunicar o resultado aos parceiros sexuais; e definir os serviços de suporte necessários com o cliente, incluindo grupos de suporte (BRASIL 2010).

No entanto, pode-se perceber pelos achados deste estudo que a falta de recursos físicos e humanos, além da falta de capacitação profissional, também pode levar os profissionais de saúde a se sentirem inseguros e impossibilitados de realizar o pré-natal de gestantes infectadas pelo HIV / AIDS. Nessa perspectiva, outro estudo enfatizou que os profissionais geralmente ignoram os conselhos sobre prevenção da transmissão vertical e o aconselhamento pré e pós-teste (CARNEIRO & COELHO, 2010).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os profissionais de saúde, principalmente os enfermeiros que realizam o pré-natal, têm papel fundamental na orientação da gestante no pré e pós-testagem anti-HIV. São profissionais que atendem a clientela e fazem facilmente vínculos significativos com a adesão às normas do pré-natal e a adesão à rotina preconizada pelo Ministério da Saúde para proteger a gravidez e promover o parto saudável.

O aumento do número de casos envolve também uma falta de informação que impede as grávidas com o vírus de iniciar esta prevenção o mais cedo possível, evitando assim a propagação da doença ao feto. Deve-se promover a formação dos profissionais de saúde, a detecção precoce da gestante e uma abordagem diferenciada da educação em saúde, com foco na autonomia, no senso de responsabilidade do sujeito e no autocuidado.

Foi enfatizado a importância de campanhas de educação direcionadas às mulheres, o que reduziu o número de gestantes infectadas, a maioria delas em fase reprodutiva. A educação em saúde é a melhor forma de os profissionais alcançarem o grupo-alvo.

Para garantir um bom desenvolvimento e uma assistência qualificada ao bem-estar da mãe e ao bom desenvolvimento do feto, a transmissão vertical deve ser prevenida. Embora os enfermeiros sejam criativos e atendam às necessidades locais, eles ainda têm a oportunidade de desenvolver ações e intervenções educativas de acordo com as normas do Ministério da Saúde. Com base no princípio do SUS, a rede Cegonha preconiza o acolhimento e a busca pela superação de desafios para a melhoria da qualidade de vida e das concepções das gestantes.



REFERÊNCIAS

ABDALLA MTF, Nichiata LYK. Abertura de privacidade e o sigilo das informações sobre HIV/Aids das mulheres atendidas pelo programa da saúde da família no município de São Paulo, Brasil. Rev saúde Soc. São Paulo, 2008.

BARRETO, C. N. et al. O Sistema único de Saúde que dá certo: ações de humanização no pré-natal. Revista gaúcha de enfermagem. v.36, p. 168-176. 2015. Disponível em: . Acesso em: Boletim Epidemiológico [Ministério da Saúde]. Transmissão vertical do HIV. Semana Epidemiológica 1999.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Coordenação Nacional de DST e AIDS. Diretrizes dos Centros de Testagem e Aconselhamento (CTA). Brasília: Ministério da Saúde, 2010. Disponível em [ile:///C:/Documents%20and%20Settings/Administrador/Meus%20documentos/Considerações%20sobre%20os%20disc](file:///C:/Documents%20and%20Settings/Administrador/Meus%20documentos/Considerações%20sobre%20os%20disc). Acesso em 24 de setembro 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de DST, AIDS e Hepatites Virais. Recomendações para a atenção integral a adolescentes e jovens vivendo com HIV/AIDS. Brasília (DF), 2013.

CAMILLO, B.S.et al. Ações de educação em saúde na atenção primária a gestantes e puérperas: revisão integrativa. Revista de enfermagem UFPE. Recife v.10, n.6, p.4894- 4891. dez, 2016. Disponível em: . Acesso em:

CARNEIRO, A. J. & Coelho, E. A. C. Aconselhamento natestagem anti -HIV no ciclo gravídico - puerperal: o olhar da integralidade. Ciência e Saúde Coletiva, 2010.


CAVALCANTE MS et al. Relacionamento de sistemas de informação em saúde: uma estratégia para otimizar a vigilância das gestantes infectadas pelo HIV. Epidemiol Serv Saúde, 2005. Disponível em: <http://scielo.iec.pa.gov.br/pdf/ess/v14n2/v14n2a09.pdf>. Acesso em: 17 de março de 2020.

CAVALCANTE MS et al. Transmissão vertical HIV em Fortaleza: um capital de uma situação epidemiológica em revelação do nordeste. Rev Bras Ginecol Obstet, 2004. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbgo/v26n2/a08v26n2.pdf>. Acesso em: 17 de março de 2020.

CECHIM PL, Selli L. Mulheres com HIV/AIDS: fragmentos de sua face oculta. Rev Bras Enferm. 2007.

CONNOR EM, Sperling RS, Gelber R, Kiselev P, Scott G, O' Sullivan MJ, et al. Reduction of maternal - infant transmission of human immunodeficiency virus type 1 with zidovudine treatment. N Engl J Med 1994.

DARMONT MQR, Martins HS, Calvet GA, Deslandes SF, Menezes JA. Adesão ao pré-natal de mulheres HIV+ que não fizeram profilaxia da transmissão vertical: um estudo sócio-comportamental e de acesso ao sistema de saúde. Cad Saúde Pública. 2010.



Duarte G. Extensão da assistência pré-natal ao parceiro como estratégia de aumento da adesão ao pré-natal e redução da transmissão vertical de infecções. *Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia*, 2007.

FARIA ER. *Gestação e HIV: preditores da adesão ao tratamento no contexto do pré-natal*. Psic: Teor Pesq. 2014.

FONSECA PL et al. STD/Aids counseling for pregnant women who underwent the anti-HIV test on admission for delivery: the meanings of practice. *Interface (Botucatu)*, 2012. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S1414-32832012000200009>. Acesso em: 17 de março de 2020.

FRIGO J et al. Perceptions of the bearers of HIV/AIDS before the inability to breastfeeding. *RevPesqui: Cuid Fundam*, p. , 2014. Disponível em <http://www.seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/view/3091>. Acesso em: 17 de março de 2020.

GALVÃO MTG, Cunha GH, Machado MMT. Dilemas e conflitos de ser mãe na vigência do HIV/Aids. *RevBrasEnferm*. 2010;

HSUE P, WATERS DD. What a cardiologist needs to know about patients with human immunodeficiency virus infection. *Circulation*, 2005.

KONOPKA CK, Beck ST, Wiggers D, *et al*. Perfil clínico e epidemiológico de gestantes infectadas pelo HIV em um serviço do sul do Brasil. *Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia*, 2010.

LANGENDORF TF, Padoin SMM, Vieira LB, Landerdahl MC, Hoffmann IC. Rede de Apoio de Mulheres que têm HIV: implicações na profilaxia da transmissão vertical. *J Bras Doenças Sex Transm*. 2011.


LIMA RBS et al. Histórias de vidas positivas o conviver com a soropositividade. *Revista Contexto e Saúde Ijuí* editora unijuí, 2016. Disponível em: <https://revistas.unijui.edu.br/index.php/contextoesaude/article/view/5621/4993>. Acesso em: 17 de março de 2020.

MACHADO Filho AC, Sardinha JFJ, Ponte RL, *et al*. Prevalência de infecção por HIV, HTLV, VHB e de sífilis e clamídia em gestantes numa unidade de saúde terciária na Amazônia ocidental brasileira. *Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia*. Rio de Janeiro. 2010

MATAYA R, Mathanga D, et al. A qualitative study exploring attitudes and perceptions of HIV positive women who stopped breastfeeding at six months to prevent transmission of HIV to their children. *Malawi Med J*. 2013.

MINISTÉRIO DA SAÚDE (BR). Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. Protocolo clínico e diretrizes terapêuticas para prevenção da transmissão vertical de HIV, Sífilis e Hepatites Virais. Brasília (DF): MS; 2015.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Vigilância em Saúde. Programa Nacional de DST e AIDS. Bol epidemiológico AIDS e DST, 2017. Disponível em:



<http://www.saude.rs.gov.br/upload/arquivos/carga20180508/11140851-boletim-2017.pdf>.
Acesso em: 17 de março de 2020.

MIRANDA, Angelica Espinosa et al. Avaliação da cascata de cuidado na prevenção da transmissão vertical do HIV no Brasil. Caderno Saúde Pública. Rio de Janeiro, v. 32, n. 9, set. 2016.

MISUTA, Norico Miyagui et al. Sorologia anti-HIV e aconselhamento pré-teste em gestantes na região noroeste do Paraná, Brasil. Revista Brasileira Saúde Materna Infantil. Recife, v. 8, n. 2, abr/jun. 2008.

MOFENSON LM. Epidemiology and determinants of vertical HIV transmission. Semin Pediatr Infect Dis 1994.

PARKER RA. AIDS no Brasil. Rio de Janeiro: Relume Dumará, 2008.

PASSOS SCS, Oliveira MIC, Gomes Junior SCS, Silva KS. Aconselhamento sobre o teste rápido anti-HIV em parturientes. Rev Bras Epidemiol, 2013.

PEREIRA FW et al. Atendimento de gestantes HIV em Centro de Testagem e Aconselhamento na perspectiva dos profissionais. Rev Enferm UFSM, 2012. Disponível em: <http://cascavel.ufsm.br/revistas/ojs-2.2.2/index.php/reufsm/article/view/5362>. Acesso em: 17 de março de 2020.

PRAÇA NS et al. HIV screening counseling in antenatal care: Perception of postpartum women. Rev Gaucha Enferm, 2007.

SANTOS, E.M et al. Avaliação do grau de implantação do programa de controle da transmissão vertical do HIV em maternidades do "Projeto Nascer". Epidemiol Serv Saude, 2010.

SCHERER LM, Borenstein MS, Padilha, MI. Gestantes/puérperas com HIV/ AIDS: conhecendo os déficits e os fatores que contribuem no engajamento para o autocuidado. Esc Anna Nery Rev Enferm. 2009.

SILVA, O.; Tavares, L. H. L; Paz, L.C. As atuações do enfermeiro relacionadas ao teste rápido anti-HIV diagnóstico: uma reflexão de interesse da enfermagem e da saúde pública. Enfermagem em Foco. v. 2, p. 58-62, 2011. Disponível em: . Acesso em:

SOUTO KMB, KÜCHEMANN BA. Representações sobre o corpo e sexualidade de profissionais de saúde que atendem mulheres com HIV/AIDS. Tempus – Actas de Saúde Colet, 2011. Disponível em: <http://www.tempus.unb.br/index.php/tempus/article/view/933/943>. Acesso em: 17 de março de 2020.

SPRINTZ E. Rotinas de HIV e AIDS. Artmed. 1999.

STILLWELL S, Melnyk BM, Fineout-Overholt E, Williamson K. Evidence-based practice: step by step. Am J Nurs. 2010



TIRADO MCBA, Bortoletti FF, Nakamura UM, Souza E, Soárez PC, Castelo Filho A, Amed AM. Qualidade de vida de gestantes infectadas pelo vírus da imunodeficiência humana (HIV) na cidade de São Paulo. Rev Bras Ginecol Obstet. 2014.

Vieira ACBC, Miranda AE, Vargas PRM, Maciel ELN. Prevalência de HIV em gestantes e transmissão vertical segundo perfil socioeconômico. Rev Saúde Pública. 2011.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). HIV/Aids, 2017. Disponível em: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs360/en/>. Acesso em: 17 de março de 2020.



CAPÍTULO 2

ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM A PACIENTE PORTADORA DA SÍNDROME DE HELLP

Luciana Da Cruz Costa, Graduada em Enfermagem, FMB DF
Luana Guimarães da Silva, Enfermeira, FMB DF
Guilherme Augusto de Matos Teles, Enfermeiro, FMB DF

RESUMO

A Síndrome de HELLP é uma complicação gestacional, onde o quadro clínico é iniciado com náuseas, vômito, dispnéia, dor epigástrica e por fim, a síndrome de Hellp, onde as complicações são mais profundas, geralmente é comum no terceiro trimestre, porém pode ser desenvolvida no segundo e até mesmo na semana após o parto. Variações e complicações que podem afetar o feto e também influenciar para o descolamento da placenta. A gestante pode ter quadro de insuficiência cardiopulmonar, hemorragias, insuficiência renal aguda, eclâmpsia e muitas outras variações graves que podem até levar a gestante e feto a óbito. Ela é desenvolvida, através de um quadro atípico de pré-eclâmpsia grave, que pode ser identificado através de algumas alterações laboratoriais como: hemólise, elevação das enzimas hepáticas e plaquetopenia. Em conjunto essas manifestações afetam de forma grave, a gestante e o feto, de modo que é imprescindível o planejamento, acompanhamento para que se efetive, de forma interdisciplinar a monitorização tanto no período gestacional quanto no pós-parto.


Palavras-chave: Síndrome de Hellp; procedimentos de enfermagem; hipertensão arterial na gestação.

INTRODUÇÃO

A Síndrome de HELLP foi descoberta em 1954, por Pritchard, e logo depois foi complementado o diagnóstico por Louis Weinstein em 1982. Onde o quadro clínico é iniciado com náuseas, vômitos, dispnéia, dor epigástrica em quadrante superior no lado direito do abdômen com irradiação para região escapular, acompanhada de uma epatomegalia dolorosa quando tem palpação (OLIVEIRA et. al. 2012).

Dentre as complicações a síndrome de HELLP, surge dentro de uma síndrome Hipertensiva Específica da gestação (SHEG), e tem sido vista em países desenvolvidos, torna uma grande barreira para a saúde na gestação o que contribui para o aumento de óbitos maternos, A SHEG tem a classificação de hipertensão crônica, pré-eclâmpsia/ eclâmpsia e por fim a síndrome de HELLP onde a sua manifestação é mais profunda (POLATO et. al. 2007).

Para Angonesi e Polato (2007) pacientes com síndrome de Hellp podem ter quadros de insuficiência cardiopulmonar, hemorragias, hepatite, e até mesmo insuficiência renal aguda,




eclâmpsia e muitas outras variações graves que podem até levar a óbito. Vale ressaltar que essa patologia é considerada como secundária, pois ela é desenvolvida através de um quadro atípico de pré-eclâmpsia grave que no seu estágio mais avançado pode se transformar em síndrome de Hellp, que podem ser identificadas através de algumas alterações laboratoriais tais como: Hemólise, elevação das enzimas hepáticas e plaquetopenia, porém nem todas ocorrem ao mesmo tempo em todas as gestantes. Qualquer gestante pode desencadear a síndrome de Hellp, portanto algumas gestantes apresentam um maior risco, tais como mulheres brancas, acima de 25 anos de idade, histórico de hipertensão arterial sistêmica (OLIVEIRA et. al. 2012).

Entretanto para Vasconcelos (2007) a patologia geralmente é comum no terceiro trimestre, porém pode ser desenvolvida no segundo e até mesmo na semana após o parto. Variações e complicações que podem afetar o feto e também influenciar para o descolamento da placenta, restrição do crescimento e síndrome respiratória, as quais não tratadas podem levar a óbito fetal. Apesar de ser uma doença não muito recente, infelizmente não possui um tratamento específico, embora as alterações hipertensivas indiquem uma grande causa de morbidade na gestante, no Brasil cerca de 25% dos casos com agravos na gestação podemos citar a síndrome de Hellp, considerada como continuidade da pré-eclâmpsia grave, portanto ainda pouco se sabe da doença (SOUZA et.al. 2009).

Sendo assim, vemos como um problema uma doença que ainda não tem cura, através disso será que a equipe de enfermagem está preparada para combater a doença? E para prevenir? Tendo enfim um diagnóstico precoce da doença. A Síndrome de HELLP no momento não tem um tratamento específico, vale ressaltar uma consideração do pouco conhecimento da doença. Embora poucos ensaios clínicos controlados tenham sido conduzidos para averiguar a eficácia das intervenções, de maneira que não existem recomendações para o tratamento na prática clínica diária. Sendo o parto e a remoção dos velos coriônicos adotados como tratamento definitivo da Síndrome de HELLP (OLIVEIRA et. al. 2012).

Então, vem pela necessidade de constante melhoria da equipe de enfermagem, principalmente no que tange à assistência de enfermagem no ambiente de trabalho ou pela escassez de conteúdo bibliográfico na produção científica da enfermagem, acerca da necessidade de aperfeiçoamento da assistência de enfermagem as pacientes portadoras de síndrome de Hellp. A Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE)



permite que o enfermeiro desempenhe sua ciência do cuidado utilizando-se uma metodologia exclusiva e pertinente à sua categoria (OLIVEIRA et. al. 2012).

OBJETIVOS

Objetivo geral

Pesquisar os diagnósticos de enfermagem e suas respectivas intervenções a paciente portadora da síndrome de Hellp.

Objetivos específicos

- a) Identificar os aspectos utilizados para a implementação e abordagem da sistematização de enfermagem no combate a síndrome de Hellp.


- b) Identificar os conhecimentos dos acadêmicos de enfermagem, enfermeiro, técnicos, auxiliares de enfermagem, e demais profissionais de saúde, no tratamento da síndrome de Hellp.

REFERENCIAL TEORICO

A Evolução da Enfermagem em Relação à Síndrome de HELLP

A descoberta recente da síndrome pode evitar várias complicações futuras para a gestante e para o bebê, a atuação do grupo de enfermagem com consultas de pré-natal, pode influenciar para prevenir ou até mesmo evitar a síndrome de Hellp. A atualização do enfermeiro (a) na realização do planejamento entre famílias fazendo sempre o controle da pressão arterial, controle da alimentação e também do controle do peso durante a gestação. E de responsabilidades do enfermeiro (a) identificar os riscos, e fatores que podem agregar para que a gestante tenha a síndrome, tais como: mulheres negras com idades avançada, múltiparas, IMC (índice de massa corporal), alta, resistência à insulina, hereditariedade e tabagismo (MARTINEZ et. al. 2008).

Portanto o grupo de enfermagem tem que esta ligada a todo período da gestação, para que a gestante se sinta segura e também caso apareça ocorrências indesejáveis, se caso isso aconteça o enfermeiro (a) precisa ter conhecimento para identificar, ser sensível, acompanhar a trajetória e as mudanças tanto fisiológicas como emocionais que tornam a gestação de risco, o trabalho do enfermeiro (a) começa após a confirmação da gestação, nas unidades de saúde, onde, na primeira consulta, é elaborada a marcação de uma carteirinha gestacional para paciente com consultas e exames e retornos marcados, no qual ela devera ser preenchida com



todas as informações precisa, para identificar se está indo tudo bem com a gestação (MARTINEZ et. al. 2008).


Através do acompanhamento do pré-natal torna oportuno observar os sintomas e sinais relacionados com problemas futuros, por exemplo, hipertensão gestacional, visto que com a aferição da pressão arterial e controle da alimentação, tais problemas pode ser evitada ou controlada, e recomendado que o profissional que esta a frente no serviço especializado tenha competências adequadas, para que ofereça a gestante uma qualidade de vida saldável, prevenção de agravos, assistência e reabilitação. O enfermeiro (a) pode utilizar a sistematização conforme as prioridades observadas, estabelecendo orientações e encaminhamentos a hospitais de referência para atendimento de gestantes de riscos elevados, trazendo então, a interdisciplinaridade de atitudes, principalmente no que envolve a assistência médica, psicológica e nutricional (OLIVEIRA et. al. 2012).

Os processos abordados da enfermagem para a doença de Síndrome de HELLP

A equipe de enfermagem traz consigo um trajeto fundamental durante o pré-natal, com consultas e seminários, o enfermeiro (a) terá uma autonomia complexa e uma grande observação, pois qualquer alteração pode ser muito grave no período gestacional. Além do papel essencial no período gestacional, ele pode atuar em palestras e seminários para entregar o máximo de conteúdos de prevenção, não somente para a síndrome de Hellp, mais de outras patologias que podem aparecer também no período da gestação, e para gestantes que já possuem a síndrome de Hellp deve utilizar um tratamento através da sistematização de assistência de enfermagem (OLIVEIRA et. al. 2012).

O processo de enfermagem utiliza diversos instrumentos para o acompanhamento sistematizado, para o desenvolvimento de meios mediante os diagnósticos colocados para a profissão. Uma consulta com o enfermeiro se torna independente, pois propaga condições para benefícios e melhorias na qualidade de vida, por meio de uma atitude de uma abordagem participativa e sistematizada. Além de ser um profissional técnico e sistematizado o enfermeiro terá que demonstrar total interesse pelo paciente e pelo seu modo de viver, através de uma consciência reflexiva de suas atitudes tanto com o individuo, com a família e por fim com a comunidade (OLIVEIRA et. al. 2012).

O profissional de enfermagem pode dispor não somente de recursos técnicos, mas também utilize o cuidado humano, onde tem também uma extrema importância e se torna



indispensável, o diálogo a respeito do bem-estar da gestante portadora da síndrome de Hellp. Onde é fundamental ter um auxílio tanto com familiares, tanto individual para o enfrentamento da doença de Hellp (Beltrán et. al.2006).

A ação do enfermeiro é propagar ao autocuidado, pois ambas demonstram as características e a capacidade de tipos específicos de ação deliberada. A ação de enfermagem é exercitada para o bem-estar dos outros enquanto a ação de autocuidado é exercitada em benefício próprio. Para satisfazer os requisitos de autocuidado do indivíduo, identificou-se de que há três classificações da sistematização de enfermagem: o sistema de apoio-educação, o sistema totalmente compensatório e por ultimo o sistema parcialmente compensatório (OREM et. al. 1991).

METODOLOGIA


A pesquisa tem como característica descritiva, e foi realizada através de revisão de literatura científica disponível nas seguintes bases de dados: SCIELO, BVS e Google Acadêmico, onde foram selecionados artigos publicados. Vale ressaltar que a sistematização da assistência de enfermagem é fundamental para a eficiência na prestação do cuidado. Além do que a atuação da enfermagem está mais voltada para a prevenção durante o pré-natal, período no qual o enfermeiro tem uma abordagem mais ampla e maior liberdade de atuação.

DISCUSSÃO

Processos de enfermagem como ferramenta para o tratamento da Síndrome de Hellp

De acordo com alguns achados a sistematização e a organização do atendimento de enfermagem são fundamentais diante do cuidado altamente especializado e complexo que é requerido do enfermeiro que atua no centro obstétrico, objetivando uma assistência de qualidade. Essa premissa é defendida em um estudo focado em cuidados ao recém-nascido prematuro, que refere uma relação entre a ausência de sistematização das ações e prejuízos no desenvolvimento de atividades educativas em grupos maternos (ALPA et. al.2009).

Mesmo com a assistência medica prestada, a única forma de amenizar a desenvoltura da síndrome e o parto, principalmente as gestantes que já estão com 34 semanas, e pode ter até parto normal se a gestante estiver tendo contrações uterinas, dilatação e o bebê em posição cefálica, já na cesariana e indicada quando a gestante estiver com menos de 32 semanas de gestação e não tiver dilatação no colo uterino, hipertensão sistêmica grave, podendo ter



complicações graves tais como: deslocamento prematuro na região da placenta falta de ar, acidente vascular encefálico, podendo até causar a morte entre 24% (SOUZA et. al.2009).


Para Orem et. al. (1991), processo da enfermagem é um método de determinação das deficiências de autocuidado e a posterior definição dos papéis da pessoa ou enfermeiro para satisfazer as exigências de autocuidado. Para isso descreve-se que tem três etapas fundamentais para enfermagem em relação à síndrome de Hellp que seria elas: diagnóstico e prescrição; Planejamento dos sistemas de enfermagem e planejamento da execução dos atos de enfermagem; evolução. Através dessas etapas que podem surgir sim ser benéfico para evitar ou diagnosticar precocemente a síndrome de Hellp.

A importância do diagnóstico precoce da patologia síndrome de Hellp

A síndrome de Hellp aparece entre 1 a 2 a cada mil pacientes, e surge em 20% na pré-eclâmpsia grave e eclâmpsia geralmente o diagnóstico na 28^o a 36^o semana gestacional. E com isso podendo acarretar um grande índice de mortes maternas que varia entre 1 a 24%, destacando também o risco de prematuridade que na maioria dos casos cerca de 70% (SOUZA, et. al. 2009).

Portanto a síndrome de Hellp pode surgir no 3^o trimestre gestacional, entretanto ela pode aparecer através de alterações, onde a principal alteração é a pressão arterial e varia entre outros sintomas, para que isso não se agrave destaca-se uma iniciativa do grupo de enfermagem durante o pré-natal em uma determinada atenção, tanto da gestante como do feto a fim de verificar se ambos estão bem e oferecendo uma qualidade de vida saudável (NERY et. al. 2014).

De acordo com alguns achados vale ressaltar que para que o bebê tenha uma vida saudável e de suma importância os cuidados da enfermagem, para isso destacamos o sistema de atendimento de enfermagem, onde com um pré-natal seguido com protocolos de atendimento pode sim ser benéfico, pois é através dele que pode ser evitado o agravamento da pré-eclâmpsia e eclâmpsia. De acordo com Belinha (2012) e de suma importância o diagnóstico precoce desta síndrome, para que evite possíveis sequelas tanto para mãe como para o bebê, por isso a atuação do enfermeiro nas consultas de pré-natal inicial e de extrema importância para prevenir diversas complicações. Para Aguiar et. al. (2014) a atualização do enfermeiro a cada consulta, faz com que possa ter um controle e um planejamento familiar, buscando



sempre a importância do controle da pressão arterial, cuidados com a alimentação, e controle de ganho de peso durante o período gestacional.

Portanto Crossetti et. al. (2008) relata sobre a importância decisão de um (a) enfermeiro (a) no processo diagnóstico da enfermagem (PDE), para buscar informações verdadeiras e coerentes da gestante e resultados positivos esse procedimento se torna essencial baseado em relação ao autocuidado e planejamento, tendo como meta estruturas, para isso o PDE é considerado um procedimento intelectual, e complexo para aplicação de um raciocínio e para chegar a um patamar clínico para um diagnóstico eficaz.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Então, vemos que a sistematização da enfermagem pode trazer benefícios para o diagnóstico precoce de doenças durante o período gestacional. Quando a gestante chega ao estado avançado que é a síndrome de hellp, ela já vem com todos os sintomas da pré-eclampsia, ou seja, ela relata está com queixas de cefaleia, pressão arterial elevada, dor abdominal, inchaço.

Como foi observado existe uma discrepância entre o impacto da síndrome de hellp na gravidez, e o impacto da gravidez. Todavia, o que se viu com a base de dados nas pesquisas realizadas é que, com o avanço da medicina tem evitado grandes complicações para a gestante, atualmente a síndrome de hellp está associada a um aumento de risco, maternal, fetal e neonatal. Isso porque se trata de uma patologia que interfere na gestação. Desse modo, é possível concluir que pacientes com a síndrome de hellp tem maior probabilidade de piora clínica, bem como complicações fetais, se não tratado com urgência, tornando-se necessário que as gestantes com a síndrome de hellp seja regulamente acompanhada por uma equipe multidisciplinar, durante, e após a retirada do bebê, com o procedimento de parto de urgência, ou seja uma cesariana. Foi observado durante a pesquisa que um dos meios de minimizar os riscos, tanto para gestante, quanto para o bebê, é o parto de urgência, evitando assim que a gestante e o feto chegue a óbito.

REFERÊNCIAS

CROSSETTI MGO et. al., **Sistematização da assistência de enfermagem**. Enfermagem Atual 2008; 8(44): 45-50.

HERCULANO, M.M.S. et. al. **Aplicação do processo de enfermagem a paciente com hipertensão gestacional fundamentada em orem**, Rev. Rene, Fortaleza, 2011 abr/jun; 12(2): 401-8.



MANZINI FC et. al., **aplicação do processo de enfermagem a paciente com hipertensão gestacional fundamentada em orem**, Rev. Rene, Fortaleza, 2011 abr/jun; 12(2):401-8.

MIRANDA, F.K. et. al. **atuação da enfermagem na síndrome de hellp – uma revisão da literatura**. Revista Gestão & Saúde, v. 15, n. 1, p. 39 - 45,2016.

OLIVEIRA et. al. / Braz. J. Surg. Clin. Res. **Cuidados de enfermagem a gestante com síndrome hipertensiva: revisão integrativa**, V.23,n.2,pp.159-164 (Jun - Ago 2018).

R. SOUZA, et. al. **diagnóstico e conduta na síndrome hellp**Rev. Med. Minas Gerais 2009; 19(4 Supl. 3): S30-S33.

RIBEIRO, J.F.et. al. **síndrome hellp: Caracterização obstétrica e modalidade de tratamento** Rev. Enferm. UFPE online. Recife, 11(Supl. 3):1343-8, mar., 2017.

SOUZA et.al. **Síndrome de hellp: entendendo e intervindo**, Revista Saúde em Foco – Edição nº 10 – Ano: 2018.

SOUZA R. et. al. **Diagnóstico e conduta na Síndrome de HELLP**. Revista Med. Minas Gerais; vol.19, n.4, p.30-33, 2009. Disponível em: revistaonline@unifia.edu.br Página 278.





CAPÍTULO 3

A PREVENÇÃO E O CONTROLE DE INFECÇÕES HOSPITALARES RELACIONADAS À ASSISTÊNCIA DE SAÚDE, SEGURANÇA DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE E PACIENTES: HIGIENIZAÇÃO DAS MÃOS

[Alessandra Moura Afonso](#), graduanda de enfermagem, Faculdade Mauá de Brasília
[Luana Guimarães da Silva](#), Enfermeira, Faculdade Mauá de Brasília
[Guilherme Augusto de Matos Teles](#), Enfermeiro, Faculdade Mauá de Brasília

RESUMO

As boas práticas da enfermagem seguem rígidos padrões visando à prevenção e ao controle de infecções, reduzindo o processo de contaminação, o que promove proteção aos profissionais de saúde e aos pacientes. Em vista disso, considera-se que um dos cuidados que o enfermeiro pode ter para mudar o atual quadro agravante na saúde pública é direcionando sua atenção para a educação em saúde, focalizando na orientação quanto à higienização das mãos, entre outros cuidados nesse sentido. Entende-se, portanto, que o procedimento de higienização das mãos voltada aos cuidados em ambientes hospitalares tem papel ímpar no combate à propagação de doenças transmissíveis por vetores, uma vez que as mãos, no manuseio de equipamentos e em procedimentos no paciente, se tornam o principal meio de transporte de agentes infecciosos e vetores de propagação das doenças contagiosas, caso não se observe rigoroso processo de higienização.

PALAVRAS-CHAVE: Infecção. Higienização das mãos. Profissionais de Enfermagem.

INTRODUÇÃO

As boas práticas da enfermagem e as orientações do Ministério da Saúde - MS (BRASIL, 2003) recomendam rígidos princípios aplicados aos pacientes e à equipe profissional que os assiste em ambiente hospitalar, visando à prevenção de infecções.

Para tanto, o MS, por meio da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa), no ano de 2013 lançou o protocolo de manejo clínico para médicos e enfermeiros, que define a obrigatoriedade do uso de equipamentos de proteção individual, conforme orientado pela Organização Mundial de Saúde (OMS), para evitar possíveis infecções. Nesse âmbito, a higienização das mãos (HM) surge como um dos principais passos para a proteção do enfermeiro e dos demais envolvidos, sendo sua contaminação fonte primária de transmissão de infecção na unidade de internação.



A equipe de saúde tem importante papel na cadeia de transmissão da infecção hospitalar ou domiciliar. As práticas adotadas para sua prevenção visam controlar a propagação de microrganismos que habitam o ambiente hospitalar e diminuir os riscos de o paciente vir a adquirir uma infecção (BRASIL, 2003, p. 40).

Para Tibiriçá (1974), o serviço de enfermagem representa um papel relevante no controle de infecções por ser o que mais contato mantém com os pacientes e por representar mais de 50% do pessoal hospitalar. Diante dessa realidade e de acordo com o Decreto nº 94.406/1987, que regulamenta a Lei nº 7.498/1986 sobre o exercício profissional da enfermagem, uma das atribuições do profissional de enfermagem consiste em assegurar, por meio da utilização dos métodos eficazes de assepsia, que os demais envolvidos no ambiente de internação estejam protegidos de contaminações devido à inobservância dos procedimentos da correta técnica da lavagem das mãos.


As mãos são consideradas ferramentas principais dos profissionais que atuam nos serviços de saúde, pois são as executoras das atividades realizadas. Assim, a segurança do paciente nesses serviços depende da higienização cuidadosa e sistemática das mãos destes profissionais (BRASIL, 2003, p. 21).

Assim sendo, o procedimento de lavagem das mãos, realizada no cotidiano do enfermeiro, deve garantir, com uma margem aceitável de segurança, aliada às demais normas de descontaminação, uma barreira à transmissão dos agentes infecciosos presentes nos vetores externos e internos do ambiente hospitalar.

Nesse contexto, a problemática que o artigo científico propôs gravita em torno do seguinte questionamento: Quais os riscos de propagação das doenças contagiosas em ambientes hospitalares diante de falhas de procedimento de lavagem das mãos?

Nessa perspectiva, há indícios de que as mãos, como principal meio de transporte de agentes infecciosos no manuseio de equipamentos e cuidados ao paciente, se tornam vetores de transmissão e propagação de doenças caso não se observe rigoroso processo de higienização.

Portanto, mostra-se indiscutível que o ambiente hospitalar consiste em local de trabalho insalubre, penoso e perigoso para os que ali trabalham (PITTA, 1991). Os profissionais e os próprios pacientes internados estão expostos a agressões de diversas naturezas, seja por agentes físicos, como radiações originárias de equipamentos radiológicos e elementos radioativos, seja por agentes químicos, como medicamentos e soluções, ou ainda por agentes biológicos, representados por microrganismos (BRASIL, 2003).



Levando em consideração que, em 2020, enfrenta-se a pandemia do vírus SARS-COV-2 que, segundo a Organização Pan-Americana de Saúde, é altamente transmissível através de saliva e secreções respiratórias, diante do necessário contato da equipe de enfermagem com o paciente acamado, com demais profissionais e ambiente hospitalar, faz-se necessária uma reflexão sobretudo a respeito dos métodos de assepsia contidos na literatura especializada e de sua importância no processo de descontaminação e manutenção de um ambiente hospitalar seguro, dando ênfase aos métodos de lavagem das mãos empregados.


Com base no exposto, o objetivo geral do presente estudo consiste em pesquisar o procedimento de HM e contaminação hospitalar em ambiente de internação, de acordo com regulamentos de órgãos oficiais, com a doutrina especializada e com artigos científicos. Os objetivos específicos são relacionar, por meio de análise comparativa, os procedimentos elencados pelas fontes pesquisadas no tocante à HM no cuidado aos pacientes com doenças contagiosas com seu grau de eficiência; contrapor os dados oficiais sobre a incidência de contaminação dos ambientes hospitalares com falhas no procedimento de lavagem das mãos; e interpretar os resultados obtidos relacionados com as utilizadas práticas de HM.

Nesse contexto, o presente artigo tem pertinência temática pelo seu valor científico na produção de novos conhecimentos diante da concentração de esforços visando combater, especialmente no ano de 2020, a pandemia de SARS-COV-2, que tem trazido consequências devastadoras no âmbito da saúde pública, tendo como paradigma o crescente quadro de contaminação dos ambientes hospitalares devido a fatores como a inobservância do procedimento de HM. Tais motivos justificam a presente pesquisa acadêmica mediante uma revisão de conteúdo bibliográfico acerca da temática proposta.

Referencial teórico

Sabe-se que a enfermagem representa a ciência do cuidar, necessária a todos, imprescindível em épocas de paz ou de guerra e indispensável à apresentação da saúde e da vida dos seres humanos em todos os níveis, classes ou condições sociais (GEOVANINI, 2001).

Nessa linha de pensamento, de acordo com a doutrina de Ravagnani (2015), o enfermeiro cuida de tudo que envolve o paciente: cuida da família, da alimentação, da higiene, da temperatura do ambiente, dos exames a serem feitos e das demais práticas, sendo uma profissão de cuidados constantes que requer muito compromisso.



Dessa forma, tendo em vista os cuidados inerentes à prática da enfermagem, observa-se que, historicamente, a HM caracteriza-se como importante procedimento na prevenção de infecções, sendo considerada a medida primordial contra a propagação dos microrganismos no âmbito hospitalar (SOUZA et al., 2008). A esse respeito, observa-se que, desde o século XIX, experimentos científicos indicam que a pele funciona como um vetor de microrganismos e que os transmite de uma superfície à outra através de contato direto e indireto (FAGIOLI; SANTOS, 2011).

A propósito, ao se fazer uma breve contextualização histórica acerca do processo de higienização, torna-se pertinente salientar que, por volta de 1846, o médico húngaro Ignaz Philipp Semmelweis (1818-1865) realizou estudos por meio dos quais percebeu a relação existente entre a HM e os casos de infecção hospitalar. Considerado o pai do controle de infecções, na época ele concluiu que os estudantes de medicina e os médicos traziam, em suas mãos, partículas cadavéricas após autópsias, ao ingressarem nas salas de parto, contaminando as gestantes e elevando assim os índices de febre puerperal, instituindo-se, dessa forma, as primeiras práticas da lavagem das mãos antes do parto, comprovando a importância da higienização na prevenção de infecções, tornando importantes suas descobertas para a comunidade científica de época e sendo a principal base para o desenvolvimento de técnicas antissépticas por outros estudiosos do assunto. Diante disso, ele estabeleceu como obrigatória a assepsia das mãos com solução clorada antes de cada atendimento, conseguindo reduzir consideravelmente o número de óbitos (DRIGALSKI, 1964).

Indo ao encontro da iniciativa de Semmelweis, Florence Nightingale, considerada a primeira enfermeira pesquisadora no mundo, já em 1858, preconizava que, ao se instalarem, as doenças causavam o rompimento da derme e, como consequência, tornava-se porta de entrada para microrganismos. Dessa forma, sendo função da enfermeira a restauração da saúde, era inerente a ela ações de higiene das mãos, a fim de se promover a segurança do cliente e a promoção de um ambiente terapêutico seguro (LOBO, 2000).

Constata-se ainda que, em 2005, pela primeira vez foi proposto o Desafio Global para a Segurança do Paciente. Com a denominação “Cuidado limpo é cuidado mais seguro”, esse desafio apresentava como objetivo principal o aperfeiçoamento das práticas de HM, com vistas à prevenção de infecções e à promoção da segurança de pacientes e profissionais.



No que se refere a esse assunto, Potter e Perry (2002) corroboram essa concepção ao afirmarem que, no âmbito do processo de enfermagem no controle de infecção, um componente principal da proteção do paciente e do trabalhador é a HM, pois as mãos contaminadas dos profissionais da saúde são a fonte principal de transmissão de infecção nos ambientes hospitalares.

Nessa linha de raciocínio, a Organização Mundial de Saúde (OMS) elaborou recomendações relativas à HM, as quais incluem cinco indicações tendo em vista os riscos de transmissão de microrganismos. Mediante o cumprimento das referidas etapas, conforme a figura 1 a seguir, é possível efetivar a prevenção das infecções relacionadas à assistência à saúde, bem como promover o auxílio quanto à racionalização do tempo do profissional de saúde na realização desse procedimento.

Figura 1: Os cinco momentos para a higienização das mãos

1 ANTES DE CONTATO COM O PACIENTE	<p>QUANDO? Higienize as mãos antes de entrar em contato com o paciente.</p> <p>POR QUÊ? Para a proteção do paciente, evitando a transmissão de microrganismos presentes nas mãos do profissional e que podem causar infecções.</p>
2 ANTES DA REALIZAÇÃO DE PROCEDIMENTO ASSÉPTICO	<p>QUANDO? Higienize as mãos imediatamente antes da realização de qualquer procedimento asséptico.</p> <p>POR QUÊ? Para a proteção do paciente, evitando a transmissão de microrganismos das mãos do profissional para o paciente, incluindo os microrganismos do próprio paciente.</p>
3 APÓS RISCO DE EXPOSIÇÃO A FLUIDOS CORPORAIS	<p>QUANDO? Higienize as mãos imediatamente após risco de exposição a fluidos corporais (e após a remoção de luvas).</p> <p>POR QUÊ? Para a proteção do profissional e do ambiente de assistência imediatamente próximo ao paciente, evitando a transmissão de microrganismos do paciente a outros profissionais ou pacientes.</p>
4 APÓS CONTATO COM O PACIENTE	<p>QUANDO? Higienize as mãos após contato com o paciente, com as superfícies e objetos próximos a ele e ao sair do ambiente de assistência ao paciente.</p> <p>POR QUÊ? Para a proteção do profissional e do ambiente de assistência à saúde, incluindo as superfícies e os objetos próximos ao paciente, evitando a transmissão de microrganismos do próprio paciente.</p>
5 APÓS CONTATO COM AS ÁREAS PRÓXIMAS AO PACIENTE	<p>QUANDO? Higienize as mãos após tocar qualquer objeto, mobília e outras superfícies nas proximidades do paciente – mesmo sem ter tido contato com o paciente.</p> <p>POR QUÊ? Para a proteção do profissional e do ambiente de assistência à saúde, incluindo superfícies e objetos imediatamente próximos ao paciente, evitando a transmissão de microrganismos do paciente a outros profissionais ou pacientes.</p>

Fonte: OPAS; ANVISA, 2008.

Por conseguinte, em conformidade com o relatório anual da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa), as infecções relacionadas à assistência à saúde são consideradas um grave problema de saúde pública, visto que são eventos adversos associados à assistência à saúde recorrentes, com alta morbidade e mortalidade, que repercutem diretamente na segurança do paciente e, por sua vez, na qualidade dos serviços de saúde, sendo que o contato direto e/ou indireto pelas mãos é o modo mais comum e responsável por 80% das transmissões de agentes infecciosos (BRASIL, 2013).



Metodologia

O tipo de estudo realizado na presente pesquisa foi qualitativo, cujo objetivo consiste em mostrar as relações entre variáveis, por meio de revisão de conteúdo bibliográfico sobre o tema escolhido. O estudo foi desenvolvido através de pesquisa descritiva no intuito de relacionar os fatores levantados na problematização ao tema desenvolvido, a partir do estudo de trabalhos publicados e disponíveis nas plataformas Biblioteca Virtual em Saúde (BVS) e na base de dados SCIELO. Por fim, utilizou-se também, no processo de coleta de dados, de fontes secundárias mediante análise documental de leis, regulamentos, decretos, regras e normas técnicas e por revisão bibliográfica de renomados autores.

Resultado e Discussão


Essa questão da HM tem sido um grande desafio para os profissionais da área da saúde e, em especial, para os profissionais de enfermagem, pois exige que, no âmbito da intervenção técnica, se institua um saber que congregue o domínio técnico, ético e social, especialmente ao se considerar o panorama atual da pandemia de SARS-COV-2. Daí a necessidade reiterada da implementação efetiva de protocolos que contemplem esses aspectos.

Infere-se, portanto, que a enfermagem é um processo significativo, terapêutico, interpessoal e transpessoal, que funciona de forma cooperativa com outros profissionais que tornam possível a saúde dos indivíduos no seio da comunidade. Ou seja, há necessidade de intervenção que interaja na perspectiva interdisciplinar, congregando os vários saberes técnicos no enfrentamento de diversas patologias e situações de saúde pública, as quais podem sofrer influência direta do processo de HM.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A enfermagem é um instrumento educativo, uma profissão cujas práticas permitem uma maior aproximação com o paciente, como também um olhar ampliado deste em sua comunidade e/ou em seu meio social. Portanto, a enfermagem não pode mais atuar somente no atendimento imediato dos problemas resultantes das patologias e nas consequências dos agressores da natureza a que estamos expostos.

Ao se ocupar, fundamentalmente, com o desenvolvimento de sujeitos autônomos, emancipados, saudáveis, conscientes de si mesmos, de seu corpo e da realidade em que



vivem, o enfermeiro transforma homens e mulheres em seres com o aperfeiçoamento de sua saúde e com o exercício de sua cidadania (MEYER *et al.* 1998).

Face às demandas atuais na área da saúde, as pessoas buscam um profissional de enfermagem que reconheça as necessidades pessoais do indivíduo, estipulando um plano de assistência que contemple as peculiaridades de cada caso, entendendo o indivíduo como ser único e considerando o histórico que desencadeou o problema a ser tratado, estando sempre atento aos protocolos de HM com vistas a minimizar quaisquer possibilidades de surgimento de infecções oriundas de lacunas nesse procedimento, influenciando também neste que deve se tornar um hábito consolidado nos tempos atuais.

É notório salientar que a implementação dessa rotina está diretamente ligada à disponibilização de recursos, nas instituições hospitalares, para a realização da mesma, fato este verificado como uma das dificuldades encontradas nesse segmento. Contudo, pode-se perceber que avanços estão acontecendo, o que, além de ser positivo, sinaliza a necessidade de um maior investimento de tempo e planejamento, por parte dos órgãos competentes, na elaboração de estratégias práticas que capacitem os profissionais para uma melhor realização da HM, conscientizando-os da sua fundamental importância.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. Projeto de Profissionalização dos Trabalhadores da Área de Enfermagem. **Profissionalização de auxiliares de enfermagem: cadernos do aluno: fundamentos de enfermagem**. 2. ed. rev., 1. reimpr. Brasília: Ministério da Saúde; Rio de Janeiro: Fiocruz, 2003. Disponível em: <bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/profae/pae_cad3.pdf>. Acesso em: 10 jul. 2020.


BRASIL. AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA. **Assistência Segura: uma reflexão teórica aplicada à prática**. ANVISA: Brasília, 2013.

DRIGALSKI, Wilhelm Von. **O homem contra os micróbios**. 3. ed. Belo Horizonte: Itatiaia Ltda, 1964, p. 95. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reben/v27n4/0034-7167-reben-27-04-0462.pdf>>. Acesso em: 15 jul. 2020.

FAGIOLI, M. S.; SANTOS, J. C. J. **Higienização das mãos: a difícil mudança de hábito**. Departamento de Enfermagem. Faculdades Integradas de Ourinhos. FIO/FEMM, 2011.

GEOVANINI, Telma et al. **História da Enfermagem: versões e interpretações**. 1. ed. Rio de Janeiro: Reviver, 2001.

LOBO, M. L. Florence Nightingale. In: GEORGE, J. B. **Teorias de enfermagem: dos fundamentos à prática profissional**. 4. ed. Porto Alegre: Artes Médicas Sul, 2000.



MEYER, D. E.; WALDOW, V. R.; LOPES, M. J. M. **Marcas da diversidade**: saberes e fazeres da enfermagem contemporânea. Porto Alegre: Artes Médicas, 1998.

OPAS (ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE); ANVISA (AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA). **Manual para observadores**: estratégia multimodal da OMS para a melhoria da higienização das mãos. Uma assistência limpa é uma assistência mais segura. Brasília: Opas; Anvisa, 2008.

PITTA, A. **Hospital**: dor e morte como ofício. São Paulo (SP): Editora Hucitec, 1991.

POTTER, P. A; PERRY, A. G. Grande Tratado de Enfermagem Prática: clínica e prática hospitalar. 3. ed. São Paulo: Santos, 2002. *In*: Nóbrega, M. M. L. da; SILVA, K. de L. **Fundamentos do cuidar em enfermagem**. 2. ed. Belo Horizonte: ABEn, 2009.

RAVAGNANI, A. C. **História da Enfermagem**. 1. ed. Rio de Janeiro: SESES, 2015.

SOUZA, F.C.; RODRIGUES, I. P.; SANTANA, H. T. Perspectiva histórica. *In*: Agência Nacional de Vigilância Sanitária, Ministério da Saúde. **Segurança do paciente**: higienização das mãos. Brasília (DF): 2008.

TIBIRIÇÁ, Celina da Cunha. Atuação do pessoal de enfermagem nas medidas de controle de infecções hospitalares. **Revista Brasileira de Enfermagem**, 1974. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reben/v27n4/0034-7167-reben-27-04-0462.pdf>>. Acesso em: 10 jul. 2020.

WHO. World Health Organization. **Guidelines on hand hygiene in health care**. 2009. Genebra (SW): WHO; 2009.



CAPÍTULO 4

A IMPORTÂNCIA DAS AÇÕES EDUCATIVAS DO ENFERMEIRO DURANTE A CONSULTA DE ENFERMAGEM NO PRÉ-NATAL

Joyce Amancio de Lima, Graduanda de enfermagem, FMB DF
Luana Guimarães da Silva, Enfermeira, FMB DF
Guilherme Augusto de Matos Teles, Enfermeiro, FMB DF

RESUMO


O acompanhamento no pré-natal é uma assistência prestada pelo profissional enfermeiro. O enfermeiro é capacitado a realizar diversas funções de acordo com a lei 7.498/1986 que regulariza o exercício da profissão. Durante a consulta, o enfermeiro também atua como educador, pois é neste momento em que ele pode orientar a gestante e seus familiares sobre as possíveis mudanças que podem ocorrer, sendo elas fisiológicas ou psicológicas. À medida que a gestante é orientada através das ações educativas pertinentes a gestação, parto e puerpério, conseqüentemente a mesma enfrentará esse processo com maior segurança, prazer e harmonia. Este estudo trata-se de uma revisão integrativa de caráter descritivo e qualitativo. A pesquisa objetivou ressaltar a importância das ações educativas durante a consulta de enfermagem no período do pré-natal. Por meio deste estudo, concluímos que o profissional deve proporcionar uma assistência de qualidade através da promoção da saúde.

PALAVRAS-CHAVE: Enfermagem. Pré-Natal. Ações Educativas.

INTRODUÇÃO

A expectativa de ser mãe, e a experiência em conviver com uma vida dentro de si na qual ainda nem se conhece, mas que desde a concepção faz parte da sua vida e de todos a sua volta, geram sentimento de prazer, felicidade e satisfação para a futura mãe. Porém, ao mesmo tempo, ela convive com a ansiedade, incerteza e insegurança, que vão desde o início da gravidez, passam pelo parto e se estendem até o pós-parto. Dessa forma, a gestação se torna um momento único e de grande importância por proporcionar intensas modificações que geralmente as mães não se entram preparadas para vivenciá-las (SILVA; BENITO, 2014).

Segundo Melo et al. (2015) o período grávidico-puerperal ocorre nova adaptação tanto da gestante, devido às mudanças fisiológicas que ocorrem em seu organismo, quanto da família, e para que ocorra de forma positiva, o profissional Enfermeiro deve acompanhar e orientar a mãe e seus familiares sobre os cuidados que devem ser tomados desde o diagnóstico de gravidez até o pós-parto.




De acordo com a Lei Federal de nº 7.498/86 e do decreto – lei 94.406/87 que decreta o livre exercício da enfermagem em todo o território nacional é dever do Enfermeiro “prestar assistência de enfermagem à gestante, parturiente, puérpera e ao recém-nascido; participar dos programas e das atividades de assistência integral à saúde individual e de grupos específicos, particularmente daqueles prioritários e de alto risco; acompanhar a evolução e trabalho de parto; executar e assistir a gestante em situação de emergência e executar o parto sem distorcia”.

Carrara e Oliveira (2013) compreende que o pré-natal é o acompanhamento que a gestante recebe desde a concepção do feto até o início do trabalho de parto. Durante este período, a educação de enfermagem se faz de forma contínua através de informações acerca da gravidez, do feto, das modificações morfofisiológicas da gestante, bem como seu trabalho de parto e cuidados pós-natal.

Na consulta de pré-natal o enfermeiro conhece as condições sociais, culturais, econômicas e psíquicas da paciente, além disso, deve respeitar as crenças, culturas e transmitir orientações sobre o planejamento familiar, alimentação, vacinação e sintetizar a importância do aleitamento materno. O pré-natal é uma assistência prestada às mulheres durante o seu ciclo gravídico quando de baixo risco e realizado por um profissional enfermeiro capacitado. É um acompanhamento oferecido gratuitamente pelas redes de saúde pública para gestantes, e quando bem realizado contribui significativamente para a redução da taxa de mortalidade materna e perinatal (FARIAS; FERNANDES; FARIAS, 2013).

Nas ações preconizadas para a assistência ao pré-natal, após confirmação da gravidez em consulta médica ou de enfermagem, inicia-se uma série de acompanhamentos as gestantes, tais como: orientações necessárias sobre o acompanhamento do pré-natal, a importância da continuidade a sequência das consultas, cujo intervalo entre uma e outra consulta deve ser de aproximadamente quatro semanas, após há 36º semana, o acompanhamento semanal a gestante, visa avaliar a pressão arterial, presença de edemas, altura uterina, movimentos do feto e os batimentos cardíofetais. Em face deste processo de orientações educativas repassadas as gestantes, torna-se necessário destacar as visitas domiciliares e as reuniões educativas (ALENCAR; LIMA; TORRES, 2014).

É importante que o Enfermeiro inicie o preparo para o parto desde o pré-natal, mediante informações acerca dos cuidados com o corpo, dor do parto e técnicas de



relaxamento a serem utilizadas. A chamada dor do parto, geralmente muito temida por todas, ocorre de forma intermitente e sua intensidade varia de acordo com diferentes fatores para uma mesma mulher em diferentes gestações, e também, varia de mulher para mulher (SILVA; BENITO, 2014).

À medida que a gestante é fortalecida por meio de ações em educação e saúde torna-se mais segura para a realização de um pré-natal, tendo em vista as orientações e informações pertinentes à gestação, parto e puerpério, e em consequência deste processo, enfrentará seu ciclo gestacional com maior segurança, prazer e harmonia (ALENCAR; LIMA; TORRES, 2014).

SESSÕES DO ARTIGO

METODOLOGIA

Pesquisa baseada em revisão de artigos científicos, na lei do exercício profissional e de acordo com os cadernos de atenção básica. Foi realizada uma revisão integrativa nas seguintes bases de dados: Instituições Parceiras ICESP Promove; Repositório UNICEUB; Revistas Interfaces: Saúde Humana e Tecnologia; Revista Newton — Pós em Revista; Ciências Biológicas e da Saúde e Revista FAFIBE On-line. E de forma complementar utilizamos também Cadernos de Atenção Básica Nº 26 Ministério da Saúde (MS) 1º Edição; Cadernos de Atenção Básica Nº 32 MS 1º Edição Revista e a Lei 7.498/1986. Os estudos incluídos nesta revisão de caráter descritivo e qualitativo da literatura foram publicados entre os anos de 2013 a 2016, com temas relacionados ao estudo proposto, tendo como elemento fundamental da pesquisa o enfermeiro e a educação em saúde no pré-natal. Para a consulta dos artigos foram utilizadas as seguintes palavras chaves: Enfermeiro, Pré-Natal e Ações educativas.

RESULTADOS

Foram selecionados 15 artigos sobre o tema em português e disponíveis na íntegra, analisarmos os minuciosamente, verificou-se que 05 deles foram publicados antes de 2011 e não atendiam a nossa proposta de trazer pesquisas mais atuais sobre nossa temática; outros 03 foram artigos nos quais não nos seriam úteis devido sua ausência de informações sobre o tema, e o último foi excluído por se tratar de uma monografia na qual não atendia aos critérios de estudo. Após a leitura criteriosa dos achados, selecionamos 06 artigos que estão diretamente relacionados ao tema proposto neste trabalho.



REVISÃO DA LITERATURA

PROGRAMAS DESTINADOS À SAÚDE DA MULHER.

Em 1984, o Ministério da Saúde elaborou o Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM). O PAISM incluía ações educativas, preventivas, de diagnóstico, tratamento e recuperação, englobando a assistência à mulher em clínica ginecológica, no pré-natal, parto e puerpério, no climatério, em planejamento familiar, IST, câncer de colo de útero e de mama, além de outras necessidades identificadas a partir do perfil populacional das mulheres (BRASIL, 2004).


Segundo Silva e Benito (2014) em 2004 foi criado o Pacto Nacional pela Redução da Morte Materna e Neonatal, com intuito de enfrentar esta temática, garantindo que as políticas nacionais sejam, de fato, executadas de forma adequada. As principais metas que foram abordadas nesse pacto foram: assegurar o direito ao acompanhante no pré-parto, parto e pós-parto imediato e no alojamento conjunto, inclusive nos serviços privados, e também garantir que as mulheres e recém-nascidos não sejam recusados nos serviços ao buscarem por assistência, visto que o parto é uma urgência prevista.

Com o intuito de fortalecer o que foi proposto pelo PAISM, foi implantado pelo MS o Programa de Humanização do Pré-natal e do Nascimento (PHPN), no ano de 2000, instituída através da portaria nº 569 e tem por objetivo o desenvolvimento de ações de promoção, prevenção e assistência à saúde de gestantes e recém-nascidos, promovendo a ampliação do acesso a estas ações, o incremento da qualidade e da capacidade instalada da assistência obstétrica e neonatal bem como sua organização e regulação no âmbito do Sistema Único de Saúde. (BRASIL, 2000).

Através da portaria nº 1.459, para reafirmar o modelo de atendimento humanizado à gestante, o MS implantou a Rede Cegonha (RC), que consiste numa rede de cuidados que visa assegurar à mulher o direito ao planejamento reprodutivo e à atenção humanizada à gravidez, ao parto e ao puerpério, bem como à criança o direito ao nascimento seguro e ao crescimento e ao desenvolvimento saudáveis (BRASIL, 2011).

PAPEL DO ENFERMEIRO

Conforme a Lei nº 7.498 de 25 de julho de 1986, que dispõe sobre a regulamentação do exercício de enfermagem cita que: “é privativo ao enfermeiro realizar a consulta de enfermagem e prescrição da assistência, assim como prescrever medicamentos estabelecidos



em programas de saúde pública e em rotina aprovada pela instituição de saúde; participação na elaboração, execução e avaliação dos planos assistenciais de saúde”. (BRASIL, 1986).

Entre tantas atribuições destinadas ao enfermeiro no pré-natal, a educação em saúde toma destaque por buscar sempre atender as demandas individuais de cada gestante, com foco na promoção em saúde, através de explicações direcionadas para atender as necessidades individuais comuns nesse período da vida da mulher, visando sempre proporcionar um acolhimento qualitativo. O enfermeiro deve iniciar o preparo para o parto desde o pré-natal, passando todas as orientações a gestante sanando todas as suas dúvidas e orientando-a sobre os cuidados com o corpo, dor do parto, tipos de parto e técnicas de relaxamento a serem utilizadas. A chamada dor do parto, geralmente muito temida por todas, ocorre de forma intermitente e sua intensidade varia de acordo com diferentes fatores e pode variar de mulher para mulher e também pode variar para uma mesma mulher em diferentes gestações, e também, varia de mulher para mulher (SILVA; BENITO, 2014).

Para Silveira et al. (2014) é também papel do enfermeiro estimular o autocuidado, assim como desenvolver, por meio de interações com a paciente e seus familiares um processo de aprendizagem, onde as ações educativas sejam o enfoque para esclarecer possíveis dúvidas sobre doenças gestacionais ou até mesmo que dizem respeito ao parto, acompanhando o desenvolvimento da criança nas primeiras semanas gestacionais até o momento da concepção.

O processo educativo envolve conhecimento científico e um conjunto de técnicas juntamente com o entusiasmo e pro atividade da equipe para a realização da educação em saúde. É indispensável na atuação do enfermeiro para um pré-natal de qualidade e segurança o acolhimento a paciente e a execução de ações educativas com eficiência (CARRARA; OLIVEIRA, 2013).

De acordo com o Ministério da saúde os enfermeiros e os enfermeiros obstetras (estes últimos com titulação de especialistas em obstetrícia) estão habilitados para atender ao pré-natal, aos partos normais sem distócia e ao puerpério em hospitais, centros de parto normal, unidades de saúde ou em domicílio. Caso haja alguma intercorrência durante a gestação, os referidos profissionais devem encaminhar a gestante para o médico continuar a assistência (BRASIL, 2012).



EDUCAÇÃO EM SAÚDE E AÇÕES EDUCATIVAS


Para Silveira et al. (2014) a educação em saúde é uma ação planejada, que utiliza uma combinação de métodos como ensino, aconselhamentos e técnicas de modificação de comportamentos, capazes de influenciar o estilo de vida do indivíduo assim como, transmitir conhecimentos sobre sua saúde.

Já para Alencar, Lima e Torres (2014) a realização do trabalho educativo, deve-se destacar as discussões em grupo, dramatizações e outras dinâmicas que possam facilitar a fala e a troca de experiências entre as gestantes. O profissional de enfermagem deve atuar como facilitador conduzindo as reuniões de maneira simples com linguagem clara e objetiva, devendo ainda evitar o estilo “palestra”, pouco produtivo e que apaga questões adjacentes.

É importante ressaltar que as ações educativas são imprescindíveis para a promoção da saúde e devem estar presentes em todos os níveis de atenção pois, ela visa compreender os problemas e buscar soluções para eles, considerando a importância da troca de experiências valorizando não somente o saber científico, mas fazendo um intercâmbio entre o saber científico e o saber popular aproveitando o que cada um deles tem a contribuir (SILVEIRA et al., 2014).

Brasil (2013) fala que durante o pré-natal, a mulher deve receber informações sobre os seguintes temas: importância do pré-natal e do planejamento familiar, cuidados de higiene, realização de atividades físicas, promoção da alimentação saudável, modificações corporais e emocionais, medos e fantasias referentes à gestação e ao parto, atividade sexual, incluindo prevenção das infecções sexualmente transmissíveis (IST), sintomas comuns na gravidez e orientações para as queixas mais frequentes. Orientar também quanto a importância de observar os sinais de alerta: dor de cabeça, transtornos visuais, dificuldade respiratória, cansaço, dor abdominal, febre, sangramento e perdas vaginais.

Segundo Brasil (2013) durante os cuidados no pré-natal, é importante conversar sobre as vantagens da amamentação para a mulher e para a criança. A amamentação fortalece o vínculo entre mãe e filho além de contribuir para o retorno ao peso normal da mulher, o leite materno é um alimento completo que não necessita de nenhum acréscimo até os seis meses de idade, que facilita a eliminação de mecônio e diminui a incidência de icterícia, protege contra infecções e reduz as chances de desenvolvimento de alergias. O sucesso do aleitamento




materno está relacionado ao conhecimento adequado quanto à posição da mãe e do bebê e à pega da região mamilo areolar.

O enfermeiro deve esclarecer que estão acontecendo algumas mudanças e que todos esses fatores são naturais da gestação, dentre elas estão mudanças no sono da gestante que podem ser justificadas por idas ao banheiro durante à noite, ansiedade relacionada ao bebê, sensibilidade nos mamilos e nas mamas, dores na região pélvica e lombar devido ao crescimento da barriga, medo quando se aproxima a hora do parto, desconforto respiratório, dentre outros. Quando bem realizado o pré-natal contribui significativamente para a redução da taxa de mortalidade materna e perinatal (FARIAS; FERNANDES; FARIAS 2013)

CONSIDERAÇÕES FINAIS

É importante ressaltar que as ações educativas são imprescindíveis para a promoção da saúde e devem estar presentes em todos os níveis de atenção pois, ela visa compreender os problemas e buscar soluções para eles, considerando a importância da troca de experiências valorizando não somente o saber científico, mas fazendo um intercâmbio entre o saber científico e o saber popular aproveitando o que cada um deles tem a contribuir. Na realização do trabalho educativo, deve-se destacar as discussões em grupo, dramatizações e outras dinâmicas que possam facilitar a fala e a troca de experiências entre as gestantes. O profissional de enfermagem deve atuar como facilitador conduzindo as reuniões de maneira simples com linguagem clara e objetiva, devendo ainda evitar o estilo “palestra”, pouco produtivo e que apaga questões adjacentes. Durante o pré-natal, a mulher deve receber informações sobre os seguintes temas: importância do pré-natal e do planejamento familiar, cuidados de higiene, realização de atividades físicas, promoção da alimentação saudável, modificações corporais e emocionais, medos e fantasias referentes à gestação e ao parto, atividade sexual, incluindo prevenção das infecções sexualmente transmissíveis (IST), sintomas comuns na gravidez e orientações para as queixas mais frequentes. Orientar também quanto a importância de observar os sinais de alerta: dor de cabeça, transtornos visuais, dificuldade respiratória, cansaço, dor abdominal, febre, sangramento e perdas vaginais. Durante o pré-natal, a mulher deve receber informações sobre os seguintes temas: importância do pré-natal e do planejamento familiar, cuidados de higiene, realização de atividades físicas, promoção da alimentação saudável, modificações corporais e emocionais, medos e fantasias referentes à gestação e ao parto, atividade sexual, incluindo prevenção das infecções sexualmente transmissíveis (IST), sintomas comuns na gravidez e orientações para as queixas



mais frequentes. Orientar também quanto a importância de observar os sinais de alerta: dor de cabeça, transtornos visuais, dificuldade respiratória, cansaço, dor abdominal, febre, sangramento e perdas vaginais.

Falar sobre a importância da amamentação para a mulher e para a criança, que a amamentação fortalece o vínculo entre mãe e filho além de contribuir para o retorno ao peso normal da mulher, o leite materno é um alimento completo que não necessita de nenhum acréscimo até os seis meses de idade, que facilita a eliminação de mecônio e diminui a incidência de icterícia, protege contra infecções e reduz as chances de desenvolvimento de alergias. O sucesso do aleitamento materno está relacionado ao conhecimento adequado quanto à posição da mãe e do bebê e à pega da região mamilo areolar, papel esse, destinado ao enfermeiro que deve esclarecer que estão acontecendo algumas mudanças e que todos esses fatores são naturais da gestação, dentre elas estão mudanças no sono da gestante que podem ser justificadas por idas ao banheiro durante à noite, ansiedade relacionada ao bebê, sensibilidade nos mamilos e nas mamas, dores na região pélvica e lombar devido ao crescimento da barriga, medo quando se aproxima a hora do parto, desconforto respiratório, dentre outros. Quando bem realizado o pré-natal contribui significativamente para a redução da taxa de mortalidade materna e perinatal.

REFERÊNCIAS

ALENCAR, Rayane Moreira; LIMA, Sumina Kayanni Alves de; TORRES, Cicero Magérbio Gomes. O processo de educação em saúde da assistência de enfermagem em mulheres gestantes face à realização do pré-natal: Uma revisão bibliográfica. **Revista Interfaces: Saúde, Humanas e Tecnologia**, Juazeiro do Norte CE, p.01-05, jun. 2014.

BRASIL. Atenção ao Pré-Natal de baixo risco: Cadernos de Atenção Básica, n° 32. **Ministério da Saúde: 1ª edição revista**, Brasília DF, p.01-320, 2013.

BRASIL. Lei Federal N° 7.498, de 25 de junho de 1986. Dispõe sobre a regulamentação do exercício da enfermagem, e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, 26 de junho de 1986, Seção 1, p. 9273, Brasília DF, 1986.

CARRARA, Gisleangela L.r.; OLIVEIRA, Jéssica Priscila de. Atuação do enfermeiro na educação em saúde durante o pré-natal: uma revisão bibliográfica. **Revista Fafibe Online**, Bebedouro SP, p.96-109, nov. 2013.

FARIAS, Alessandra Cassimiro de; FERNANDES, Iracilda Araújo; FARIAS, Luciana Ramalho de. Pré-Natal: assistência e ação educativa desempenhada pelo profissional enfermeiro. **Instituições Parceiras Icesp Promove**, Brasília DF, p.01-12, 2013.



MELO, Débora França de et al. Atuação educativa do profissional enfermeiro na assistência ao pré-natal. **Ciências Biológicas e da Saúde**, Maceió AL, p.57-66, maio 2015.

SILVA, Maria Yasmin Bezerra da; BENITO, Lincoln Agudo Oliveira. A importância do enfermeiro no acompanhamento da assistência pré-natal. **Repositório Uniceub**, Brasília DF, p.01-17, jun. 2014.

SILVEIRA, Carla de Paula et al. A importância das ações educativas como instrumento de trabalho do enfermeiro no pré-natal na atenção primária. **Revista Newton - Pós em Revista**, Belo Horizonte MG, p.01-11, nov. 2014.





CAPÍTULO 5

PAPEL DO ENFERMEIRO NAS INSTITUIÇÕES DE LONGA PERMANÊNCIA PARA IDOSOS

Revane Pereira, Graduanda de enfermagem, FMB

Luana Guimarães da Silva, Enfermeira, Faculdade Mauá de Brasília

Guilherme Augusto de Matos Teles, Enfermeiro, Faculdade Mauá de Brasília

RESUMO

Envelhecer hoje em dia tem sido doloroso para muitos idosos, pois com o passar do anos os valores tem sido invertidos, nunca se teve tanto medo de envelhecer como hoje, questões com abandono, solidão e desprezo tem sido o maior pesadelo para essa população idosa. Muitos idosos chegam aos asilos dependentes ou semi-dependentes, e durante sua permanência, podem adoecer e perder essa dependência, tendo que ser aumentado o cuidado e ser acompanhado 24hs por dia. Sendo necessário ajuda para alimentação, banho, vestimentas, medicações e outros cuidados essenciais pra uma boa qualidade de vida. Esse artigo visa verificar a importância do enfermeiro na Instituição de longa permanência e o seu papel principal.


PALAVRAS-CHAVE: Instituição de Longa Permanência, Idoso, Asilos, Cuidados de enfermagem, Enfermeiro.

INTRODUÇÃO

No Brasil, uma pessoa é considerada idosa com 60 anos ou mais de idade. Essa população vem crescendo de forma avançada, e dentro desse grupo tem os “mais idosos, muito idosos ou idosos em velhice avançada”, que são aqueles acima de 80 anos. (Ministério da Saúde,2010).

Com essa população idosa crescendo a cada ano, cresce também a procura por Instituições de Longa Permanência Para Idosos (ILPI's) devido aos vários fatores como: os familiares não ter como cuidar dos seus idosos devido a rotina e trabalho e falta de experiência na assistência, pois com a idade avançada necessitam de atenção redobrada. Santos SSC (2008).

LIMA et al. (2010) afirma que humanização e assistência ao idoso ainda é muito precária, essa faixa etária ainda passa por muitas dificuldades para assegurar seus direitos, há pouco investimento do governo para os idosos pois precisam mais de assistência do que



outras faixas etárias, pois com o avanço da idade surgem doenças crônicas e algumas limitações, ao mesmo tempo que necessita mais de cuidados são os mais esquecidos. Muito ainda há para ser feito para melhorar a assistência ao idoso.

As ILPI's também vem crescendo para acompanhar essa população idosa, cada uma com suas particularidades, diretrizes, vários ambientes e profissionais. E com esse crescimento há uma grande necessidade de se ter uma equipe de enfermagem e outros profissionais de saúde para atender aos idosos.

Considera-se ILPI

um estabelecimento para atendimento integral institucional, cujo público alvo são as pessoas com 60 anos e mais, dependentes ou independentes, que não dispõem de condições para permanecer com a família ou em seu domicílio. Estas instituições, conhecidas por denominações diversas - abrigo, asilo, lar, casa de repouso, clínica geriátrica e ancionato - devem proporcionar serviços nas áreas social, médica, de psicologia, enfermagem, fisioterapia, terapia ocupacional, odontologia, e em outras áreas, conforme necessidades deste segmento etário.(KVDL Fagundes - 2017)

REFERENCIAL TEÓRICO


As ILPI são instituições de várias denominações preparadas e equipadas para atender idosos a partir de 60 anos. Muitas instituições são gratuitas ou particulares, muitos idosos ficam por tempo indeterminado. Nesses locais trabalham pessoas que cuidam desses idosos e zelam pela saúde deles, além de saúde, alimentação, higiene, repouso e lazer dos usuários, além de desenvolver outras atividades características da vida institucional. Corrêa (2011)

Atendimento no asilo, conforme a Política Nacional do Idoso, Lei nº 8842/96 é o atendimento prestado aos idosos que não dispõem das condições necessárias à manutenção de sobrevivência, ou àqueles que não têm família.(Brasil, 1994).

Mas geralmente essa definição não condiz com a realidade. Inúmeros outros motivos são subsídios para a institucionalização. (SILVA, Júnia Denise Alves; COMIN, Fabio Scorsolini; SANTOS, Manoel Antônio(2013).

No estatuto do idosos capítulo IX que trata da Habitação.

- Art. 37. O idoso tem direito a moradia digna, no seio da família natural ou substituta, ou desacompanhado de seus familiares, quando assim o desejar, ou, ainda, em instituição pública ou privada.

- 
- § 1º A assistência integral na modalidade de entidade de longa permanência será prestada quando verificada inexistência de grupo familiar, casa-lar, abandono ou carência de recursos financeiros próprios ou da família.
 - § 3º As instituições que abrigarem idosos são obrigadas a manter padrões de habitação compatíveis com as necessidades deles, bem como provê-los com alimentação regular e higiene indispensáveis às normas sanitárias e com estas condizentes, sob as penas da lei. (Estatuto do idoso, capítulo IX, 2003)


Para a Anvisa : As instituições de longa permanência são instituições governamentais ou não-governamentais, de caráter residencial, destinadas a domicílio coletivo de pessoas com idade igual ou superior a 60 anos, com ou sem suporte familiar, em condição de liberdade, dignidade e cidadania.

Para abrir uma instituição de longa permanência, devem seguir as seguintes diretrizes. Na pesquisa verifiquei algumas legislações a serem cumprida para abertura de uma ILPI:

- Despacho Normativo 30/2006 de 8 de Maio de 2006
- Despacho Normativo 62/99 de 12 de Novembro de 1999
- Decreto-Lei 268/99 de 15 de Julho de 1999
- Despacho Normativo 12/98 de 25 de Fevereiro de 1998
- Decreto-Lei 133-A/97 de 30 de Maio de 1997
- Despacho Normativo 99/89 de 27 de Outubro de 1989
- Despacho Normativo 96/89 de 21 de Outubro de 1989
- Portaria nº 364/98 de 26 de Junho de 1998

Com essa pesquisa, foi possível verificar que a população geralmente não vêem com bons olhos as ILPI, pois rotulam como um lugar de tristeza e solidão. Os familiares que buscam essas instituições, procuram um lugar onde seus idosos se afastem dessa tristeza, procuram um lugar onde tenham companhia e humanização. A Humanização para com o idoso, está previsto na política nacional do idoso, além de estar também no estatuto do idoso. As casas de longa permanência longa permanência visam buscar o maior conforto para essa população até o final de sua vida. E esse conforto se dá através da assistência prestada a eles, tanto assistência medica quanto na parte psicológica e pessoal.

Essa humanização para com o idoso muitas vezes se torna um tratamento infantilizado exagerado, com o estereótipo de que o idosos precisam de muita atenção para não se sentirem só, as vezes não tomam as próprias decisões sobre a saúde deles. Esse tipo de tratamento



acaba se manifestando também nos profissionais de saúde, as vezes ultrapassando a autonomia dos idosos. (ALVES JUNIOR, 2004).

“A avaliação da capacidade funcional dos idosos associada a outros indicadores como morbidade e mortalidade são essenciais para atender as necessidades de saúde e podem determinar a eficácia e eficiência do cuidado de enfermagem”

Quando os idosos chegam a essas instituições, tem que aprender a conviver com pessoas que nunca tiveram relacionamento, e isso pode ser um dos motivos para causar depressão. Muitas dessas instituições não possuem médicos psiquiatras ou psicólogos. Os enfermeiros tem que lidar com essas situações também além dos serviços que lhes são atribuídos. (Gonçalves MJC, Azevedo Jr SA, Silva J, Souza LN 2015)

Assim como em hospitais existem diretrizes à assistência de enfermagem para como o idosos na ILPI

É muito importante a atuação do enfermeiro aos idosos institucionalizados, a assistência de enfermagem na ILPI, visa proporcionar melhor qualidade de vida ao idosos, respeitando sua autonomia e capacidade. Muitos idosos nessas instituições perderam essa capacidade de autocuidado, tornando-se totalmente dependentes de assistência de enfermagem, onde atuam com o objetivo de melhorar a qualidade de vida e passar a sensação de estar no próprio lar.

Muitos enfermeiros ainda não utilizam a SAE nas instituições, pois se tornou obrigatória de acordo com a resolução COFEN-272/2002, tornando ineficaz e o atendimento prestado ao idoso.

As atividades físicas e de lazer proporcionadas são de extrema importância para saúde física e mental, deixando-os mais próximos uns dos outros, com esses contatos diminuem o risco de depressão e estresse, muito comuns nessa população.

Metodologia

Esta foi uma pesquisa descritiva, tomando como base, pesquisa de 21 artigos científicos relacionados a função do enfermeiro e Instituição de Longa Permanência para idosos.

Foram pesquisados a função do enfermeiro, os problemas que eles enfrentam e sua importância nessas instituições para a melhor qualidade de vida do idoso.

Nessa pesquisa, também verificadas que falhas ocorrem nas instituições, que são por falta de sabedoria na gestão, falta de recursos materiais e amparos da lei.



Discussão

As instituições de longa permanência ainda são muito desprovidas de profissionais enfermeiros na área, sobrecarregando assim os trabalhos, faltam muitos profissionais médicos e de enfermagem. Geralmente os trabalhos nessas ILPI são feitos por auxiliares de enfermagem ou cuidadoras, e as mesmas também fazem o trabalho de serviços gerais. Muitas ILPI se esforçam para se adequar as normas, porém encontram dificuldades de contratar profissionais realmente interessados pela causa, os profissionais de enfermagem que atuam são poucos, sendo um profissional para mais de 20 idosos, gerando assim uma precariedade no cuidado. AMELIA, Camarano Ana; KANSO, Solange (2010).

O enfermeiro tem um papel fundamental nas ILPI's. Essa pesquisa tem como finalidade, averiguar se a função do enfermeiro está sendo desenvolvida de acordo com a norma institucional. Santos, C.S et al. (2008).

Através desse tema, será verificado que tipo de serviço esse profissional oferece nas instituições de longa permanência, e se ele cumpre sua real função e papel no cuidado com os idosos. A pesquisa avaliará se o trabalho do enfermeiro é mais burocrático ou assistencial e se há algum meio de valorizar mais a classe desses trabalhadores. Nessas instituições, os idosos recebem todo tipo de assistência, pois muitos são abandonados por seus familiares. Para eles, essas instituições não são vistas somente como um “asilo” e sim como um lar. (SILVA, Júnia Denise Alves; COMIN, Fabio Scorsolini; SANTOS, Manoel Antônio(2013).


Essa pesquisa é de considerável importância, tendo em vista que a população idosa necessita de cuidados especiais, pois está numa faixa etária de grande risco. Muitos idosos não conseguem realizar atividades básicas devido aos problemas de saúde que enfrentam. FERREIRA et al. (2012).

Resultado

As ILPI são muitas vezes uma grande salvação para os idosos para ter um velhice com mais dignidade, pois muitos familiares não podem oferecer esse tipo de assistência.

Os enfermeiros que atuam na área devem seguir as normas das instituições, muitas vezes não são apropriadas ou bem aceita por eles.

Conclui-se, portanto, que o enfermeiro é um profissional indispensável nesse cuidado aos idosos nessas instituições, pois eles quem acompanham os idosos em todos os aspectos.



Foram verificados no total de 37 artigos, desses foram aproveitados 21, sendo que desse total, 13 referente a função do enfermeiro e 5 referente a asilos e 8 referente a Instituições de longa permanência para idosos.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Esse estudo nos permitiu observar que mesmo com a população idosa crescendo, seus familiares não estão preparados para cuidar deles, crescendo assim cada vez mais a procura por ILPI. Foi possível verificar que muitas instituições não estão preparadas para receber essa população e os profissionais de enfermagem sentem muita falta de recursos e amparos da lei, pois as leis são deficitárias não amparando totalmente o enfermeiro i=no que diz respeito ao que podem ou não fazer nas instituições.

Há muita diferença no tratamento aos idosos que são abrigados nas instituições privadas e particulares, devido a falta de recursos de alguma delas e falta de sabedoria na gestão, pois a assistência de enfermagem depende muito desses recursos. Nos permitiu observar também que os profissionais de enfermagem que atuam nessas áreas se tornam muitas vezes considerados pelos idosos, da própria família, pois muitos são abandonados por seus familiares, tornando o desafio maior para a equipe de enfermagem, pois o principal objetivo das ILPI's é deixar o ambiente mais próximo de um lar, assim proporcionado melhor qualidade de vida, pois muitos ficam até o final dela.


Foi verificado que os profissionais de enfermagem que atuam nas ILPI's não se sentem preparados e amparados pela lei para atuarem e ter mais autonomia no cuidado com o idoso, eles se preocupam em oferecer o melhor para essa categoria.

É necessário que contratem mais profissionais na área, e ofereçam cursos especializados para atuarem no cuidado aos idosos abrigados nessas instituições, como também disponibilizar mais recursos voltados pra humanização dessa faixa etária. Ofertar mais fiscalização e valorizar o profissional dessa área.

REFERÊNCIAS

UFPE. O papel do enfermeiro na instituição de longa permanência para idosos. Disponível em:<http://repositorio.furg.br/bitstream/handle/1/1537/PDF%20n%C2%BA%2018.PDF?sequence=1>. Acessado em: 10 de março de 2020.

SCIELO. As instituições de longa permanência para idosos no Brasil. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102-30982010000100014&script=sci_arttext&tlng=ptAcessado em: 10 de março de 2020.



UNIFACEX. O papel do enfermeiro nas instituições de longa permanência para idosos: uma revisão de literatura. Disponível em: <https://periodicos.unifacex.com.br/Revista/article/view/113>. Acessado em: 25 de março de 2020.

Ministério da Saúde: Atenção à saúde da pessoa idosa e envelhecimento Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/pacto_saude_volume12.pdf Acessado em: 08 de julho de 2020.

SCIELO.BR: Humanização na atenção à saúde do idoso Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/sausoc/v19n4/13.pdf> Acessado em: 08 de julho de 2020.

BRASIL. Lei nº 8842/96, de 04 de janeiro de 1994. Dispõe sobre a política nacional do idoso, cria o Conselho Nacional do Idoso e dá outras providências. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8842.htm Acessado em 08 de julho de 2020.

SCIELO, Envelhecimento ativo e sua relação com a independência funcional
Disponível em:
https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072012000300004
Acessado em 08 de julho de 2020

ufjf, O envelhecimento pela ótica de residentes em instituições de longa permanência pra idosos.
Disponível em: <https://www.ufjf.br/ppgpsicologia/files/2010/01/Jimilly-Caputo-Correa.pdf>

ESTATUDO DO IDOSO, LEI Nº 10.741, DE 1º DE OUTUBRO DE 2003.
Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/2003/110.741.htm:

Autonomia do idoso e suas implicações éticas na assistência de enfermagem Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0103-11042012000400018&script=sci_arttext&lng=pt

A importância da assistência do enfermeiro ao idoso institucionalizado em instituição de longa permanência. Disponível em: <file:///C:/Users/Ma%C3%ADra%20Pereira/Downloads/106-455-1-PB.pdf>



CAPÍTULO 6

DIAGNÓSTICO E NOTIFICAÇÃO DE SÍFILIS NOS SERVIÇOS DA ATENÇÃO BÁSICA

[Jobe Lino Ferreira](#), Graduado em enfermagem, UNEB
[Cleuma Sueli Santos Suto](#), Doutora em enfermagem, UNEB
[Jones Sidnei Barbosa de Oliveira](#), Mestre em Enfermagem, UFPE
[Ivana Santos Pinto](#), Graduada em enfermagem, EBMS
[Diana Santos Sanchez](#), Graduada em enfermagem, UNIFACS
[Laura Emmanuela Lima Costa](#), Mestre em enfermagem, UNEB
[Fabiola Barbosa Cardoso](#), Graduada em Enfermagem, UNEB

RESUMO


A sífilis é uma doença infectocontagiosa sistêmica de transmissão vertical, sexual e/ou por contatos íntimos. O principal objetivo deste estudo foi compreender o manejo do diagnóstico e/ou notificação da sífilis, por profissionais da saúde na Atenção Básica. Pesquisa descritiva, exploratória, com delineamento qualitativo. Realizou-se entrevista semiestruturada com profissionais que atuam em unidades básicas de saúde, analisada com auxílio do software IRaMuTeQ, baseado na classificação hierárquica descendente e análise fatorial de correspondência para sistematização dos dados. Os achados deste estudo revelaram que a capacitação e experiência, no que se refere ao diagnóstico e notificação da sífilis, nos serviços de Atenção Básica, apresentam-se fragilizadas quanto à assistência prestada e ações ofertadas, desvelando as deficiências na capacitação da equipe. Apontam, ainda, para a necessidade de promoção de estratégias eficazes, como a do aconselhamento para atendimento às vulnerabilidades desses pacientes e, indicam que intervenções políticas, gerenciais e de educação em serviço, direcionadas às equipes/serviços, devem ser implantadas para um melhor enfrentamento da sífilis e da promoção da saúde.

PALAVRAS-CHAVE: Sífilis; Serviços de Saúde; Gestantes; Atenção Básica.

INTRODUÇÃO

A sífilis é uma doença infectocontagiosa causada pela bactéria *Treponema pallidum*. A transmissão ocorre, predominantemente, por contato sexual (vaginal, anal e oral), também por meios não sexuais, como: sangue e seus derivados e transmissão vertical por via transplacentária (SUTO et al, 2009). O Ministério da Saúde (MS) classifica-a em: sífilis adquirida, sífilis congênita (SC) e sífilis gestacional, sendo a SC a que prevalece entre as demais e a que se destaca na saúde pública, devido os desfechos graves que são produzidos na gestação e para a criança (DANTAS et al., 2017).

Segundo dados da Organização Mundial da Saúde (OMS), anualmente, calcula-se uma incidência 5,6 milhões de pessoas infectadas por sífilis em todo o mundo (OMS, 2017). No



Brasil, em 2017, foram notificados 119.800 casos de sífilis adquirida, 49.013 (17,2%) casos de sífilis em gestantes e 24.666 (8,6%) casos de sífilis congênita. Sua taxa de detecção aumentou de 2,0 casos por 100 mil habitantes em 2010 para 58,1 casos por 100 mil habitantes em 2017 (B.O Sífilis, 2018).


Nos últimos anos a sífilis readquiriu importância como problema de saúde pública. E devido a sua magnitude, transcendência e vulnerabilidade deve ser priorizada nas estratégias de prevenção, uma vez que, tanto o diagnóstico quanto o tratamento são considerados medidas relativamente simples na prevenção da doença. Sendo um dos grandes desafios das autoridades sanitárias e profissionais de saúde erradicar este agravo (LAZARINI; BARBOSA, 2017).

No Brasil, as políticas públicas de saúde, no âmbito da atenção primária (AP), dispõem de testes rápidos (TR) que propõem um aumento do acesso ao diagnóstico, facilitando as pessoas a conhecerem sua condição sorológica, realizar o tratamento oportuno, mantendo o controle da doença com o objetivo de romper a cadeia de transmissão (MIZEVSKI et al., 2017).

Observou-se, nos últimos cinco anos, no Brasil e no estado da Bahia, o crescimento significativo do número de casos de sífilis, que pode ser atribuído a diversos fatores, com destaque para o aumento do comportamento de risco e redução do uso de preservativos, resistência dos profissionais da atenção primária à administração da penicilina, bem como, à ampliação da cobertura de testagem e o aprimoramento do sistema de vigilância epidemiológica, com implicação direta no volume de casos notificados (BRASIL, 2017).

Dessa maneira, é importante destacar a AB como porta de entrada dos serviços de saúde e o elo mais próximo entre o enfermeiro e o usuário da rede portador de sífilis. Consequentemente, é necessário que o profissional tenha o preparo técnico para dar assistência ao agravo e colaborar nas mudanças no quadro epidemiológico da doença (CAVALCANTE; PEREIRA; CASTRO et al., 2017). Contudo, os serviços de saúde apresentam profissionais ainda despreparados para lidar com resultados positivos, bem como na realização e entrega dos resultados de exames de sífilis, ocasionando como resultado o não diagnóstico ou diagnóstico tardio (LOPES et al., 2016).

Diante do cenário apresentado de aumento de casos da sífilis e de dificuldades de operacionalizar ações efetivas na atenção primária à saúde, justifica-se esse estudo e



questiona-se: Como os serviços de saúde, na AB, diagnosticam e/ou notificam a sífilis? Para responder a tal questionamento, delineou-se como objetivo geral: conhecer como os serviços de AB diagnosticam e/ou notificam a sífilis e, como objetivos específicos: Identificar a relação das unidades básicas de saúde com os serviços de laboratório no diagnóstico da sífilis; Conhecer como os profissionais de saúde lidam, na AB, com o diagnóstico e/ou notificação da sífilis; Descrever as dificuldades/enfrentamentos, vivenciados pelos profissionais de saúde, no manejo da sífilis na AB.


METODOLOGIA

O estudo caracteriza-se como pesquisa de campo, de natureza básica, descritivo-exploratório e com abordagem qualitativa (SUTO, et al., 2009). Realizado no município de Senhor do Bonfim-BA, tendo como lócus 12 unidades básicas de saúde (UBS). Foram abordados profissionais em saúde, sendo: médicos, enfermeiros, odontólogos, técnicos de enfermagem, e recepcionistas. Foram incluídos na pesquisa profissionais das UBS urbana, com no mínimo seis meses de atuação na unidade, independente do vínculo institucional.

Os dados foram coletados no período de julho a outubro de 2018, mediante aplicação do instrumento com perguntas abertas que permitiu contextualizar a vivência dos profissionais no atendimento ao agravo estudado e entrevista semiestruturada. No processo da análise utilizou-se o software IRaMuTeQ (*Interface de R pour les Analyses Multidimensionnelles de Textes et de Questionnaires*).

Nesse estudo, o método de análise baseou-se na Classificação Hierárquica Descendente (CHD), no qual os 50 textos advindos das questões abertas foram classificados de acordo com seus respectivos vocábulos, a partir das análises em textuais do IRaMuTeQ, que os organizou em um dendograma que delinea as classes e suas relações. Assim, através da execução dos cálculos o *software* forneceu resultados que possibilitam descrever as classes ⁽¹⁰⁾. O *corpus* textual proveniente da coleta de dados foi fragmentado e obteve-se seis classes de segmentos de texto com um aproveitamento de 73,2% do material empírico.

Buscando contextualizar as palavras/termos constituintes das classes, procedeu-se a inserção de expressões retiradas dos discursos dos entrevistados que possibilitaram a identificação das ideias chaves e permitiram maior compreensão dos termos dispostos na CHD. Tanto as figuras geradas pelo *software* quanto os recortes de falas foram analisadas e interpretadas de acordo com a literatura vigente.



O projeto de pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa, parecer 2.590.142, com base nas normas estabelecidas pela Resolução do Conselho Nacional de Saúde 466/12, que trata da pesquisa envolvendo seres humanos. A fim de preservar o anonimato as falas foram identificadas com a profissão do participante seguida no número correspondente a sequência cronológica de participação (Ex: Enfermeira, 01).

RESULTADOS

A amostra foi composta por 50 profissionais/trabalhadores, sendo 12 enfermeiras/os, 05 médicos, 06 odontólogos, 23 técnicos de enfermagem e 04 recepcionistas.

Com relação à faixa etária, 84% (n. 42) apresenta idade ≥ 30 anos, com predominância do sexo feminino 72% (n. 36). No que se refere ao tempo de atuação desses profissionais nas UBS pesquisadas, 22% (n.11) atuam há menos de um ano, 44% (n. 22) entre um e cinco anos e apenas 34% (n.17) cinco anos. Este dado demonstra a fragilidade dos vínculos empregatícios com contratos temporários e constantes transferências sem critérios técnicos, que fragmenta os processos de trabalho vigentes e dificulta a construção de vínculos com a comunidade.

Em relação à formação acadêmica dos profissionais, destaca-se a ocorrência de 15 participantes que possuíam curso de pós-graduação (especialização ou mestrado), dentre eles onze são enfermeiros e quatro odontólogos. As demais categorias profissionais que participaram não possuíam pós-graduação.

Destaca-se, neste quadro, que a categoria de Enfermagem (Enfermeiros e Técnicos de Enfermagem) representa 70% dos profissionais que atuam nas UBS, o que reforça a recomendação do Conselho Federal de Enfermagem (COFEN) e MS, que preconizam a realização dos testes rápidos por esta categoria, potencializando, assim, a efetividade no diagnóstico, notificação e tratamento da sífilis.

Para compreender a dinâmica de trabalho no que se refere à prática assistencial voltada ao atendimento dos casos de sífilis e o perfil profissional dos trabalhadores pesquisados, buscou-se identificar as principais atividades desenvolvidas na AB que teriam relação com a sífilis (quadro 2).

Quadro 1: Variáveis relativa às atividades dos profissionais da saúde da atenção básica participantes da pesquisa, Senhor do Bonfim-Ba, 2019.

Atividade Profissional Trabalhador	Não tem capacitação para atender portador de sífilis*	Não tem experiências em diagnosticar e notificar casos de sífilis
Enfermeiros (n = 12)	02	01
Médicos (n = 05)	01	00
Odontólogos (n = 06)	03	04
Técnico de enfermagem (n = 23)	18	20
Recepcionistas (n = 04)	04	04
Total = 50	28	29

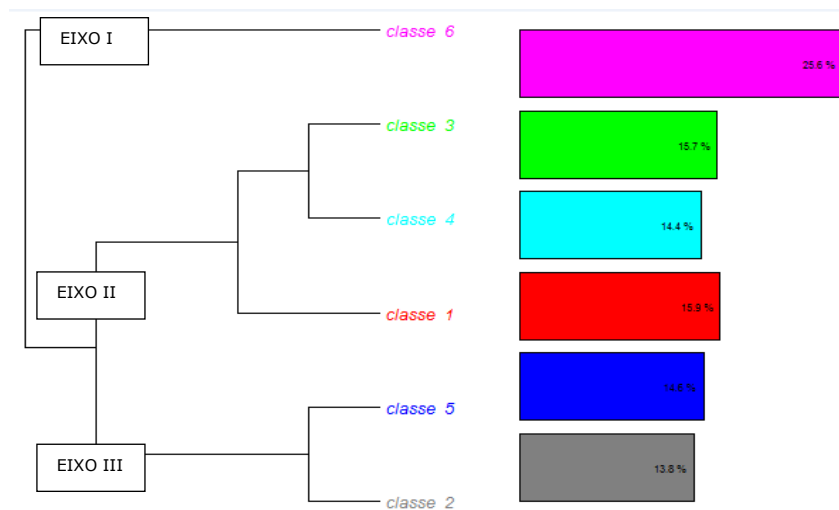
*Variáveis relacionadas à percepção do próprio entrevistado (autorreferida).

Fonte: Dados da pesquisa, 2019.

No que se refere à condição dos profissionais/trabalhadores de saúde acerca das variáveis do quadro 2 (capacitação e experiência), 28 profissionais afirmam não possuir capacitação para atender portadores de sífilis e 29 profissionais relatam inexperiência em realizar diagnósticos e notificação dos casos. Observa-se, desse quantitativo, que os técnicos de enfermagem foram significativos com relação à ausência de capacitação (n.18) e 56% (n. 20) desses profissionais afirmam dificuldades no atendimento. Esses resultados tornam-se relevante vez que o técnico de enfermagem integra a equipe de enfermagem que atua na prestação direta de cuidados ao portador e deve ser incluído no processo de educação permanente nas unidades.

Com relação aos dados obtidos, através das entrevistas, após sua sistematização e processamento no *software* IRaMuTeQ, o gráfico da Classificação Hierárquica Descendente (CHD) advindos das questões abertas possibilitou a junção de palavras/formas/vocábulo em variados percentuais que constituíram a CHD. Com base em matrizes que interligam segmentos de texto e palavras a CHD foi configurada em seis categorias ou classes (figura 1 - dendograma).

Figura 1: Dendograma da classificação hierárquica descendente. Senhor do Bonfim-BA, 2019.



Fonte: Dados da pesquisa, 2019.

O Dendograma de CHD (figura 1) possibilita perceber a partição textual em expressões/palavras proferidas pelos profissionais/trabalhadores da saúde e foram analisadas a partir de cada uma das seis classes que o compõe.

A CHD apresenta conexões entre as seis classes e a fragmentação do *corpus* em três eixos. O eixo I é composto apenas pela classe 6, com 25,6% do corpus textual; o eixo II pelas classes 1, 3 e 4; e, o eixo III pelas classes 2 e 5. Desse modo, na figura 1, a classe 6 representa uma maior proximidade com as classes 1, 3 e 4 (eixo II), e se distancia das classes 2 e 5 (eixo III).

Salienta-se que a classe 6 é a que tem maior destaque (25,6%) do corpus, logo seguida da classe 1 (15,9%). Surge depois a classe 3 (15,7%), a classe 5 (14,6%), a classe 4 (14,4%) e finalmente aparece a classe 2 (13,8%).

Ao procedermos a Análise Fatorial de Correspondência (AFC) do corpus textual, com auxílio do IRaMuTeQ, obteve-se o gráfico (figura 2). A AFC gerada possibilitou examinar as oposições e aproximações textuais acerca do pensamento dos profissionais/trabalhadores sobre notificação epidemiológica, diagnóstico e demais questões ligadas a sífilis. Como mostra a figura 2, cada classe textual se apresenta em cores diferentes (azul claro, azul escuro, cinza, rosa, verde e vermelho) e abrange contextos semânticos específicos, que se referem à raiz semântica das palavras com maiores frequência e x^2 e que mais se expressaram em sua composição.

A AFC também permite perceber a ação das variáveis dos atributos (idade, tempo de atuação na UBS, tempo de formação, formação e sexo) que compõem cada uma das 6 classes geradas, como visualiza-se na Figura 2.

Figura 2: Classificação Hierárquica Descendente. Senhor do Bonfim-BA, 2019.




Fonte: Dados da pesquisa, 2019.

Na CHD cada classe foi denominada a partir dos elementos que a compõem. A classe 1 apresenta em evidência a palavra ‘laboratório’, seguida de ‘resultado, entrega, serviço e eficiente, exame’; a classe 2, a palavra central é ‘entrevista’, seguida de ‘sentimento, conversar, contribuir e enfermagem’; a classe 3, a palavra em destaque é ‘manejo’, seguida de ‘dificuldade, paciente, vivenciar e enfrentamento’; a classe 4, a palavra central é notificação, seguida de identificação, caos, diagnóstico; na classe 5 as palavras com maior frequência foram ‘Senhor do Bonfim, Bahia, Brasil’ seguida de ‘situação atual’; e a classe 6, a palavra principal é ‘falta’, seguida de ‘lidar, agravo, rotatividade, vitimar, preservativo e parceiro’.

Cada eixo, em sua composição, foi nomeado pelos autores e descritos conforme ordem de importância, assim como cada uma das classes.

Eixo I - Classe 06 - Fatores ligados ao desempenho do profissional/trabalhador na atenção básica no tocante a promoção e prevenção da sífilis

Essa classe sinaliza que os profissionais/trabalhadores de saúde que atuam na UBS no atendimento ao portador de sífilis, de acordo com recorte das falas, demonstram preocupações com os indivíduos que apresentam comportamento de risco, como a prática sexual sem uso do



preservativo e com diferentes parceiros, o baixo grau de escolaridade da população assistida e o aumento dos casos de sífilis.

Na CHD, o elemento “capacitação” sugere discussão da temática nas ações de atividades educativas na comunidade, qualificação e capacitação dos profissionais da UBS e instituição de núcleo de Educação Permanente em Saúde no município. O elemento “rotatividade” evidencia as condições de trabalho, constantes transferências de unidades, bem como, os vínculos empregatícios precarizados por contratos de regime especial de direito administrativo. Esses fatores são desfavoráveis na construção de vínculos com a unidade e comunidade assistida, também interferem no desempenho profissional, o que se confirma nas falas:

Não recebi capacitação para atender o portador de sífilis, mas possuo experiência em diagnosticar e notificar casos de sífilis em unidade de saúde (Médico-15).

Tenho a impressão em relação as doenças sexualmente transmissíveis de que as pessoas perderam o medo de adoecer e não fazem uso da prevenção como deveriam (Enfermeira- 01).

Eixo II - Classes 1, 3 e 4 – Questões relacionadas à rede de serviços

Classe 1- Rede de serviço de exames laboratoriais

Os elementos “laboratório, resultado, entrega” dessa classe direcionam para a relação da UBS com os serviços de laboratório que realizam e fornecem resultados de exames para o diagnóstico da sífilis. Alguns profissionais/trabalhadores demonstraram insatisfação com os serviços ofertados, sobretudo na eficiência na entrega dos resultados no que se refere ao longo tempo e confiabilidade dos exames. Tais aspectos se evidenciam nas falas:

A relação da nossa unidade com o laboratório municipal no diagnóstico da sífilis, nem sempre temos resposta imediata por parte do laboratório, mas na minha área isso não é um grande problema, já que trabalho com uma população que possui plano de saúde em grande parte (Enfermeira - 05).

O laboratório não é eficiente na entrega dos exames e o resultado não são confiáveis, às vezes os resultados saem tudo errado, porque quando o paciente vai refazer no laboratório particular dá positivo (Enfermeira - 09).



Classe 3 - Dificuldades vivenciadas pelos profissionais no manejo da sífilis

Essa classe expõe elementos relativos aos enfrentamentos vivenciados pelos profissionais trabalhadores de saúde em suas respectivas unidades de atuação, e nota-se que no recorte das falas a equipe não apresenta dificuldades no manejo dos pacientes com sífilis, o que eles referem, porém, é que às vezes as dificuldades perpassam pela resistência/aceitação do diagnóstico e/ou abandono do tratamento.


Com relação às dificuldades ou enfrentamentos vivenciados por mim e pelos demais profissionais desta unidade no manejo da sífilis, no momento não temos dificuldade, medicação temos, médico tem também para prescrever, a nova norma técnica do Cofen, inclusive, autoriza enfermeiros a prescrever e iniciar o tratamento, a gente não tem dificuldade não. Às vezes a gente sente dificuldade do paciente aderir ao tratamento. (Enfermeira - 01)

Classe 04 – Pós diagnóstico/notificação dos casos de sífilis

O conteúdo dessa classe está relacionado à atuação profissional após o diagnóstico e notificação dos casos de sífilis. Apontam aspectos que abrangem o conhecimento científico relacionado à formação acadêmica e suas vivências na AB. Conforme o excerto abaixo, demonstram conhecimento técnicos e científicos embasados em protocolos clínicos e diretrizes terapêuticas para o tratamento da sífilis na UBS para assistir o paciente com eficácia.

Após o diagnóstico e notificação dos casos de sífilis que foram identificados, nessa unidade o tratamento é feito com aplicação de benzetacil e a gente vai monitorando através do próprio paciente; a gente faz o agendamento para o tratamento e pede que o paciente venha durante três semanas para fazer a aplicação da benzetacil e conversa para ver como é que está a reação dele e depois fica monitorando a cura, através do VDRL e quando o paciente se torna faltoso, a gente aciona o agente comunitário de saúde para fazer a busca ativa. (Enfermeira -01).

Após o diagnóstico e notificação dos casos de sífilis é iniciado o tratamento do paciente aqui na unidade, a notificação é encaminhada para Viej, para consolidar os dados



e estabelecer o perfil epidemiológico para saber como está a situação de sífilis no município. (Enfermeira -09)

Eixo III - Classes 2 e 5 – Reportam à sentimentos e conhecimento acerca da temática

Classe 02 – Sentimento do profissional/trabalhador em relação a discutir a temática

Esta classe apresenta elementos que manifestam a implicação dos profissionais na discussão da temática ao revelarem suas experiências e vivências. Percebe-se uma consonância entre as falas e as políticas públicas de saúde, e o destaque, tendo em vista que eles pontuaram que a pesquisa é relevante para a saúde pública e necessita ser mais debatido e colocada em pauta nas atividades educativas de saúde. Mas, por outro lado, houveram participantes que manifestaram sentimentos negativos, no tocante à prescrição da medicação, para tratar os pacientes com sífilis, em virtude do desabastecimento frequente na unidade associado ao laboratório não ser eficiente na entrega dos exames, conforme os recortes das falas a seguir:


O sentimento que tenho no decorrer dessa entrevista é de gratidão em poder explanar um pouco da minha vivência, com algo que ainda é tão alarmante no Brasil e perceber que existem pessoas, instituições de ensino engajadas nesse contexto e nos fazer acreditar na importância da saúde pública e da necessidade de continuar buscando e aprimorando nas políticas públicas de saúde. (Enfermeira - 02).

Em relação a tudo que conversamos meu sentimento é de impotência diante dos casos de sífilis. Diagnostico e notifico, mas a situação é barrada na medicação que não tem, um resultado de exame que demora. (Médico - 17).

Classe 05 – A situação atual da sífilis: o que pensam os profissionais/trabalhadores

Essa classe aborda a importância do profissional/trabalhador em saúde se manter atualizado, conhecer a situação epidemiológica da sífilis e de outras IST, para se implicar e fortalecer a política pública de saúde da atenção primária.

A situação atual da sífilis, penso que está em ascensão muito grande, provavelmente pela falta da benzetacil. E há uma necessidade de uma maior atenção no município, e no Brasil houve uma ascensão há 5 meses atrás, por causa da falta da benzetacil, a repercussão está vindo com a sífilis congênita. (Médico - 13).



A situação atual da sífilis acho que a incidência ainda está grande, apesar das unidades ter os testes rápidos, principalmente no pré-natal, mas que ainda tem muitos paciente com incidência de sífilis, mesmo com os tratamentos a gente vê casos de sífilis congênita e no pré-natal é cobrado o tempo todo que deve se prevenir, diante disso poderia ter menos caos de sífilis. Apesar de campanhas contra sífilis e de conscientização das gestantes com relação à importância do pré-natal, ainda considera a sífilis uma patologia com incidência elevada e no município também. (Odontólogo - 50)


DISCUSSÃO

O quadro 1 apresenta, com relação ao tempo de atuação dos profissionais das UBS que compuseram a amostra deste estudo, que há uma significativa variação. Dessa maneira, entende-se que a estabilidade de uma boa parte dos profissionais/trabalhadores de saúde é algo a ser alcançado, visto que os gestores municipais geralmente preferem contratar profissionais a realizar concurso público, com isso gera uma série de vínculos empregatícios temporários induzindo a rotatividade da equipe.

A permanência dos profissionais de saúde na Estratégia de Saúde da Família (ESF), em especial de médicos e enfermeiros, é considerada um dos fatores críticos para o sucesso da estratégia. A rotatividade dos mesmos pode comprometer a efetividade do modelo, prejudicando a qualidade da assistência e a satisfação dos usuários, que dependem do vínculo entre os profissionais da equipe e a população (GIOVANI; VIEIRA, 2013).

A soma do percentual dos profissionais que atuam menos de um ano e os demais profissionais que atuam entre um e cinco anos, totalizam 66% da amostra. Esse achado implica na possibilidade de interferir diretamente na assistência, assim como no diagnóstico e notificação da sífilis, decorrente do pouco tempo de atuação na AB, que levaria à fragilidade nos vínculos estabelecidos com a comunidade que pode comprometer o atendimento e a qualidade da assistência.

Estudo semelhante, porém de abordagem transversal, foi realizado com 811 profissionais multiprofissionais vinculados às ESF em Montes Claros, MG. Nesse vértice, observou-se que a alternância desses profissionais pode interferir na eficiência e eficácia da atenção à saúde, prejudicando a qualidade da assistência e a satisfação dos usuários, que dependem do vínculo entre os profissionais da equipe e a população (TONELI et al., 2018).



Para alcançar êxito na assistência ofertada na AB, é necessária uma equipe estável, que conheça a comunidade em sua dimensão sócio-político-cultural e adentre na sua história, como fatores que potencializam a realização de estratégias em educação em saúde, promoção da saúde e prevenção de doenças (MEDEIROS et al., 2010).


Outro elemento a ser observado na caracterização dos participantes é o tempo de formação. A existência de variação entre um a 18 anos, sendo que 10% desses profissionais concluíram os estudos há menos de três anos. E, a maior concentração (66%) concluíram há mais de 10 anos, revela uma experiência profissional que pode ser significativa, no ponto de vista do conhecimento adquirido ao longo dos anos, em contrapartida ao pouco tempo de atuação em ESF.

Com base no quadro 2, o processo de trabalho na ESF se assenta no trabalho multidisciplinar, sendo o enfermeiro um ator importante nas ações educativas, no fortalecimento do vínculo com a comunidade, na proximidade com a família e na articulação setorial bem como implementar os cuidados de enfermagem em consonância com as diretrizes e os princípios do SUS (ABRAHÃO; SOUZA, 2013).

As fragilidades das equipes da AB apontadas quanto à capacitação e experiência podem contribuir de forma negativa, elevando esses índices, ao mover ações e práticas inversamente contrária como propõem a política da atenção primária na tentativa de controlar ou erradicar os casos de sífilis.

No município estudado, a atuação dos profissionais odontólogos no contexto de atenção à sífilis é parca, tanto no que tange capacitação quanto na experiência em cuidar/atender esses pacientes. Percebe-se ainda, pouca interação deste profissional em questões que perpassem à saúde bucal, sugerindo haver pouco envolvimento destes no processo de atenção à sífilis, seja no diagnóstico e/ou no acompanhamento ao portador. É imperioso destacar que enquanto membro de equipe multiprofissional da UBS cabe a sensibilização de todos os profissionais frente a tal problemática e efetividade das ações de prevenção da doença e promoção à saúde.

Para Matias (2019) em seu estudo retrospectivo que objetivou a investigação de pacientes com sífilis adquirida com envolvimento oral que receberam atendimento médico em um Centro de Referência em Medicina Oral em um hospital público brasileiro, com participação de 85 pacientes, concluiu-se que as lesões orais podem representar uma suspeita




diagnóstica evidenciando que os profissionais de saúde bucal devem ser conscientizados e capacitados na tentativa de desenvolver a eficácia na suspeição clínica diagnóstica da sífilis. Portanto, ressalta-se a importância da interação do profissional odontólogo no processo de prevenção, diagnóstico e acompanhamento de pacientes com sífilis.

Em relação ao diagnóstico e/ou notificação da sífilis na AB, observou-se que, diante de 29 participantes afirmarem não terem adquirido experiências em diagnosticar/notificar casos de sífilis em UBS, incorre-se no fato que isso possa interferir, diretamente, na assistência oferecida aos usuários com hipótese diagnóstica positiva e comprometer a saúde de maneira que possa trazer sequelas irreversíveis aos portadores dessa patologia.

Nesse estudo chama-nos atenção em relação aos profissionais trabalhadores da saúde, que embora não apresentam experiências para diagnosticar e notificar os casos de sífilis continuam prestando assistência na UBS, fato esse que pode ocorrer falhas no atendimento, subnotificação, e/ou erros de diagnóstico. Diante disso, faz-se necessário que seja ofertada intervenção educacional para que esses profissionais adquiram qualificação técnica para atenderem o paciente com sífilis conforme preconiza o MS.

Estudo realizado no Paraná evidenciou que houve mudanças e desenvolvimento relevante após a intervenção educacional ofertada aos profissionais de saúde para realizar o diagnóstico/notificação e manejo adequado do paciente com sífilis. Salienta-se que antes da interferência, os profissionais da pesquisa não demonstravam conhecimento eficaz em conformidade com os parâmetros recomendado pelo MS (LAZARINI; BARBOSA, 2017). É de suma importância, antes de definir o diagnóstico/notificação da sífilis, realizar avaliação clínica minuciosa, anamnese, exame físico e observar o aparecimento dos sinais e sintomas da sífilis (BRASIL, 2018).

Com relação às análises do IRaMuTeQ, a Figura 1 apresenta em seu Eixo I, na Classe 06, os fatores ligados ao desempenho do profissional/trabalhador na AB no tocante a promoção e prevenção da sífilis, pode-se associar aos achados do estudo (DOMINGUES; LEAL, 2016). realizado com dados de 2011/2012 de hospitais, de 23.894 puérperas, em que os casos de sífilis congênita estavam imbricados na: baixa escolaridade materna, início mais tardio do pré-natal, menor número de consultas e menor realização de exames sorológicos. Tais fatores podem influenciar negativamente no desempenho do trabalhador de saúde no




tocante a promoção da saúde, prevenção de doenças e dificuldade do entendimento do paciente acerca de sua situação de saúde, cuidados e tratamentos necessários.

Em relação ao processo de trabalho evidenciado nos termos rotatividade e capacitação (BAGATINI et al.,2017) em seu estudo de caso quanti-qualitativo, analisou notificações de sífilis em gestantes, planos municipais de implantação do teste e avaliação institucional qualitativa, realizada em 4 municípios do Rio Grande do Sul (Alvorada, Cachoeirinha, Gravataí e Viamão) com a participação de 17 profissionais ao todo, sendo 4 coordenadores da AB e/ou ESF, 1 coordenador da política de saúde da mulher e do homem e 12 profissionais das equipes de AB. O estudo de caso, concluiu que a composição das equipes e a formação das redes assistenciais requer práticas pedagógicas e educação permanente para dirimir obstáculos tais como: rotatividade de profissionais, centralização de ações no enfermeiro, a fim de fortalecer as ações das equipes multiprofissionais frente a abordagem da sífilis.

Já o Eixo II, composto pelas Classes 1, 3 e 4 que reportam às questões ligadas à rede de serviços. Em relação aos dados obtidos na Análise Fatorial de correspondência (AFC), figura 2, a classe 1 revela que a relação do laboratório municipal com as UBS precisa ser ajustada a fim de atender as demandas solicitadas em tempo hábil, garantir a confiabilidade dos resultados dos exames e não comprometer a assistência prestada aos usuários com suspeita de sífilis.

Frente a essa delicada situação, revelada pelos profissionais/trabalhadores, podemos inferir que o serviço prestado pelo laboratório causa transtornos à AB do município, em desacordo com o preconizado, configurando assim um fator de risco para os pacientes que depende dos resultados dos exames para confirmação da infecção. Nesse sentido, um participante do estudo relatou que os resultados dos exames do laboratório do município não são confiáveis, pois já receberam exames com resultados negativos que ao serem refeitos, em laboratórios privados, deram positivos.

O laboratório municipal integra-se à rede local de serviços para a realização de exames básicos e essenciais (SANTOS,1997). São estruturas unitárias que possuem a atribuição de atender às demandas oriundas das necessidades mais comuns da comunidade, buscando a resolubilidade dentro do seu nível de competência. O diagnóstico laboratorial preciso é uma excelente ferramenta na precaução e/ou confirmação da doença e assim dar início ao tratamento.




Ressalta-se que a triagem laboratorial da sífilis “tem baixo custo e não requer laboratórios sofisticados ou amplamente equipados”. Depende, principalmente, da existência de uma rede de saúde bem estruturada e imbuída na redução da prevalência desta doença (FIRMO et al., 2013) .

Na perspectiva da adesão e recusa ao tratamento relatado pelos profissionais nesta pesquisa, leva-se em consideração o ínfimo tratamento dos parceiros que possibilita a reinfeção da parceira. Em estudo exploratório e descritivo, através de dados secundários coletados nas fichas de investigação/notificação de sífilis de mulheres assistidas em Hospital Universitário Materno Infantil, no município de Santa Cruz-RN, em 2012, identificaram a dificuldade e resistência dos profissionais de saúde para realizar o tratamento do parceiro sexual de portadores de IST. O estudo aponta que a exclusão histórica de implementação das políticas públicas de saúde do homem reverbera na ausência ou baixa adesão nas UBS pelos parceiros, dificultando o tratamento adequado e a quebra da cadeia de transmissão (DANTAS et al., 2017).

Em Uganda, país na África Oriental, pesquisa realizada com 54 adultos no estudo denominado Tratamento de Sífilis de Parceiros, concluiu-se que a dificuldade da adesão masculina perpassa ao conhecimento limitado sobre sífilis, medo de injeção dolorosa, falta de habilidades de comunicação e cultura masculina. Ressalta-se que as barreiras institucionais merecem um olhar singular diante do baixo acesso, baixa capacidade, desafios de trabalho/tempo, serviços laboratoriais inadequados e baixa capacidade de pessoal da clínica (NAKKU-JOLOBA et al., 2019).

No Brasil, de acordo com os dados atuais do (SINAN) os números de casos de sífilis, tanto de morbidade quanto de mortalidades é inquietante. Já foram implantadas diversas políticas de controle de prevenção dessa patologia, exigindo dos profissionais/trabalhadores de saúde aplicação de conhecimento técnico e científico adequados no atendimento às pessoas contaminadas e/ou com suspeita de sífilis na tentativa de reverter esse quadro e ofertando assistência de qualidade.

O presente estudo conota, por meio dos seus participantes, que a maioria dos médicos e enfermeiros expressa conhecimento técnicos e científicos, habilidades e ações relacionadas ao pós-diagnóstico e notificação embasa em protocolos clínicos e diretrizes terapêuticas para o tratamento da sífilis, como consta no recorte das falas na classe 4 do eixo II. Inclusive




conforme os protocolos estabelecidos pelo MS e a nota técnica do COFEN/CTLN N° 03/2017 que assegura aos médicos e enfermeiros, no âmbito das UBS, a prescrição da Penicilina Benzatina.

Os enfermeiros, no recorte de suas falas, demonstram estar embasados nessa nota técnica, pois realizam a prescrição da medicação para tratamento da sífilis no âmbito das UBS, reafirmando o compromisso com o cuidado a saúde dos usuários da AB. Porém, uma grande parcela entre os demais profissionais/trabalhadores demonstrou que possuem parcial conhecimento com relação à temática, podendo contribuir negativamente nesse processo e fragilizar as políticas de controle de prevenção da doença.

Vale ressaltar que, “a terapia com a Penicilina não está restrita à categoria médica, uma vez que o enfermeiro pode prescrever a medicação, administrar e proceder o tratamento, mesmo na ausência do médico na UBS”, tendo respaldo para cuidar das pessoas acometidas com sífilis (FELICIO et al., 2018). Portanto o enfermeiro deve usar do conhecimento técnico e científico e aplicar suas habilidades dentro da legalidade de sua profissão, transmitir informações educativas em saúde no intuito da população evitar o contágio da sífilis e assistir os usuários da rede de saúde com resolutividade.

O Eixo III, composto pelas Classes 2 e 5, reportam sentimentos antagônicos e conhecimento acerca da situação atual da sífilis. Quanto ao despreparo de alguns profissionais frente ao manejo de sífilis, o mesmo também foi identificado em um estudo realizado em Fortaleza-CE-Brasil que utilizou questionário auto aplicado considerando como respostas corretas aquelas que estivessem em conformidade com as recomendações do MS. Obteve a participação de 269 profissionais de UBS e concluiu que os servidores não possuíam conhecimento adequado acerca das ações preventivas e do controle da sífilis congênita (SILVA et al., 2014). Os participantes de ambas pesquisas apontam para a manutenção do cenário em que o Brasil se encontra, em relação à situação epidemiológica da sífilis onde a doença reaparece como uma epidemia nacional (BRASIL,2019).

Em um dos recortes da fala, presente nos resultados do Eixo III, na classe 5, nos faz lembrar que nos últimos anos o país experimentou temporariamente um desabastecimento nacional de Penicilina, em virtude da ausência de matéria prima para produção no mercado mundial. Contexto considerado grave, visto que essa medicação é a de primeira escolha para o




tratamento de sífilis como preconiza o MS. Como consequência ao desabastecimento houve o aumento dos casos da doença.

Diante da temática discutida e fazendo referência a situação atual da sífilis, um estudo realizado em um município de médio porte populacional no estado de São Paulo (LINO; MOTA; SOUZA, 2019) apresenta achados semelhantes aos do nosso estudo. Apontando que a situação e o aumento dos casos de sífilis podem estar associados com baixo grau de escolaridade, diminuição do uso do preservativo, rotatividade de parceiros, tratamento não realizado ou inadequado. Em outra pesquisa, acrescenta-se que a ascensão de casos de sífilis pode também ser atribuídos à melhoria da cobertura dos testes rápidos e laboratoriais (diagnósticos), a eficiência na atuação da vigilância em saúde e consequentemente das notificações e ao desabastecimento temporário da penicilina no SUS (BECK; SOUZA, 2017). Pontos esses que evidenciam a necessidade de uma atenção especial frente às diversas conjunturas essenciais para o enfrentamento deste agravo.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os achados deste estudo revelaram que a falta de capacitação e experiência dos profissionais/trabalhadores em saúde, no que se refere ao diagnóstico e notificação da sífilis nos serviços de B, se apresenta fragilizado, pois 58% destes não têm experiência em notificação, apesar de atuarem na AB entre um e cinco anos. O que corroborando com os achados na literatura da existência de subnotificação e falhas em seu diagnóstico. Evoca-se também que nem todos os profissionais das UBS, a exemplo dos profissionais odontólogos e dos técnicos de Enfermagem, assumem o papel multiprofissional neste processo, apesar do respaldo legal quanto sua participação acerca da realização dos testes rápido, bem como na notificação dos casos.

Vale salientar que os profissionais/trabalhadores detém conhecimento técnico/científico relacionado à formação acadêmica e suas vivências na AB, advindos dos protocolos clínicos e diretrizes terapêuticas preconizados pelo MS. No entanto, permanecem fragilidades, quanto à assistência prestada a pessoa com suspeita de sífilis e a deficiência das ações ofertadas que desvelam necessidades de capacitação da equipe de saúde, sobretudo na categoria de Enfermagem (Enfermeiros e Técnicos de Enfermagem), assim como a priorização de insumos necessários ao tratamento.



Observou-se, também, que a rotatividade dos profissionais ainda é presente, considerando o tempo de serviço – um a cinco anos – predominante entre os profissionais entrevistados, sendo um dos fatores preocupantes para o êxito das ações de enfrentamento à sífilis. Dessa forma, tal conjuntura pode desencadear ou potencializar a fragilidade dos vínculos estabelecidos entre usuário-profissional, e profissional- profissional das UBS podendo comprometer a eficácia do diagnóstico e tratamento impactando no nível da assistência prestada.

Verifica-se a necessidade de promover estratégias eficazes, como a do aconselhamento, para atendimento às vulnerabilidades desses pacientes. Os achados indicam, ainda, que intervenções políticas/gerenciais/educação em serviço, direcionadas às equipes/serviços são prioridade no enfrentamento da sífilis e para a promoção da saúde.

Considera-se como limitação do estudo a não ampliação do número UBS pesquisadas, por optarmos por unidades localizadas na sede do município. Além disso, um recorte maior no período estudado pudesse evidenciar outros elementos para análise, portanto, sugere-se novos estudos que venham complementar essas informações.

REFERÊNCIAS

ABRAHÃO, A.L; SOUZA, R.F. O trabalho do enfermeiro na estratégia saúde da família- aspectos da prática promocional em saúde. **Rev da rede Enferm do N.E** [Internet], v.14, n. 4, p. 740-747, 2013. Disponível em: <http://www.repositorio.ufc.br/handle/riufc/11558>

BRASIL, Ministério da saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. **Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para prevenção da transmissão vertical de HIV, Sífilis e Hepatites Virais**. Brasília, DF. 2018


BRASIL, Ministério da saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Boletim epidemiológico de sífilis**, v.49, n. 45, Brasília, DF. 2019

Bahia. Secretaria da saúde. Suvisa-Divep. **Informe Epidemiológico de Sífilis**. 2019.

BAGATINI, C.L.T; MACHADO, R.Z; CECCIM, R.B; BAVARESCO, C.S. Teste rápido para sífilis no pré-natal da atenção básica: avaliação institucional qualitativa e educação permanente em saúde. **Saúde em Redes** [Internet], v.2, n.1, p.81-95, 2017. Disponível em: <https://doi.org/10.18310/2446-4813.2016v2n1p81-95>

BECK, E.Q; SOUZA, M. Fatores de risco para sífilis congênita. **Disciplinarum Scientia. Saúde** [Internet], v.18, n. 2, p. 419-432, 2017. Disponível em:

<https://periodicos.ufn.edu.br/index.php/disciplinarumS/article/view/2365/2090>



CAMARGO, B.V; JUSTO, A.M. Iramuteq: um software gratuito para análise de dados textuais. **Temas em psicologia [Internet]**, v.21, n. 2, p. 513-518, 2013. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.9788/TP2013.2-16>

CAVALCANTE, P. A. M.; PEREIRA, R. B. L.; CASTRO, J. G. D. Sífilis gestacional e congênita em Palmas, Tocantins, 2007-2014. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, v. 26, n. 2, p. 255–264, 2017.

DANTAS, Livia Azevedo et al. Perfil epidemiológico de sífilis adquirida diagnosticada y notificada en hospital universitario materno infantil. **Enfermería Global**, v. 16, n. 2, p. 217-245, 2017. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.6018/eglobal.16.2.229371>

DOMINGUES, R.M.S.M; LEAL, M.C. Leal MC. Incidência de sífilis congênita e fatores associados à transmissão vertical da sífilis: dados do estudo Nascir no Brasil. **Cadernos de saúde pública [Internet]**, v.32, n.6, p. 1-12, 2016. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/0102-311X00082415>

FELICIO, F.C; ALVES, V.H; PEREIRA, A.V. **Saberes e práticas dos enfermeiros da estratégia saúde da família no cuidado à mulher gestante e seu parceiro acometidos pela sífilis** [Tese]. Universidade Federal Fluminense, Rio de Janeiro. 2018. Disponível em: <https://app.uff.br/riuff/handle/1/8819>

FIRMO, W.C.A et al. Perfil dos exames laboratoriais em gestantes atendidas no Centro de Saúde de Lago Verde. **Journal of Manag Prim Health Care [Internet]**, v.4, n.2, p.77-86, 2013. Disponível em: <http://jmphc.com.br/jmphc/article/view/173>

GIOVANI, M.S.P; VIEIRA, C.M. Longitudinalidade do cuidado diante da rotatividade de profissionais na Estratégia Saúde da Família. **Rev eletr de Com Inf Inov Saúde [Internet]**, v.7,n.4,p.:1-14,2013. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.3395/reciis.v7i4.572>


LAZARINI, F.M.; BARBOSA, D.A. Educational intervention in Primary Care for the prevention of congenital syphilis. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 25, n. 1, p.2825:2845,2017. Disponível em: <https://www.redalyc.org/articulo.oa>

LINO, C.M; MOTA, M.J.B.B; SOUZA, M.L.R. **Sífilis adquirida, em gestante e congênita: perfil epidemiológico em um município de médio porte do Estado de São Paulo**. Universidade Estadual de Campinas, São Paulo. 2019. Disponível em: <http://repositorio.unicamp.br/jspui/handle/REPOSIP/334067>

LOPES, A. C. M. U. et al. Implantação dos testes rápidos para sífilis e HIV na rotina do pré-natal em Fortaleza – Ceará. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 69, n. 1, p. 62–66, 2016.

MATIAS, M.D.P et al. Diagnosing acquired syphilis through oral lesions: the 12 year experience of na Oral Medicie Center. **Brasilian Journal of Otorhinolaryngology [Internet]**. v.1, n.6, 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.bjorl.2018.12.010>

MEDEIROS, C.R.G et al. A rotatividade de enfermeiros e médicos: um impasse na implementação da Estratégia de Saúde da Família. **Ciênc saúde colet [Internet]**, v.15, n. 1, p. 1521-1531, 2010. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232010000700064>



MENDES, F.R.P et al. Representações sociais dos estudantes de enfermagem sobre assistência hospitalar e atenção primária. **Revi Bras Enferm [Internet]**, v. 69, n. 2, p. 345-350, 2016. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167.2016690218i>

MIZEVSKI, V. D. et al. Disponibilidade do teste rápido para sífilis e anti-HIV nas unidades de atenção básica do Brasil , no ano de 2012. **Saúde em Redes**, v. 3, n. 1, p. 40–49, 2017.

Organização Mundial de Saúde. Infecções Sexualmente Transmissíveis (DSTs). **UN oficial report Fact Sheet**. [online]. Genebra: Organização Mundial da Saúde, 2018. Disponível em: [http://www.who.int/en/news-room/fact-sheets/detail/sexually-transmitted-infections-\(stis\)](http://www.who.int/en/news-room/fact-sheets/detail/sexually-transmitted-infections-(stis)).

PINHEIRO, V.A.O. **Aspectos científicos, epidemiológicos, preventivos, diagnóstico e de tratamento relativo à sífilis e sífilis congênita no Brasil: uma revisão bibliográfica** [monografia]. Universidade Federal de Minas Gerais [Internet], Minas Gerais, 2011. Disponível em: <https://www.nescon.medicina.ufmg.br/>

SANTOS, A.B; VILHENA, M.A.H; MAIA, M.T, CAVALCANTE, M.N.P; BAIOCCHI, B.P Sífilis Congênita: Uma análise temporal da incidência no município de Teresópolis/RJ. **Anais da IV Jornada de pesquisa e iniciação científica do UNIFESO: Ciência e desenvolvimento social [Internet]**. Rio de Janeiro, Brasil.2014. Disponível em: <http://www.unifeso.edu.br/editora/pdf/anais1.pdf>

SANTOS, A.R. **A rede laboratorial de saúde pública e o SUS**. Informe epidemiológico do SUS [Internet], v. 6, n. 2, p. 7-14, 1997. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.5123/S0104-16731997000200002>

SILVA, D.M.A et al. Knowledge of healthcare professionals regarding the vertical transmission of syphilis in Fortaleza-CE, Brazil. **Texto contexto [Internet]**, v.23, n.2, p.275-85.2014. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/0104-07072014000510013>

SUTO, C. S. S. et al. Assistência pré-natal a gestante com diagnóstico de sífilis. **Revista de Enfermagem e Atenção à Saúde**, v. 45, n. 1, p. 63–68, 2009.

TONELLI, B et al. Rotatividade de profissionais da Estratégia Saúde da Família no município de Montes Claros, Minas Gerais, Brasil. **Rev Facul Odonto –UPF [Internet]**, v.23, n.2, p:180-185, 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.5335/rfo.v23i2.8314>

NAKKU-JOLOBA et al. Perspectives on male partner notification and treatment for syphilis among antenatal women and their partners in Kampala and Wakiso districts, Uganda. **BMC Infect Dis**, v. 6, n.1, fev,2019. doi: 10.1186/s12879-019-3695-y



CAPÍTULO 7

ANÁLISE DA OCORRÊNCIA DE DISTÚRBIOS EMOCIONAIS EM ENFERMEIROS QUE ATUAM NO SETOR DE ONCOLOGIA

Juliana Maria da Silva, Graduada em enfermagem, Faculdade de Medicina Estácio de Juazeiro do Norte - FMJ

Lorena Alencar Sousa, Graduada em enfermagem, Faculdade de Medicina Estácio de Juazeiro do Norte - FMJ

Joanderson Nunes Cardoso, Graduado em enfermagem, Faculdade de Medicina Estácio de Juazeiro do Norte - FMJ

Diego Ravelly dos Santos Callou, Graduado em enfermagem, Faculdade de Medicina Estácio de Juazeiro do Norte - FMJ

Amanda Cristina Araújo Cavalcante, Graduada em enfermagem, Faculdade de Medicina Estácio de Juazeiro do Norte - FMJ


Uilna Natércia Soares Feitosa, Doutora em ciências da Saúde, Faculdade de Medicina do ABC

Cintia de Lima Garcia, Doutora em ciências da Saúde, Faculdade de Medicina do ABC

Regina Petrola Bastos Rocha, Enfermeira, Mestre em Desenvolvimento regional Sustentável, Universidade Federal do Ceará

RESUMO

Apesar do avanço tecnológico e industrial farmacêutico direcionado ao diagnóstico e tratamento do câncer no cenário contemporâneo, ainda nota-se um somatório importante de pacientes em leitos hospitalares, que estejam em tratamento ou apenas recebendo cuidados paliativos, em condição terminal, realçando ainda mais a relação interpessoal da equipe de saúde com o paciente, em especial da enfermagem que está em maior contato com o mesmo, pois atua de forma ativa na promoção, detecção, prevenção, tratamento e cuidados paliativos de tais pacientes, logo evidencia-se uma maior probabilidade de desenvolvimento de transtornos emocionais por este, uma vez que lida com o paciente em condições de sofrimento, despertando sensibilidade afetiva nos enfermeiros. Este trabalho visa analisar na literatura vigente a ocorrência de distúrbios emocionais em enfermeiros que atuam no setor de oncologia em um cenário social atual. Trata-se de uma revisão integrativa da literatura, com abordagem descritiva-qualitativa, realizada entre julho e setembro de 2019, com busca de estudos realizada na Biblioteca Virtual de Saúde (BVS) e nas bases agregadas: Literatura Latino-americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS); Base de dados em Enfermagem (BDENF), cuja qual resultou em um total de 2.647, após aplicação dos critérios de elegibilidade: artigos primários que tivessem como assuntos principais enfermagem oncológica, saúde do trabalhador e esgotamento profissional, disponíveis na íntegra, acessíveis em meio digital, nos idiomas de origem, português, inglês e espanhol, delimitados por um recorte temporal de 5 anos (junho de 2015 – junho 2019), e como parâmetros de exclusão, artigos que não estejam disponíveis gratuitamente, duplicados e que não abordassem a temática proposta, resultando em 10 estudos elegíveis para compor esta revisão. Após análise dos estudos, observou-se que todos os artigos retrataram mulheres como mais propensas a desenvolverem distúrbios emocionais derivados de atividades assistenciais desenvolvidas com pacientes portadores de câncer e que a faixa etária predominante pelos



estudos é de 20 à 42 anos de idade. Ainda, como agravante ao desenvolvimento de transtornos emocionais está a inexperiência ao que concerne o tempo de atuação profissional, uma vez que a metade dos estudos (50%), refletem uma média de experiência mínima de 1 ano de atuação, salientando sensibilidade aumentada quanto a percepção da vivência do paciente no setor oncológico e não apenas deste, mas também de seus familiares, ainda a maioria dos estudos apontaram o estresse e tristeza como principais distúrbios emocionais desenvolvidos pelos enfermeiros atuantes no setor de oncologia. Pela observação dos aspectos analisados, é notório que o transtorno emocional é uma afecção presente na atualidade e pode ser facilmente adquirida, principalmente pelos enfermeiros oncológicos, que dispõem de um leque de obrigações a serem cumpridas. De tal modo que, é necessário que estes utilizem método de enfrentamento individuais e coletivos para minimizar os impactos do ambiente estressor a sua saúde mental-afetiva.

PALAVRAS-CHAVE: Enfermagem. Oncologia. Distúrbios emocionais. Alexitimia. Sintomas Afetivos.

INTRODUÇÃO


Ao caminhar das décadas e a mercê das transformações demográficas, econômicas e sociais, houveram modificações no perfil de morbimortalidade, em favor do limiar da expectativa de vida, vindo a elevá-la e concomitante a isso evidenciar a maior susceptibilidade da população a doenças que exigem um intervalo de tempo prolongado para se desenvolver e manifesta-se, tal como o câncer (CA), em sua variada tipologia (MELO, 2018).

O câncer é uma patologia caracterizada pela ocorrência desordenada e incontrolável do processo de mitose celular, gerando tumores malignos que se espalham pelo corpo (metástase) e danificam tecidos e funcionamentos dos órgãos, podendo ocorrer em vários locais e órgãos, aos quais denominam o tipo do CA instalado (INCA, 2018).

A ocorrência e prevalência do CA está em evidência no Brasil, uma vez que há um aumento de casos confirmados e da elevação da estimativa de novos casos para o biênio 2018 – 2019 (600 mil para cada ano), de acordo com o Instituto Nacional de Câncer— INCA (2018).

Por base nessa nova realidade epidemiológica do Brasil, tem sido ampliado cada vez mais as pesquisas voltadas ao aperfeiçoamento constante da área oncológica, ao que concerne suas especificidades, bem como os métodos assistenciais empregados pela equipe profissional que assiste o paciente com CA (CRUZ; ROSSATO, 2015).

Apesar do avanço tecnológico e industrial farmacêutico direcionado ao diagnóstico e tratamento desta afecção no cenário contemporâneo, ainda se nota um somatório importante



de pacientes em leitos hospitalares (AYALA; FELICIO; PACHÃO, 2017), que estejam sob uso de recurso terapêutico ou apenas recebendo cuidados paliativos, em condição terminal, realçando mais a relação interpessoal da equipe de saúde com o paciente, em especial da enfermagem que está em maior contato com o mesmo, pois atua de forma ativa na promoção, prevenção, detecção, terapia e cuidados paliativos de tais pacientes (MELO, 2018).

A enfermagem desempenha um papel fundamental no processo terapêutico do paciente com CA, pois, presta assistência ao mesmo, em todas as faces terapêuticas, já supracitadas, o mesmo assiste o enfermo em condições de fragilidade física e emocional, que desencadeia no profissional o despertar de emoções e sentimentos, tais como tristeza e compaixão que desenvolve neste, sensibilidade e percepção aguçados do processo patológico vivenciado pelo doente no setor oncológico, podendo chegar a expressar até manifestações comportamentais, como choro, irritação e lentidão de pensamento e da concentração (AYALA; FELICIO; PACHÃO, 2017).

De mesmo modo, tal vivência pode afetar a qualidade de vida do profissional e seu equilíbrio emocional (VIERO, 2014), dando vazão a ocorrer neste profissional o sentimento de impotência e frustração, que se não tratados podem afetar seu poder de resiliência, vindo a desenvolver neste, o desejo de evitar tais pacientes para não passar por todo o processo da perda novamente, afetando desta forma, o seu labor no setor oncológico (BROCCHI, 2017).

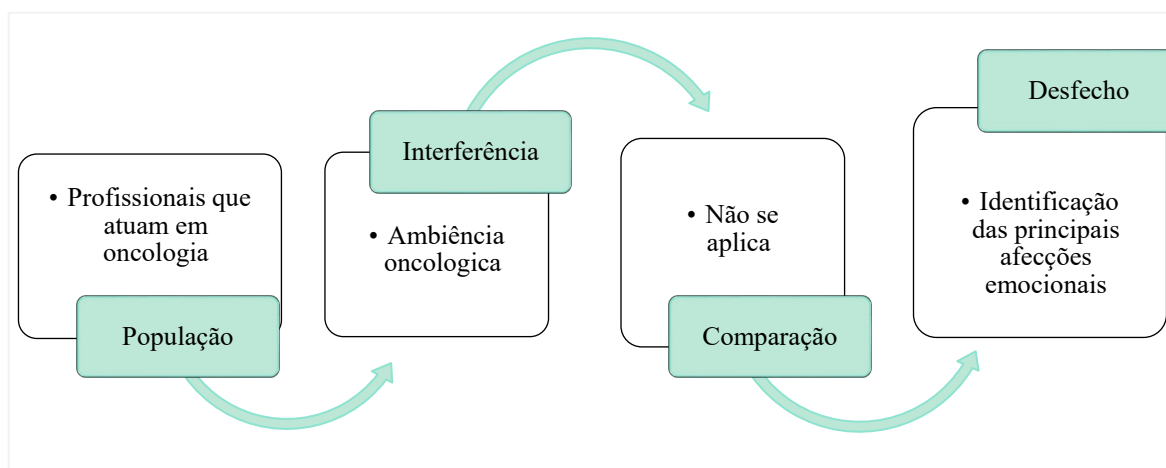
Assim, através da revisão integrativa propõe-se investigar e responder a seguinte pergunta norteadora: qual o nível de ocorrência de distúrbios emocionais em enfermeiros atuantes no setor de oncologia no cenário contemporâneo?

Diante do exposto, constata-se a relevância e a necessidade de se conhecer as produções atuais, ao que concerne a ocorrência de distúrbios emocionais em enfermeiros que trabalham em oncologia, posto que tal afecção pode acarretar danos à saúde do trabalhador, bem como ao seu labor, ainda trazer implicações na qualidade da assistência de enfermagem prestada aos sujeitos submetidos aos cuidados destes profissionais. Promovendo assim, discussão sobre a temática em meio social, acadêmico e trabalhista, para que o problema ganhe visibilidade e de tal forma que se desenvolva atividades preventivas voltadas para a sua evitabilidade, bem como condutas terapêuticas.

MÉTODO

Utilizou-se de uma revisão integrativa da literatura (RI) para obtenção dos objetivos propostos para o presente trabalho. Tal método, resume a literatura teórica para sortir compreensão ampla sobre um dado fenômeno. Desta forma, a RI tem potencial para elucidar a ciência para a atuação da enfermagem, transformando pesquisas, práticas e políticas através da análise e acoplação de resultados (BOTELHO; CUNHA; MACEDO, 2011).

Figura 1 – Utilização da estratégia PICO para desenvolvimento da pergunta norteadora. Juazeiro do Norte, Ceará (2019)




Fonte: A própria autora (2019).

Esta RI viabiliza análise e síntese de resultados de pesquisa relacionados a ocorrência de distúrbios emocionais em enfermeiros atuantes no setor de oncologia em unidade terciária de saúde, estabelecido de acordo com a declaração de relatórios preferenciais para avaliações sistemáticas e meta-análises (PRISMA).

O estudo foi construído entre julho e setembro de 2019 e contou com as seguintes etapas: formulação da questão de pesquisa, para o qual formulou-se uma pergunta norteadora, baseado na estratégia PICO, acrônimo para População (P), Interferência (I), Comparação (C), e Desfechos (O), Outcomes (Figura 01); amostragem ou busca na literatura dos estudos primários; extração de dados; avaliação dos estudos primários eleitos para revisão; análise e síntese dos resultados e apresentação da revisão. (MENDES; SILVEIRA; GALVÃO, 2010).

Estratégia de busca

A estratégia de busca foi construída através do uso de Descritores em Ciências da Saúde (DeCS), sendo eles, "Oncologia", "distúrbios emocionais", "enfermagem",



“Alexitimia” e “Sintomas Afetivos”, cujo fora realizada na Biblioteca Virtual em Saúde (BVS) nas bases de dados agregadas, Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS) e Base de Dados em Enfermagem (BDENF), preferíveis visando o quantitativo de indexações em ciências da saúde, por serem abundantes em artigos primários relacionados a temática estabelecida.

Salientando que os descritores foram combinados de modo a ampliar a busca pelos estudos, esta que foi sensibilizada pelos o uso dos operadores booleanos, AND para ocorrência simultânea de assuntos, e OR para ocorrência alternante de assuntos, de modo que obteve-se o seguinte arranjo, Enfermagem AND Oncologia AND "distúrbios emocionais" OR Alexitimia OR "Sintomas Afetivos".

Critérios de elegibilidade

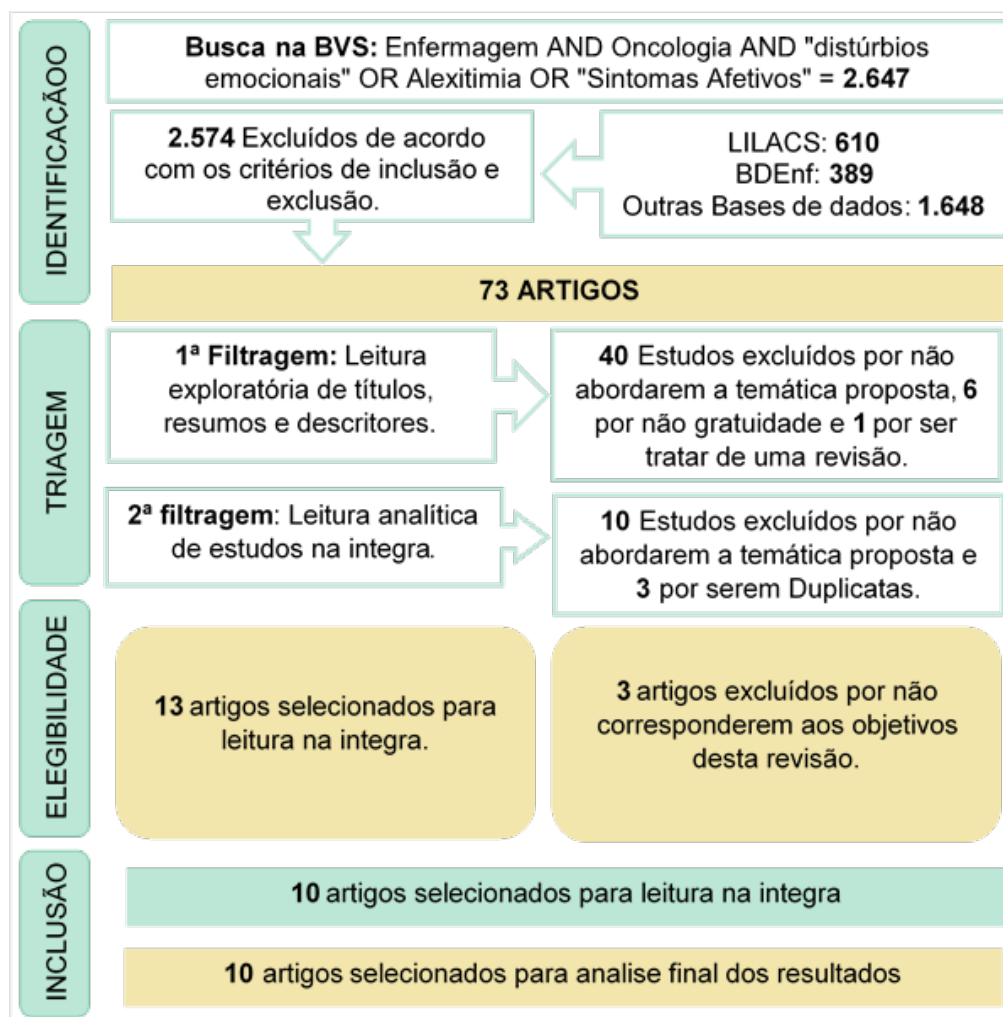
Foram aplicados os subsequentes critérios de elegibilidade, artigos primários que tivessem como assuntos principais enfermagem oncológica, saúde do trabalhador e esgotamento profissional, que estivessem disponíveis na íntegra, acessíveis em meio digital, nos idiomas de origem, português, inglês e espanhol, delimitados por um recorte temporal de 5 anos (junho de 2015 – junho 2019), e como parâmetros de exclusão, utilizou-se artigos que não estejam disponíveis gratuitamente, duplicados e que não abordassem a temática proposta.

Processo de seleção

Após a aplicação dos filtros que melhor se adequavam aos objetivos do trabalho, realizou-se uma leitura exploratória de títulos e resumos de cada artigo, como estratégia parcial de seleção dos trabalhos, para posterior realização de leitura analítica dos estudos que compuseram a amostragem.

Assim, a busca executada na biblioteca virtual em saúde (BVS) resultou em um total de 73 artigos, após aplicação dos critérios de elegibilidade. Sequencialmente realizou-se uma filtragem por leitura exploratória de títulos, descritores e resumos, resultando na deleção de 40 estudos por não abordarem a temática proposta, 6 por não gratuidade de acesso e 1 por se tratar de uma revisão bibliográfica, obteve-se um total de 26 artigos, submetidos a leitura analítica dos estudos na íntegra, de modo a ser excluído 10 por não abordarem a tematicaproposta e 3 por serem duplicatas, resultando em um total de 13, dos quais somente 10 foram elegíveis para compor esta revisão, devido 3 artigos apresentarem incompatibilidade com os objetivos desta revisão. (Figura 2)

Figura 2 – Fluxograma representativo do processo de seleção de artigos



Fonte: A própria autora

RESULTADOS

De acordo com os resultados encontrados, observou-se que a concentração de estudo voltados à temática, se deu no ano de 2017 (5), seguido de 2018 (3), 2015 (1) e 2016 (1) estes, que apresentaram maior índice de realização no Brasil (8), seguido do Uruguai (1) e EUA (1), representando assim um perfil não limiar de publicações que retratem ou que tragam em seu corpo textual aparições de distúrbios emocionais referidos por enfermeiros atuantes em setor oncológico.

Quanto ao paradigma metodológico desenvolvido por cada estudo, houve prevalência da abordagem qualitativa (7), seguida da quantitativa (2), sendo que apenas um (1) estudo retratou sua abordagem mista, utilizando-se de abordagem quantitativa e qualitativa.

Quadro 01 - Síntese dos artigos incluídos por Autores, ano de publicação, periódico, país, título e desenho do estudo. Juazeiro do Norte, Ceará (2019)

N	Autores/ano	Periódico	País	Título	Desenho do estudo
1	ZANATA; LUCCA, 2015.	RevEscEnferm USP	Brasil	Prevalência da síndrome de burnout em profissionais da saúde de um hospital oncohematológico infantil.	Estudo exploratório, descritivo, com delineamento transversal e abordagem quantitativa.
2	WoonhwaKiser - Larson., 2016.	Clinical Journal of Oncology Nursing	EUA	Stress Levels of Nurses in Oncology OutpatientUnits.	Estudo descritivo, com corte transversal.
3	Alencar et al., 2017.	Rev online de pesquisa cuidado é fundamental	Brasil	Sentimentos de enfermeiros que atuam junto a pacientes com câncer em fase terminal.	Estudo qualitativo
4	Santos N. et al., 2017.	CogitareEnferm	Brasil	Estresse ocupacional na assistência de cuidados paliativos em oncologia.	Estudo descritivo, transversal.
5	Santos L. et al., 2017.	Rev enferm UFPE on-line	Brasil	Percepções e reações emocionais dos profissionais da enfermagem que assistem crianças com câncer.	Estudo exploratório, descritivo, de abordagem qualitativa.
6	Viero et al., 2017.	Esc Anna Nery	Brasil	Trabalhadores de enfermagem em oncologia pediátrica: o uso de estratégias defensivas no trabalho.	Estudo qualitativo, exploratório-descritivo.
7	Vitancourt, 2017.	Revista Uruguaya de Enfermería	Uruguai	El desgaste profesional en las auxiliares de enfermería oncológica, impactos que genera el cáncer.	Estudo qualitativo, Descritivo, correlação.
8	Lazzaroto et al., 2018.	RevEnferm UFSM	Brasil	Estratégias de enfrentamento utilizadas pela equipe de enfermagem no cuidado ao paciente oncológico e família.	Estudo descritivo, exploratório, com abordagem qualitativa.
9	Oliveira et al., 2018.	Rev enferm UFPE on-line	Brasil	Esgotamento profissional e transtornos mentais comuns em enfermeiros oncológicos.	Estudo quantitativo, correlacional.
10	Silva et al., 2018.	RevEnferm Atenção Saúde Online	Brasil	Significado do cuidar e seus sentimentos para equipe de enfermagem diante da criança em tratamento oncológico.	Estudo Descritivo, com abordagem qualitativa.

Fonte: A própria autora (2019).

Após análise dos estudos, observou-se que todos os artigos retrataram mulheres como mais propensas a desenvolver distúrbios emocionais derivados de atividades assistenciais desenvolvidas com pacientes portadores de câncer e que a faixa etária evidenciada pelos estudos é de 20 aos 42 anos de idade.

Quadro 2 - Síntese dos artigos incluídos por objetivos, amostra, principais distúrbios emocionais encontrados no corpo dos artigos e principais resultados. Juazeiro do Norte (2019)

Nº	Objetivo	Amostra	Principais distúrbios	Principais Resultados
1	Identificar a prevalência da Síndrome de Burnout em profissionais médicos, enfermeiros e técnicos de enfermagem que trabalham em um hospital pediátrico onco-hematológico em São Paulo.	188 profissionais de saúde (médico / enfermagem/ técnico de enfermagem)	Depressão; desgaste emocional; sensação de baixa realização; despersonalização; estresse; sofrimento;	Alto despersonalização para enfermeiros, baixo desempenho no trabalho para médicos e de técnicos de enfermagem. Altas pontuações foram identificadas em pelo menos dois domínios Burnout em 19,2% dos enfermeiros, 16,8% dos técnicos de enfermagem e 16,6% dos médicos.
2	Identificar os níveis de estresse e fatores estressantes de enfermeiros que trabalham em ambulatoriais oncologia e explorar comportamentos de enfrentamento para o stress relacionado com o trabalho de enfermeiros da equipe de oncologia em ambulatórios.	40 profissionais de enfermagem	Tensão; ansiedade; estresse leve/moderado/intenso; exaustão emocional;	As maiores fontes de estresse foram carga de trabalho e morte do paciente e morrendo variáveis demográficas de idade e experiência de trabalho em enfermagem mostrou uma relação positiva significativa para trabalhar relacionados com escores de estresse. Os três comportamentos de enfrentamento utilizadas com maior frequência foram verbalizar, fazer exercício ou relaxar, e tendo tempo para si.
3	Identificar os sentimentos de enfermeiros que atuam junto a pacientes com câncer em fase terminal.	10 enfermeiros.	Tristeza, desamparo; frustração; impotência; sensação de perda; medo; angústia; sensação de vazio; inadequação, a expectativa da morte, descrença.	Para os enfermeiros, uma das maiores ansiedades enfrentadas é lidar com a morte, vista como fenômeno doloroso e de difícil aceitação. A maioria dos profissionais admitiu o despreparo no manejo e enfrentamento desta condição, experienciando de forma conflituosa, amarga e cruel tal vivência.



4	Identificar indicativo de estresse ocupacional em profissionais de enfermagem que atuantes na assistência a pacientes com CA, em cuidados paliativos.	105 profissionais de enfermagem	Estresse moderado/alto; exaustão emocional;	Os dados sugerem que, apesar de estarem expostos a estressores como dor, sofrimento e morte, os profissionais estudados utilizam estratégias de enfrentamento eficazes na diminuição da percepção subjetiva do estresse.
5	Analisar a percepção e as reações emocionais dos profissionais da Enfermagem que assistem as crianças com câncer.	10 profissionais de enfermagem.	Tristeza, angústia, ansiedade, impotência e frustração; sentimento de fracasso, pena, raiva ou revolta; desespero; sensação de ineficiência; Insegurança, culpa.	A partir da análise das entrevistas, emergiram quatro categorias: A fragilidade da criança e o sofrimento diante da doença; A influência da idade na forma de vivenciar o câncer; O papel da Enfermagem diante da percepção sobre a criança com câncer e Reações emocionais diante da assistência de Enfermagem à criança com câncer.
6	Descrever as estratégias defensivas utilizadas por trabalhadores de enfermagem em oncologia pediátrica frente ao sofrimento no trabalho.	20 Profissionais de enfermagem.	Frustração; sofrimento; Medo; Estresse; Introspecção; angustia; sensação de desvitalização; tensão;	Algumas estratégias individuais foram conformismo, distanciamento do convívio, racionalização e refúgio nos momentos de lazer. Foram apontadas estratégias coletivas como os movimentos de fala e escuta, a agregação do coletivo de trabalho, a resignificação do sofrimento e a busca de um novo sentido para a vida.
7	Compreender o desgaste profissionais de enfermagem que trabalha com pacientes com câncer no terceiro nível de cuidados de saúde.	28 Auxiliares de Enfermagem	Estresse; decepção profissional, sentimentos de fracasso e baixa autoestima; despersonalização; exaustão emocional; frieza; esgotamento profissional elevado.	Não foram encontradas diferenças significativas na ocorrência de Burnout entre os dois grupos. Mas, em hospital de câncer taxas mais elevadas de estresse no trabalho foram detectados nos enfermeiros (18%) em comparação com auxiliares de enfermagem grupo CTI (4,5%). Se o estresse se torna crônico pode ser transformado em Burnout.
8	Identificar as estratégias de enfrentamento/coping utilizadas pela equipe	8 Profissionais de enfermagem.	Tristeza; ansiedade; angustia; sofrimento; introspecção;	Apontar o coping focalizado na emoção: fuga-evitamento e reavaliação positiva e o coping focalizado no problema:



	de enfermagem no cuidado ao paciente oncológico e família, em âmbito hospitalar.			resolução planejada, suporte social e autocontrole, ainda outras formas de enfrentamento usadas pelos participantes da pesquisa.
9	Investigar a existência de Síndrome do Esgotamento Profissional e Transtornos Mentais Comuns em Enfermeiros oncologistas.	29 enfermeiros oncologistas.	Tristeza; apatia; desesperança; impotência; instabilidade no humor; ansiedade, angústia; estresse.	Evidência de Prevalência de Transtornos Mentais Comuns, presença de três dimensões sugestivas de Burnout em 6,9% dos enfermeiros; outros 6,9% em duas dimensões, e 41,4% em, pelo menos, uma dimensão. As variáveis estresse e autoestima se correlacionam.
10	Compreender os significados e os sentimentos manifestados pela equipe de enfermagem durante o cuidar num serviço de oncologia pediátrica.	10 profissionais de enfermagem.	Depressão; Medo; Sensação de impotência;	Foram identificadas três categorias que se assemelham aos sentimentos da equipe de enfermagem expressos pela fala dos participantes, sendo elas: o significado do cuidado; conforto e Humanização; o envolvimento inevitável e a busca do equilíbrio emocional.

Fonte: A própria autora (2019).


Em relação aos achados da amostra, quanto aos sujeitos dos estudos, verificou-se que 90% (n=9), possuem o público-alvo exclusivamente composto por profissionais de enfermagem (enfermeiros e técnicos). Os demais, apresentam outros sujeitos-alvo das pesquisas, sendo eles médicos e outros componentes da equipe multidisciplinar atuante em setor oncológico.

Ainda que o artigo de Zanatta e Lucca (2015) teve maior número de participantes (188 participantes) e a maioria dos estudos que comportaram a amostra apontaram o estresse e tristeza como principais distúrbios emocionais desenvolvidos por enfermeiros atuantes no setor de oncologia.

DISCUSSÃO

Os resultados provenientes dos estudos primários incluídos, sugerem a criação de três eixos temáticos que dão origem às categorias de discussão dos fatos evidenciados para compor esta produção.

Após análise, os estudos apontaram as seguintes categorias, como resposta a questão de pesquisa, perfil dos enfermeiros que atuam no setor de oncologia predispostos a desenvolver distúrbios emocionais; Distúrbios emocionais mais frequentes e fatores que



ocasionam a degradação da saúde mental e Medidas preventivas e terapêuticas de ladear o desenvolvimento de distúrbios emocionais no setor oncológico, estes explanados a seguir.

Perfil dos enfermeiros que atuam no setor de oncologia predispostos a desenvolver distúrbios emocionais


Sobre-excede dentre os estudos a prevalênciado sexo feminino dentre os enfermeiros acometidos por distúrbios emocionais e/ou que sofrem mais influenciados fatores de risco, dado explicitado por Santos, N. et al. (2017), que revela ainda, que a faixa etária destesenfermeiro influencia na sua percepção de estresse e que a faixa etária se estabelece entre 20 e 40 anos, evidente quando comparado aos enfermeiros com mais de 40 anos de idade (70,5%vs 29,5%), sendo tal dado associado ao nível de maturidade e por conseguinte a forma de conduzir situações potencialmente estressoras.

Ainda, como agravante ao desenvolvimento de transtornos emocionais está a inexperiência ao que concerne o tempo de atuação profissional, uma vez que refletem uma média de experiência mínima de 1 ano de atuação, evidenciando despreparo emocional, ainda salientando sensibilidade aumentada quanto a percepção da vivência do paciente e não apenas deste, mas também de seus familiares (OLIVEIRA et al., 2018; SANTOS,L. et al., 2017; SANTOS, N.,2017; SILVA et al., 2018; VITANCURT, 2017).

Aspecto corroborado por Santos, L. et al. (2017)que estabelece que a experiência influi no nível de competências e habilidades que o profissional expressar ao assistir o paciente oncológico, bem como na utilização de práticas humanistas de cuidado.

Santos, N. et al. (2017)ressaltam que o estado civil dos enfermeiros atuantes em setor oncológico, influencia em sua susceptibilidade a desenvolver transtornos emocionais, uma vez que estes sofrem desgaste emocional exacerbado, devido a necessidade de conciliar sua vida pessoal conjugada a um labor cheio de agentes estressores.

Em contrapartida, Zanatta e Lucca, (2015) salienta que os enfermeiros solteiros refletem maior índice de desgaste emocional provenientes do labor, uma vez que indivíduos que tem união estável expressam maior resistência aos eventos estressores, por disporem de capacidade aumentada de associa-los a problemas emocionais vividos, além de que dispõem de oportunidade de aperfeiçoar seus sentimentos ligados a responsabilidade familiar, de modo que auxiliam no enfrentamento a questões de dimensão afetiva.



Vitancurt, (2017) evidência que as mulheres estão mais propensas a desenvolver distúrbios emocionais em decorrência do seu labor em setor oncológico, contudo, dentre os enfermeiros que expressam distúrbios emocionais, os que mais procuram os serviços de saúde em decorrência desta afecção é o público masculino.


Distúrbios emocionais mais frequentes e fatores que ocasionam a degradação da saúde mental

A ambiência oncológica é por si, um ambiente emocionalmente desgastante, cujo qual os enfermeiros atuantes, são requeridos a dispor de elevado nível de tolerância e resiliência, visto que tal ambiente propicia o contato entre o profissional e pacientes que dispõem de quadros deficitários de saúde ou até mesmo em estado terminal, de modo que o enfermeiro oncológico deflagre uma sobrecarga física, mental e emocional, cujo esperasse que disponha de preparo para sobressair a estes e acolher, assistir e orientar pacientes com câncer e seus familiares (OLIVEIRA et al., 2018).

Silva et al. (2018) relatam que a interação constante do profissional enfermeiro com o paciente, por vezes, amedrontado, inseguro e em sofrimento, resultam na instauração de um vínculo profissional-paciente, através do qual o mesmo baseia-se para atuar de forma humanizada e empática, além de facilitar o exercício assistencial holístico e minimizar traumas advindos de hospitalização. Todavia, em decorrência da longa permanência do paciente no setor, resulta em laço afetivo que é agredido em casos de óbito ou sofrimento do paciente, repercutindo em abalo emocional para o profissional, em sua maioria enfermeiros.

O Transtorno mental pode ser entendido como uma má adaptação que afeta os processos mentais, dentre estes o aspecto emocional, caracterizado por ausência de bem estar, tipificado em ansiedade, tristeza e estresse, dentre outros (Quadro 2), quando ocorrem de forma simultânea e descontrolada são conhecidos como transtornos emocionais, comuns na atualidade e expresso pela maioria dos estudos que compuseram a amostragem.

O enfermeiro assiste pacientes em diversas etapas do ciclo vital, contudo é notório o desenvolvimento de uma maior carga emocional entre aqueles que prestam cuidados a pacientes pediátricos acometidos pelo câncer, visto que identificam este grupo como estando no início de uma jornada, para a qual não deveriam passar por sofrimento intenso, sendo ainda tão jovens. De tal forma que surge no profissional emoções como angústia, raiva e em casos terminais sentimento de impotência e frustração, apontados por Santos, L. et al. (2017).



O profissional pode desenvolver emoções de abrangência variada ao realizar o cuidado com o paciente oncológico, contudo devido o descontrole da ocorrência, frequência e intensidade, acaba desencadeando transtornos emocionais e por conseguinte o medo da reincidência, de modo não benéfico e que se não acompanhada e devidamente orientada por profissionais hábeis, podem afetar sua habilidade de relacionamento interpessoal, uma vez que este desenvolve despersonalização que afeta diretamente o seu labor e capacidade de socialização (OLIVEIRA et al., 2018).


Devido despreparo emocional, os enfermeiros tentam se prevenir da sensação de impotência e de dever incompleto, por meio da imparcialidade durante a assistência, em especial com pacientes muito jovens. Em contra partida, outros visam conseguir a sensação de realização profissional através da certificação de que todas as condutas possíveis foram tomadas para ladear a sensação de impotência (SILVA et al., 2018).

A despersonalização consiste em o profissional desenvolver uma resposta fria e impessoal diante do paciente, visando a desconstrução de laço afetivo ou a não criação do mesmo. Em estudo realizado com 29 enfermeiros, salienta-se a despersonalização em alto nível ao identificar tal presença em sete (24,0%) do total de profissionais enfermeiros que compuseram o estudo e que tal acontecimento é precedido por desgaste emocional e/ou incapacidade profissional (OLIVEIRA et al., 2018).

O desenvolvimento de estímulos afetivos se dá mediante o nível do convívio entre o profissional e o paciente, por vezes intensificado pela internação hospitalar prolongada, cujo qual o enfermeiro está em constante contato não apenas com o paciente, mas também com seus familiares, percebendo constantemente suas angustias e pesares (ALENCAR et al., 2017).

Ainda em razão da causa supracitada, o enfermeiro deve atender o paciente oncológico, em todos os aspectos que envolvam a restauração de sua saúde, assim deve ele ter entre suas atividades, o suporte psicológico ao enfermo e seu familiar, para fins de promoção do conforto durante a estadia do paciente no setor oncológico (ZANATTA; LUCCA, 2015).

Alencar et al. (2017) enfatizam ainda que, a interação com os familiares dos pacientes faz com que o enfermeiro estime um nível de cuidado, para o qual desenvolve e deposita sentimentos, como esperanças ou frustrações, caso o desfecho do caso não seja positivo, refletindo em apreensividade quanto aos sentimentos dos familiares, propiciando o



desenvolvimento do sentimento de impotência, que prejudica diretamente sua segurança para desenvolver suas atividades, conseqüentemente também o seu labor.

Em estudo, Santos, N. et al. (2017) salientam que o estresse é um fator de risco para o desenvolvimento de transtornos emocionais pelos enfermeiros oncológicos, e que tal condição se instaura a partir de jornadas de trabalho exaustiva, sobrecarga de atividade à serem desenvolvidas em pouco tempo, além das formas de distribuição das atividades para a equipe, cujo as quais a mesma não concorda.

Logo, Oliveira et al. (2018) ressaltam que, se não houver intervenções quanto a reverter quadros que possam ocasionar o desenvolvimento de distúrbios emocionais pelo enfermeiro, este pode evoluir para Síndrome do Esgotamento Profissional (Burnout) implicando em seu labor em setor oncológico.


Medidas preventivas e terapêuticas para o desenvolvimento de distúrbios emocionais no setor oncológico

Vitancourt, (2017) ressalta que o cuidado ofertado ao paciente com câncer em unidade oncológica expressa indicadores de estresse semelhante aos vistos no labor em unidades de terapia intensiva que assiste o paciente crítico, logo nota-se em suma a proporção e magnitude de desenvolver-se estratégias que ajudem a prevenir, bem como remediar o desenvolvimento de distúrbios emocionais nestes enfermeiros.

As principais estratégias para prevenção e restauração da saúde mental dos enfermeiros que atuam em oncologia, configuram-se em métodos individuais e coletivos, de modo que estes propiciam o fortalecimento da saúde mental e que auxiliem no enfrentamento de tal desordem emocional, cujo a qual estão susceptíveis.

Assim, Lazzarotto et al. (2018) estabelece que um dos métodos de enfrentamento expressos pelos enfermeiros é o *coping*, que são respostas conscientemente adotadas para enfrentar situações estressoras, podendo ser caracterizados em duas categorias, *coping* focado na emoção, cujo o profissional expressa uma resposta de fuga-evitamento e reavaliação positiva do evento estressante, e *coping* focado no problema, para o qual o enfermeiro utiliza resolução planejada, suporte social e autocontrole.

Apesar de ser o *coping* focado no problema o mais indicado, ainda se sobressai o uso do *coping* focado na emoção, uma vez que demonstra a dificuldade humana em lidar com a finitude da vida, expressa pelo enfermeiro em casos que há presença de



transtornos emocionais decorridos das situações estressantes pelas quais este perpassa em seu labor no setor oncológico. (LAZZAROTO et al., 2018)

Além da classificação utilizada para o *coping* que pode ser aplicado em outros métodos, há uma classificação expressa por Vieroet al. (2017), que retrata os métodos existentes em individuais, onde o profissional desenvolve métodos que beneficiem a si apenas ou coletivos que podem ser mediados pelas empresas empregadoras e gestores, que visam resolutividade gradual, cotidiana e coletiva e que é a mais utilizada para resistir ao sofrimento no trabalho.


Ainda dentre os métodos individuais, destaca-se a instauração de divisão entre trabalho e vida pessoal, porém este método não refere eficácia, pois essa divisão é dificultosa, uma vez que o funcionamento psíquico é tido como indivisível (VIERO et al., 2017), tal como é visto em outros métodos como o absentismo, férias e afastamento por atestado, sendo estas alternativas ao sofrimento, visto como *coping* focado na emoção por Lazzarotoet al. (2018).

Dos métodos coletivos, Vieroet al. (2017) ressaltam atividades como confraternizações, reuniões, cooperação e desabafo, estes que são complementados por Woonhwa e Kiser-Larson (2016), que referem como métodos preventivos contra o sofrimento de ordem afetiva durante o labor, o exercício de apoio, momentos que propiciem e estimulem os enfermeiros a verbalizar o sofrimento. Ainda, que estas desenvolvam ambientes designados a diminuição dos agentes estressores que sejam expressos especificamente pelos enfermeiros que os vivenciam.

Recomenda-se instaurar espaços de apoio psicossocial em caráter individual e em grupo, visando receptibilidade e verbalização de sentimentos, que ficam ocultos e que levam ao adoecimento mental, além de capacitação e apoio psicológico adequado aos enfermeiros para fortalecer o seu poder de resiliência profissional (SILVA et al., 2018).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Pela observação dos aspectos analisados, é notório que o transtorno emocional é uma afecção presente na atualidade e pode ser facilmente adquirida, principalmente pelos enfermeiros oncológicos, que dispõem de um leque de obrigações a serem cumpridas, estas que vão desde o gerenciamento do cuidado até a lidar com situações com potencial estressor elevado, de modo a tornarem-se susceptíveis ao desenvolvimento exacerbado e descontrolado de emoções que podem afetar suas relações interpessoais e seu labor.



Em suma, o escopo deste trabalho revela a abrangência dos métodos de prevenção e enfrentamento das afecções de ordem emocional derivadas do trabalho em oncologia, além de que os enfermos podem despertar no enfermeiro sentimentos positivos, como estimular a humanização da assistência, empatia e ressignificação do sentido da vida ou em casos de desfecho negativo como regressão do estado de saúde ou óbito, sentimentos como frustração, tristeza e impotência.

Assim, recomenda-se o uso de métodos de enfrentamento para controle dos sentimentos desenvolvidos pelos enfermeiros e para auxiliar a gerir o estresse advindo das especificidades da ambiência de trabalho, explícitos pelos estudos como sendo na maioria do sexo feminino.

A vista disso e a partir dos dados providos dos resultados é perceptível que apesar de as mulheres serem mais acometidas pelos distúrbios emocionais, elas procuram menos os serviços de saúde, expressando um maior nível de resistência e resiliência quando comparada aos indivíduos do sexo masculino.


Não houveram implicações na realização do estudo, contudo deve-se fazer uma ressalva quanto a presença de discrepâncias no quantitativo de estudos que evidenciam distúrbios emocionais e estudos que expressem métodos de enfrentamento.

Deste modo, a discussão sobre a temática é demasiadamente relevante para a população em geral, como também nos campos acadêmicos e profissionais, visando contribuir de forma positiva para a conscientização do problema e até mesmo para servir de auxílio na elaboração de políticas de segurança do trabalho em oncologia, estas voltadas a promoção, prevenção e tratamento em saúde dos enfermeiros que trabalham em setores oncológicos, garantindo assim, mudanças e oportunizando medidas de ladear a ocorrência de distúrbios emocionais.

REFERÊNCIAS

ALENCAR, Delmo de Carvalho et al. Feelings of nurses who work with cancer patients in terminal phase. *Sentimentos de enfermeiros que atuam junto a pacientes com câncer em fase terminal. Revista de Pesquisa: Cuidado é Fundamental Online*, Teresina, v. 9, n. 4, p.1015-1020, 31 out. 2017.

AYALA, Arlene Laurenti Monterrosa; FELICIO, Amábile Cristina Rosa; PACHÃO, Jessica. Sofrimento dos profissionais que atuam no setor de oncologia em um hospital público de Joinville, sc. *Rev. Aten. Saúde, São Caetano do Sul*, Joinville, v. 15, n. 51, p.106-117, jan. 2017



BOTELHO, Louise Lira Roedel; CUNHA, Cristiano Castro de Almeida; MACEDO, Marcelo. O MÉTODO DA REVISÃO INTEGRATIVA NOS ESTUDOS ORGANIZACIONAIS. **Gestão e Sociedade: Revista Eletrônica**, Belo Horizonte, v. 5, n. 11, p.121-136, 7 nov. 2011.

BROCCHI, Paola Maria Leon Peres. Saúde ocupacional em oncologia: um estudo sobre estresse, enfrentamento e resiliência. 2017. 151 f. Dissertação (Mestrado) - Curso de Psicologia, **Departamento de Psicologia Clínica**, Universidade de Brasília, Brasília, 2017.

CRUZ, Fernanda Strapazzon da; ROSSATO, Luciana Grazziotin. Cuidados com o Paciente Oncológico em Tratamento Quimioterápico: o Conhecimento dos Enfermeiros da Estratégia Saúde da Família. **Revista Brasileira de Cancerologia**, Rio Grande do Sul, v. 61, n. 4, p.335-341, set. 2015.

INCA, Instituto Nacional de Câncer. **O que é câncer? 2018**. Disponível em: <<https://www.inca.gov.br/o-que-e-cancer>>. Acesso em: 23 fev. 2019.

LAZZAROTO, Pamela Karin et al. Estratégias de enfrentamento utilizadas pela equipe de enfermagem no cuidado ao paciente oncológico e família. **Revista de Enfermagem da UFSM**, Chapecó, v. 8, n. 3, p.560-575, 28 set. 2018.

MELO, Maggie de Rocha. O cuidado de si dos profissionais da equipe de enfermagem oncológica. 2018. 59 f. Dissertação (Mestrado) - Curso de Enfermagem, **Programa de Pós-graduação Stricto Sensu**, Universidade Federal de Juiz de Fora, Juiz de Fora, 2018.

MENDES, Karina dal Sasso; SILVEIRA, Renata Cristina de Campos Pereira; GALVÃO, Cristina Maria. Revisão integrativa: método de pesquisa para a incorporação de evidências na saúde e na enfermagem. **Texto, Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v. 17, n. 4, p.758-764, out. 2008.


OLIVEIRA, Patrícia Peres de et al. Esgotamento profissional e transtornos mentais comuns em enfermeiros oncológicos. **Revista de Enfermagem UFPE On Line**, Recife, v. 12, n. 9, p.2442-2450, 8 set. 2018.

SANTOS, Larissa Suelem Batista dos et al. Percepções e reações emocionais dos profissionais da enfermagem que assistem crianças com câncer. **Revista de Enfermagem: UFPE On Line**, Recife, v. 11, n. 4, p.1616-1623, abr. 2017.

SANTOS, Naira Agostini Rodrigues dos et al. Estresse ocupacional na assistência de cuidados paliativos em oncologia. **Cogitare Enfermagem**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 4, p.1-10, 22 nov. 2017.

SILVA, Camila Morena Margato et al. Significado do cuidar e seus sentimentos para equipe de enfermagem diante da criança em tratamento oncológico. **Revista de Enfermagem e Atenção à Saúde**, Minas Gerais, v. 7, n. 2, p.83-94, 15 out. 2018.

VIERO, Viviani et al. Pediatric oncology nursing workers: the use of defensive strategies at work. **Escola Anna Nery**, Rio Grande do Sul, v. 21, n. 4, p.1-8, 28 ago. 2017.



VIERO, Viviani. Prazer e sofrimento dos trabalhadores de enfermagem em oncologia pediátrica. 2014. 187 f. Tese (Doutorado) - Curso de Enfermagem, **Centro de Ciências da Saúde**, Universidade Federal de Santa Maria, Santa Maria - RS, 2014.

VITANCURT, Ana Luz Protesoni. El desgaste profesional en las auxiliares de enfermería oncológica, impactos que genera el cáncer. **Revista Uruguaya de Enfermería**, Montevideo, v. 12, n. 1, p.2301-2318, maio 2017.

Woonhwa; KO, KISER-LARSON, Norma. Stress Levels of Nurses in Oncology Outpatient Units. **Clinical Journal Of Oncology Nursing**, Dakota, v. 20, n. 2, p.158-164, 1 abr. 2016.

ZANATTA, Aline Bedin; LUCCA, Sergio Roberto de. Prevalence of Burnout syndrome in health professionals of an onco-hematological pediatric hospital. **Revista da Escola de Enfermagem da Usp**, Campinas, v. 49, n. 2, p.0253-0258, abr. 2015.



CAPÍTULO 8

EDUCAÇÃO EM SAÚDE COM USUÁRIOS DO PROGRAMA HIPERDIA: RELATO DE EXPERIÊNCIA

[Marcelino Maia Bessa](#), Graduando em Enfermagem, UERN
[Thaina Jacome Andrade de Lima](#), Graduanda em Enfermagem, UERN
[Izrael Gomes da Silva](#), Graduando em Enfermagem, UERN
[Ivson dos Santos Gonçalves](#), Graduando em Enfermagem, UERN
[Layane da Silva Lima](#), Graduanda em Enfermagem, UERN
[Francisco Glérison Vieira](#), Enfermeiro, UERN

RESUMO


Este estudo tem como objetivo relatar a experiência de uma educação em saúde com usuários do programa Hiperdia. Trata-se de um estudo qualitativo, descritivo, do tipo de relato de experiência, que se deu por meio de intervenções realizadas em uma Unidade de Saúde com usuários. A ação foi pensada durante o componente curricular Estágio Curricular Supervisionado I do curso de graduação em enfermagem. A construção do vínculo é um facilitador para a realização de ações, bem como para sua efetividade. Há um desconhecimento sobre utilização de alimentos benéficos e/ou maléficos para a saúde dos usuários. Práticas inadequadas sobre saúde e qualidade de vida ainda fazem parte da vivência dos participantes. O uso de metodologias ativas associado a educação em saúde se mostram como importantes fermentas para construção do conhecimento e conseqüentemente autonomia dos sujeitos, visando à melhoria da saúde do indivíduo, da família e da população em geral.

PALAVRAS-CHAVE: Educação em Saúde. Hipertensão. Diabetes Mellitus. Enfermagem.

INTRODUÇÃO

As doenças crônicas não transmissíveis (DCNTs) representam um dos principais desafios de saúde para o desenvolvimento global nas próximas décadas. Não obstante, as doenças cardiovasculares constituem a principal causa de morbimortalidade na população brasileira. Não há uma causa única para estas doenças, mas vários fatores de risco que aumentam a probabilidade de sua ocorrência. A Hipertensão arterial sistêmica e o Diabetes mellitus representam dois dos principais fatores de risco, contribuindo decisivamente para o agravamento deste cenário em nível nacional. (REIS et al., 2015).

Desta forma, como forma de combater essas dados alarmantes, surge o Plano de Reorganização da Atenção a Hipertensão Arterial e Diabetes mellitus - HIPERDIA, com o propósito do Plano é vincular os portadores desses agravos às unidades de saúde, garantindo-



lhês acompanhamento e tratamento sistemático, mediante ações de capacitação dos profissionais e de reorganização dos serviços. (BRASIL, 2001).

O programa Hiperdia, oriundo desse plano, se constitui como uma estratégia: "De acompanhamento de usuários hipertensos e/ou diabéticos, com as funções de vincular o paciente à Unidade Básica de Saúde (UBS) e à Equipe de Saúde da Família (ESF). Ocorre no nível primário de atenção à saúde visando, além de acompanhar e tratar, recuperar a autonomia do usuário, e a sua responsabilidade em seu processo de saúde. (FEITOSA; PIMENTEL, 2016).

Dessa forma, como forma de construir saberes e aumentar essa autonomia, adentra-se dentro do contexto da educação em saúde, em que esta conceitua-se como o diálogo entre profissionais e usuários que permite construir saberes e aumentar a autonomia das pessoas no seu cuidado. Possibilita, ainda, o debate entre população, gestores e trabalhadores a fim de potencializar o controle popular, tornando-se mecanismo de incentivo à gestão social da saúde. (BRASIL, 2009).

Um desafio da ESF é controlar as doenças crônicas, causadoras de enormes custos econômicos e sociais, como as já mencionadas. Não obstante, é imprescindível o desenvolvimento de um processo de trabalho condizente com o modelo de atenção às doenças crônicas, a fim de estabelecer a troca de conhecimentos e a transformação da realidade, cabendo destacar que toda ação educativa expressa uma oportunidade de desenvolver cuidado integral à saúde das pessoas. (MELO, 2016). Dessa forma, este estudo tem como objetivo relatar a experiência de uma educação em saúde com usuários do programa Hiperdia.

METODOLOGIA

Trata-se de um estudo qualitativo, descritivo (FLICK, 2009), do tipo de relato de experiência, proposto pelo componente curricular Estágio Curricular Supervisionado I, do curso de graduação em enfermagem da Universidade do Estado do Rio Grande do Norte. A captação da realidade ocorreu em uma das Unidades Básicas de Saúde no Município de Pau dos Ferros, Rio Grande do Norte.

As atividades foram planejadas a partir do referencial teórico proposto pelo Arco do diagrama, do Método do Arco de Maguerez e da Teoria de Intervenção Prática de Enfermagem em Saúde Coletiva (TIPESC). (BORDENAVE; PEREIRA, 1991; EGRY, 1996). Nesse sentido, as estratégias metodológicas da disciplina seguem os seguintes movimentos:




observação da realidade nas três dimensões (Estrutural, Particular e Singular), interpretação da realidade objetiva, pontos-chave, teorização, reinterpretação da realidade, hipótese de solução e aplicabilidade. Pautados nestas estratégias, os alunos quando se inserirem na área adscrita da Estratégia de Saúde da Família vão a partir da observação de uma dada realidade, identificar as necessidades sociais e de saúde da comunidade para posteriormente, elencar quais delas irão guiar o desenvolvimento da investigação.

A segunda etapa consiste em refletir sobre os possíveis determinantes e condicionantes que permeiam o problema eleito, traçando os principais pontos-chave do estudo. A terceira etapa refere-se ao momento de análise dos pontos-chave elencados na perspectiva de responder a situação-problema, compondo assim o processo de teorização. Por fim, a quarta etapa destina-se à elaboração das hipóteses de solução ou reinterpretação da realidade para construção de uma proposta de intervenção no problema e, em seguida, a aplicação de uma ou mais das hipóteses de solução, como um retorno do estudo à realidade investigada. Dessa forma, vivencia-se um momento de construção crítica que possibilita aos alunos a captação das relações sociopolíticas, econômicas e ambientais no processo de formação. (EGRY, 1996).

Assim sendo, as problemáticas identificadas nessa realidade vão desde o enraizamento do modelo biomédico à problemas de saúde pública, como prostituição, tráfico e consumo de drogas, acompanhamento de usuários no Hiperdia.

Diante disso, a problemática a ser discutida nesse trabalho tratou-se sobre os usuários que fazem parte do programa Hiperdia, pautado nas discussões com os profissionais de saúde e os usuários do programa. A escolha da temática se deu em decorrência de ser um assunto de suma importância para efetivação da estratégia de vincular estes à Unidade de saúde.

A intervenção foi realizada com usuários que se encontravam em sala de espera na Unidade Básica de Saúde. Para a realização da atividade foram utilizadas metodologias ativas. No primeiro momento estes estavam sentados em cadeiras enfileiradas. Inicialmente, foi utilizado a metodologia quebra-gelo intitulada “caixa das descobertas”, a qual dentro dela apresentava algumas figuras ilustrativas como de tipos de alimentos (frutas, refrigerantes, sal, água), bem como sobre atividades físicas, medicamentos, cigarro, estresse. Dessa forma, a medida que a caixa ia passando de mão em mão, estes retiravam estas figuras e se



apresentavam relatando o nome e há quanto tempo viviam com hipertensão e/ou diabetes. A metodologia durou cerca de 10 minutos.

No segundo momento foi desenvolvido a metodologia “roleta de perguntas”. Nisso, cada participante girou esta que apresentava demarcações com perguntas como: o excesso de peso influencia na pressão? Qual a relação do sal e do açúcar com a hipertensão e diabetes? A alimentação influencia nessas doenças? Exercício físico prejudica essas doenças? O fumo e o estresse influenciam na hipertensão? Posso tomar medicação a qualquer hora do dia? A medida que estas eram lidas, indagava-se sobre tais para que pudessem responder individualmente e/ou coletivamente. A metodologia durou aproximadamente 35 minutos.

No terceiro e último momento, realizou-se a metodologia “mural do hiperdia”, sendo composto por duas cartolinas, uma verde e uma vermelha. Desta forma, a cartolina em vermelho representava os “maus hábitos” e os “bons hábitos”. Estes hábitos estavam representados pelas figuras já mencionadas anteriormente. A metodologia durou aproximadamente 15 minutos.


RESULTADOS E DISCUSSÃO

Diante do contexto da realização da atividade, percebeu-se que esta foram desenvolvidas, obtendo assim o êxito desejado.

Para o desenvolvimento da intervenção destaca-se como fator relevante e facilitador o vínculo com a enfermeira da unidade, bem como dos demais profissionais com ao acadêmicos, construído previamente em outros componentes curriculares tendo esta unidade como campo de prática, bem como ainda na fase de diagnóstico situacional.

Assim sendo, cabe destacar que o cuidado em saúde transcende o âmbito técnico do atendimento e incorpora a materialidade das relações interpessoais que se estabelecem nesse campo. Além disso, considera-se que o vínculo é um constructo de natureza complexa e sistêmica, relacionado às dimensões relacionais, assim como às coletivas e organizacionais, que se expressam em um modelo de atenção primária, com repercussões no processo de trabalho da equipe, na organização do serviço. (SANTOS; ROMANO; ENGSTROM, 2018).

De início, os participantes já se mostravam curiosos para saberem o que seria desenvolvida naquela oportunidade, dessa forma, contribuindo uma participação ativa de todos que ali estavam, corroborando para a demonstração de que não estávamos ali apenas como emissores de conhecimento, mas para construir junto com eles. Nessa perspectiva é de



suma relevância ressaltar a importância da educação problematizadora, uma vez que ela serve à libertação, se funda na criatividade e estimula a reflexão e a ação verdadeira dos homens sobre a realidade. (FREIRE, 2005).


A primeira metodologia foi realizada de forma efetiva, visto que a medida que a caixa ia passando, estes retiravam as figuras e se apresentavam. Neste momento estes já apresentavam um interesse em discutir e saber sobre o uso daquelas figuras.

No segundo momento, houveram várias discussões a partir das questões norteadoras. Alguns participantes relataram sobre conhecer sobre a relação do sal e açúcar com as doenças, mas que muitas vezes não era dado importâncias a esses aspectos. Além disso, foi-se discutido sobre a alimentação, em que mostrou-se evidente um desconhecimento sobre o consumo desenfreado e seu efeitos de alimentos gordurosos, bem como de refrigerantes e bebidas alcoólicas.

Dessa forma, conhecer aspectos do consumo alimentar de indivíduos portadores de doenças com elevada demanda por atendimento nas unidades básica de saúde, caso da hipertensão arterial sistêmica e do diabetes mellitus, é importante para subsidiar ações capazes de proporcionar melhorias para os usuários e o sistema público de saúde. Assim sendo, cabe destacar que a boa prática alimentar é um dos elementos essenciais para o controle dessas doenças, uma vez que essas são frequentemente ocasionadas por estilos de vida pouco saudáveis. (DESTRI; ZANINI; ASSUNÇÃO, 2017).

Concomitante a isso foi discutido também sobre os efeitos do estresse, bem como do uso do cigarro na vida destes usuários. Estes relataram que achavam que o cigarro não tinham efeito e que alguns até fumavam e bebiam, além disso, ainda associaram estes como uma forma de desestressar das coisas da vida. Não obstante, eles ainda questionaram se tinha efeito ou não e pedindo ainda para que a gente falasse mais sobre isso. Assim sendo, foi demonstrado alguns aspectos do que a literatura científica trazia sobre isso. Cabendo destacar ainda que foi elencado sobre a importância de reconhecer as especificidades e realidades de cada um.

Em um estudo sobre concepções dos hipertensos sobre os fatores de risco para a doença, os hipertensos acreditam muito que situações de estresse emocional, como as preocupações, podem elevar sua pressão, no entanto, deve-se ressaltar que este quesito investigou as vivências de cada um com os fatores que aumentam a pressão. Desta forma, os



fatores relatados têm mais influência na vida dos entrevistados do que outros com os quais eles não convivem ou não acreditam alterar sua pressão¹². Assim sendo, percebe-se a importância de reconhecer as especificidades de cada um e feitos que podem afetar um e outros não.

Cabendo destacar ainda, sobre a discussão feita entorno dos efeitos negativos sobre o uso de bebida alcoólica e do fumo, uma vez que alcoolismo está relacionado à hipertensão devido ao aumento da pressão arterial e o tabagismo é um dos principais fatores de risco cardiovascular modificáveis. (JACONDINO, 2019).


Não obstante, foi discutido ainda sobre a prática de atividades físicas por parte dos usuários, os quais relataram que alguns praticavam e outros não. Assim sendo, foi relatado pelos que praticavam sobre essa importância para que os demais pudessem ouvir os outros que ali estavam, contribuindo assim para uma troca de experiência entre todos.

E por fim, elencou-se ainda sobre a utilização da medicação, bem como de horários para tais. Neste quesito, observou-se uma maior ênfase dada pelos participantes, relatando-os que faziam o uso e muitas vezes era o mais importante, cabendo frisar que alguns ainda relataram não seguir a terapêutica como prescrito, muitas vezes esquecendo de tomar e/ou tomando mais do que prescrito.

Assim sendo, traz à tona a discussão feita nas últimas décadas a não adesão ao tratamento medicamentoso já vem sendo abordada como uma das preocupações dos profissionais de saúde, bem como o enfoque que muitas vezes é dado apenas a este uso, esquecendo outros fatores como já citados que também contribuem para a melhoria da qualidade de vida.

Dessa forma, cabe destacar que de acordo com o protocolo², o paciente deve ser continuamente estimulado a adotar hábitos saudáveis de vida (manutenção de peso adequado, prática regular de atividade física, suspensão do hábito de fumar, baixo consumo de gorduras e de bebidas alcoólicas).

Ademais, é notório ao longo do desenvolvimento dessa experiência os impactos positivos para os participantes, bem como aos acadêmicos, tendo assim contribuído para o empoderamento dos usuários no processo de saúde-doença, bem como o conhecimento construído sobre os fatores que influenciam positivamente ou negativamente na vida deles. Além disso, também foram potencializados espaços de compartilhamento de experiências,



colaborando positivamente para os usuários, bem como para formação profissional e humana dos acadêmicos.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O objetivo do estudo foi alcançado, ao relatar a experiência vivenciada pelos acadêmicos, trazendo como ênfase a efetividade da atividade desenvolvida.

Dessa forma, o desenvolver atividades de educação em saúde com os usuários do hiperdia se mostram como uma importante fermenta para construção do conhecimento e conseqüentemente autonomia dos sujeitos, visando à melhoria da saúde do indivíduo, da família e da população em geral.

Ressalta-se ainda a importância de utilização de metodologias cada vez mais participativas, sendo necessário apreender a realidade e conseqüentemente que essa apreensão se traduza em práticas condizentes com as necessidades dos sujeitos, sendo assim a continuidade dessas atividades educativas se faz relevante, considerando assim a importância da educação popular em saúde enquanto instrumento de articulação dos princípios e diretrizes defendidos pelo SUS.

Cabe destacar ainda que contribui para a formação profissional uma vez que a prevenção e a promoção da saúde sejam feitas de forma eficaz é necessário o conhecimento sobre o que será abordado, assim sendo, necessitando de uma busca científica por parte dos acadêmicos, bem como futuro profissionais, deve-se compreender que esta engloba todas as ações de saúde e deve estar inserida na prática diária do Enfermeiro.


REFERÊNCIAS

BORDENAVE, J. D; PEREIRA, A. M. Estratégias de ensino aprendizagem. 12^a ed. Petrópolis: Vozes, 1991.

BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. Área Técnica de Diabetes e Hipertensão Arterial Hipertensão arterial sistêmica (HAS) e Diabetes mellitus (DM): protocolo / Ministério da Saúde, Departamento de Atenção Básica. Área Técnica de Diabetes e Hipertensão Arterial. – Brasília: Ministério da Saúde, 2001.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Glossário temático: gestão do trabalho e da educação na saúde. Brasília-DF: Ministério da Saúde, 2009.

DESTRI, K; ZANINI, R. V; ASSUNÇÃO, M. C. F. Prevalência de consumo alimentar entre hipertensos e diabéticos na cidade de Nova Boa Vista, Rio Grande do Sul, Brasil. Epidemiol. Serv. Saude [internet] 2017 [citado em: 23 Set 2020] 26(4):857-868. Disponível em:



https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2237-96222017000400857&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt

EGRY, E. Y. Saúde coletiva: construindo um novo método em enfermagem. São Paulo: Ícone, 1996.

FEITOSA, I. O; PIMENTEL, A. HIPERDIA: práticas de atención en un centro de salud en Belém, Pará. Rev. NUFEN [internet] 2016 [citado em: 23Set 2020] (8)1: 13-30. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2175-25912016000100003&lng=pt&nrm=iso

FLICK, U. Qualidade na pesquisa qualitativa. Porto Alegre: Bookman Artmed; 2009.

FREIRE, P. Pedagogia do oprimido. 42a ed. Rio de Janeiro (RJ): Paz e Terra; 2005.

JACONDINO, C. B. Associação do tabagismo com biomarcadores REDOX e fatores de risco cardiometabólicos em idosos. Cad. Saúde Colet. [internet] 2019 [citado em: 23Set 2020] 27(1): 45-52. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/cadsc/v27n1/1414-462X-cadsc-1414-462X201900010279.pdf>.

MACHADO, M. C; PIRES, C. G. S; LOBÃO, W. M. Perceptions of hypertensive people on risk factors for the disease. Rev. Ciência & Saúde Coletiva. [internet] 2012 [citado em: 24Set 2020] 7(5):1365-1374. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/csc/v17n5/a30v17n5.pdf>

MELO, L. P. É como uma família: significados atribuídos a grupos de educação em saúde sobre diabetes por profissionais da saúde. Rev. Ciência & Saúde Coletiva [internet] 2016 [citado em: 24Set 2020] (21)8: 2497-2506. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232016000802497&script=sci_abstract&tlng=pt

REIS, A. F. N. et al., Tendência da morbimortalidade associada à hipertensão e diabetes em município do interior paulista. Rev. Latino-Am. Enfermagem [internet] 2015 [citado em 24 Set 2020] (23)6: 1157-1164. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692015000601157&lng=en&nrm=iso

SANTOS, R. O. M; ROMANO, V. F; ENGSTROM, E. M. Vínculo longitudinal na Saúde da Família: construção fundamentada no modelo de atenção, práticas interpessoais e organização dos serviços. Physis: Rev. de Saú. Col. [internet]. 2018 [citado em: 25Set 2020] (28)2: e280206. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0103-73312018280206>



CAPÍTULO 9

DO CRIAR AO CUIDAR: RELATO DE EXPERIÊNCIA

[Maria Eysianne Alves Santos](#), Acadêmica em enfermagem do Centro Universitário Tiradentes

[Láinne Silva Soares](#), Acadêmica em enfermagem do Centro Universitário Tiradentes

[Lívia Katarina Alves Amaral](#), Acadêmica em enfermagem do Centro Universitário Tiradentes

[Ecrislane Albino da Silva](#), Acadêmica em enfermagem do Centro Universitário Tiradentes

[Rozenilda Nascimento de Araújo](#), Técnica em enfermagem de Estratégia de Saúde da Família


[Patrícia Aciole de Barros Lima](#), Enfermeira de Estratégia de saúde da Família

[Monique Suiane Cavalcante Calheiros](#), Professora Preceptora de Estágio

RESUMO

Introdução: A saúde mental no contexto de atenção básica trabalha como uma construtora da atenção integral ao indivíduo, garantido como um princípio do Sistema único de Saúde (SUS). Sendo capaz de identificar riscos, possuir resolutividade, produzindo intervenções, proporcionando autonomia dos indivíduos, criando grupos terapêuticos para ampliar e melhorar a oferta do cuidado (BRASIL, 2013). Sendo assim é importante criar estratégias para trabalhar o tema e publicar quando essas foram eficientes para que sejam propagadas.

Objetivo: Descrever o processo de criação de um projeto que surgiu devido o alarmante crescimento dos adoecimentos em cunho mental e violência doméstica vêm ganhando espaço nas ESF's. **Relato de experiência:** O projeto surgiu em fevereiro de 2019 na unidade de saúde José Maria de Vasconcelos Neto, Maceió-AL. A partir do olhar psicoterapeuta da técnica de enfermagem Rozenilda Nascimento de Araújo, em sua observação constatou que muitas das mulheres que frequentavam a unidade de saúde com certa assiduidade era devido alguns motivos ligados à saúde mental, comumente tratados como algo sem importância, dentre eles estão: a falta de diálogo em suas residências, violência doméstica, depressão e ansiedade. Ao diálogo com todas, percebeu-se que algo havia em comum entre elas, o artesanato. Assim, começa as articulações para a criação do projeto, classificando o público, ganhando forças a partir das interações com outras categorias de profissionais e com o reconhecimento das secretarias. Com o olhar em cuidar da saúde mental de mulheres da comunidade em que a unidade se insere, cresce o projeto DO CRIAR AO CUIDAR. Atualmente o projeto conta com mais de 20 mulheres, algumas fazendo dele sua fonte de renda, não dependendo mais apenas do companheiro. A equipe do criar ao cuidar participa de feiras artesanais, sendo uma delas certificada como bordeira e outros lançados, na exposição nacional de artesanato. **Conclusão:** A partir do exposto fica claro a importância da interação entre profissional e cliente, requerendo do profissional um olhar mais aguçado e preparado para as subjetividades do atendimento. Visto que após a criação desse grupo houve muitos relatos de melhora da saúde mental e até mesmo mulheres que criaram independência financeira e a partir daí deixaram de sofrer violência doméstica. **Implicações para a**



Enfermagem: Observa-se que a enfermagem nesta unidade usufrui e pratica suas habilidades como psicoterapeutas revivendo seu papel fundamental no serviço de saúde.

Palavras-chave: Assistência a Saúde Mental, Violência Doméstica; Depressão;

INTRODUÇÃO

A saúde mental no contexto da atenção básica é necessária para construir a atenção integral ao indivíduo, garantido como um princípio do Sistema Único de Saúde (SUS). Sendo capaz de identificar riscos, possuir resolutividade, produzindo intervenções, proporcionando autonomia dos indivíduos, criando grupos terapêuticos para ampliar e melhorar a oferta do cuidado (BRASIL, 2013).

Nesse panorama, observa-se que a procura pelos serviços das unidades de saúde são compostas pela clientela do sexo feminino e crianças. E, que por vezes a condição de dona de casa pode vir a acarretar algumas situações de vulnerabilidades, seja na multiplicidade de papéis desempenhados ou por questões socioeconômicas, sendo agravadas por processos biológicos como gravidez, menarca e menopausa, além de processos de violência doméstica, podendo estar associada à baixa autoestima e depressão (GOMES, *et al*, 2014; SANTOS, *et al*, 2018) comprometendo diretamente a saúde mental desta mulher.


A importância do reconhecimento e desempenho da equipe da atenção básica que de toda forma está envolvida no bem estar e na saúde mental dos seus usuários, onde os mesmos têm direito a um atendimento digno: com acolhimento, de forma individual, com escuta qualificada, que potencialize o alcance do cuidado Integral (OLIVEIRA, C. E. *et al*. 2017).

Segundo Alves e Oliveira, 2010 e 2017, a clínica em enfermagem deve se estruturar em elementos construtivos que são compostos por:

EMPATIA: envolve a sensibilidade para com os sentimentos atuais do paciente bem como tentar ajudá-lo a verbalizar, de forma que ele se sintá á vontade, sem interferir ou induzi-lo a uma resposta.

INTUIÇÃO: em sua origem é o ato de contemplação, sendo retratada como um conjunto de conhecimentos próprio, adquirido por múltiplas experiências que pertençam ao universo particular de cada indivíduo, ideias subjetivas.

TEMPO: para a enfermagem como um todo é sinônimo de resultados e na psiquiatria não seria diferente. O tempo não é voltado para a enfermagem ou para a (o) enfermeira (o), mas



para o tempo em que o paciente precisa, seja para conversar, confiar ou até mesmo para contemplar.

CUIDADOS PÓS-DEMANDA: parte do princípio do autocuidado e autonomia, respeitando a singularidade de cada indivíduo e suas necessidades do momento.

ESCUA QUALIFICADA: momento em que a (o) enfermeira (o) passa a escutar o doente com atenção sem questionar se é uma história é verídica ou não, é apenas o escutar, para que após, o diagnóstico de enfermagem não apresente nenhum tipo de intervenção pessoal.

PRONTIDÃO PARA CUIDAR: é se fazer presente ao paciente para que ele sinta que pode confiar no profissional que ali está.

ESPERANÇAR: é a característica que todo o profissional de saúde em psiquiatria deve possuir, ter esperança em seus clientes, na capacidade de autocuidado e principalmente esperança que um dia ele faça planos para o futuro.

Surgiu-se o interesse de descrever o presente projeto devido ao seu sucesso, o qual superou as expectativas da sua fundação. Visto que o alarmante crescimento dos adoecimentos em cunho mental e violência doméstica, vem ganhando espaço nas Estratégias de Saúde da Família (ESF) e devido ao projeto surgiram alguns relatos de superação desses problemas.


OBJETIVO

Descrever o processo de criação de um dos projetos da unidade de saúde José Maria de Vasconcelos Neto, Maceió, Al.

RELATO DE EXPERIÊNCIA: DO CRIAR AO CUIDAR

Trata-se de um estudo descritivo, realizados por enfermeirandas em estágio curricular, a partir do relato da fundadora do projeto, além daquelas que auxiliaram e fizeram o projeto ganhar vida. Porém, devido ao período pandêmico do novo coronavírus, seus encontros foram cessados momentaneamente. Não sendo possível acompanhá-las.

O projeto surgiu em fevereiro de 2019, a partir do olhar psicoterapeuta da técnica de enfermagem Rozenilda Nascimento de Araújo, que a 18 anos é cooperadora da unidade de saúde Maria José Vasconcelos Neto, situada no bairro do São Jorge, Maceió/AL. Os atendimentos da unidade em questão conta com uma população adscrita cadastrada de



aproximadamente 7.150 pessoas, tendo um atendimento mensal entre consultas e procedimentos próximo ao de 2 mil.

Em sua observação, constatou que muitas das mulheres que frequentavam a unidade de saúde com certa assiduidade era devido alguns motivos, comumente tratados como algo sem importância, dentre eles estão: a falta de diálogo em suas residências, violência doméstica, depressão e ansiedade.

Uma vez que estas mulheres buscam diariamente os serviços de saúde, na maioria das vezes à procura de medicamentos ou até mesmo de uma pessoa que as escute para aliviar suas angústias, dores, preocupações e mágoas; há uma grande carência de atuações estratégicas e principalmente de profissionais competentes para lidarem com todo sofrimento de seus usuários.


Sendo assim, novas competências e práticas criativas precisam ser desenvolvidas para a promoção da saúde mental, e diversos mecanismos e estratégias devem ser utilizadas para enfrentar o sofrimento emocional ou social e fortalecer o vínculo de solidariedade entre as pessoas. Neste cenário é que se insere a realidade das unidades e que aos poucos os parâmetros começam a ganhar novos panoramas.

Ao diálogo com todas, percebeu-se que algo havia em comum entre elas, o artesanato. Assim, começa as articulações para a criação do projeto, classificando o público, ganhando forças a partir das interações com outras categorias de profissionais e com o reconhecimento das secretarias. Com o olhar em cuidar da saúde mental de mulheres da comunidade em que a unidade se insere, cresce o projeto DO CRIAR AO CUIDAR.

Segundo Scardoelli e outros autores, 2011, o artesanato é uma atividade dirigida na qual seus benefícios vão desde a promoção até a reabilitação de pessoas, isto ocorre devido a reconstrução do desenvolvimento dos sujeitos, potencializando e encorajando a melhoria da capacidade criativa do indivíduo.

Para o presente projeto, os participantes devem ser mulheres, que já possuem algum conhecimento sobre artesanato ou que tenham interesse em bordar ou costura e ter entre 20-60 anos de idade.

Leva-se em conta que as condições crônicas que acometem a pessoa idosa vão desde aos maus hábitos como ao próprio envelhecimento do sistema biológico sendo o mais comprometido o Sistema Nervoso Central (SNC), responsável pelas sensações, movimentos,



funções psíquicas (vida de relações) e pelas funções biológicas internas (vida vegetativa) (FECHINE, TROMPIERI, 2012).

No mais, com o artesanato, trabalha-se além dos aspectos mentais os motores, melhorando os estímulos sinápticos, sensibilidade, equilíbrio e a persistência em aprender pontos e artes diferentes.

Aquelas que possuem filhos, participam do projeto em suas residências para diminuir o atrito com seus respectivos companheiros. Isto ocorre porque segundo o instituto de violência doméstica maria da penha, a vítima passa mais tempo tentando evitar a violência, vivendo a base do recuo, tudo no intuito de proteger a si e a seus filhos, ficando ao lado do agressor por inúmeros motivos, incluindo vergonha da situação em questão e falta de recursos financeiros para modificar o quadro.


Atualmente o projeto conta com mais de 20 mulheres, algumas fazendo dele sua fonte de renda, não dependendo mais apenas do companheiro. A equipe do criar ao cuidar, participam de feiras artesanais, sendo uma delas certificada como bordeira e outros lançados, na exposição nacional de artesanato. Seu funcionamento é uma vez na semana, no dia de sexta-feira, o dia escolhido é concomitante ao dia de menor demanda na unidade.

Assim, o grupo representa uma forma de sair da rotina, buscando uma ruptura do padrão de tensão do cotidiano, além de serem momentos para reequilibrar a saúde mental não só das participantes como também da equipe de EFS, pela promoção e prevenção a saúde, sendo um meio eficaz de estar presente na vida da comunidade (SCARDOELLI *et al*, 2011).

O projeto Criar ao Cuidar conta ainda com o apoio da Enfermeira da unidade e de outras técnicas de enfermagem, além de um dos médicos da estratégia como também dos agentes de saúde da unidade. Sendo hoje referência para outras unidades de saúde da região.

Observa-se que o trabalho empregado na unidade além de ser um meio terapêutico, tornou-se um empreendimento para muitas mulheres. Podendo ser classificado como um empreendimento solidário, já que as desvantagens sociais que abrigam as participantes as faz ficarem à margem, ora não se encaixando nos requisitos dos empregadores ou estarem em idade avançada para tal.

CONCLUSÃO



As intervenções de saúde mental devem oferecer novas possibilidades para melhorar e atenuar os transtornos mentais. Qualificar condições e estilo de vida, pautado pela vida e produção saudável, não limitando-se ao sistema curativista. Isso significa acreditar que a vida pode assumir muitas formas, ser percebida, vivenciada e vivida.

Portanto, é necessário estudar o assunto sob múltiplas perspectivas, dimensões de seus desejos, vontades, valores e escolhas. Na atenção primária, o desenvolvimento das intervenções de saúde mental é integrado nas reuniões diárias regulares entre especialistas e os usuários, eles criaram novas ferramentas e estratégias para compartilhar e construir, para que assim, todos se cuidem juntos de maneira coletiva.

REFERÊNCIAS

ALVES, M.; OLIVEIRA, R. M. P. Enfermagem psiquiátrica: discursando o ideal e praticando o real. Esc. **Anna Nery** vol.14, Rio de Janeiro Jan./Mar. 2010. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-81452010000100010 Acesso: 16 Set 2020.

BRASIL, Saúde mental: o que é, doenças, tratamentos e direitos. **Brasília**, DF, 2013. Disponível em: <http://www.saude.gov.br/saude-de-a-z/saude-mental>.


CENTRAL DE ATENDIMENTO À MULHER, **Instituto Maria da Penha**. Disponível em: <https://www.institutomariadapenha.org.br/violencia-domestica/o-que-e-violencia-domestica.html> Acesso 30 Set 2020.

FECHINE, B. R. A.; TROMPIERI, N.; O processo de envelhecimento: as principais alterações que acontecem com o idoso com o passar dos anos. **Revista Científica Internacional**, Edição 20, volume 1, artigo nº 7, Janeiro/Março 2012. Disponível em: <http://www.fonovim.com.br/arquivos/534ca4b0b3855f1a4003d09b77ee4138-Modifica---es-fisiol--gicas-normais-no-sistema-nervoso-do-idoso.pdf> Acesso 30 Set 2020.

GOMES, N. P.; ERDMANN, A. L.; STULP, K. P.; DINIZ, N. M. F.; CORREIA, C. M.; ANDRADE, S. R. Cuidado às mulheres em situação de violência conjugal: importância do psicólogo na Estratégia de Saúde da Família. **Psicologia USP**, vol. 25, n. 1, p. 63-69, 2014. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0103-65642014000100007&script=sci_arttext Acesso em: 16 Set. 2020.

OLIVEIRA, E. C.; MEDEIROS, A. T.; TRAJANO, F. M. P.; NETO, G. C.; ALMEIDA, S. A.; ALMEIDA, L. R. O cuidado em saúde mental no território: concepções de profissionais da atenção básica. **Escola Anna Nery**, vol. 21, n. 3, 2017. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1414-81452017000300210&script=sci_arttext&tlng=pt Acesso em: 16 Set. 2020.

PEREIRA, P. A.; BEZERRA, O. F.; LUCINETE, F. M.; et al. ARTICULAÇÃO SAÚDE MENTAL E ECONOMIA SOLIDÁRIA: RELATO DE PROJETO DE INCLUSÃO SOCIAL **Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste**, vol. 13, núm. 2, 2012, pp. 454-462



Universidade Federal do Ceará Fortaleza, Brasil. Disponível em: <https://www.redalyc.org/pdf/3240/324027981022.pdf> Acesso 30 set 2020.

SANTOS, L. S.; DINIZ, G. R. S. Saúde mental de mulheres donas de casa: um olhar feminista-fenomenológico-existencial. **Psic. Clin.**, Rio de Janeiro, vol. 30, n.1, p. 37 – 59, 2018. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-56652018000100003 Acesso em: 16 Set. 2020.

SCARDOELLI, M. G. C.; P. W. M. A.; "Grupo" de artesanato: espaço favorável à promoção da saúde mental Escola Anna Nery **Revista de Enfermagem**, vol. 15, núm. 2, abril-junio, 2011, pp. 291-299. Disponível em: <https://www.redalyc.org/pdf/1277/127719099011.pdf> Acesso 30 Set 2020.



CAPÍTULO 10

CÂNCER CERVICO-UTERINO E O EXAME CITOPATOLÓGICO EM IDOSAS: A CORRESPONSABILIZAÇÃO NO CUIDADO A SAÚDE

[Maria Izabel dos Santos Nogueira](#), Enfermeira, Mestranda RENASF/UFRN

RESUMO


Introdução: O câncer cérvico-uterino é considerado um agravo de saúde pública, embora existam recursos disponíveis para a sua prevenção e controle. Sendo a idade recomendada pelo Ministério da Saúde entre 25 e 60 anos, é importante ressaltar que muitas mulheres com idade superior devem realizar a coleta de citopatológico. Publicações trazem informações com relação a não realização do exame preventivo, mas também outras ações de autocuidado que podem prejudicar a saúde e principalmente a qualidade de vida. **Objetivo:** analisar a corresponsabilidade das idosas com os cuidados relacionados ao exame citopatológico e assim a prevenção do câncer cérvico-uterino. **Metodologia:** Trata-se de uma revisão integrativa utilizando as bases de dados: LILACS, SCIELO e BDENF, no período 2009 a 2019, nos idiomas: português e espanhol. A busca foi realizada de janeiro a março de 2020. **Resultados/Discussão:** Evidencia-se que mesmo numa população com acesso a saúde suplementar, é necessário a intensificação de mobilizações dos usuários para incentivo da prática de exames preventivos e sua corresponsabilidade com relação ao seu processo saúde-doença. **Conclusão:** Verificou-se na avaliação dos artigos que a vergonha, idade avançada, dificuldades de locomoção e vida sexual inativa foram os fatores para a não realização do exame citopatológico. Foi demonstrado, apesar das mulheres estarem cientes das suas responsabilidades é necessário a criação de um trabalho voltado para elas, com uma linguagem clara e específica, visando o bem estar e o entendimento com relação a sua própria saúde.

Palavras-chaves: Saúde da Mulher, Idoso, Câncer de Colo Uterino, Papanicolaou

INTRODUÇÃO

O crescente aumento da longevidade feminina faz com que grande número de idosas vivencie progressiva fragilidade biológica do organismo, situações de agravos à saúde e ocorrência de doenças crônico-degenerativas, tais como o câncer cérvico-uterino.

Segundo Kuchemann (2012), no mundo todo se observa o aumento da população idosa. No Brasil, atualmente, os idosos representam, aproximadamente, 15 milhões de pessoas, com projeções para 32 milhões em 2025 e com predominância do sexo feminino, já que as mulheres constituem mais de 50% dessa população.




Quando se refere a fase reprodutiva feminina pode-se observar que a mesma tem o início com a menarca e o término com a menopausa, sendo ambos importantes para a fisiologia feminina. Pode-se destacar que a vida reprodutiva da mulher possui um limite de tempo, mas não a sua vida sexual, por isso a mulher em climatério ou a menopausa devem possuir os mesmos cuidados destinados às mulheres mais jovens do que se diz a respeito à prevenção de doenças que possam atingir o aparelho genital. (COSTA et al, 2010)

O câncer cérvico-uterino é considerado um agravo de saúde pública, mediante sua elevada prevalência e morbimortalidade, embora existam recursos disponíveis para a sua prevenção e controle. Portanto, torna-se necessário o conhecimento, não apenas de sua magnitude, expressa nas estatísticas, mas também da singularidade da clientela, que constitui seu alvo, para que se possa ter embasamento frente a seu melhor controle, seja por meio de programas de prevenção precoce ou pela organização da rede de tratamento e reabilitação (SANTOS et al, 2011).

Para um diagnóstico precoce basta que a mulher procure uma unidade de saúde no intuito de ser atendida pelo médico ou enfermeiro da unidade que farão a coleta do exame citopatológico que permitirá a identificação de lesões ou alterações cervicais. O exame é rápido e indolor. Após dois anos sem nenhuma alteração nos resultados a mulher pode esperar três anos para realizar um novo exame. Este intervalo deve ocorrer porque as células causadoras do câncer demoram se desenvolver e são facilmente descobertas. Desse modo, encontram a possibilidade de um método eficaz na descoberta precoce e de combate ao câncer de colo de útero (BRASIL, 2006).

Embora a faixa etária recomendada pelo Ministério da Saúde esteja entre 25 e 60 anos, é de extrema importância ressaltar que muitas mulheres com idade superior devem realizar a coleta de citologia oncótica. Esse fato é explicado pela existência de mulheres idosas que podem ter um perfil gerador de risco para a doença. Desse modo, o profissional deve levar em conta a frequência de realização dos exames e também dos exames anteriores (BRASIL, 2006).

Contudo publicações e relatos trazem informações importantes com relação a não realização do exame preventivo, mas também outras ações de autocuidado que podem realmente prejudicar a saúde e principalmente a qualidade de vida. Algumas mulheres sugeriram que o exame preventivo só seria importante para as mulheres de vida promíscua, as



sem cônjuges ou que nunca tiveram relações sexuais e hysterectomizadas não seria necessário realizar o exame. Esse fato sugere não só a falta de informação como também a não corresponsabilização com a saúde do próprio corpo (COSTA et al,2010).

A motivação em realizar este estudo se justifica pela temática representar um sério problema de saúde pública, haja vista que mulheres acima de 60 anos estão deixando de realizar os exames citológicos e com isso aumentando os índices de câncer cérvico uterino. Por conseguinte, acredita-se também que esta pesquisa justifica-se por revestir de grande relevância científica, dada a possibilidade de criar subsídios que tenderão a aperfeiçoar atividades e ações voltadas e melhorar esses indicadores.

Dessa forma, este trabalho tem o intuito de analisar a corresponsabilidade das idosas com os cuidados relacionados ao exame citopatológico e assim a prevenção do câncer cérvico-uterino.


DESENVOLVIMENTO

Trata-se de uma revisão da literatura na qual é caracterizada pela análise da literatura que possibilita discussões a cerca de metodologias, resultados e conclusões de forma geral e específica sobre o tema sugerido.

Para a seleção dos artigos foram utilizadas as seguintes bases de dados, a saber: LILACS (Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde), SCIELO (Scientific Electronic Library Online) e BDENF (Banco de dados em enfermagem). Dessa forma, procurou-se ampliar o âmbito da pesquisa, minimizando possíveis vieses nessa etapa do processo de elaboração da revisão de literatura.

A fim de estabelecer a amostra dos estudos selecionados para a presente revisão foram estabelecidos os seguintes critérios de inclusão: artigos científicos que retratem a corresponsabilização da mulher idosa com relação ao exame citopatológico e a prevenção do câncer de cérvico uterino, uso das palavras chaves: “saúde da mulher”, “idoso”, “câncer de colo uterino”, “Papanicolaou”, artigos científicos completos publicados entre o período de 2009 a 2019, nos idiomas: português e espanhol.

Em virtude das características específicas para o acesso às bases de dados selecionadas, as estratégias utilizadas para localizar os artigos foram adaptadas para cada uma, tendo como eixo norteador o objetivo do estudo e os critérios de inclusão da revisão da literatura, previamente estabelecidos para manter a coerência na busca dos artigos e evitar



possíveis vieses. A busca foi realizada pelo acesso on-line no período de Janeiro a Março de 2020 e, utilizando os critérios de inclusão, a amostra final desta revisão foi constituída de artigos.

A apresentação dos resultados e discussão dos dados obtidos foi feita de forma descritiva, possibilitando ao leitor a avaliação da importância da revisão elaborada, de forma a atingir o objetivo desse trabalho que é analisar a corresponsabilidade das idosas com os cuidados relacionados ao exame citopatológico e assim a prevenção do câncer cérvico-uterino.

No levantamento na base de dados foram encontrados 984 no LILACS, 334 na SCIELOe 65 no BDNF, sendo que destes vinte e dois (22) foram analisados, revisados e lidos, pois satisfazem os objetivos propostos.

CONCLUSÃO/ CONSIDERAÇÕES FINAIS


De acordo com Costa et al (2010) a mulher em menopausa deve ter os mesmos cuidados que as mulheres mais jovens em relação à prevenção de doenças que possam acometer a sua parte genital, uma vez que a vida reprodutiva da mulher tem um limite de tempo, não sendo associada a sua vida sexual.

Neste sentido, acredita-se que, quando nos referimos aos cuidados em relação à mulher, a limitação da idade ainda é constante, pois o auto cuidado ficou delimitado somente para algumas idades, principalmente dos 35 as 49 anos onde apresentam um pico maior de incidência para o câncer de colo uterino (SOARES et al, 2010) excluindo as mulheres de idade avançada, aumentando assim o índice de mortalidade por câncer entre as mulheres.

Sabe-se que o exame Papanicolaou, além de permitir a detecção de lesões no colo uterino, é útil para verificar alterações compatíveis com a infecção pelo papilomavírus humano - HPV, reconhecido como um grande fator de risco para o desenvolvimento do câncer cervical (SILVEIRA et al, 2011).

Costa et al (2010) destaca que as mulheres idosas que vivenciam a velhice na ausência de um companheiro, podem ter este fator como um dos determinantes para a sua qualidade de vida ou não.

Dentre os motivos relatados para a não realização do exame preventivo, encontra-se entre os principais o fato de muitas destas mulheres não serem ativas sexualmente, em seus



estudos relata que, por não estarem mais em idade fértil, tendem a deixar de realizar consultas ginecológicas se afastando das práticas de prevenção para o câncer de colo uterino no exato momento em que ela pode aparecer (OLHÊ et al, 2013).

Foi observada certa resistência no que se diz respeito à importância da realização do exame por parte das idosas em relação a hábitos antigos, o que dificulta a mudança de pensamento em relação ao seu autocuidado. A sociedade na qual estas mulheres viveram o seu período de juventude as mantinham totalmente sem acesso aos estudos, visando somente o serviço doméstico (COSTA et al, 2010).

De acordo com INCA (2008) dentre as mulheres de idade mais avançada nota-se um desconhecimento das doenças sexualmente transmissíveis e a relação do HPV com o desenvolvimento da doença. Porém tal fato contraria os resultados de estudos segundo Fonseca et al (2010) e Olhê et al (2013), pois a classe estudada apresentou em grande parte um conhecimento básico em relação às consequências da não realização do mesmo.

Esse fato do conhecimento e a não realização do exame é fator preponderante para a corresponsabilização dessas mulheres nos cuidados para prevenção e detecção precoce do câncer de colo uterino. É sabido que a idade, a cirurgia de retirada dos ovários e útero (histerectomia total) e a atividade sexual são fatores que levam muitas mulheres a não realizarem os exames, mas a responsabilidade pela saúde do corpo vem do paciente e depende dele seu processo, que seja da saúde ou da doença.

A Política Nacional de Humanização (2006) e a Política Nacional de Promoção a Saúde (2006) tem como um de seus princípios a corresponsabilização do sujeito no cuidado a saúde. A importância do indivíduo na prevenção de doenças é uma das premissas dessas duas políticas e o que se observa com as mulheres acima de 60 anos é que mesmo sabendo dos perigos em não se fazer os exames, continuam com os estigmas e dando pouca relevância a situação.

Segundo Costa et al (2010), o exame preventivo na rede básica de saúde no Brasil é realizado em sua maior parte durante a consulta de enfermagem para a atenção a saúde da mulher. A partir daí, é necessário discutir a forma pela qual essas consultas estão sendo realizadas e também a qualidade das informações passadas por elas.

Desta forma fica evidente que mesmo numa população com acesso a saúde suplementar, que teoricamente ofereceria melhores condições e facilidade à prevenção em



saúde, é necessário a intensificação de campanhas e mobilização dos usuários para incentivo da prática de exames preventivos. Faz-se necessário também que os profissionais atuantes nesta área estimulem o envolvimento das usuárias no autocuidado e a propagação de informações tão importantes para a saúde da mulher.

Em contrapartida, em alguns casos, determinadas mulheres tinham total consciência dos riscos em relação ao atraso e da não realização do exame, já outras demonstraram certa resistência em relação ao assunto sendo caracterizadas por perfil de costumes mais antigos. Verificou-se na avaliação dos artigos que a vergonha, idade avançada, dificuldades de locomoção e vida sexual inativa foram os principais fatores alegados para a não realização do exame citopatológico.

Neste estudo ficou claro que em alguns artigos, apesar das mulheres estarem cientes das suas responsabilidades, ainda é necessário a criação de um trabalho voltado especificamente para elas, com uma linguagem clara e específica, visando o bem estar das mesmas e o entendimento com relação a sua própria saúde.

Cabe ressaltar ainda a importância de treinar, reciclar e capacitar de forma contínua e permanente toda a equipe de saúde para que todos estejam conscientes e informados sobre as reais indicações e necessidades da coleta de papanicolaou, oferecendo assim uma assistência humanizada e qualificada.

Nesse contexto, torna-se primordial que os profissionais da saúde, principalmente o enfermeiro, desenvolva constantemente ações de promoção da saúde, valorizando a educação em saúde, voltadas para orientação e o esclarecimento das possíveis dúvidas referentes ao estado de saúde das usuárias, no intuito de reduzir as desigualdades e estimular o protagonismo da mulher frente à prevenção dos agravos no colo uterino.

Ainda há muito o que trabalhar com a população idosa no que se refere à contribuição da realização periódica do exame Papanicolaou, principalmente em razão dos novos padrões de sexualidade vividos pelas idosas. São necessárias mudanças, tanto no nível micro da unidade de saúde, já que representam multiplicadores de informações em sua comunidade, tanto, no nível macro, das políticas públicas voltadas à saúde da mulher idosa, a fim de se poder permitir, verdadeiramente, uma longevidade feminina com qualidade.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Programa Nacional de DST e Aids. **Manual de Controle das Doenças Sexualmente Transmissíveis - DST.4ª** Edição - 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **HumanizaSUS** – Documento Base para Gestores e Trabalhadores do SUS. 3.ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

COSTA, Camila Chaves da; FREITAS, Lydia Vieira; DIAS, Levânia Maria Benevides; LIMA, Thaís Marques; DAMASCENO, Ana Kelve de Castro; PINHEIRO, Ana Karina Bezerra. Realização de Exames de Prevenção do Câncer Cérvico-Uterino: Promovendo Saúde em Instituição Asilar. **Rev. Rene**. Fortaleza, v. 11, n.3, p.27-35, jul/set.2010.

KUCHEMANN, B.A. Envelhecimento populacional, cuidado e cidadania: velhos dilemas e novos desafios. *Soc.Estado*, 2012, vol.27, n.1, pp.165-180. ISSN 0102-6992, [periódico na Internet]. [acesso em 12 de março de 2020]. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-69922012000100010&lng=pt&nrm=iso. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-69922012000100010>.

INCA. **Colo de Útero. 2011.** Disponível em: http://www2.inca.gov.br/wps/wcm/connect/tiposdecancer/site/home/colo_uterio/definicao Acesso em 31. jan. 2020.

LEITE, B.O;NUNES, C.R.O;OLIVEIRA, V.V, et al. A Percepção das Mulheres Idosas Sobre o Exame de Prevenção de Câncer do Colo de Útero. **RevFundCare Online**.2019. out./dez.; v.11, n.5, p.1347-1352. DOI: <http://dx.doi.org/10.9789/2175-5361.2019.v11i5.1347-1352>.Disponível em: http://www.seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/viewFile/8325/pdf_1 Acesso em 01. mar. 2020.

OLHÊ, Luisa; OLIVEIRA, Rafaela Cristina de; CAMPANELLI, Rafaela Fukuda; NOGUEIRA,Lilian Donizete Pimenta. Papanicolaou na terceira idade: um desafio para a enfermagem. **Revista Fafibe On-Line**, n.6, nov. 2013, p. 78–86 — ISSN 1808-6993. Disponível em:<http://www.unifafibe.com.br/revistasonline/arquivos/revistafafibeonline/sumario/28/11122013190008.pdf>>Acesso em 10 mar. 2020.

SANTOS, Marianna Silva dos; NERY, Inez Sampaio; LUZ, Maria Helena Barros Araújo; BRITO, Cleidiane Maria Sales de Brito; BEZERRA, Sandra Marina Goncalves. Saberes e práticas de mulheres idosas na prevenção do câncer cérvico-uterino.**RevBrasEnferm**: Brasília, v.64, n.3, p.465-71.2011. Disponível em http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0034-71672011000300009&script=sci_abstract&tlng=pt>Acesso em 10 fev. 2020.

SILVEIRA, C.F; MELO, M.M; RODRIGUES, L.R; PARREIRA, B.D.M. Conhecimento de Mulheres de 40 a 60 anos Sobre o Papillomavirus Humano.**Rev Rene**, Fortaleza, v. 12, n.2, p. 309-15. 2011



SOARES, Marilu Correa; MISHIMA, Silvana Martins; MEINCKE, Sonia Maria Könzgen and SIMINO, Giovana Paula Rezende. Câncer de colo uterino: caracterização das mulheres em um município do sul do Brasil. Esc. Anna Nery [online]. 2010, vol.14, n.1, p.90-96. ISSN 1414-8145. Disponível em:<http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1414-81452010000100014&script=sci_abstract&tlng=pt> Acesso em 12. fev. 2020.



CAPÍTULO 11

ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM A UM IDOSO COM GLIOBLASTOMA MULTIFORME: UM RELATO DE EXPERIÊNCIA

Larissa dos Santos Brandão, Enfermeira graduada pela Universidade Federal de Alagoas, UFAL

Jessica de Melo Albuquerque, graduanda em Enfermagem pela Universidade Federal de Alagoas, UFAL

Marina Tenorio Figo, Enfermeira graduada pela Universidade Federal de Alagoas, UFAL

RESUMO

A proliferação descontrolada de células gliais causam tumores cerebrais denominados gliomas.¹ Um tumor primário do sistema nervoso central (SNC), responsável por 80% dos gliomas de alto grau, é chamado de glioblastoma multiforme (GBM). Estudos indicam que a incidência de tumores do SNC e sua mortalidade vêm crescendo principalmente em países desenvolvidos e em pessoas com idade mais avançada. Os idosos possuem um risco de desenvolver GBM três a quatro vezes maior, quando comparados a adultos jovens. A assistência de enfermagem a pacientes com esse tipo de tumor deve ser conduzida de acordo com as individualidades de cada um, com foco na prestação de cuidados holísticos e em práticas educacionais que promovam a melhoria da qualidade de vida. O presente estudo é um relato de experiência da assistência prestada por acadêmicos de enfermagem a um paciente idoso diagnosticado com glioblastoma multiforme e internado na clínica neurocirúrgica de um hospital universitário durante as práticas do estágio supervisionado obrigatório do curso de graduação em enfermagem da Universidade Federal de Alagoas no período de agosto a outubro de 2017. Para a elaboração do relato foram realizadas a coleta e análise dos dados obtidos através da anamnese e do exame físico do paciente, sendo identificados os principais diagnósticos de enfermagem e implementadas as intervenções necessárias, utilizando a taxonomia da CIPE para a sua construção.

Palavras-chave: glioblastoma multiforme, idoso, cuidados, enfermagem, CIPE.

INTRODUÇÃO

A proliferação descontrolada de células gliais (astrócitos, oligodendrócitos e células endimárias) causam tumores cerebrais denominados gliomas.² As células gliais sustentam

¹ BADKE, GL et al. **Glioblastoma multiforme em idosos: uma revisão sobre seu tratamento com ênfase na abordagem cirúrgica.** Arq Bras Neurocir 33(1): 45-51, 2014. Disponível em: <http://files.bvs.br/upload/S/0103-5355/2014/v33n1/a4280.pdf>. Acesso em: 06 de Outubro de 2017.

² BADKE, GL et al. **Glioblastoma multiforme em idosos: uma revisão sobre seu tratamento com ênfase na abordagem cirúrgica.** Arq Bras Neurocir 33(1): 45-51, 2014. Disponível em: <http://files.bvs.br/upload/S/0103-5355/2014/v33n1/a4280.pdf>. Acesso em: 06 de Outubro de 2017.




os neurônios, transmitem informações e estão envolvidas em diversas patologias, como esclerose múltipla e Alzheimer.³ Um tumor primário do sistema nervoso central (SNC), responsável por 80% dos gliomas de alto grau, é chamado de glioblastoma multiforme (GBM). Estudos indicam que a incidência de tumores do SNC e sua mortalidade vêm crescendo principalmente em países desenvolvidos e em pessoas com idade mais avançada: pacientes acima de 65 anos apresentam uma incidência 5% maior ao ano e essa porcentagem varia de 30% a 254% ao considerar os pacientes acima de 75 anos. Os idosos possuem um risco de desenvolver GBM três a quatro vezes maior, quando comparados a adultos jovens. O aumento da incidência desse tipo de tumor está associado ao desenvolvimento das tecnologias diagnósticas e ao envelhecimento da população, principalmente. Independente da idade e do tratamento agressivo (cirurgia, radioterapia e quimioterapia), a sobrevida média é de apenas 15 meses. O fator mais importante ao avaliar o prognóstico de pacientes idosos com glioblastoma é a idade avançada.⁴ Os principais sintomas de tumores malignos do sistema nervoso central são: cefaléia, convulsões e confusão. Além das estruturas anatômicas cerebrais afetadas e do tipo histológico do tumor, os sinais e sintomas apresentados pelo paciente e a terapia escolhida são determinantes para a definição das intervenções de enfermagem a serem implementadas. A realização de uma anamnese completa e o exame neurológico permitem identificar como as alterações cognitivas, motoras e/ou sensitivas, além de outros achados anormais evidenciados, interferem no grau de dependência de cuidados de enfermagem, possibilitando a elaboração de um plano de assistência individualizado, capaz de atender às necessidades dos pacientes submetidos a procedimentos neurointencionistas e/ou neurocirúrgicos de alta complexidade^{5, 6}. A assistência de enfermagem a pacientes com esse tipo de tumor deve, portanto, ser conduzida de acordo com as individualidades de cada um, com foco na prestação de cuidados holísticos e em práticas educacionais que promovam a

³ LUNDY-EKMAN, L. **Neurociência: fundamentos para a reabilitação**. 3ª ed. [tradução Fernando Diniz Mundim... et al]. - Rio de Janeiro: Elsevier, 2008. Disponível em: https://books.google.com.br/books?hl=pt-BR&lr=&id=s8KgA45Rn38C&oi=fnd&pg=PR16&dq=fun%C3%A7%C3%A3o+das+celulas+da+glia&ots=6yrEcr8eUR&sig=7WkEi4WGydCe29Y4uYRrt51sI_M#v=onepage&q&f=false. Acesso em: 06 de Outubro de 2017.

⁴ STUPP, R. et al. European Organisation for Research and Treatment of Cancer Brain Tumor and Radiotherapy Groups; National Cancer Institute of Canada Clinical Trials Group. Radiotherapy plus concomitant and adjuvant temozolomide for glioblastoma. *In: N Engl J Med*. 2005; 352(10): 987-96.

⁵ LACROIX, M.; ABI-SAID, D.; FOURNEY, D.R.; SAWAYA, R. et al. A multivariate analysis of 416 patients with glioblastoma multiforme: prognosis, extent of resection and survival. *J Neurosurg*, v.95, pp. 190-198, 2001.

⁶ TIMBY, B.K.; SMITH, N. E. *Enfermagem Médico Cirúrgica*. 8ª ed. Barueri: Manole, 2005.



melhoria da qualidade de vida. Os principais cuidados de enfermagem compreendem: o desenvolvimento de um processo de enfermagem baseado na Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE), com o objetivo de planejar o trabalho da equipe de enfermagem, auxiliando-a no processo de decisão; além de revelar comorbidades subjacentes, apoiar e orientar todas as pessoas envolvidas, avaliar a ansiedade, oferecer tranquilidade e encorajar o paciente a verbalizar seus sentimentos.⁷ Devido ao envelhecimento da população e à sua predisposição a um estilo de vida que contribui com o surgimento de neoplasias (tais como: tabagismo, sedentarismo e alimentação desequilibrada)¹, este trabalho torna-se relevante para, principalmente, enfatizar a importância da assistência de enfermagem a esses pacientes e colaborar para a criação de políticas públicas que atendam às necessidades de saúde da população afetada. Assim, o objetivo deste estudo é relatar a experiência de estudantes de enfermagem ao prestar cuidados a um idoso diagnosticado com glioblastoma multiforme hospitalizado na clínica neurocirúrgica de um hospital universitário.


METODOLOGIA

Trata-se de um relato de experiência da assistência prestada por acadêmicos de enfermagem a um paciente idoso diagnosticado com glioblastoma multiforme e internado na clínica neurocirúrgica de um hospital universitário durante as práticas do estágio supervisionado obrigatório do curso de graduação em enfermagem da Universidade Federal de Alagoas no período de agosto a outubro de 2017. Para a elaboração do relato foram realizadas a coleta e análise dos dados obtidos através da anamnese e do exame físico do paciente, sendo identificados os principais diagnósticos de enfermagem e implementadas as intervenções necessárias, utilizando a taxonomia da CIPE para a sua construção.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Paciente do sexo masculino, 60 anos, admitido no setor com história de cefaleia atípica e progressiva, perda de memória e confusão há 2 meses. A procura ao serviço de saúde se deu pelo aumento abrupto da dor, sendo diagnosticado um processo expansivo intracraniano. Foi submetido a cirurgia para remoção de parte do tumor para realização de exame anatomopatológico, onde foi identificada neoplasia glial de grau IV, sugerindo GBM. O paciente recebeu alta e foi encaminhado ao serviço de oncologia do hospital de imediato, iniciando o tratamento de radioterapia e quimioterapia indicados. No entanto,

⁷ MAGALHÃES, K.C.S.F. et al. Profile of patients with brain tumors and the role of nursing care. In: **Revista Brasileira de Enfermagem [Internet]**, 2016; 69(1): 138-43.




aproximadamente 1 mês após o procedimento cirúrgico - ressecção parcial do tumor e biópsia - foi readmitido na clínica neurocirúrgica com quadro de infecção de ferida operatória (FO), apresentando deiscência em terço final de FO localizada em região parietotemporal, com presença de exsudato purulento em grande quantidade, mesmo em uso de antibioticoterapia, iniciada após drenagem de abscesso. Apesar do uso de antibióticos durante 20 dias, o paciente não obteve melhora da infecção e, ao realizar uma nova ressonância magnética, foi constatado aumento das dimensões da lesão em região frontotemporal, confirmando a progressão do tumor. No momento da admissão do paciente na clínica foram realizadas a anamnese e o exame físico para coleta de dados pessoais e sobre o seu processo saúde-doença, identificando as necessidades humanas básicas afetadas e os instrumentos que deveriam ser implementados para construir o plano de cuidados individuais de cada paciente. A partir do histórico de enfermagem, foram levantados os principais diagnósticos, elaborados de acordo com a Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE): função do sistema nervoso, prejudicada; infecção de ferida cirúrgica; dor, aguda; febre; sono, prejudicado; memória, prejudicada; risco de confusão, aguda; capacidade para executar o cuidado, prejudicada; risco de queda; enfrentamento familiar, prejudicado. As intervenções de enfermagem implementadas incluíram os cuidados com a ferida cirúrgica, como trocar curativo diariamente e avaliar cicatrização da ferida; monitorar condição neurológica; orientar sobre prevenção de queda; administrar medicação intravenosa; gerenciar febre; auxiliar na higiene; avaliar resposta ao controle da dor; orientar sobre manejo da dor; promover termorregulação, positiva; encorajar repouso; monitorar resposta ao tratamento; orientar família sobre a doença e apoiar processo familiar de enfrentamento. Após período de internação prolongado, o paciente evoluiu para a alta hospitalar, sendo encaminhado novamente ao Centro de Alta Complexidade em Oncologia (CACON) para continuidade do tratamento radioterápico. Dessa forma, para alcançar os resultados esperados, a assistência de enfermagem deve estar baseada na visão integral do paciente, o que inclui a sua família, compreendendo cada indivíduo como um todo e atribuindo-lhes cuidados específicos e humanizados. Portanto, a fim de exercer sua função, o enfermeiro deve avaliar o grau de dependência do idoso, utilizando-se de instrumentos como a Escala de Coma de Glasgow (ECG) e a escala de resultados ou desempenho de Karnofsky (KPS), cujas funções são avaliar o nível de consciência do paciente e mensurar a dimensão da deficiência funcional apresentada pelo mesmo⁸. Estas

⁸ LACROIX, M.; ABI-SAID, D.; FOURNEY, D.R.; SAWAYA, R. et al. A multivariate analysis of 416 patients with glioblastoma multiforme: prognosis, extent of resection and survival. *J Neurosurg*, v.95, pp. 190-198, 2001.



ferramentas podem ser utilizadas durante a assistência ao idoso, aumentando a eficácia das intervenções implementadas. Devido ao perfil desses pacientes, todos os envolvidos no seu cuidado são influenciados e necessitam ser acompanhados pelo enfermeiro, cabendo a este orientar e instruir a família para a continuidade do tratamento, minimizando o estresse gerado pelo cuidado com o idoso, principalmente no momento da alta hospitalar. A atuação do enfermeiro também se reflete no desempenho da equipe multiprofissional, exercendo muitas vezes o papel de incentivador da sua equipe, auxiliando os colaboradores a expressar seus sentimentos e angústias diante da complexidade dos cuidados prestados, identificando sinais de sobrecarga da equipe diante de casos assim e buscando estratégias capazes de aumentar a qualidade da assistência, conseqüentemente, a segurança do paciente⁴. Dentre os tratamentos de escolha para o GBM estão a ressecção parcial ou total do tumor, radiocirurgia, radioterapia, terapia antiangiogênica, terapia gênica, tratamento de suporte com agentes esteróides, além de quimioterapia com nitrosuréia, bevacizumab e temozolomida, entre outros agentes quimioterápicos. Segundo a literatura, a escolha pelo procedimento cirúrgico resulta em alívio dos sintomas persistentes, além de melhora ou regresso dos déficits focais. Porém, há um maior risco de complicações no pós-operatório, como sangramento e aumento do edema tecidual, e o comportamento agressivo e infiltrativo desse tipo de tumor impossibilita uma ressecção curativa. Considerando o custo-benefício, a ressecção cirúrgica do tumor se mostra um tratamento positivo quando é possível a ressecção de pelo menos 98% do tumor sem acarretar aumento da morbidade neurológica⁹, o que melhora a eficácia da associação com outras terapêuticas, além de facilitar o diagnóstico pela obtenção de uma amostra maior para realização do estudo histopatológico. Assim, para evitar que complicações no pós-cirúrgico ocorram, deve-se realizar um acompanhamento contínuo durante todo o período perioperatório, minimizando os riscos e favorecendo uma melhor evolução do paciente. Além das estruturas anatômicas cerebrais afetadas e do tipo histológico do tumor, os sinais e sintomas apresentados pelo paciente e a terapia escolhida são determinantes para a definição das intervenções de enfermagem a serem implementadas. A realização de uma anamnese completa e o exame neurológico permitem identificar como as alterações cognitivas, motoras e/ou sensitivas, além de outros achados anormais evidenciados, interferem no grau de dependência dos cuidados de enfermagem, possibilitando a elaboração de um plano de assistência de enfermagem especializado que atenda as necessidades dos pacientes

⁹ TIMBY, B.K.; SMITH, N. E. Enfermagem Médico Cirúrgica. 8ª ed. Barueri: Manole, 2005.



submetidos a procedimentos neurointervencionistas e/ou neurocirúrgicos de alta complexidade.¹⁰

CONCLUSÃO

Para garantir a prestação de um cuidado especializado e integral ao cliente, a enfermeira deve avaliar a complexidade da assistência exigida pelos pacientes com tumores do SNC e ter a competência e a sensibilidade necessárias para implementar cuidados de enfermagem que garantam uma assistência adequada para melhorar a qualidade de vida desses pacientes e de suas famílias. Portanto, é essencial que, além de dominar o conhecimento técnico-científico, a enfermeira desenvolva um olhar crítico voltado para o planejamento e implementação de uma assistência de enfermagem especializada, permitindo que os pacientes tenham acesso a cuidados de qualidade e humanizados, capazes de atender às expectativas do cliente e da família e possibilitar um tratamento menos traumático e uma melhor sobrevida.

¹⁰ LEWIS, S.L.; HEITKEMPER, M.M.; DIRKSEN, S.R.; BUCHER, L.; CAMERA, I. **Tratado de Enfermagem Médico-Cirúrgica: Avaliação e Assistência dos Problemas Clínicos**. 8ª ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2013.

REFERÊNCIAS

BADKE, G.L. et al. **Glioblastoma multiforme em idosos: uma revisão sobre seu tratamento com ênfase na abordagem cirúrgica.** Arq Bras Neurocir 33(1): 45-51, 2014. Disponível em: <http://files.bvs.br/upload/S/0103-5355/2014/v33n1/a4280.pdf>. Acesso em: 06 de Outubro de 2017.

LACROIX, M.; ABI-SAID, D.; FOURNEY, D.R.; SAWAYA, R. et al. A multivariate analysis of 416 patients with glioblastoma multiforme: prognosis, extent of resection and survival. **J Neurosurg**, v.95, pp. 190-198, 2001.

LEWIS, S.L.; HEITKEMPER, M.M.; DIRKSEN, S.R.; BUCHER, L.; CAMERA, I. **Tratado de Enfermagem Médico-Cirúrgica: Avaliação e Assistência dos Problemas Clínicos.** 8ª ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2013.

LUNDY-EKMAN, L. **Neurociência: fundamentos para a reabilitação.** 3ª ed. [tradução Fernando Diniz Mundim... et al]. - Rio de Janeiro: Elsevier, 2008. Disponível em: https://books.google.com.br/books?hl=pt-BR&lr=&id=s8KgA45Rn38C&oi=fnd&pg=PR16&dq=fun%C3%A7%C3%A3o+das+celulas+da+glia&ots=6yrEcr8eUR&sig=7WkEi4WGydCe29Y4uYRrt51sI_M#v=onepage&q&f=false. Acesso em: 06 de Outubro de 2017.

MAGALHÃES, K.C.S.F.; VAZ, J.P.M.; GONTIJO, P.A.M.; CARVALHO, G.T.C.; CHRISTO, P.P., SIMÕES, R.T.; SILVA, K.R. Profile of patients with brain tumors and the role of nursing care. *In: Revista Brasileira de Enfermagem [Internet]*, 2016; 69(1): 138-43.

STUPP, R.; MASON, W.P.; J VAN DEN BENT, M.; WELLER, M.; FISHER, B.; TAPHORN, M.J.B.; BELANGER, K.; BRANDES, A.A.; MAROSI, C.; BOGDAHN, U.; CURSCHMANN, J.; JANZER, R.C.; LUDWIN, S.K.; GORLIA, T.; ALLGEIER, A.; LACOMBE, D.; CAIRNCROSS, J.G.; EISENHAEUER, E.; MIRIMANOFF, R.O. European Organisation for Research and Treatment of Cancer Brain Tumor and Radiotherapy Groups; National Cancer Institute of Canada Clinical Trials Group. Radiotherapy plus concomitant and adjuvant temozolomide for glioblastoma. *In: N Engl J Med.* 2005; 352(10): 987-96.

TIMBY, B.K.; SMITH, N.E. **Enfermagem Médico Cirúrgica.** 8ª ed. Barueri: Manole, 2005.



CAPÍTULO 12

MÉTODO CANGURU: ASSISTÊNCIA HUMANIZADA AO RECÉM NASCIDO DE BAIXO PESO

Nicolv Lima Sobrinho, Graduanda no Curso de Enfermagem na Faculdade Mauá de Brasília

RESUMO

O Método Canguru é um modelo de assistência voltado ao recém-nascido de baixo peso e sua família, voltado para o cuidado humanizado que reúne estratégias de intervenção biopsicossocial. A posição canguru consiste em manter o recém-nascido de baixo peso em contato pele a pele, na posição vertical, junto ao peito dos pais, foi idealizado e implementado de forma pioneira por Edgar Rey Sanabria e Hector Martinez em 1979, no instituto materno-infantil de Bogotá. Esse método é dividido em três etapas, na primeira etapa e o período que se inicia no pré-natal da gestação de alto-risco seguido da internação do RN na Unidade Neonatal, segunda etapa o bebê permanece de maneira contínua com sua mãe e a posição canguru será realizada pelo maior tempo possível. E por último a terceira etapa se caracteriza pelo acompanhamento da criança e da família no ambulatório e/ou no domicílio até atingir o peso de 2.500g, em todas as etapas a equipe de enfermagem participa, então é essencial para o sucesso do método que os enfermeiros realizem de forma correta. Esta pesquisa busca descrever sobre o processo de assistência humanizada ao recém-nascido de baixo peso referente ao Método Canguru, abordando todos os benefícios do método e a importância da equipe de enfermagem na assistência ao paciente e sua família.

PALAVRAS-CHAVE: Método Canguru; Assistência Humanizada; Benefícios; Enfermagem; Recém-nascidos de baixo peso.

INTRODUÇÃO

O método mãe canguru é uma política pública que presta assistência ao recém-nascido de baixo peso e tem como objetivo oferecer uma assistência integrada e humanizada. É considerado um meio de prestar cuidados humanizados quando é realizado com empatia, atenção e acolhimento integral ao paciente e sua família (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2017).

A sua criação no ano 1979, em Bogotá, na Colômbia, pelos Dr. Reys Sanabria e Dr. Hector Martinez surgiu da busca de uma solução imediata para a superlotação das unidades neonatais nas quais muitas vezes se encontravam dois ou mais recém-nascidos em uma mesma incubadora. Além disso, observou-se, desde o início, que o contato pele a pele precoce e duradouro entre a mãe e o seu filho também favorecia a formação de vínculos afetivos e um



melhor desenvolvimento do bebê (CHARPAK; CALUME; HAMEL, 1999).

No Brasil, a Norma de Atenção Humanizada ao Recém-Nascido de Baixo Peso – Método Canguru foi lançada em dezembro de 1999, com a perspectiva de minimizar os efeitos negativos da internação neonatal sobre os bebês e suas famílias. É necessário destacar que a humanização no ambiente da Unidade de Terapia Intensiva Neonatal é uma questão importante na qualidade da atenção ao recém-nascido (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2017). Portanto, humanização e qualidade da assistência não podem ser vistas como fenômenos separados e sim de forma conjunta. A equipe de enfermagem é de suma importância para um resultado efetivo desse método, orientar a mãe em todas as etapas do método favorece o vínculo mãe-filho, proporciona um melhor desenvolvimento neurocomportamental e psicoafetivo do recém-nascido de baixo peso, oferecendo também um suporte emocional, encorajar o aleitamento materno é orientar a família quanto a alta hospitalar.


REVISÃO DA LITERATURA

A história do método canguru

O Método Canguru foi inicialmente idealizado na Colômbia no ano de 1979, no Instituto Materno Infantil de Bogotá, pelos Dr. Reys Sanabria e Dr. Hector Martinez, como proposta de melhorar os cuidados prestados ao recém-nascido pré-termo naquele país, visando reduzir os custos da assistência perinatal e promover, através do contato pele a pele precoce entre a mãe e o seu bebê, maior vínculo afetivo, maior estabilidade térmica, melhor desenvolvimento e reduzir a super lotação e infecção (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2013).

Em 1993 as pediatras dra. Nathalie Charpak e dra. Zita Figueroa implantaram o Programa Mãe-Canguru na Clínica del Niño do Instituto de la Seguridad Social (ISS) da Colômbia, com a colaboração de um grupo multiprofissional. O programa na Colômbia é predominantemente ambulatorial, com especial ênfase em um rigoroso acompanhamento do crescimento e desenvolvimento do bebê (BOTERO, 2000). O Método Canguru é praticado no domicílio materno, inicialmente com acompanhamento diário no ambulatório de seguimento – Casita Canguro.

Na Colômbia não existe uma Unidade Canguru hospitalar onde mães e bebês possam permanecer juntos prolongadamente. A fase hospitalar do método tem como objetivo essencial preparar a díade para a prática domiciliar. Nesse período, chamado de apego, é dado destaque especial ao aleitamento materno, ao reconhecimento de sinais de



alerta do bebê e à alta precoce.

Método Canguru no Brasil

O Hospital Estadual Guilherme Álvaro em Santos-SP, foi o primeiro a utilizar o método canguru, no Brasil, em 1991 nas enfermarias do Alojamento Conjunto. Começou a ganhar proporção em 1997, quando a Fundação Ford e a Fundação Getúlio Vargas, contando com o apoio do Banco Nacional de Desenvolvimento Econômico e Social (BNDES), realizaram um concurso de projetos sociais chamado “Gestão Pública e Cidadania”, no qual o Instituto Materno Infantil de Pernambuco (IMIP), chegou entre os finalistas com o projeto “Enfermaria Mãe Canguru” (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2014).


Em janeiro de 1999 o IMIP sediou o 1º Encontro Nacional Mãe Canguru, no qual participaram representantes dos hospitais que já realizavam a metodologia, em março do mesmo ano, o BNDES organizou uma conferência Nacional sobre o Método Canguru, no Rio de Janeiro com o intuito de apresentar diversas experiências na assistência do MC em diferentes estados brasileiros. Os eventos realizados foram super importante para divulgar o MC, porque foi a partir disso que os hospitais começaram a adotar o MC como assistência no cuidado ao RNBP, motivando assim o Ministério da Saúde a propor uma normatização para o seu uso.

No dia 8 de dezembro de 1999 o Ministério da Saúde apresentou à comunidade científica brasileira a Norma de Atenção Humanizada ao Recém-Nascido de Baixo Peso – Método Canguru, e foi publicada através da Portaria Ministerial nº 693 de 5/7/2000 tornando assim como uma Política Governamental de Saúde Pública, tornando assim um procedimento de assistência médica, com inclusão na tabela de procedimentos do SUS.

Posteriormente, em 12 de julho de 2007, essa portaria foi atualizada com a publicação da Portaria SAS/MS no 1.683 (BRASIL, 2000b, 2007).

Método canguru

O Método Canguru é um modelo de assistência perinatal voltado para o cuidado humanizado que reúne estratégias de intervenção biopsicossocial. O contato pele a pele, no Método Canguru, começa com o toque evoluindo até a posição canguru. Inicia-se de forma precoce e crescente, por livre escolha da família, pelo tempo que ambos entenderem ser prazeroso e suficiente. Esse Método permite uma maior participação dos pais e da família nos



cuidados neonatais. A posição canguru consiste em manter o recém-nascido de baixo peso, em contato pele a pele, na posição vertical junto ao peito dos pais ou de outros familiares. Deve ser realizada de maneira orientada, segura e acompanhada de suporte assistencial por uma equipe de saúde adequadamente treinada (BRASIL, 2007).


O método não é um substitutivo das unidades de terapia intensiva neonatal, nem da utilização de incubadoras e sim um complemento baseado em quatro fundamentos básicos: acolhimento do bebê e sua família; respeito às individualidades; promoção do contato pele a pele o mais precoce possível; envolvimento da mãe nos cuidados do bebê (LAMY, 2003).

O Método Canguru é desenvolvido em três etapas:

A primeira etapa é o período que se inicia no pré-natal da gestante de alto risco, passa pelo parto e nascimento e segue pela internação do recém-nascido na Unidade Neonatal. Segundo o Ministério da Saúde (2019), nesta etapa, a equipe de saúde deve oferecer a estas mulheres, e aos seus acompanhantes, orientações básicas sobre o percurso do recém-nascido e sua família na Unidade Neonatal, apoiar a presença do(a) companheiro(a) da mulher ou de um acompanhante de sua escolha durante o parto e o nascimento, manter a mãe informada sobre a situação do RN enquanto ela estiver impossibilitada de ir à UN, iniciar o contato pele a pele (posição canguru) entre a mãe/pai e o RN, assim que ambos se mostrarem disponíveis e a criança apresentar estabilidade clínica, oferecer orientação e suporte ao aleitamento materno, estimular e orientar a participação da mãe e do pai nos cuidados com o RN.

A segunda fase acontece após a estabilidade clínica do recém-nascido aonde a mãe é convidada a ficar com seu bebê na Unidade de Cuidados Intermediários Canguru (UCINCa) em tempo integral. O foco desta etapa é para a efetiva participação da mãe nos cuidados com seu filho e no seu desenvolvimento psicoafetivo. A mãe do RN deverá estar apta para realizar os cuidados de rotina com o filho na UCINCa com orientação e apoio da equipe, capacidade de reconhecer sinais de alerta em seu filho, estar motivada e segura para realizar a posição canguru pelo maior tempo possível neste período de internação de forma independente (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2019). O RN tem que apresentar estabilidade clínica, realizando nutrição enteral ou sucção exclusiva ao peito e pesando no mínimo de 1.250 g.

Cuidados com a mãe e filho: Orientar e auxiliar a mãe na amamentação e extração de leite, na higiene do RN, na troca de fraldas, no banho, no posicionamento da criança quando esta se encontra na posição canguru ou mesmo quando no berço, realizar reunião da equipe



multiprofissional com os pais das crianças internadas na Unidade Neonatal, com encontros semanais, estimular a participação do pai ou outra figura de referência da díade mãe-bebê, realizar exame físico, controle de sinais vitais e peso diário do RN (MINISTÉRIO DA SAÚDE,2017).

A alta hospitalar da segunda etapa só deverá ser realizada quando a criança atingir o peso mínimo de 1.600 g, realizando a sucção exclusiva ao peito, ou excepcionalmente com complemento. A mãe tem que se sentir segura e psicologicamente motivada e bem orientada para continuar os cuidados da criança em casa, os familiares deverão estar conscientes quanto aos cuidados do RN, comprometidos em realizar a posição canguru pelo maior tempo possível em domicílio e apresentar estrutura de atenção básica ou familiar para levar a criança ao hospital a qualquer momento que seja necessário(MINISTÉRIO DA SAÚDE,2018).


A terceira etapa do Método Canguru começa com a alta hospitalar e garante a continuidade do cuidado à criança de baixo peso. Nesse período, o bebê e sua família receberão atenção em domicílio, e na Unidade de Saúde da Família e ainda continuarão vinculados ao hospital de origem. Isso ocorre até o bebê alcançar 2.500 g, quando receberá alta do Método Canguru, porém permanece tento um acompanhamento ambulatorial, individual, buscando observar o desenvolvimento integral do recém-nascido (MINISTÉRIO DA SAÚDE,2017).

Atuação da Enfermagem

O enfermeiro tem papel fundamental diante do Método Canguru no que diz respeito ao planejamento da assistência, liderança da equipe, cuidado com o paciente. Deve considerar também os aspectos psicológicos, sociais, econômicos e culturais (BRASIL, 2001). Portanto, ao prestar assistência ao paciente deve-se ter um olhar diferenciado no acolhimento em relação a doença e o meio em que ele está inserido, buscando atender suas necessidades, respeitando a individualidade de cada pessoa.

Segundo Gaíva; Gomes (2003), o cuidado individualizado tem elementos que impõem modificações no ambiente para reduzir os níveis de som e luz, aprimorar a organização do cuidado de forma a reduzir as atividades, maximizar a utilização de estratégias específicas para facilitar a auto-organização do bebê e o envolvimento dos pais, a partir de um plano de cuidados individual, conforme as respostas da criança e dos pais aos procedimentos.

Na primeira etapa do Método Canguru a equipe de enfermagem , irá passar todas as




informações sobre a situação do RN , explicar como que funciona a rotina e horários na Unidade Neonatal , estimular e orientar sobre o aleitamento materno, comunicar os pais sobre a importância da presença e participação deles na unidade, acesso livre esclarecendo todas as dúvidas surgidas . E deve iniciar-se o contato pele a pele entre a mãe/pai e o RN o mais rápido possível assim que ambos apresentarem estabilidade clínica, minimizando o tempo de separação. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2018).

Logo após na segunda etapa, a equipe estará monitorando Mãe/Filho e irá oferecer todo suporte para que a mãe sinta-se segura tanto no posicionamento do(a) RN quanto na possível identificação de sinais de alerta; realizar exame físico e verificar sinais vitais. Estimular a participação do pai na UCINCa e orientar a mãe quanto a higiene do RN, troca de fraldas, banho, observar ganho de peso diário do RN e continuará a orientar a mãe na amamentação .

Na terceira etapa e última, a criança se encontra estável clinicamente, consistindo na alta hospitalar. O enfermeiro irá avaliar o comportamento da mãe em relação a da continuidade aos cuidados com o RN e a realização do método no maior tempo possível em casa, seguindo todas as orientações passadas. Deverá ser realizada a primeira consulta até 48 horas após a alta hospitalar e as próximas uma vez por semana, onde será avaliado o aleitamento materno, ganho de peso, crescimento e orientar sobre o esquema de imunizações (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2017) .

A interação da equipe multidisciplinar é imprescindível para avaliar e cuidar do paciente reconhecendo-o como um ser humano que necessita ajuda e compreensão. É de suma importância que os diversos profissionais troquem ideias e informações sobre sua prática. Reúnem-se regularmente para debater pontos de vista e complementam os atendimentos sobre o problema em questão, indo além dos limites restritos as suas profissões. Portanto o trabalho em equipe implica em trabalhar e tomar decisões em conjunto, procurando ver o paciente como um todo, prestando uma assistência integral, resultando assim um trabalho com resultados de excelência. Os profissionais da enfermagem devem assumir uma postura de cuidador e educador. A enfermagem tem um papel essencial na inclusão da família ao método canguru , contribuindo para diminuir a estranheza causada pelo ambiente hospitalar, que é cercada por recursos tecnológicos poucos conhecidos pelos pais do RN, o método canguru é uma oportunidade de promover uma educação em saúde (SOUSA et al., 2014).



Assim como é importante o apoio de todos da equipe de saúde, também é importante o apoio da instituição, sendo assim fornecendo a capacitação dos profissionais para realizarem e orientarem as famílias de forma adequada. É de suma importância uma adequação dos recursos físicos e materiais para a implantação do método, pois a não adesão dessa estratégia de cuidado por parte da instituição, pode tornar a inserção do método dificultosa (GONTIJO et al., 2012).

Benéficos do Método Canguru


O método canguru, conforme o Ministério da Saúde (2016) traz muitos benefícios:

Reduz o tempo de separação entre a criança e sua família, favorece o vínculo mãe-bebê-família, possibilita maior confiança e competência dos pais, proporciona estímulos sensoriais positivos, melhora o desenvolvimento do bebê, estimula o aleitamento materno, favorece o controle térmico adequado, reduz o risco de infecção hospitalar, reduz o estresse e a dor e melhora a comunicação da família com a equipe de saúde.

Sendo assim é de suma importância a participação da família para realização do método, porém com frequência os pais não sabem se podem tocar, acariciar ou falar com seu filho. Podem sentir-se intimidados e confusos. Cabe à equipe orientá-los e informá-los da importância de sua proximidade física, promovendo o contato pele a pele, que proporciona o apego e o vínculo,, diminuindo o tempo de separação entre mãe - filho e evitando grandes períodos sem estimulação sensorial, transformando um momento difícil em uma experiência gratificante e de muito aprendizado para toda a família e equipe multiprofissional, porque cada paciente é único (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2017).

Com o Método Canguru os pais se sentem mais confiantes para lidar com as intercorrências que podem surgir pela frente. O bebê se sente mais seguro e calmo, reduzindo o choro e conseqüentemente a perda de energia. Um dos motivos é que, ao colocá-lo em posição canguru ele ficará aquecido devido a transmissão de calor de sua mãe. Além disso, observa-se a melhora na estabilização dos sinais vitais e no padrão de sono; redução de infecções e diminuição do tempo de internação.

Um aspecto valorizado e incentivado durante o MC é o processo de aleitamento materno, pois o leite é imprescindível para o desenvolvimento e crescimento da criança funcionando como fonte de alimento. A amamentação é um momento único entre mãe-filho e uma troca mútua cercada de muito amor, carinho, afeto. Proporcionando, desta forma, proteção contra doenças, aumento do ganho de peso e fortalecimento de vínculo afetivo. Também é um momento de medo e insegurança, por estar vivendo algo novo, inicialmente



apresentam dificuldade na amamentação mas apesar disto o resultado sempre se mostra positivo.

Relação Mãe – Bebê


As mães de recém nascido se sentem bastante culpada, insegura e com medo de tudo que irão enfrentar em uma UTI Neonatal, e um mundo novo daqui para frente, uma rotina diferente de tudo que ela idealizou durante a gestação, agora será uma coisa de cada vez, o primeiro contato com o recém nascido não será da forma que ela imaginou, porém será um momento com bastante amor, afeto e carinho, as mães necessitam de apoio, suporte emocional e acolhimento, por que iram iniciar uma jornada com grandes desafios. O primeiro deles e lidar com a sensação de entrar na UTI ou de sair de lá, sem o bebê, pela primeira vez, as mães se sentem bastante solitaria , perdendo a sua própria identidade, porque as pessoas só questionam como está o bebê e não como está a mãe, ela só quer ser ouvida, muita das vezes a própria família não sabe como ajudar, acaba perguntando coisas inapropriadas para aquele momento, porém com esse tipo de questionamento acaba gerando ansiedade e sentimento de cobrança, a família tem que iniciar um canal de comunicação mais afetivo porque ela precisa de um suporte emocional tanto da família como da equipe multiprofissional .

Para a relação mãe – bebê e super importante a mãe esta acompanhando o seu filho desde os primeiros dias, com a instabilidade clínica do bebê ela será convidada a ficar na Unidade de Cuidados Intermediários Canguru, nessa fase ela conseguirá ter o primeiro contato pele a pele , aonde o amor o carinho e o aconhego do colo materno , ajudará no desenvolvimento, e aumentará na criação de vinculo afetivo. A presença da mãe é essencial ao ouvir a sua voz , o seu cheiro , o primeiro toque , o seu bebê se sentirá mais confortável e seguro , essa troca genuína irá influenciar na melhora do quadro clínico e emocional (SANTOS et al.,2013).

METODOLOGIA

Esta pesquisa utilizou um modelo de pesquisa descritiva bibliográfica, com abordagem qualitativa, realizada em livros, revistas eletrônicas, artigos na base de dado do SCIELO, artigos e Manual Técnico do Ministério da Saúde. A busca foi realizada entre os meses de janeiro a julho de 2020 utilizando os seguintes descritores: Método Mãe Canguru e Assistência humanizada a recém-nascido.

Os principais fatores que caracterizam a pesquisa descritiva, segundo Andrade (2014),



são a observação, registro e análise de dados, seguido de classificação e interpretação dos fatos relacionados ao objeto de estudo, sem que, no entanto, haja interferência direta ou indireta do pesquisador sobre estes fatos. A pesquisa bibliográfica, segundo Severino (2012), é aquela que se realiza a partir do registro disponível, decorrente de pesquisas anteriores, em documentos impressos, como livros, artigos, teses etc.

E o método qualitativo é conceituado por Brevidelli e Sertório (2012) como: Aquele capaz de incorporar as questões de significado e da intencionalidade como inseparáveis dos atos, das relações e das estruturas sociais. Ou seja, a pesquisa qualitativa está voltada à estrutura social do fenômeno e preocupa-se com o universo de significados, motivos, aspirações, crenças, valores e atitudes.


RESULTADOS E DISCUSSÃO

Após análise de todas as referências bibliográficas utilizadas na pesquisa, podemos concluir que o Método Canguru, é um método simples e de baixo custo, e que promove o vínculo afetivo, através do contato pele a pele, além de trazer grandes benefícios ao RN. E o enfermeiro de frente ao MC de forma humanizada, e essencial para trazer resultados positivos, pois ele está na linha de frente junto a sua equipe multiprofissional, ele tem o contato maior com o RN e sua família, oferecendo todo suporte necessário, diante disso é de grande importância orientar a mãe durante todas as etapas, mesmo com sentimento de insegurança e medo, ao fato de seu filho se encontrar em uma Unidade Neonatal, ela no decorrer do tempo aprenderá a realizar todas as condutas corretamente, proporcionando o melhor desenvolvimento do neonato e diminuição no tempo de internação hospitalar.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O Método Canguru é um modelo de assistência com foco no recém-nascido de baixo peso e sua família e voltado para o cuidado humanizado. Foi implementado desde 1979 nas unidades maternas, não sendo um substitutivo das unidades de terapia intensiva neonatal, nem da utilização de incubadoras.

Com a realização deste estudo, foi possível demonstrar que o método canguru traz benefícios como o controle térmico do bebê, estimula o aleitamento materno, reduz a dor do bebê quando presente, reduz o risco de infecção hospitalar e aumenta o vínculo entre mãe e seu bebê através do contato pele a pele. Porém, reconhece-se que os desafios existentes são diversos, não somente relacionados à realização do método de forma correta mas sobretudo, a



qualificação dos profissionais para realizarem e orientarem as famílias de forma adequada.

A equipe de enfermagem é de grande importância para o sucesso do MC, precisando estar capacitada e apta para realização do método de forma humanizada, sabendo identificar os sentimentos e percepções maternas. Portanto, ao prestar uma assistência ao paciente, olhar que além de uma doença existe uma pessoa, criar um contato entre paciente e equipe multiprofissional, visto que participam diretamente durante todas as três etapas do Método Canguru.

Considero esta pesquisa relevante mediante suas contribuições para o avanço na produção do conhecimento, cujo tema é indispensável e necessita de mais atenção a cerca do Método Canguru e a importância da equipe de enfermagem, para prestar uma melhor assistência humanizada, entretanto a enfermagem e sua equipe precisam conhecer o programa como um todo e tudo que o envolve, para que assim possam promover seu trabalho de forma eficiente e de qualidade.

REFERÊNCIAS

ANDRADE, M. M. **INTRODUÇÃO À METODOLOGIA DO TRABALHO CIENTÍFICO**. 10ª EDIÇÃO. EDITORA ATLAS. SÃO PAULO, 2014.

BOTERO HC 2000. **Observar um “bebê canguru”**: el útero para gestar la relación madre-bebé, pp.15-28. In NR de Polanco (org.) – Observación de Bebés. Editora Plaza e Valdés, México.


BRASIL. Caderno do Ministério da Saúde. **Instrumentalizando a Ação Profissional: Psicologia Aplicada**. Editora Eletronica: Carlota Rios e Ramon Carlos de Moraes. Brasília: ministerio da saude. Rio de Janeiro: Fiocruz: 2001.

BRASIL. PORTARIA Nº 1.683 DE 12 DE JULHO DE 2007. APROVA, NA FORMA DE ANEXO, A NORMAS DE ORIENTAÇÃO PARA A IMPLANTAÇÃO DO MÉTODO CANGURU. DIÁRIO OFICIAL DA UNIÃO, BRASÍLIA, DF, 13 JUL. 2007, COLEÇÃO 2, P. 84.

BREVIDELI, M. M.; SERTÓRIO, S. C. M. **Trabalho de Conclusão de Curso**: Guia Prático para Docentes e Alunos da Área da Saúde. Editora Iátria, 4ªed. 2013.

CHARPAK, N.; CALUME, Z. F.; HAMEL, A. **O método mãe canguru**: pais e familiares dos bebês prematuros podem substituir as incubadoras. Rio de Janeiro: Mc grawHill,1999.

GAÍVA, M.A.M.; GOMES, M.M.F. **Cuidando do neonato: uma abordagem de enfermagem**. Goiânia: AB, 2003.



GONTIJO, Tarcisio Laerte; XAVIER, César Coelho; FREITAS, Maria Imaculada de Fátima. Avaliação da implantação do Método Canguru por gestores, profissionais e mães de recém-nascidos. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 28, n. 5, p. 935- 944, 2012.

LAMY, Z. C., et al. Atenção humanizada ao recém-nascido de baixo peso - Método Canguru: a proposta brasileira. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 10, n. 3, p.659-668, Sept. 2005.

SANTOS , Luciano Marques , et al. **VIVÊNCIAS DE MÃES DE RECÉM-NASCIDOS PREMATUROS NA UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA NEONATAL**: São Paulo, dezembro de 2013.

MINISTÉRIO DA SAÚDE .Portaria nº 693, de 5 de julho de 2000. Normas de Orientação para a Implantação do Método Canguru. **Diário Oficial da União**, Poder Executivo, Brasília, DF, 06 jul. 2000.

MINISTÉRIO DA SAÚDE . Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Atenção humanizada ao recém-nascido de baixo peso : **Método Canguru : manual técnico / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas.** – 2. ed., 1. reimpr. – Brasília : Editora do Ministério da Saúde, 2013.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Atenção humanizada ao recém-nascido de baixo peso: **Método Canguru: caderno do tutor / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas.** – 1. ed., 1. reimpr. – Brasília: Ministério da Saúde, 2014.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Guia de orientações para o Método Canguru na Atenção Básica: cuidado compartilhado / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas.** – Brasília: Ministério da Saúde, 2016.

MINISTÉRIO DA SAÚDE . Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Atenção humanizada ao recém-nascido : **Método Canguru : manual técnico / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas.** – 3. ed. – Brasília : Ministério da Saúde, 2017

Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Método canguru : diretrizes do cuidado [recurso eletrônico] / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas.** – Brasília : Ministério da Saúde, 2018. 84 p. : il.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Método canguru: diretrizes do cuidado** – 1ª ed. revisada – [recurso eletrônico] / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. – Brasília: Ministério da Saúde, 2019.

SEVERINO, A. J. **Metodologia do Trabalho Científico**. Editora Cortez, 23ªed. 2012



SOUZA, Luís Paulo Souza e et al. Método mãe-canguru: percepção da equipe de enfermagem na promoção à saúde do neonato. **Revista Brasileira Promoção Saúde, Fortaleza**, Minas Gerais, v. 27, n. 3, p. 374-380, 2014.

PROCHINIK, M. Método Mãe Canguru em Atenção ao Prematuro. BNDES SOCIAL. Set 2001. Disponível em <http://www.aleitamento.com/imagens/bndes.pdf>



CAPÍTULO 13

CONHECIMENTO DAS GESTANTES A RESPEITO DA CITOLÓGIA ONCÓTICA NA GESTAÇÃO: MITOS E DESAFIOS

[Raylinne Alencar de Oliveira](#), Graduada em Enfermagem, UNIVS
[Paula Suene Pereira dos Santos](#), Mestranda em Educação em Enfermagem, URCA
[Lucenir Mendes Furtado Medeiros](#), Docente do Curso de Enfermagem, UNIVS
[Rayanne de Sousa Barbosa](#), Docente do Curso de Enfermagem, UNIVS
[Layane Ribeiro Lima](#), Docente do curso de Enfermagem, UNIVS


RESUMO

Durante o período gestacional, as orientações em saúde a respeito da necessidade e importância da realização do exame Papanicolau para detectar alterações, mostram-se como ferramenta principal para adesão da mulher à coleta. Objetivou-se compreender o conhecimento das gestantes acerca da relevância da citologia oncótica no período gestacional. Pesquisa exploratória, descritiva, qualitativa. Realizada, nos meses de Maio e Junho de 2019 por meio de uma entrevista semiestruturada, em uma estratégia de saúde no interior do Ceará. Participaram da pesquisa 16 gestantes. A análise ocorreu por meio da análise de conteúdo. Das falas emergiram três categorias temáticas: *Conhecimento das gestantes acerca da citologia oncótica; Adesão das gestantes quanto a realização da citologia oncótica no período gestacional e os principais mitos, desafios e desconfortos vivenciados; Educação em saúde como estratégia para promoção e orientação em saúde.* A adesão à realização do exame Papanicolau durante a gestação é fruto da realização, pelos profissionais de saúde, de educação em saúde, fundamentalmente aqueles da atenção primária, visto que por meio do diálogo é que haverá a desmistificação dos anseios dessas mulheres.

PALAVRAS-CHAVE: Citopatológico. Conhecimento. Gestantes.

INTRODUÇÃO

O câncer de colo do útero (CCU) é responsável por cerca de 10% das ocorrências cancerígenas no público feminino no mundo. No Brasil, apresenta-se como um problema de saúde pública estando entre os tipos de cânceres que frequentemente são diagnosticados no período gestacional; pesquisas mostram achados no período gestacional com percentual variando entre 70% a 80% de mulheres grávidas sendo diagnosticadas com lesões intraepiteliais cervicais de baixo grau, e nas não grávidas apenas 42% dos diagnósticos nesse estágio. Assim, a realização do exame é preconizada pelo Ministério da Saúde a fim de favorecer o diagnóstico precoce e diminuir a mortalidade ocasionada pelo câncer do colo do



útero (CCU)(LIMA; VALENTE; SILVA, 2014; SILVA; VENANCIO; ALVES, 2015; SILVEIRA; MAIA; CARVALHO, 2018).

O exame citopatológico cervical realizado pela técnica Papanicolau, conhecido como exame preventivo, mostra-se como importante meio para a detecção precoce de danos e diagnóstico de neoplasia no colo do útero, já que diversas alterações podem ser vistas anteriormente às manifestações clínicas (CAMPOS, 2018). O exame consiste na introdução do espéculo na vagina possibilitando assim sua melhor visualização e coleta de material necessário para a detecção de alterações. A técnica aborda três pontos, sendo eles: a parte externa do colo, a ectocérvice; a interna, a endocérvice e o fundo posterior da vagina (MANFREDI; VALENTE; SILVA, 2016).


Em acordocom o que se preconiza internacionalmente para a prevenção e controle da neoplasia, indica-se a realização do exame entre mulheres com faixa etária de 25 a 60 anos, com realização uma vez por ano e, após duas coletas anuais sucessivas com resultados negativos, repetir a cada três anos. Os autores enfatizam, ainda, que a gestação não se mostra impeditiva à realização do exame, tendo como preferência a realização até o sétimo mês, sendo utilizada apenas a espátula de Ayre, para a coleta da ectocérvice (MANFREDI; VALENTE; SILVA, 2016; BRASIL, 2013a).

Ainda é impactante para a gestante a aceitação da realização do citológico durante o período gestacional, sendo imprescindível mostrar à mulher em seu acolhimento pré-natal que há possibilidades de se fazer o rastreamento mesmo ela estando no período gestacional, pois, mesmo nesse momento é possível detectar alterações (ACOSTA et al., 2017; CEZÁRIO et al., 2014; SILVA et al., 2015).

Partindo dessa realidade corriqueira de que muitas mulheres, em especial as gestantes, apresentam medos, baixos conhecimentos acerca da possibilidade de se realizar o exame citológico durante esse período, objetivou-se compreender o conhecimento das gestantes acerca da relevância da citologia oncológica no período gestacional.

PERCURSO METODOLÓGICO

Pesquisa exploratória, descritiva com abordagem qualitativa. Concretizada em uma Estratégia Saúde da Família no interior do Ceará. A Unidade, composta por uma equipe multiprofissional, faz cobertura na zona rural e zona urbana, onde são cadastradas 2 mil famílias, totalizando aproximadamente 8 mil pessoas. A escolha do local para realização da



pesquisa se deu a partir do momento em que foi observado um aumento significativo do número de mulheres gestantes cadastradas, visto que as orientações a essas mulheres devem ser ofertadas durante as consultas de pré-natal, para que possam obter uma adequada assistência durante esse processo.

A coleta dos dados foi realizada período entre Maio e Junho de 2019, através de uma entrevista semiestruturada, nos dias de acompanhamento pré-natal. Participaram da pesquisa 16 gestantes cadastradas na Estratégia Saúde da Família. Adotou-se como critérios de inclusão: gestantes que se encontravam a partir do segundo trimestre, que estivessem realizando pré-natal, adscritas dessa unidade de saúde, com idade igual ou superior a 18 anos e que concordasse em participar da pesquisa, assinando o termo de consentimento. Foram excluídas as gestantes que apresentavam alguma limitação cognitiva que a impedisse de responder o instrumento da coleta de dados.

A análise dos dados ocorreu pela técnica de Análise de Conteúdo, organizada por Bardin, método dividido em três fases: Pré-análise, caracterizada pela organização propriamente dita do material; exploração do material, sendo a fase de codificação, decomposição e categorização do conteúdo e, o tratamento dos resultados obtidos e interpretação, que trata da organização dos resultados e das tabulações das informações colhidas durante a análise (BARDIN, 2011).

Após a transcrição dos dados coletados, fez-se uma leitura minuciosa das falas para garantir a interligação do conteúdo e criação das categorias. O estudo foi submetido à Plataforma Brasil para análise ética do Comitê de Ética, sendo aprovado pelo número 3.261.719.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Conhecimento das gestantes acerca da citologia oncótica


Nessa categoria buscou-se perceber o conhecimento das gestantes a respeito da citologia oncótica, se as mesmas reconhecem a possibilidade de realização desse exame e para elas qual seria a importância de se realizar o exame.

“É importante e que através dele podemos descobrir as doenças”(G1)

“Esse exame eu nunca fiz”(G4)

“Acho que é para saber da saúde né da mulher, se ela tá com algum problema, se ela tá com câncer sempre descobre né”(G9).

“Assim na gestação eu não fiz não, mais é pra prevenir né as doenças do ovário, o que eu entendo é isso”(G12).




O exame de prevenção do câncer cervicouterino, traz consigo uma grande importância para a saúde da mulher, tendo como finalidade a identificação precoce de lesões pré-invasivas sendo, por isso, instrumento efetivo para que ocorra a redução das taxas de mortalidade ocasionadas por esta patologia (NOGUEIRA; MORAES, 2017).

De acordo com as falas coletadas, percebe-se fragilidade de conhecimento, pois embora seja uma prática amplamente disponível e importante à saúde da mulher, as mesmas não conseguiram formular a real definição ou deixar evidente sua compreensão a respeito da importância da realização do Papanicolau como método para um diagnóstico precoce de lesões. Desta forma, o histórico do desenvolvimento de neoplasias vem se tornando frequente, visto que diversas vezes, a mulher, não consegue compreender a importância de se realizar a coleta.

De acordo com Santana; Santos; Machado (2013) o diagnóstico do carcinoma do colo do útero vem se tornando mais frequente no período gestacional. Sendo importante a realização da coleta ainda durante as primeiras consultas de pré-natal, pois ocorrida alguma alteração a mulher que estará presente na unidade de saúde para as consultas de pré-natal posteriores, dará continuidade ao acompanhamento, realizando o tratamento quando necessário.

De acordo com o Nóbrega *et al.*, (2016) um estudo a respeito dos fatores que levam a não-realização da análise do preventivo encontrou-se causas que poderiam estar interligadas ao desempenho da mulher perante o cuidado com a lar e os filhos, relacionados ao seu dia-a-dia, às sobrecargas de tarefas que socialmente surgem como necessários, avaliando as funções sociais dessas mulheres e mães.

Diante disso, diversas são as situações que podem influenciar a mulher na busca por realização ou não do exame preventivo, podendo se enfatizar: pudor, exposição do corpo a um estranho, preconceito por parte do companheiro, responsabilidade em relação ao cuidado diário dos filhos, baixas condições socioeconômicas, receio de um possível resultado positivo para o câncer de colo uterino, falta de informação a respeito de como é realizado o exame e qual a sua importância. Destaca-se, ainda, que uma parcela das mulheres decidem por realizar o Papanicolau apenas quando já apresentam ou notam alguma sintomatologia (SANTOS *et al.*, 2014).



Adesão das gestantes quanto à realização da citologia oncótica no período gestacional e os principais mitos, desafios e desconfortos vivenciados.

A presente categoria buscou compreender das gestantes quais os principais mitos ou desafios encontrados para a não procura pelos serviços de saúde a fim de realizar esse acompanhamento citopatológico:

“Eu acho que não. Eu acho que não pode. Não sei dizer” (G4).

“Eu acho que não. Acho que pode prejudicar a criança” (G11).

“Acho que sim. Porque é mais o cuidado que a gestante precisa durante esse período, se faz mais como uma questão de cuidado. Não que não é nem desconforto mais sim um pouco de constrangimento que todo mulher sempre tem, mais não acredito que haja uma preocupação, acho que o profissional quando ele é bem capacitado ele já passa essa grande segurança para a mulher” (G10).


“Eu acho que sim né. Porque vai ser mais favorável pra ela. Não sei para as outras mulher mais pra mim é assim um pouco incomodo, cada uma sabe ne seu corpo” (G14).

“Provavelmente sim né, pra saber como é que tá, eu acho. Não sei porque nunca fiz” (G15).

De acordo com os depoimentos apresentados percebe-se que as gestantes reconhecem a possibilidade de se realizar a citologia oncótica, durante o período gestacional, para detecção precoce de lesões precursoras que possam se apresentar durante essa fase. Houve, ainda, a demonstração quanto ao desconforto e/ou constrangimento durante a efetuação do exame.

Embora se tenha todas essas táticas para realizar o exame citológico, observa-se que há problemáticas envolvendo a adesão das mulheres. O preventivo é visto por alguns como, um processo invasivo, ocasionando receio, timidez, desgosto, desconforto e desprezo de sua parte íntima, originando demoradas prorrogações em buscar uma unidade de saúde (MAIA et al., 2017).

É notório o receio devido aos mitos, tabus e desafios perpassados pelas gestantes para realizar o exame de prevenção, algumas delas tomam exemplos de vivências experienciadas pelos familiares e embasam-se em infrutíferas conversas tais como: possibilidade de machucar ou ocasionar alguma lesão na criança, quando o exame é realizado no período gestacional, o que acaba trazendo ou acentuando barreiras e contrariedades frente a execução do citopatológico.



Dessa forma, observa-se que algumas gestantes apresentam insegurança no momento da consolidação do exame, demonstram temor e com isso não se sentem à vontade com o profissional para a execução do procedimento (MARTINS; RODRIGUES, 2018).

Embora muitas mulheres apresentem emoções negativas sobre o citológico, tem se conseguido controlar o aumento nos índices de câncer de colo uterino e com isso abrandado as taxas de mortalidade e os avanços mecânicos, psíquicos e sociais motivados devido a essa neoplasia, através de atuações que previnem os estágios primitivos da patologia e proposta de aparelhos para os achados clínicos e a restauração dessas mulheres através da prevenção em saúde (BRASIL, 2011).

Mediante os pronunciamentos apresentados pelas gestantes ocorre uma contraposição com relação a realização da citologia oncótica, pois as gestantes falam que tem essa necessidade de fazer o exame para detecção precoce de alguma lesão e cuidados durante a gestação, mas ao mesmo tempo relatam não realizar o exame durante o pré-natal, conforme as seguintes pronúncias:

“Não. Pra saber se tem algum tipo de doença” (G6).


“Não, ainda não”(G9).

“Não. Só apenas ultrassons que foi no início da gestação” (G10).

Observa-se pouca adesão das gestantes quanto a realização do exame citológico, mesmo algumas reconhecendo a possibilidade de realização do exame durante o período gestacional e sua importância quanto a detecção precoce de lesões precursoras e dessa forma prevenindo agravos a criança e a mãe.

De acordo com Sena *et al.*, (2016) adesão das gestantes aos programas de prevenção e garantia de uma assistência integral e preventiva não encontra-se associada à oferta dos serviços de saúde que disponibilizam tais atendimento; é importante ter uma visão do outro sem pré-julgamentos de suas concepções e atitudes, assistindo e propondo a prevenção através de orientações que não tenham a visão somente do procedimento técnico. É necessário, portanto, levar em consideração que o exame por si causa receio e medo, provocando reações nas gestantes, que muitas vezes podem não ser expresso na fala, masevidente devido à fuga quando da adesão ao exame.

O exame citológico pode ser indicado na gestação desde que a mulher tenha realizado seu último exame há mais de 3 anos, portanto todas as informações devem ser repassadas para



essa mulher a fim de que desmitifique conceitos errôneos a respeito do procedimento (SANTOS; SIQUEIRA; PEREIRA, 2014).

É preciso que haja um diálogo enfatizado, mostrando à mulher que a gestação não é um impedimento para a realização do exame, que essa não oferece qualquer risco para ela ou para o seu filho, além de mostrar os benefícios trazidos pela adesão ao exame e, especialmente procurar conhecer quais os empecilhos e sentimentos que ela considera quanto a decidir por não realizá-lo.

Alguns fatores contribuem para a não adesão do exame preventivo, tais como: baixa renda familiar, baixos níveis de escolaridade, vivência sem companheiro, ausência de problemas ginecológicos, uso dos contraceptivos oral a vergonha pela exposição de seu corpo, medo em relação a realização do exame, a dificuldade de acesso à assistência médica, pontos que em sua maioria podem ser solucionados por meio de orientações a essas mulheres (GARCIA et al., 2016).

Educação em saúde como estratégia de orientação sobre o exame preventivo

Por meio dessa categoria se aborda as orientações em saúde realizadas pelos profissionais diante da busca pela efetivação da citologia oncótica durante o processo gestacional, tendo em vista o desenvolvimento da educação em saúde para as gestantes, com a finalidade de desenvolver estratégias que incentivem esse público a uma busca mais frequente pelo acompanhamento dos preventivos no período do pré-natal, seguem as falas:


“Sim. Foi falado a questão da importância de ver exatamente como também estava por dentro, a aparência tanto interna da mulher, da necessidade do acompanhamento”(G10).

“Não. Porque eu não procurei saber sobre informações sobre a prevenção” (G11).

“Não. Eu pelo menos nunca conversei sobre o exame de Papanicolau na gestação, a gente faz os outros exames né, de sangue. Eu acho que ela só pedi quando tem necessidade”(G13).

“Sim. Que era bom pra mim fazer né pra saber como é que tá e tudo mais” (G14).

As mulheres se mostram conscientes quanto a importância da realização da citologia oncótica, mas há, ainda, gestantes que desconhecem a necessidade ou mesmo que demonstraram a não necessidade de buscar informações. Enfatiza-se, então, que a educação em saúde deve ocorrer para todas as mulheres por parte dos profissionais, em especial daqueles, da atenção primária, devido ao contato direto com esse público.



De acordo com o estudo Manfrediet *al.*, (2016) se faz necessário o empenho de toda a equipe de saúde para sensibilizar a gestante para que essa possa buscar esse atendimento, assim, a responsabilidade encontra-se no desempenhar de funções desde os Agentes Comunitários de Saúde que realizam a busca ativa dessas mulheres até os profissionais que a recebem na unidade de saúde a esclarecendo, incentivando e garantindo a realização do exame.


Percebe-se que a busca ativa é de fundamental importância para a adesão das gestantes à citologia oncológica, devendo toda a equipe de saúde se mobilizar para tal. A educação em saúde mostra-se como uma ação relevante para que as gestantes possam perder o receio, quanto a realização do exame e, desenvolverem essa prática de forma rotineira. Essa estratégia de orientação traz consigo a abordagem de várias atividades de educação em saúde, citando como exemplo a formação das rodas de conversa com grupo de gestantes, palestras educativas, o acolhimento durante a realização das consultas de pré-natal, todas com a finalidade de informar e orientar esse público.

Torna-se indispensável colocar em evidência o papel das Unidades Básicas de Saúde na prática da busca rotineira das mulheres, levando em consideração a atuação mais próxima às famílias favorecendo a formação e fortalecimento do vínculo, colocando meios não apenas para a prevenção do CCU em gestantes e em mulheres não grávidas, mas com o objetivo de assegurar uma melhor qualidade de vida a essas mulheres no contexto da integralidade do cuidado e assistência também multiprofissional (TERLAN; CESAR, 2018).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

No transcorrer da análise notou-se a existência de uma problemática no que diz respeito ao conhecimento dessas gestantes sobre a realização da citologia oncológica durante o período gestacional, assim como a baixa adesão durante esse período, com a influência de vários fatores para a não realização do Papanicolau, tais como o medo de um diagnóstico positivo para neoplasia, o constrangimento pela apresentação de seu corpo, presença de algumas crenças.

É figura do profissional de saúde, em especial do enfermeiro que atua na atenção primária, realizar ações de prevenção e controle do câncer de colo uterino. Há diversas formas de se conseguir envolver a mulher, que perpassam desde a implantação e execução de programas de educação em saúde até o tempo despendido para o diálogo entre profissional de



saúde e usuária do serviço no momento da consulta, esse considerado importante instrumento a fim de se conseguir inter-relações e, por conseguinte, melhor percepção dos fatores subjetivos trazidos pela mulher tais como medos, anseios, ideias equivocadas à respeito da realização do exame, que impactam diretamente na decisão daquela mulher aderir ou repulsar.

Diante dos achados, recomenda-se que os profissionais que atuam na Estratégia Saúde da Família, principalmente, no momento das consultas de pré-natal orientem quanto à possibilidade de se realizar e quanto a importância do Papanicolau no intuito de identificar alterações para realizar e um diagnóstico precoce, enfatizando-se a prevenção de agravos ou mesmo de neoplasia do colo do útero.

REFERÊNCIAS

ACOSTA, D. F. et al. Vivenciando O Exame Papanicolau: Entre O (Não) Querer E O Fazer. **Rev. Enfer. UFPE online**. Recife, v. 11, n. 8, p. 3031-3038, 2017. Disponível em: <https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/viewFile/110206/22107>. Acesso em 20 de out de 2018.

BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. 7^o edição, São Paulo – SP, 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher: princípios e diretrizes**. Brasília: Ministério da Saúde, 2011. Disponível em: http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_mulher_principios_diretrizes.pdf. Acesso em 04 de dez 2018.

BRASIL. Ministério da saúde. Caderno de atenção básica nº 13. **Controle dos cânceres do colo do útero e mama**. 2013a. Disponível em: <http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/cab13.pdf>. Acesso em setembro de 2018.

CAMPOS, E. A. Os Sentidos Do Papanicolau Para Um Grupo De Mulheres Que Realizou A Prevenção Do Câncer Cervical. **Cad. Saúde Colet**. Rio de Janeiro, v. 26, n. 2, p. 140-145, 2018.

CEZARIO, K. G. et al. Conhecimento de gestantes sobre o exame citopatológico: um estudo na atenção básica em saúde. **Rev. enferm UFPE online**. Recife, v.8, n.5, p.1171-1177, maio de 2014. Disponível em: <http://temasensaude.com/wp-content/uploads/2017/01/16411.pdf>. Acesso em: 20 de out de 2018.

GARCIA, L.F. et al. Análise dos fatores associados a não adesão das mulheres ao exame preventivo de câncer de colo de útero: uma revisão bibliográfica. **Revista UNIFEV: Ciência & Tecnologia**, v. 1, n. 1, p. 148-160, 2016.

LIMA, V. O.; VALENTE, D.; SILVA, R. C. V. **Câncer Do Colo Do Útero E Suas Implicações Na Gestaçã**o. Salvador – BA, 2014.



MAIA, S. M. A. et al. O enfermeiro na prática do exame citopatológico de colo do útero: relato de experiência. **Revista Enfermagem Atual InDerme**, v. 80, n. 18, 2017.

MANFREDI, R. L. S. et al. Exame Papanicolaou Em Gestantes: Conhecimento Dos Enfermeiros Atuantes Em Unidades De Atenção Primária À Saúde. **Res. fundam. Care. Online**, v. 8, n. 3, p. 4668-4673, 2016. Disponível em: <http://seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/view/4517/pdf>. Acesso em: 20 de out de 2018.

MARTINS, N. R. X. S.; RODRIGUES, M. S. Representação Social Do Exame Citopatológico Do Colo Uterino Em Gestantes. **Revista Brasileira de Ciências da Vida**, v. 6, n. 3, 2018.

NOGUEIRA, K. R. C.; MORAES, M. M. Prevenção Do Câncer Cervical: O Conhecimento Das Usuárias Em Uma Equipe De Saúde Da Família. **Rev. enferm. UFPE online**, v. 11, n. 5, p. 1892-1901, 2017.

NÓBREGA, A. R. O. et al. Conhecimento das gestantes sobre o exame citopatológico. **Arquivos de Ciências da Saúde**, v. 23, n. 3, p. 62-66, 2016.

SANTOS, M. A. et al. A importância da prevenção do câncer do colo uterino: em pauta o exame de Papanicolaou. **RevRecien**, v. 4, n. 12, p. 15-20, 2014.

SANTANA, J. E. O.; SANTOS, M.; MACHADO, I. L. D. A Importância Da Realização Do Papanicolaou Em Gestantes: Uma Revisão De Literatura. **Caderno de Graduação-Ciências Biológicas e da Saúde-UNIT**, v. 1, n. 3, p. 39-48, 2013.

SANTOS, T. B. A.; SIQUEIRA, M. F. C.; PEREIRA, Q. L. Perfil Das Mulheres Que Realizaram O Exame Papanicolaou Em Um Município Da Região Do Médio Araguaia Mato-Grossense. **Revista Eletrônica Interdisciplinar**, v. 1, n. 11, 2014.

SENA, A. S. et al. Importância Do Exame Papanicolaou Para A Gestante. **Mostra Interdisciplinar do curso de Enfermagem**, v. 2, n. 1, 2017.

SILVA, M. A, S. et al. Fatores Relacionados A Não Adesão À Realização Do Exame De Papanicolaou. **Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste**, v. 16, n. 4, 2015.

SILVA, A. P.; VENÂNCIO, T. T.; FIGUEIREDO, R. R. A. Câncer Ginecológico E Gravidez: Uma Revisão Sistematizada Direcionada Para Obstetras. **FEMINA**, vol. 43, nº 3, 2015. Disponível em: <http://files.bvs.br/upload/S/0100-7254/2015/v43n3/a5119.pdf>. Acesso em 22 de out 2018.

SILVEIRA, B. L.; MAIA, R. C. B.; DE CARVALHO, M. F. A. Câncer Do Colo Do Útero: Papel Do Enfermeiro Na Estratégia E Saúde Da Família. **Revista Científica da Faculdade de Educação e Meio Ambiente**, v. 9, n. 1, p. 348-372, 2018.

TERLAN, R. J.; CESAR, J. A. Não realização de citopatológico de colo uterino entre gestantes no extremo sul do Brasil: prevalência e fatores associados. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 23, p. 3557-3566, 2018.



CAPÍTULO 14

RESILIÊNCIA E CICLO GRAVÍDICO-PUERPERAL EM MÃES COM HIV/AIDS

[Regina Lúcia Wanderlei de Azevedo](#), Professora de Psicologia, UFCG
[Marília de Freitas Lima](#), Mestranda em Psicologia, UEPB
[Dayane Santos Queiroz](#), Graduanda em Psicologia, UFCG


RESUMO

A experiência da maternidade atravessada pelo diagnóstico do HIV/AIDS é de caráter singular e pode acarretar sofrimento, sobrecarregando as mulheres fisiologicamente e emocionalmente. Este estudo teve como objetivo identificar os processos resilientes de mães com HIV/AIDS vivenciados no período gravídico-puerperal. Participaram 08 mulheres, com idade variando de 25 a 41 anos, atendidas em um Serviço de Atendimento Especializado (SAE) do município de Campina Grande, Paraíba, Brasil. Como instrumento, utilizou-se um Questionário sócio-demográfico e História Obstétrica, uma Entrevista semiestruturada e uma Escala dos Pilares da Resiliência – EPR. Os dados sociodemográficos e da história obstétrica foram analisados através da estatística descritiva, a análise da escala seguiu o manual de correção e para a análise dos dados da entrevista, foi usada a Análise Categórica Temática. Evidenciou-se que a maioria das participantes apresentavam baixa escolaridade, bem como, a pauperização das pessoas que vivem com HIV/AIDS. Todas as participantes tiveram como via de infecção do HIV a sexual. Em relação aos resultados da escala, constatou-se que, de maneira geral, as participantes possuíam baixos fatores relacionados a resiliência, logo, baixa resiliência. A partir da análise dos relatos das participantes, emergiu a classe temática resiliência e duas categorias: Mecanismo de risco, com duas subcategorias (violência e preconceito) e Mecanismo de proteção, também com duas subcategorias (maternidade/religiosidade e apoio profissional). Conclui-se que as mulheres com HIV/AIDS que vivenciaram o ciclo gravídico-puerperal e experienciaram situações de violência, tendo seus direitos sexuais e reprodutivos negligenciados, apresentaram baixa resiliência. Destarte, necessita-se de práticas que respeitem o protagonismo e a autonomia das mulheres, de humanização no atendimento em saúde e que os direitos das mulheres sejam respeitados.

Palavras-chave: resiliência; violência obstétrica; maternidade.

INTRODUÇÃO

Adverte-se sobre a necessidade e importância do respeito ao protagonismo e autonomia das mulheres, assim como a necessidade de humanização do atendimento em saúde e que os direitos reprodutivos e sexuais das mulheres sejam respeitados, principalmente para aquelas que convivem com HIV/AIDS tendo em vista que para essas, o ciclo gravídico-puerperal apresenta situações singulares que podem sobrecarregá-las fisiologicamente e emocionalmente. Ressaltando-se assim que é imprescindível um enfrentamento em relação as



questões relacionadas às problemáticas do atendimento obstétrico no Brasil para que as mulheres consigam de fato realizarem escolhas.

REFERENCIAL TEÓRICO

O início da década de 80 no Brasil, é marcada pelo surgimento do vírus da imunodeficiência humana – HIV, fato este ainda considerado um problema de saúde pública, haja vista fazer parte da realidade contemporânea e atingir diretamente a qualidade de vida das pessoas que vivem com o vírus e com a doença. Neste enfoque, a ciência tem se debruçado em pesquisas na área, tendo como principal objetivo a busca da cura e/ou possibilidades de amenizar sofrimentos e desconfortos biopsicossociais do público alvo. Sendo a política de prevenção e atenção ao HIV/AIDS do Brasil reconhecida como uma das mais eficazes do mundo.

No ano de 2017 foram diagnosticados, no Brasil, 42.420 novos casos de HIV e 37.791 casos de AIDS, totalizando, no período de 1980 a junho de 2018, 982.129 casos detectados no país; e entre 2007 a junho de 2018, foram notificados 247.795 casos de infecção (BRASIL, 2018).

Nas últimas décadas houveram progressos terapêuticos e a inserção de novas classes de antirretrovirais, evoluindo assim o panorama da infecção de doença fatal para uma condição crônica, emergindo um desafio para as pessoas que vivem com o HIV/AIDS, bem como para os profissionais de saúde, que nessa nova circunstância devem perceber a infecção como um potencial entrave na qualidade de vida (JESUS et al. 2017).

Entre 2007 a junho de 2018 foi notificado, em relação aos casos de infecção pelo HIV, no Sinan um total de 169.932 (68,6%) casos em homens e 77.812 (31,4%) casos em mulheres, como também nesse mesmo período no que diz respeito às faixas etárias, observou-se que a maioria (52,6%) dos casos de infecção pelo HIV encontra-se na faixa de 20 a 34 anos. Percebe-se então a continuidade na feminização da epidemia do HIV, compreendendo que o aumento da quantidade de mulheres infectadas pelo vírus está vinculado à vulnerabilidade da mulher devido questões socioculturais, e que em sua maioria se encontram na idade fértil, levando-se a discussão de temáticas tais como a maternidade e políticas públicas associadas ao HIV/AIDS (BRASIL, 2018).




Sabe-se que o HIV tem várias vias de transmissão a exemplo sanguíneas e sexuais. A transmissão vertical do HIV/AIDS se trata da transmissão que ocorre da mãe para o seu filho (a) pela exposição ao vírus durante a gravidez, parto ou aleitamento natural. A mulher deve ser informada do risco de transmissão vertical do HIV e das medidas adotadas para preveni-la.

Em relação aos cuidados e práticas referentes as mulheres que vivem com HIV/AIDS, Ventura (2009) aponta que medidas satisfatórias devem disponibilizar aconselhamento para homens e mulheres sobre as alternativas mais seguras de engravidar, os cuidados necessários para proteger a si mesma, no caso das mulheres, e o feto, informando sobre quando e como engravidar, através de relações sexuais, com menos riscos para o bebê e para o parceiro, ou a alternativa de utilizar técnicas de reprodução assistida.

Foram notificadas, no período de 2000 até junho de 2018, no Brasil, 116.292 gestantes infectadas com HIV, a taxa de detecção vem evidenciando uma pequena tendência de aumento nos últimos anos, em sua maioria por causa do grande incremento de testes rápidos distribuídos pela Rede Cegonha, esse aumento poderia ser fundamentado, em parte, pela ampliação do diagnóstico no pré-natal e a conseqüente melhoria da prevenção da transmissão vertical do HIV. (BRASIL, 2018).

De acordo com Vieira e Apolinário (2017) os cuidados obstétricos antes, durante e após o parto, têm que reconhecer que toda mulher possui o direito legal. Por vezes são omitidos que as mulheres, que estão vivendo esse período, devem ser orientadas e receberem cuidados, não somente médicos, como também psicológicos, legais e sociais. De acordo com Bowser e Hill (2010) mulheres que vivem com o HIV são um exemplo de subgrupo de pessoas que sofrem discriminação, sendo mais predispostas a experienciar desrespeito, abusos e maus-tratos. Destarte, a gestação e a maternidade para mães que vivem com o vírus e/ou a doença requerem um esforço emocional e subjetivo mais acentuado.

Conforme Organização Mundial de Saúde (2014), por todo o mundo mulheres são assistidas de forma violenta, sofrendo negligências, maus-tratos, desrespeito, abusos, violação dos direitos humanos das mulheres, sendo mais frequentes durante a assistência ao parto. Tendo em vista os maus-tratos e desrespeitos vivenciados pelas mulheres durante o ciclo gravídico-puerperal, desde meados das décadas de 80 e 90 defensores dos direitos humanos e



profissionais de saúde, motivados por movimentos feministas, estão se organizando com a finalidade de promover a discussão acerca da violência no parto (SENA; TESSER, 2017).

Surge então o termo violência obstétrica que, de acordo com Sena e Tesser (2017) remete a violência física, violência verbal, discriminação social, negligência na assistência e abuso sexual. Inclui-se também a violência psicológica a que são acometidas as mulheres que vivenciam o período de gestacional.

Outra definição acerca da violência obstétrica afirma que se refere a qualquer tipo de violência, desenvolvida sob modo de violência psicológica, sexual, verbal, física e/ou negligência que suceda ao longo do período gestacional, do parto e do pós-parto, sendo qualquer omissão ou ato, sem o consentimento compreensível ou notificado à mulher, desrespeitando seus sentimentos, escolhas, autonomia, bem como sua integridade mental e física (CURI; BAPTISTA, 2018).

A violência obstétrica está vinculada à violência de gênero e outras violações de direitos cometidas nas instituições de saúde contra suas usuárias (DINIZ, 2005), por se voltar exclusivamente às mulheres e atravessar relações de poder desiguais na sociedade.

Neste sentido, é importante questionar sobre quais os fatores de proteção e de risco vivenciados por mães com HIV/AIDS durante o ciclo gravídico-puerperal. Levando em consideração que a gravidez dessas mulheres se reveste de dupla criminalização legal e social, como apontado pelo Centro de Referência Técnica em Psicologia e Políticas Públicas (CREPOP, 2008).

Sendo assim, é de suma importância o desenvolvimento de pesquisas referentes a resiliência de mães HIV positivas. Tendo em vista que a resiliência é estudada por meio de alguma questão complicada da vida, em que a pessoa precise de ferramentas para ultrapassar tal evento de maneira a se tornar fortalecido depois da elaboração e ressignificação do mesmo, bem como é o caso do diagnóstico de HIV/AIDS e deste no decorrer da gestação.

O termo resiliência, conforme Poletto e Koller (2008), é originário da física correspondendo à capacidade de um material absorver energia sem sofrer alteração. Todavia, abrangendo este conceito para a Psicologia, percebe-se que uma pessoa não pode passar por um evento estressor e retornar à sua forma original, dado que mudanças são naturais, tais como desenvolvimento, crescimento, amadurecimento e aprendizagem.



A resiliência não se trata de uma característica permanente, ou um produto (resultado), podendo ser fomentada e extinta em determinadas circunstâncias da vida do sujeito, assim como estar presente em determinadas áreas e em outras não (POLETTO; KOLLER, 2008). Para Perim et al. (2015) a resiliência é definida como um agrupamento de comportamentos que se constituem pelo enfrentamento de uma certa situação/risco, de onde as pessoas extraem benefícios para o seu desenvolvimento e não apenas como características pessoais.

Sendo assim, para melhor entendimento acerca da dinâmica do processo resiliente, é fundamental a compreensão da relação de dois conceitos relevantes, nomeados de mecanismos de proteção e mecanismos de risco. De acordo com Eisenstein e Souza (1993) os mecanismos de proteção são recursos particulares ou sociais do sujeito que podem reduzir ou neutralizar o impacto de risco. Para Sapienza e Pedromônico (2005) a pessoa que utiliza suas atribuições positivas para enfrentar as adversidades, a resiliência poderá ser tida um fator de proteção para seu ajustamento psíquico.

A respeito dos mecanismos de risco, Cowan, Cowan e Schulz (1996), afirmaram que estes fatores estão vinculados à situações negativas da vida, que quando ocorrem para o sujeito, ampliam as possibilidades do indivíduo de apresentar problemas emocionais, físicos ou sociais.

A resiliência, conforme apontado por Ferreira, Santos e Maia (2012), é uma capacidade humana de reviver depois das dificuldades, que mediante ela a pessoa torna-se mais forte e possui de mais recursos para transformar o risco e a vulnerabilidade numa potencialidade, sendo também um processo ativo de suportar a reorganização, quando elementos estressores transformam o indivíduo, que faz com que ele reaja ao desafio e supere traumas ou adapte-se aos fatos estressantes.

Portanto, considerando o HIV/AIDS, a maternidade e a resiliência como um grande e relevante campo de investigação nas mais variadas demandas, foi traçado como objetivo identificar os processos resilientes de mães com HIV/AIDS vivenciados no período gravídico-puerperal.



METODOLOGIA

Delineamento

O presente estudo se trata de uma pesquisa transversal, sendo tida uma investigação epidemiológica descritiva, cujo design possibilitou a determinação da prevalência das variáveis estudadas.

Perante um estudo do qual o tema é tão recente, esta pesquisa foi de cunho quantitativo e qualitativo, tornando-se pertinente esta interação de modalidades de pesquisa, haja vista facilitar a compreensão e obtenção de características subjetivas das quais a Psicologia se apropria.

Lócus

A pesquisa foi desenvolvida no Serviço de Atendimento Especializado (SAE) do município de uma cidade no interior da Paraíba, Brasil.

Participantes

Participaram, de forma não probabilística e por conveniência, 08 (oito) mulheres mães, maiores de 18 anos, usuárias do Serviço de Atendimento Especializado e diagnosticadas com HIV/AIDS. O tamanho da amostra se justifica por não ser uma pesquisa que busca uma validade externa mas, aprofundar a vivência destas mulheres.

Instrumentos

Os instrumentos utilizados foram um questionário sócio-demográfico e clínico, a Escala dos Pilares da Resiliência – EPR e uma entrevista semiestruturada.

Procedimentos para coleta de dados

A princípio foi realizado o contato com a coordenação do serviço, com o intuito de apresentar o objetivo do estudo e solicitar autorização para a realização da pesquisa. Depois da autorização do serviço e aprovação da pesquisa pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Campina Grande - UFCG, foi dado início a aplicação dos instrumentos. A etapa de coleta de dados ocorreu no período de agosto a novembro de 2019. No primeiro momento foi solicitado que cada participante, individualmente, respondesse ao questionário sócio-demográfico e clínico, em seguida a EPR sendo por fim, realizada a entrevista semiestruturada.



Análise dos Dados

Os dados sóciodemográficos e da história obstétrica foram analisados por meio de estatística descritiva (frequência e porcentagem) e a análise da EPR seguiu o manual de correção disponível pela editora vetor,*online*. Para a análise dos dados da entrevista, foi utilizada a Análise Categorial Temática proposta por Figueiredo (1993). Tal forma de análise, apresenta fases (primeira fase – Leitura Inicial, Marcação, Corte, Primeira Junção, Notação, Discussão; segunda fase – Leitura Inicial, Organização, Notação, Discussão Final e Redação)cujo objetivo é encontrar classes temáticas oriundas dos discursos dos participantes e, em seguida, a elaboração de categorias e suas respectivas subcategorias.


Aspectos Éticos da Pesquisa

Antes de coletar os dados este trabalho foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Campina Grande / HU/UFCG, para certificar o seguimento das normas do Conselho Nacional de Saúde, através da Resolução N° 510/2016 (BRASIL, 2017), a qual estabelece as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos(CAAE 16275919.0.0000.5182). Sendo assim, e obedecendo à Resolução acima especificada, os objetivos da pesquisa foram explicados às participantes e solicitadas a assinarem do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Foi assegurado o anonimato das participantes, bem como a confidencialidade das informações prestadas.

RESULTADOSE DISCUSSÃO

A amostra de 08 participantes apresentou idade entre 25 e 41 anos ($M= 31.88$; $DP = 5.28$), todas com o estado civil solteira, com 2 filhos (62,5%). Nesta pesquisa verificou-se que a faixa etária entre 30 – 39 anos apresentou o maior índice de porcentagem, com 50%, seguido pela variação entre 18 – 29 anos, com 37,5%, corroborando com dados divulgados por Brasil (2018) onde observou-se que a maioria (52,6%) dos casos de infecção pelo HIV encontra-se na faixa etária de 20 a 34 anos, e com o estudo de Lima, Santos, Lira, Mangueira e Damásio (2015) que assegura a prevalência da infecção pelo HIV em adultos jovens.

A baixa escolaridade foi identificada, com 62,5% tendo o ensino fundamental, 25% das participantes tendo o ensino e 12,5% sendo não alfabetizada. No que se refere a condição laboral, foi aferido que 50% se encontra desempregada, 37,5% estavam empregadas e 12,5% eram aposentadas. Ratificando com a pesquisa de Lima et al. (2015) ao comprovar que mais da metade dos indivíduos com HIV do estudo não conseguiu completar o ensino médio.



Conforme os dados epidemiológicos apresentados em 2018, no que se refere a escolaridade de pessoas com HIV, a maioria possui ensino médio completo, com 27,5%, e com escolaridade entre 5ª e a 8ª série incompleta representavam 16,8% (BRASIL, 2018). Pode-se levar em consideração ainda, que o reduzido nível de escolaridade prejudica um maior acesso a informações, aos serviços de saúde, a obtenção de um melhor trabalho, e, portanto, nas categorias socioeconômicas, ademais de colaborar para a vulnerabilidade social dos sujeitos a adquirir a enfermidade.

A renda mensal das participantes deste estudo foi demasiadamente baixa, tendo em vista que 37,5% afirmaram receberem menos de um salário mínimo e que 37,5% declaram receber um salário mínimo. Percebe-se com estes dados que a pauperização e feminização do HIV/AIDS, bem como a baixa escolaridade das pessoas com esta enfermidade são variáveis eminentes e que precisam ser vistas como aspectos a serem considerados tanto na prevenção quanto na promoção dos cuidados em saúde (BRASIL, 2018).

Sobre à religião, 62,5% afirmaram ser evangélica e 37,5% se consideram católicas. Todavia, independente da religião, foi evidenciado alta e moderada religiosidade, ambas com 37,5%, enquanto apenas 12,5% declarou nada/quase nada religiosa. O aumento da religiosidade após o diagnóstico foi evidenciado por 50% da amostra, evidenciando a relevância do suporte religioso para as mulheres entrevistadas ao viabilizar uma estrutura cognitiva que organiza e explica as situações, podendo colaborar para a sensação de bem-estar emocional.

Estes dados foram igualmente observados por Cruz et al. (2017) no seu estudo sobre a influência da religiosidade/espiritualidade no enfrentamento do HIV/AIDS. Apontando que a religiosidade/espiritualidade, a fé tem influenciado a vida dos sujeitos com a enfermidade, dado que faz com que se sintam cuidados, amados e aceitos, levando-os a uma modificação na percepção sobre a enfermidade, causando uma vontade de seguir lutando pela vida.

No que se remete à caracterização clínica, certificou-se que 37,5% das participantes têm tempo de diagnóstico entre 5 – 10 anos, como também 37,5% têm mais de 10 anos de diagnóstico, e que 25% têm em menos de 5 anos. Todas as participantes estão em estágio sintomático e fazem uso da Terapia Antirretroviral combinada (TARV). Em relação ao tempo de uso da TARV: 50% usam entre 5 a 10 anos; 37,5% a menos de 5 anos; 12,5% a mais de 10 anos.



Apenas 25% das participantes apontaram já terem sido acometidas por doenças oportunistas. Uma das participantes informou que já foi acometida pelas doenças tuberculose e pneumonia e a outra participante por tuberculose e sífilis, visto que não é excludente, isto é, uma mesma participante podia afirmar mais de uma doença. Corroborando com a revisão de literatura, com levantamentos bibliográficos, desenvolvida por Santana, Silva e Pereira (2019) em que se concluiu que as principais enfermidades oportunistas que acometem as pessoas infectadas pelo vírus HIV são: Tuberculose, Hepatite C e doenças sexualmente transmissíveis, como a sífilis.

Integralmente entre as mulheres do presente estudo a via de infecção do HIV foi a sexual, coerente com os dados divulgados por Brasil (2018) em que para 97,5% das mulheres, com 13 anos ou mais, em 2017.


Após caracterizar as participantes de acordo com os aspectos sociodemográficos e clínicos, seguiu-se para a avaliação da resiliência em mulheres com o diagnóstico de HIV/AIDS. Os resultados obtidos a partir da correção da Escala dos Pilares da Resiliência (EPR), que possui 90 itens subdivididos em 11 subescalas vinculadas aos pilares da resiliência, podem ser observados na Tabela 1:

Tabela 1: Média e Classificação geral das subescalas das participantes

SUBESCALA	MÉDIA	PERCENTIL	CLASSIFICAÇÃO
Aceitação positiva de mudanças (APM)	14,86	20	Muito baixa
Autoconfiança (AC)	39	1	Muito baixa
Autoeficácia (AE)	62,375	20	Muito baixa
Bom Humor (BH)	17	40	Baixa
Controle emocional (CE)	39	20	Muito baixa
Empatia (E)	15,625	30	Baixa
Independência (I)	14,25	50	Média
Orientação positiva para o futuro (OPF)	44	20	Muito baixa
Reflexão (R)	23,375	10	Muito baixa
Sociabilidade (S)	16,34	30	Baixa
Valores positivos (VP)	23,625	10	Muito baixa

Fonte: Dados da pesquisa

A observação da tabela 1 que representa a classificação das participantes deste estudo nas 11 subescalas possibilita inferir que os atributos mais fragilizados são aceitação positiva de mudanças, autoconfiança, autoeficácia, controle emocional, orientação positiva para o



futuro, reflexão e valores positivos, pois a classificação foi muito baixa para essas sete subescalas. Este resultado, levando em consideração a interpretação dos fatores pontuada por Cardoso e Martins (2013), indica que as participantes têm dificuldade de aceitação e de controlar suas emoções quando vivenciam um evento estressor, bem como, não são seguras quanto às suas qualidades, desacreditam sobre suas próprias capacidades e possuem pessimismo em relação ao futuro. As participantes também apresentam dificuldades para refletir sobre os eventos da vida, e falta de preocupação com os valores comuns a todas as pessoas.

Os atributos bom humor, empatia e sociabilidade ficaram com classificação baixa ao comparar com a amostra normativa. Quando esses escores apresentam baixa classificação significa, conforme Cardoso e Martins (2013), que as participantes têm dificuldade de lidar com os problemas de maneira mais leve e bem-humorada, assim como, de perceber o estado emocional de outros sujeitos. Em geral as participantes não procuram estabelecer relações com outros indivíduos, nem mesmo quando precisam de ajuda.

O único atributo que obteve a classificação média foi independência, indicando que as participantes de forma geral conseguem resolver seus problemas de maneira independente, apesar de não depender de outros para divertir-se, casualmente pode sentir-se isolada.

Entende-se assim que as participantes deste estudo apresentam maiores dificuldades em ter uma conduta resiliente ao vivenciarem um evento adverso, como o diagnóstico de uma enfermidade crônica tal como o HIV/AIDS, isto é, tendo maior propensão de serem influenciadas pela adversidade, podendo sofrer prejuízos em sua vida pessoal e/ou profissional causado pelo estresse.

Conforme o estudo de Marques (2012), que tinha como objetivo abordar a resiliência e enfocá-la em situação de doenças crônicas, compreende-se que no que se refere a pessoa portadora de doença crônica, como a Doença Renal Crônica (DRC) ou a AIDS e o câncer, a resiliência se revela como tema de significativa importância, dado que estes indivíduos passam por muitas modificações no seu estado, emocional, familiar, físico, social, etc, e possuem como característica a capacidade de produzir um novo significado às suas vivências.

Outro estudo que envolve a temática da resiliência se trata do estudo desenvolvido por Böell, Silva e Hegadoren (2016), que tinha como finalidade verificar a associação entre resiliência e variáveis sociodemográficas e de saúde de sujeitos com diagnóstico de doença



renal crônica e/ou diabetes mellitus tipo 2, alcançou-se com os resultados que a resiliência está relacionada ao tipo de doença crônica. Outros fatores também foram definidos como influenciadores da resiliência de pessoas com essas doenças crônicas, são eles: ter religião, o tempo de doença e o IMC.

Os resultados encontrados nesta pesquisa corroboram com os resultados encontrados por Azevedo (2011) em que os participantes também apresentaram baixa resiliência, devido ao preconceito vivenciado.

Com o intuito de avaliar qualitativamente foram realizadas entrevistas semiestruturadas com as participantes deste estudo. A partir dos discursos obtidos das entrevistas, emergiram uma classe temática geral - Resiliência, com duas categorias e quatro subcategorias. 1) Mecanismo de Risco, com duas subcategorias (violência e preconceito) e 2) Mecanismo de Proteção, também com duas subcategorias (maternidade/religiosidade e apoio profissional).

Compreende-se que a resiliência, dentro da abordagem do desenvolvimento ao longo da vida, diz respeito à capacidade de recuperação e manutenção do comportamento adaptativo quando o sujeito se sente ameaçado por alguma situação estressante. Levando em consideração que as perdas podem tornar-se mais prováveis do que os ganhos, as mulheres/mães com HIV/AIDS ora investigadas apresentaram muito baixa aceitação positiva de mudanças, autoconfiança, autoeficácia, controle emocional, orientação positiva para o futuro, reflexão e valores positivos, e baixo bom humor, empatia e sociabilidade. Dado esse já demonstrado nos resultados quantitativos, cujos índices de fatores de resiliência são considerados, de maneira geral, baixos.

Dentre os mecanismos considerados de risco as subcategorias **violência** e **preconceito** foram enfatizadas de forma efetiva nos discursos das participantes da entrevista. A violência abrange os discursos e ações realizados pelos profissionais de saúde de uma forma geral, e o preconceito, sofrido pelas praticantes, exercido por estes profissionais como também por familiares e amigos.

A primeira subcategoria que emergiu como mecanismo de risco foi o a Violência. Mais precisamente a violência sofrida pelas participantes durante o ciclo gravídico-puerperal, conhecida com violência obstétrica.




“Não, porque a médica não deixou. A médica me ligou sem minha permissão, porque eu tinha HIV né? (...) eu levei uma câmera pra filmar, eu queria filmar, a médica não permitiu e a médica me ligou sem minha permissão (...) me ligou, me cortou, fez assim a laqueadura sem eu tá entendendo sem eu permitir. Ela perguntasse. Eu acho que eu tinha o direito se eu quisesse mais um filho ou não, né?!” [participante 03, 37 anos]

“O momento do parto foi um pouco dificultoso né?no momento do parto, eu lembro que eu passaram muito tempo me costurando né? Eu acho que foi na faixa de duas a três horas me costurando. (...) a parte né? genital (...) num sei, fiquei pensativa né?porque eu comecei a tremer na na demora, demorou tanto lá, eu lá, naquelas posição que eu comecei a tremer né? Num sei se foi a pressão que baixou, num sei, sei que eu fiquei trêmula, minhas carne ficou trêmula e a língua eu senti que ela começou a enrolar, e eu segurando ela com o dente. (...)não, explicar num explicou nada não. (...) a gente num tem muito o que reclamar né? aconteceu e pronto. Num sei, depois do caso passado né? ” [participante 04, 31 anos]

A violência obstétrica, mesmo que não apareça de forma explícita, pode ser identificada dentro dos discursos das participantes. A alta parcela de mulheres submetidas à episiotomia, à episiotomia sem informação, à manobra de Kristeller e à separação do bebê depois do nascimento evidencia a permanência de práticas discutíveis na atenção ao parto e pós-parto. A falta de transparência e a centralização de poder na tomada de decisões nos vínculos profissionais e institucionais com as usuárias de saúde possibilita a banalização de procedimentos não recomendados, que findam sendo tidos como normais (LANSKY et al., 2019).

Neste sentido, as experiências citadas pelas participantes retratam acontecimentos de violência obstétrica, com descumprimento dos direitos humanos e desconsideração aos direitos sexuais e reprodutivos das mulheres, durante o período gravídico-puerperal, demonstrando as desigualdades de gênero e relações de poder existentes nas práticas em saúde, em determinadas situações agravados pelo fato de serem mulheres/mães que vivem com HIV/AIDS. Destarte, a violência obstétrica pode ser considerada uma violência de gênero, tendo em vista que essa compete a um conjunto de restrições referentes à saúde sexual e reprodutiva das mulheres, sendo definida pelo a complexidade ao acesso a um serviço de saúde no decorrer do ciclo gravídico-puerperal, por exemplo.



Pode-se considerar que o desconhecimento sobre os seus direitos sexuais e reprodutivos acabam por possibilitar a prevalência das práticas violentas, como pode ser percebido por meio das falas das participantes deste estudo que não se há uma compreensão sobre determinadas violências vivenciadas por elas. Corroborando com o estudo realizado por Vieira e Apolinário (2017) onde se verificou que o aspecto da violência obstétrica não é totalmente entendido pelas usuárias da Rede Pública de Saúde do município de Lins - SP. Logo, conclui-se que as mulheres não identificam ações violentas dentro do contexto hospitalar como violência obstétrica, visto que estão acostumadas a relacionar o acontecimento do parto a um momento de sofrimento e de dor.

Apenas a participante 02 mostrou compreender a violência que vivenciou, e somente após começar a cursar Enfermagem.

“Assim, devido eu não entender muito, pra mim era normal, eles se comunicavam entre eles, aí agora que eu comecei o curso, aí eu vejo que eu tenho direito até num hospital numa consulta comum, eu tenho o direito de saber o que eu vou tomar, o procedimento que vai ser, aí agora eu tô entendida, mas antes não.” [participante 02, 29 anos]

Tal desconhecimento e, após, conhecimento acerca do tema violência Obstétrica, a participante 2 deixa evidente a importância da variável Informação para que a mulher tenha ferramentas suficientes na autoprevenção a qualquer tipo de abuso ou mau trato. Logo, é de suma importância a discussão acerca deste tema, bem como do termo Violência Obstétrica, fato este que gera desconforto em uma parcela de profissionais, haja vista que, embora compreenda todo profissional implicado na assistência à mulher no parto, argumenta-se favorável ao uso do termo violência institucional, expandindo as responsabilidades em relação o acontecimento. Em contrapartida, o termo violência obstétrica se tornou popular, se destacando nas falas das mulheres, sendo usado nas redes e movimentos sociais (LANSKY et al., 2019).

Não obstante, outros fatores podem ser considerados como de risco, a exemplo do preconceito que esteve presente nos discursos das entrevistadas desta pesquisa, a exemplo das falas das participantes 05 e 06, sendo então possível classificá-lo como um mecanismo de risco.



“É, teve uma enfermeira que ficou comentando, dizendo que eu era muito nova, muito bonita, que danado eu fui fazer da minha vida, aí eu usei um palavrão e ela saiu de perto de mim. (...)” [participante 05, 25 anos]

“Ah o dela foi o mais difícil (risos de nervosismo) o dela foi uma pancada ne. O dela passei mais preconceito que o dele. (...) No ISEA, no posto...a gente diz que não passa mas passa, só basta a pessoa abrir a boca e pronto: já começa a espalhar o povo. (...) No ISEA foi ... é porque é assim: todo mundo que vai examinar os meninos, examinar a gente elas sabem né?! Tem tudo no prontuário da gente e além delas saber ainda ficaram perguntando sabe? “Mas você sabe porque foi?” , ficavam de muita pergunta na frente de muita gente, eu ficava meio chateada com isso... né todo mundo igual lá dentro da sala, é todo mundo misturado. ” [participante 06, 27 anos]


Conforme o estudo de Araújo et al. (2019), que possuía como objetivo estudar os processos psicossociais da resiliência entre as pessoas que convivem com o HIV, pode-se concluir que as principais adversidades intrínsecas à condição de viver com HIV/AIDS são os preconceitos, os estereótipos negativos e a exclusão social. Sendo o preconceito uma das principais dificuldades enfrentadas por quem vive com o HIV. Logo, pensar o preconceito considerando a mulher, a mãe, a pobre, a negra, a HIV positiva, é trazer uma reflexão acerca de um problema social e de saúde pública que merece destaque e visibilidade social e científica.

Para além dos mecanismos de risco, surgem os mecanismos de proteção que são considerados importantes catalizadores de superação sendo, no presente estudo representado e discutido a seguir.

2) Mecanismo de Proteção

A religiosidade emergiu de forma efetiva, sendo tida como uma fonte de apoio, um mecanismo de proteção, corroborando com o resultado quantitativo. No que concerne esta primeira subcategoria do Mecanismo de proteção, percebeu-se que os resultados adquiridos no questionário trouxeram uma relação significativa entre religiosidade e resiliência levando em consideração algumas variáveis.

Verifica-se que a religiosidade possui importância na realidade vivenciada por estas mulheres, como apontado por Pinho et al. (2017), que em sua pesquisa investigaram acerca da religiosidade e do coping religioso-espiritual de pessoas que vivem com HIV/AIDS, onde



concluiu-se que a religiosidade exerce papel relevante no enfrentamento ao HIV, dado que os participantes vivenciam a religiosidade intrínseca.

Conforme o estudo realizado por Galvão, Cunha e Lima (2014) para a maior parte das mães que vivem com HIV, a religião indicou uma maneira de suporte social e assistência no enfrentamento da enfermidade, por possibilitar emoções positivas e sentimentos de conforto, viabilizando apoio emocional e espiritual.

“Fé! (...) fê, minha mãe é evangélica e sempre eu tive ali uma força né?! ela sempre me motivando a seguir em frente. (...) orando né, lendo a bíblia, eu só me pego com Deus. (...) existe porque eu acho que se não tivesse acontecido isso, eu acho que eu não teria tanto amor a vida como eu tenho hoje. Eu acho que Deus sabe todas as coisas né?! e eu acredito, e o que me fortalece também é que, eu acho assim que Deus, Ele sabe de todas as coisas. ”
[participante 04, 31 anos]

“O que mais me ajuda? Eu tenho que enfrentar porque eu tenho filhos pequenos pra mim cuidar e eu tenho que pedir força a Deus pra me dar força pra mim enfrentar tudo isso. Tenho 3 filhos pequenos que precisam de mim. Tem que pedir a Deus todos os dias.”
[participante 07, 34 anos]

Juntamente com a religiosidade outra fonte de apoio se trata da maternidade, significativamente apontada nos discursos das participantes desta pesquisa. Como considerado por Galvão e Paiva (2011), que em sua pesquisa analisaram o enfrentamento da enfermidade por mulheres que vivem com HIV, uma das motivações de enfrentamento é a religiosidade, outra forma de motivação para o tratamento é a presença de filhos, de forma geral a mulher sente-se responsável pelo cuidado de seus filhos.

Outra motivação para o enfrentamento do HIV/AIDS para as mulheres, conforme Galvão e Paiva (2011), é a cumplicidade profissional, onde pontua-se que por meio de uma relação de cumplicidade e confiança, a pessoa espera de quem o atende a compreensão da complexidade que é viver com o HIV/AIDS.

“Com a ajuda da minha psicóloga daqui (SAE), vim a força mas ela conseguiu me, como é que diz a palavra certa?, eu esqueci a palavrinha que diz, me quebrar assim né? Né essa palavrinha não, me tirar da dessa depressão que eu tinha e me ajudar ver que não era da forma que eu tava enxergando as coisas. ” [participante 02, 29 anos]



“Me senti, me senti, fui bem acompanhada, era médico, vinha psicólogo conversar comigo, era, era bem acompanhada, fui bem atendida.” [participante 01, 41 anos]

As falas das participantes desta pesquisa a respeito do apoio profissional, corroboram com os resultados encontrados por Renesto et al.(2014), em que o serviço especializado em HIV/aids apareceu como relevante fonte de apoio para as mulheres, provendo esclarecimentos sobre a infecção, alternativas de tratamento e apoio emocional, ajudando na aceitação do diagnóstico e retirando o medo inicial da enfermidade. Sendo assim, com o apoio profissional as mulheres resultam mais confiantes e, por conseguinte, aderem melhor à terapêutica.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Conforme as respostas e discursos disponibilizados pelas participantes desta pesquisa conclui-se que para as mulheres que vivenciaram o ciclo gravídico-puerperal e que experienciaram alguma situação de violência, de maneira geral, embora tenham determinados mecanismos de proteção que as ajudem a lidarem com as situações vivenciadas, tais como a maternidade, religiosidade e o apoio de alguns profissionais, ainda se sobressaem as experiências negativas, acarretando em baixos índices de fatores associados a resiliência, sendo assim baixa resiliência.

Foi perceptível que as situações de violência citadas pelas participantes exemplificam situações cotidianamente vivenciadas pelas mulheres durante esta etapa de suas vidas. Seus direitos sexuais e reprodutivos foram negligenciados quando foram negadas a receberem informações sobre os procedimentos aos quais foram submetidas, conseqüentemente não podendo exercer seu direito de escolha, quando não puderam ter acompanhante no momento do parto, dentre outros acontecimentos. Agravado pelo preconceito sofrido em relação à enfermidade que possuem e pelos estigmas presentes na sociedade. Outro fato que acometeu a maioria das mulheres e que desencadeou um sofrimento foi a impossibilidade de amamentar, e a dívida social de que a maternidade só é totalmente exercida quando se amamenta.

Contudo, a presente pesquisa apresentou limitações, principalmente em relação ao tamanho da amostra e ter coletado os dados em somente um Serviço de Atendimento Especializado. Dessa forma, recomenda-se a realização de pesquisas similares com amostras maiores e em mais serviços que atendam pessoas com HIV/AIDS.



REFERÊNCIAS

ARAÚJO, Ludgleyson Fernandes de et al. **Análise da Resiliência entre Pessoas que Vivem com HIV/AIDS: Um Estudo Psicossocial.** Psic.: Teor. e Pesq., Brasília, v. 35, e35416, 32019.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Boletim Epidemiológico– HIV/AIDS.** Secretaria de Vigilância em Saúde. Brasília. Ministério da Saúde, 2018.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Organização Mundial da Saúde.** 2017. Recuperado em: <<http://www.who.int/es/>>. Acesso em: 26 de abril.

BOELL, Julia Estela Willrich; SILVA, Denise Maria Guerreiro Vieira da; HEGADOREN, Kathleen Mary. **Fatores sociodemográficos e condicionantes de saúde associados à resiliência de pessoas com doenças crônicas: um estudo transversal.** Rev. Latino-Am. Enfermagem, Ribeirão Preto, v. 24, e2786, 2016. Epub Sep 01, 2016.

BOWSER, Diana; HILL, Kathleen. **Exploring Evidence for Disrespect and Abuse in Facility-based Childbirth: report of a landscape analysis.** USAID / TRAction Project, 2010.

CREPOP, Centro de Referência Técnica em Psicologia e Políticas Públicas. **Referências técnicas para a atuação do (a) psicólogo(a) nos Programas de DST e aids.** Conselho Federal de Psicologia (CFP). – Brasília, CFP. 94p, 2008. ISBN: 978-85-89208-07-9

CARDOSO, Tábata; MARTINS, Maria do Carmo Fernandes. **Escala de Pilares da Resiliência.** (1a ed.). São Paulo: Vetor, 2013.


COWAN, Philip A; COWAN, Carolyn Pape; SCHULZ, Marc S. **Thinking about Risk and Resilience in Families.** In E.M. Hetherington & E. Blechman(eds.), Stress, Coping, and Resiliency in Children and Families, Advances in Family Research. Mahwah, NJ: Lawrence Erlbaum Associates. Vol. 5 (p.1-38), 1996.

Cruz, D S M da, et al. **Vivência de pacientes com HIV/AIDS e a influência da religiosidade/espiritualidade no enfrentamento da doença.** Revenferm UFPE online, Recife, 2017.

CURI, Paula Land; BAPTISTA, Júlia Gonçalves Barreto. **A medicalização do corpo de mulher e a violência obstétrica.** Estudos Contemporâneos da Subjetividade, 8, Vol.1 (p.123-136), 2018.

DINIZ, Carmen Simone Grilo. **Humanização da assistência ao parto no Brasil: os muitos sentidos de um movimento.** Ciênc. saúde coletiva, Rio de Janeiro, v. 10, n. 3, p. 627-637, Sept. 2005.

EISENSTEIN, Evelyn; SOUZA, Ronald Pagnoncelli. **Situações de risco à saúde de crianças e adolescentes.** Petrópolis: Vozes, 1993.



FERREIRA, Camomila Lira; SANTOS, Lúcia Maria Oliveira; MAIA, Eulália Maria Chaves. **Resiliência em idosos atendidos na Rede de Atenção Básica de Saúde em município do nordeste brasileiro.** Rev. esc. enferm. USP, São Paulo, v. 46, n. 2, p. 328-334, Apr. 2012.

FIGUEIREDO, M A C. **Profissionais de Saúde e AIDS. Um estudo diferencial.** Medicina (Ribeirão Preto), 26(3), p. 393-407, 1993.

GALVÃO, M. T. G.; CUNHA, G. H. DA; LIMA, I. C. V. DE. **Mulheres que geram filhos expostos ao vírus da imunodeficiência humana: representações sociais da maternidade.** Revista Eletrônica de Enfermagem, v. 16, n. 4, p. 804-11, 31 dez. 2014.

GALVÃO, Marli Teresinha Gimenez; PAIVA, Simone de Sousa. **Vivências para o enfrentamento do HIV entre mulheres infectadas pelo vírus.** Rev. bras. Enferm., Brasília, v. 64, n. 6, p. 1022-1027, Dec. 2011.

GUNTHER, Hartmut. **Pesquisa qualitativa versus pesquisa quantitativa: esta é a questão?.** Psic.: Teor. e Pesq., Brasília, v. 22, n. 2, p. 201-209, Aug. 2006.

SANTANA, Júlia Cardoso; SILVA, Cláudia Peres; PEREIRA, Célio Alves. **Principais doenças oportunistas em indivíduos com HIV.** Humanidades & Tecnologia em revista (FINOM) - ISSN: 1809-1628. Ano XIII, vol. 16, 2019.

JESUS, Giselle Juliana de, et al. **Dificuldades do viver com HIV/Aids: Entraves na qualidade de vida.** Acta paul. enferm., São Paulo, v. 30, n. 3, p. 301-307, May 2017 .

LANSKY, Sônia et al. **Violência obstétrica: influência da Exposição Sentidos do Nascer na vivência das gestantes.** Ciênc. saúde coletiva, Rio de Janeiro, v. 24, n. 8, p. 2811-2824, Aug. 2019.


LIMA, Renata Regina, et al. **Perfil epidemiológico da infecção por HIV/AIDS relacionado a atividade ocupacional.** Revista de Enfermagem UFPE. Recife, v. 9, sulp. 4, p.8-8012. 2015.

MARQUES, Monica Alvim. **Resiliência na situação de doenças crônicas.** Trabalho de Conclusão de Curso (Psicologia) - CENTRO UNIVERSITÁRIO SÃO JOSÉ DE ITAPERUNA, Itaperuna - Rj, 2012. Disponível em: <https://studylibpt.com/doc/1148505/resili%C3%Aancia-na-situa%C3%A7%C3%A3o-de-doen%C3%A7as-cr%C3%B4nicas>.

MINAYO, Maria Cecilia de S.; SANCHES, Odécio. **Quantitativo-qualitativo: oposição ou complementaridade?.** Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 9, n. 3, p. 237-248, Sept. 1993.

OMS. Organização Mundial da Saúde. **Prevenção e eliminação de abusos, desrespeito e maus-tratos durante o parto em instituições de saúde.** 2014. Genebra: Autor. Acesso em 30 de julho, 2019, em http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/134588/3/WHO_RHR_14.23_por.pdf

PERIM, Paulo Castelar et al. **Análise fatorial confirmatória da versão Brasileira da Escala de Resiliência (ER - Brasil).** Gerais, Rev. Interinst. Psicol., Juiz de fora , v. 8, n. 2, p. 373-384, dez. 2015. Recuperado em 15 de novembro de 2019, de



http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-82202015000300007&lng=pt&tlng=pt

PINHO, Clarissa Mourão et al. **Coping religioso e espiritual em pessoas vivendo com HIV/Aids.** Rev. Bras. Enferm., Brasília, v.70, n. 2, p.392-399, Apr. 2017. <https://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2015-0170>

POLETTI, Michele; KOLLER, Sílvia Helena. **Contextos ecológicos: promotores de resiliência, fatores de risco e de proteção.** Estud. psicol. (Campinas), Campinas, v. 25, n. 3, p. 405-416, Sept. 2008.

RENESTO, Helana Maria Ferreira et al. **Enfrentamento e percepção da mulher em relação à infecção pelo HIV.** Rev. Saúde Pública, São Paulo, v. 48, n. 1, p. 36-42, fev. 2014. <https://dx.doi.org/10.1590/S0034-8910.2014048003186>

SAPIENZA, Graziela; PEDROMONICO, Márcia Regina Marcondes. **Risco, proteção e resiliência no desenvolvimento da criança e do adolescente.** Psicol. estud., Maringá, v. 10, n. 2, p. 209-216, Aug. 2005.

SENA, Ligia Moreiras; TESSER, Charles Dalcanale. **Violência obstétrica no Brasil e o ciberativismo de mulheres mães: relato de duas experiências.** Interface (Botucatu), Botucatu, v. 21, n. 60, p. 209-220, Mar. 2017.

VENTURA, Miriam. **Direitos Reprodutivos no Brasil / 1. Direitos Humanos 2. Direitos Reprodutivos 3. Reprodução Humana.** 2009.

VIEIRA, Damaris Rebeca; APOLINÁRIO, Josiane Aparecida. **A Violência obstétrica na compreensão de mulheres usuárias da rede pública de saúde do município de Lins.** Trabalho de Conclusão de curso. Unisaesiano- Centro Universitário Católico Salesiano Auxilium. 2017.



CAPÍTULO 15

ATENÇÃO À SAÚDE DA PESSOA IDOSA A PARTIR DA POLÍTICA NACIONAL DE HUMANIZAÇÃO E DO ESTATUTO DO IDOSO

[Ricardo Lourenço da Silva](#), Especialista em Saúde Coletiva
[Roberta Machado Alves](#), Mestranda em Saúde Coletiva, UFRN
[Lauranery de Deus Moreno](#), Especialista em Saúde Coletiva

Resumo


De acordo com a Organização Mundial de Saúde, o mundo passa por uma transição demográfica e epidemiológica, com o fenômeno da velhice, porém, com ela, ocorre o surgimento de doenças crônicas, incapacidades funcionais e necessidades outras, quem tem demandado para a saúde não apenas um alto investimento em prevenção e reabilitação em saúde, mas que requer um olhar diferenciado na oferta dos serviços, sobretudo, no que tange o atendimento humanizado e acolhedor a esse público. O presente trabalho, visa abordar a necessidade do atendimento humanizado na atenção à saúde da pessoa idosa, tendo como parâmetros a Política Nacional de Humanização e o Estatuto do Idoso. Na construção deste, foi realizada uma pesquisa que se deu através de levantamento documental, em que foram analisados opiniões de diversos autores, através de consulta em artigos científicos publicados em periódicos eletrônicos, assim como das legislações vigentes no Brasil a respeito da atenção à pessoa idosa, cujos textos principais foram interpretados buscando relatar através de análise sintética dos mesmos, avaliando a visão de cada autor sobre o tema abordado. Espera-se com isso, discutir a Política Nacional de Humanização e o Estatuto do Idoso, pela humanização na atenção à saúde da pessoa idosa.

Palavras-chave: Política de saúde, Atenção Integral a saúde, Idoso

INTRODUÇÃO

O envelhecimento é um grande desafio do mundo atual, afetando tanto os países ricos quanto os pobres. O número de pessoas com mais de 60 anos, de acordo com a Organização das Nações Unidas (ONU), já corresponde a mais de 12% da população mundial. E até o meio deste século chegará aos 20%. Um em cada 10 habitantes do planeta já tem mais de 60 anos (ALBUQUERQUE, 2008).

De acordo com o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), no Brasil, até 2020 a população idosa irá compor um contingente estimado em 31,8 milhões de pessoas, aponta a autora. O Brasil está envelhecendo e essa realidade precisa ser encarada com sobriedade, especialmente pelo ponto de vista social e político, pois o crescente aumento da população idosa não é apenas um fato momentâneo, mas trata-se de uma tendência social,



com base nas estatísticas. É importante ainda combater o preconceito com relação à velhice, quebrando os estereótipos previamente criados que idosos devem apenas descansar e ficar em casa sem atividades. Pelo contrário, fazer com que a própria sociedade acolha as pessoas idosas nas diversas áreas sociais, tanto no ambiente de trabalho, de lazer, família, trânsito, etc. Já que o envelhecimento ativo é uma proposta da própria ONU e deve ser contextualizada no seio social.


O processo de envelhecimento pode ser compreendido como um fenômeno natural de todo ser vivo e, em se tratando especialmente da vida humana, ocorre uma progressiva diminuição do funcionamento celular e biológico de modo geral na vida de um indivíduo (FECHINI, TROMPIERI, 2012). Trata-se de um processo natural chamado senescência, que conforme descrito pelo Ministério da Saúde “em condições normais, não costuma provocar qualquer problema. No entanto, em condições de sobrecarga como, por exemplo, doenças, acidentes e estresse emocional, pode ocasionar uma condição patológica que requeira assistência – senilidade” (BRASIL, 2009, p. 8).

A classificação de um indivíduo como idoso não deve limitar-se apenas à idade cronológica, é importante se levar em conta as idades biológica, social e psicológica que não coincidem necessariamente com a cronológica. Portanto é importante entender a diferença entre as mesmas, para que seja possível compreender melhor as múltiplas dimensões da velhice (SCHNEIDER; IRIGARAI, 2008).

O Ministério da Saúde ressalta que um erro muito cometido por algumas pessoas é tratar o envelhecimento natural como sendo uma doença, passando a sujeitar a pessoa idosa a exames e tratamentos desnecessários, originários de sinais e sintomas que podem ser facilmente explicados pela própria senescência (BRASIL, 2009).

Com o crescimento da população idosa na sociedade, desde os últimos vinte anos vêm surgindo leis e políticas que buscam amparar a pessoa idosa assim como estabelecer a responsabilidade desse amparo ao governo, e à sociedade e à própria família da pessoa idosa. No aspecto legislativo, os idosos foram mencionados em alguns artigos, decretos-leis, leis, portarias, entre outras”. Essas legislações formam o arcabouço legal da proteção ao idoso e consistem na Política Nacional do Idoso, Política Nacional da Saúde da Pessoa Idosa, e o Estatuto da Pessoa Idosa (BRASIL, 2003).

A fim de promover maior qualidade de vida para as pessoas idosas, o Estado vem, nas



últimas décadas, elaborando Programas e Políticas Públicas relacionadas a promover maior interação entre as ações e serviços já existentes, sendo uma delas a Política Nacional de Humanização (PNH).

A Política Nacional de Humanização surge como apoio ao Sistema Único de Saúde (SUS), onde engloba iniciativas já existentes, e tem como objetivo promover uma nova cultura no atendimento baseada, principalmente, em um melhor relacionamento entre os envolvidos no processo da promoção da saúde, como também para os usuários do serviço (MELLO, 2008). O que se pretende a partir dessa política é estruturar um “SUS humanizado”, comprometido com a defesa da vida e fortalecido em seu processo de pactuação democrática e coletiva (BRASIL, 2006).

A motivação em realizar este estudo se justifica pela temática representar relevância em saúde pública para o fortalecimento de estudos que envolvem a saúde da pessoa idosa inserida no Sistema Único de Saúde. Por conseguinte, acredita-se também que esta pesquisa se justifica por se revestir de grande relevância científica, dada a possibilidade de criar subsídios que tenderão a melhorar a assistência prestada ao idoso.


Dessa forma, este trabalho tem o intuito de buscar na literatura bibliografias que reflitam sobre a atenção à saúde da pessoa idosa baseados na política nacional de humanização e do Estatuto do Idoso.

METODOLOGIA

Trata-se de uma revisão bibliográfica e para a seleção dos artigos foram utilizadas as seguintes bases de dados, a saber: SciELO, PePSIC, BVS-Psi Brasil, Portal de Evidências e Google Acadêmico, assim como sítios eletrônicos de órgãos oficiais nacionais. Dessa forma, procurou-se expandir o âmbito da pesquisa, melhorando o processo de elaboração da revisão de literatura.

A fim de estabelecer a amostra dos estudos selecionados para a presente revisão foram estabelecidos os seguintes critérios de inclusão: artigos científicos que retratam atenção à saúde da pessoa idosa, Política Nacional de Humanização, Estatuto do Idoso, artigos científicos completos em português, e publicados entre o período de 1994 a 2012.

A busca foi realizada pelo acesso on-line no período de Maio a Agosto de 2018 e, utilizando os critérios de inclusão, a amostra final desta revisão foi constituída de artigos.



A apresentação dos resultados e discussão dos dados obtidos foi feita de forma descritiva, possibilitando ao leitor a avaliação da importância da revisão elaborada, de forma a atingir o objetivo desse trabalho que é buscar na literatura bibliografias que reflitam sobre a atenção à saúde da pessoa idosa baseados na política nacional de humanização e do Estatuto do Idoso.


RESULTADOS E DISCUSSÕES

Infelizmente a abordagem prática da humanização na saúde da pessoa idosa tem sido cada vez mais escassa, é possível perceber que uma pessoa idosa ao ser atendida em um estabelecimento de saúde por profissionais capacitados para tal está cada vez mais distante do ideal: Atendimentos frios e sem empatia, muitas vezes até mesmo de forma áspera, sem levar em consideração que a pessoa idosa que não está com sua saúde física em perfeitas condições, e chega a procurar atendimento médico, geralmente também não está bem emocionalmente e provavelmente fragilizada, principalmente pacientes em estado grave ou em estado terminal, entre outras diversas situações que poderiam ser aqui citadas.

Contudo, devido ao processo de envelhecimento, os idosos podem ter sua capacidade fisiológica e de trabalho reduzidas. O que pode estar relacionado a uma ou mais doenças crônicas. Segundo Netto (2001) este fenômeno natural remete a marginalização e a perda da condição social fazendo com que os idosos percam sua autoestima por sentirem-se desvalorizados e inúteis diante dos jovens. É possível que esta mentalidade da sociedade atual perante o idoso esteja relacionada a valores culturais.

Para colaborar na atenção a saúde da pessoa idosa no ano de 2003 foi aprovado o Estatuto do Idoso, composto por diversos capítulos sobre entidades de atendimento, definindo requisitos, princípios, responsabilidade pela fiscalização e penalidades e a Política Nacional de Humanização, onde a proposta de humanizar está vinculada aos diferentes modos de práticas de saúde, para prestar um atendimento com responsabilidade, não banalizado e tratado com superficialidade. (BRASIL,2003).

Segundo Brasil (2003) a humanização do atendimento pode ser considerado como “responsabilização mútua entre os serviços de saúde e a comunidade e estreitamento do vínculo entre as equipes de profissionais e a população”. O SUS necessita de mudanças no modelo de atenção que não podem ocorrer se não houverem mudanças no modelo de gestão. Para isso, foi projetada a política nomeada Política Nacional de Humanização da atenção e



gestão no Sistema Único de Saúde - HumanizaSUS. Essa tarefa, no entanto, convoca a todos: gestores, trabalhadores e usuários. Que haja comprometimento com a humanização, em todas as suas instâncias, programas e projetos. É necessário que haja um SUS fortalecido em seu processo de pactuação democrática e coletiva.

Os próprios princípios da PNH, como a inseparabilidade entre gestão e atenção, sugerem mudança nos processos de trabalho, assim como equipes interdisciplinares, assim como o princípio de transversalidade, autonomia e protagonismo dos sujeitos, como finalidade de otimizar a comunicação e ampliação das grupalidades.

CONCLUSÃO

O envelhecimento populacional vem causando um aumento das demandas sociais e econômicas em todo o mundo. No entanto, essa população idosa tem sido muitas vezes ignorada pela própria sociedade. A PNH lançada em 2003 teve como objetivo justamente preencher as lacunas da humanização na atenção a grupos como idosos, crianças, adolescentes, e sua criação buscou complementar justamente as ações relacionadas aos modelos de atenção já existentes. A PNH visa minimizar de forma prioritária os conflitos gerados por questões raciais, sexuais, e divergências sociais, através do acolhimento.

A comunicação entre profissionais e pacientes idosos pode ser melhorada no contexto da PNH e do próprio Estatuto do Idoso, através de uma reflexão acerca da transversalidade proposta, considerando todos os envolvidos no processo, sejam os gestores, os funcionários da instituição de atendimento, ou os próprios usuários.

Considerando que a longevidade pode trazer o aumento das fragilidades, das doenças crônicas e incapacitantes, da necessidade de cuidados e cuidadores, um efetivo suporte estrutural dos programas de saúde e das políticas públicas em atenção aos que envelhecem torna-se ainda mais relevante, pois uma vez fragilizados, doentes, dependentes, os idosos necessitam ainda mais do suporte tanto nos âmbitos familiares, como sociais e governamentais.

A PNH em conjunto com o Estatuto do Idoso devem considerar que a redução natural da aptidão física e mental pode tornar as pessoas idosas ainda mais dependentes de atenção e cuidado de terceiros, no entanto, os declínios associados ao envelhecimento podem ser minimizados pela humanização na atenção à saúde da pessoa idosa.



REFERÊNCIAS

ALBUQUERQUE, S.M.L. **Envelhecimento Ativo: desafio do século de.** São Paulo: Andreoli, 2008.200p.

BRASIL. **Constituição da Republica Federativa do Brasil.** Brasília, DF: Senado, 1988.

_____. Ministério da Saúde. **Política Nacional do Idoso.** Lei nº 8.842, de 4 de janeiro de 1994. Ministério do Desenvolvimento. Brasília,1994.

_____. Ministério da Saúde. **Estatuto do Idoso** / Ministério da Saúde - 3. ed., 2. reimpr. - Brasília : Ministério da Saúde,2003.

_____. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa.** Brasília: Ministério da Saúde,2006.

FECHINE, B. R.; TROMPIERI, N. **Processo de envelhecimento:** as principais alterações que acontecem com o idoso com o passar dos anos. Edição 20, volume 1, artigo nº 7, Janeiro/Março 2012. Disponível em: <http://www.interscienceplace.org/isp/index.php/isp/article/download/196/194>. Acesso em: 01. ago. 2018.

GOMES, S. **Políticas públicas para a pessoa idosa:** marcos legais e regulatórios. São Paulo: Secretaria Estadual de Assistência e Desenvolvimento Social. Fundação Padre Anchieta, 2009. Disponível em: https://edisciplinas.usp.br/pluginfile.php/445713/mod_resource/content/1/volume2_Politicas_publicas.pdf. Acesso em: 06. ago.2018.

IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Perfil dos Idosos Responsáveis pelos Domicílios no Brasil.** Rio de Janeiro, 2002 Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/perfilidoso/perfidosos2000.pdf>> Acesso em: 18 jul.. 2018.

Lima TJV, Arcieri, RM, Garbin, CAS, Moimaz SAS. Humanização na Atenção à Saúde do Idoso. Revista Saúde e Sociedade. 2010; 19(4): 866-77. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v19n4/13.pdf>. Acesso em: 18 ago.. 2018.

MELLO, Inaiá Monteiro. **Humanização da assistência hospitalar no Brasil:** conhecimentos básicos para estudantes e profissionais. São Paulo, 2008. Disponível em: http://hc.fm.usp.br/humaniza/pdf/livro/livro_dra_inaia_Humanizacao_nos_Hospitais_do_Brasil.pdf. Acesso em: 02 ago. 2018.

MERCADANTE, E. **Envelhecimento ou Longevidade?** São Paulo: Paulus, 2009.

RODRIGUES, H. C. **A velhice sob o olhar de idosos retoricistas.** Recife, 2007. Disponível em: <http://www.liber.ufpe.br/teses/arquivo/20031008152359.pdf>. Acesso em: 06. ago. 2018..

SCHNEIDER, R. H; IRIGARAY, T. Q. **O envelhecimento na atualidade:** aspectos cronológicos, biológicos, psicológicos e sociais. *Estud. psicol.* 2008, vol.25, n.4, pp.585-593. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-166X2008000400013> Acesso em: 12. jul. 2018.



CAPÍTULO 16

ASSISTÊNCIA INTEGRAL DE ENFERMAGEM AO IDOSO COM PARKINSON: UMA REVISÃO DA LITERATURA

[Samara Raquel de Sousa Rocha](#), graduanda do Curso de Enfermagem, UFCG
[Luzianne Teotônio Cavalcanti](#), graduanda do Curso de Enfermagem, UFCG
[Patrício de Almeida Costa](#), graduando do Curso de Enfermagem, UFCG
[Maria Paula Ramalho Barbosa](#), graduanda do Curso de Enfermagem, UFCG
[Nayara Ariane Laureano Gonçalves](#), Mestre em Recursos Naturais pela UFCG


RESUMO

A Doença de Parkinson (DP) possui caráter crônico, degenerativo e progressivo que vem acometendo cerca de 10 milhões de indivíduos mundialmente, iniciando em média a partir dos 60 anos de idade. Esse estudo tem por objetivo verificar a partir das produções científicas existentes na literatura, os aspectos relacionados à doença de Parkinson, evidenciando suas características, etiologia e dados epidemiológicos, assim como a assistência de enfermagem direcionada ao idoso com essa patologia. Trata-se de um estudo descritivo-exploratório, realizado no período entre Março e Abril de 2019, onde foram selecionados artigos dos últimos 10 anos, sendo realizada uma revisão da literatura com artigos disponíveis nas bases de dados BDENF, LILACS e SciELO, por meio de descritores: Saúde do idoso; doença de Parkinson; Enfermagem, relacionando por meio do operador booleano “AND”. Através desse estudo foi possível compreender diversos aspectos da vivência com a DP, sendo essa, uma patologia que engloba impactos sociais, físicos e psicológicos, tornando ainda mais complexo o cuidado direcionado aos portadores dessa doença. Assim, o profissional da enfermagem precisa estar preparado para lidar com as pessoas que apresentam essa condição clínica, aprimorando a sua assistência para promoção da saúde e prevenção de agravos, por meio de ações voltadas a melhorar a qualidade de vida e o convívio social. Logo, ao esclarecer os aspectos sobre a patologia, sintomas, evolução e tratamento torna-se possível que esses idosos tenham uma melhor aceitação e adesão ao tratamento, não havendo mudanças significativas nas suas atividades diárias.

PALAVRAS-CHAVE: Saúde do idoso, Doença de Parkinson, Enfermagem.

INTRODUÇÃO

A população mundial está envelhecendo cada vez mais rápido e no Brasil não é diferente, esse já é um processo consolidado e de conhecimento da população. Como resultado dessa mudança na estrutura etária, ocorre a denominada transição demográfica, tendo em vista que conforme a população envelhece traz consigo um aumento de problemas crônicos de saúde. A Organização Mundial da Saúde (OMS) prevê que, em 2025, o número de idosos será de aproximadamente 1,2 bilhões de pessoas, sendo o grupo




dos que têm 80 anos ou mais o de maior crescimento. No Brasil, os idosos representam 14,3% da população, simultâneo a esse fator, ocorre às alterações nos padrões de saúde/doença, resultando em consequências para a sociedade (MIRANDA, 2016).

As mudanças acarretadas pelo processo de envelhecimento são divididas em dois tipos: fisiológicas (senescência) ou patológicas (senilidade). A senescência consiste nas alterações relacionadas ao processo natural inerente a todas as pessoas, como a perda de flexibilidade, o embranquecimento do cabelo e o surgimento de rugas. A senilidade são alterações influenciadas pelo ambiente e estilo de vida do indivíduo (FRIESTINO; FREITAS, 2016). O envelhecimento ocorre de forma progressiva, gradual e inevitável a qualquer servivo, ou seja, o ser humano envelhece desde seu nascimento até a morte, incluindo todas as fases da vida. Esse processo envolve diversas mudanças no organismo humano, levando a alterações fisiológicas, tanto cognitivas como motoras. Assim, com a deficiência de algumas funções corporais, o indivíduo se torna vulnerável ao adoecimento (SANTOS, 2009).

O declínio das funções fisiológicas traz consigo diversas doenças crônicas não transmissíveis (DCNT), dentre elas a doença de Parkinson (DP) que se caracteriza como uma doença neurodegenerativa que atinge 1 a 2% da população acima de 65 anos em todo o mundo, tendo como manifestações clínicas os tremores, distúrbios da fala, alterações de humor, musculares, dentre outras, que afetam diretamente a Qualidade de Vida (QV) do indivíduo acometido (NAVARRO-PETERNELLA, 2010; CAMPOS, et al., 2015).

No que diz respeito à saúde da pessoa idosa, o Programa Nacional de Atenção ao Idoso (PNAI), preconiza diversas ações de saúde para essa população, adotando estratégias de melhoramento da qualidade de vida com objetivo de atender as diferentes necessidades do idoso, seja nas manifestações de sintomas ou nas situações que cada caso está envolvido (BRASIL, 2006).

Definida pela Organização Mundial de Saúde (OMS), a QV é a percepção do indivíduo de sua posição na vida, no contexto da cultura e do sistema de valores em que vive, em relação aos objetivos, expectativas, padrões e preocupações, podendo estar associada a questões de autoestima e bem-estar pessoal, nível socioeconômico, religiosidade, entre outros aspectos.




Assim, a DP por ser uma patologia de natureza crônica e progressiva, que evolui para a perda da autonomia, como também o distanciamento do convívio social interferindo diretamente na QV dos indivíduos acometidos (NAVARRO-PETERNELLA, 2010; GALVÃO, *et al.*, 2016). A perda da autonomia é ocasionada pelo comprometimento motor manifestado na doença de Parkinson, e leva a dependência de um cuidador pelo portador, havendo assim a necessidade de um acompanhamento de uma equipe multiprofissional de saúde, com inclusão dentre eles do profissional de enfermagem. O enfermeiro na equipe multiprofissional possui um papel importante tanto no diagnóstico, como na prevenção, no tratamento e na reabilitação das alterações que a doença causa. (TOSIN *et al.*, 2015).

Porém, mesmo com a alta demanda de casos de doença de Parkinson e a ampla atuação da enfermagem no processo de cuidado, poucos são os estudos voltados para essa temática, havendo uma necessidade de investigação na literatura atual no que diz respeito à assistência de enfermagem ao idoso portador de DP. Desse modo, o objetivo deste estudo é verificar a partir das produções científicas existentes na literatura, os aspectos relacionados à doença de Parkinson, evidenciando suas características, etiologia e dados epidemiológicos, assim como a assistência de enfermagem direcionada ao idoso com essa patologia.

METODOLOGIA

O estudo foi realizado por meio de uma revisão integrativa e um levantamento eletrônico das publicações mais relevantes, no qual a principal fonte utilizada foi a biblioteca virtual da Scientific Electronic Library Online (SciELO), por meio de descritores: Saúde do idoso; doença de Parkinson; enfermagem, relacionando por meio do operador booleano “AND”. Além disso, foram utilizadas como bibliografia complementar informações e artigos da base de dados Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS) e BDEF.

A revisão bibliográfica baseou-se nas seguintes etapas: 1) Decisão sobre a temática; 2) Formulação da pergunta norteadora “O que é a doença de Parkinson e como se dar sua assistência de enfermagem?” 3) Estabelecimento do cruzamento a partir das palavras chave nas plataformas SciELO e LILACS; 4) Escolha dos artigos relacionados com a temática e que atendiam os critérios de inclusão; 5) Sumarização das informações



extraídas ao longo das leituras dos artigos disponíveis nas bases de dados; e 6) Elaboração da síntese a partir da sumarização dos resultados que atendessem ao objetivo proposto.


Para seleção dos artigos foram utilizados como critérios de inclusão: disponíveis na íntegra, nos idiomas português ou inglês e publicados no período de 2009 a 2019; excluídos aqueles que não responderam a questão norteadora, como também aqueles repetidos ou considerados literaturas não confiáveis, bem como as publicações que antecederiam a faixa de tempo limite, foram encontrados 31 artigos e selecionados 18 para elaboração do estudo, dentre eles 2 manuais nacionais do Ministério da Saúde.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

A Doença de Parkinson consiste em uma patologia que ainda requer mais esclarecimentos. Ressalta-se que alguns fatores contribuem para o diagnóstico tardio, tais como: a dificuldade de identificar e diagnosticar relacionada à falta de informação dos profissionais da saúde e da população, impossibilitando o tratamento precoce dos idosos. Sendo imprescindível que o profissional esteja preparado para identificar os sintomas iniciais (GALVÃO; OLIVEIRA e MAIA, 2016).

Evidencia-se que a doença de Parkinson é uma desordem neurológica e progressiva, que tem início aproximadamente aos 60 anos, sendo, assim, uma patologia associada a senilidade (TOSIN, 2016). Embora a etiologia da DP ainda não seja totalmente conhecida, há evidências de fatores de risco significativos, como a exposição a pesticidas, lesão cerebral e estresse que causam várias mutações de genes conhecidos (HEMMERLE, *et al.*, 2012). Caracterizada pela associação de alterações motoras e não motoras, no qual, nas alterações motoras, destacam-se os sintomas cardinais da doença: o tremor, a rigidez, a bradicinesia e a instabilidade postural. Os sintomas não motores são caracterizados por disfunções autonômicas (vesicais, intestinais, hipotensão postural e disfagia) e mentais (alterações do humor, cognitivas e psiquiátricas) (FAHN, 2011).

Devido aos sinais e sintomas da doença, os portadores de DP tem dificuldade de realizar suas tarefas diárias, afetando a sua independência (FERREIRA *et al.*, 2017). Dessa forma, há uma maior demanda de cuidados com os acometidos por essa doença, sendo os profissionais da saúde, em conjunto com os cuidadores, peças importantes nesse processo de cuidado. Assim, o enfermeiro é um profissional, considerado o gestor do




cuidado que está estritamente relacionado com a assistência ao paciente com DP, promovendo qualidade de vida, incentivo ao autocuidado e ações de prevenção de agravos (VALCARENGHI *et al.*, 2018). Uma vez que a DP tenha sido diagnosticada, as ações buscam reduzir a progressão, parar ou mesmo reverter a morte neuronal. Portanto, o tratamento da DP deve visar à redução da progressão da doença e ao controle dos sintomas (GOBBI, 2014; BRASIL, 2010).

O diagnóstico diferencial da DP deve ser realizado, principalmente, com doenças que se assemelham com o Parkinsonismo, ou seja, apresentam o quadro sindrômico da DP associado a alguns sintomas que ocorrem nas fases diferentes desta patologia. A demência de corpo de Lewy se apresenta com perda cognitiva e alucinações visuais de início precoce. A paralisia supranuclear progressiva, geralmente, inicia-se com quedas, posteriormente, surge paralisia do olhar conjugado vertical e retrocollis. A atrofia sistêmica múltipla apresenta-se com incontinência urinária, síncope, impotência sexual e síndrome piramidal já nas fases iniciais da doença. Além disto, estas doenças geralmente não respondem, ou respondem muito pouco à levodopaterapia. O parkinsonismo vascular costuma iniciar-se com distúrbio da marcha. O início em idade avançada, a história de isquemias prévias ou a imagem de lacunas na ressonância magnética favorecem o diagnóstico. (WERNECK,2010)

É necessário iniciar o tratamento assim que identificados os sintomas nos pacientes e estabelecido o diagnóstico, a levodopaterapia ainda é a melhor terapêutica medicamentosa para a doença, sendo importante esclarecer as expectativas dos portadores em relação aos cuidados. Isso cria um ambiente de maior compreensão, sendo a educação/orientação do paciente uma das formas mais conveniente para adesão ao tratamento (VALCARENGHI *et al.*, 2018).

A levodopa deve ser administrada na dosagem de 250 a 600mg/dia em conjunto com a benzerazida ou a carbidopa, ambas antagonistas da descarboxilase periférica (ADA). Os sintomas de perda cognitiva podem ser tratados com antiacetilcolinesterásicos, já que a doença cursa com déficit colinérgico. A utilização de um agonista dopaminérgico poderia trazer benefícios para os sintomas depressivos (WERNECK, 2010). Além do tratamento farmacológico, ainda existem as Terapias Alternativas (TA) como métodos de sucesso, estima-se que pelo menos 40% dos pacientes com a DP, utilizam uma ou mais formas de TA para complementar a




terapêutica padrão, dentre as opções mais comuns destacam-se a acupuntura, mindfulness, massagem, fitoterapia e ioga (GHAFFARI; KLUGER, 2014). Os estudos sugerem que as TA's podem funcionar por mecanismos gerais, como efeitos de placebo e aumento de locus de controle e redução do estresse (SHI *et al.*, 2012)

Quando a autonomia é prejudicada o indivíduo é levado a dependência de um cuidador para realizar suas atividades e ainda necessita de uma equipe multiprofissional para acompanhamento do comprometimento motor, entre essa equipe, está como importante ator profissional de enfermagem. Além da atuação da enfermagem, o paciente com DP precisa ser acompanhado por outros profissionais como: fonoaudiólogo, fisioterapeuta, nutricionista, urologista e psicólogo, além do neurologista e clínico geral. O enfermeiro na equipe multiprofissional possui um papel importante tanto no diagnóstico, como na prevenção e no tratamento e reabilitação das alterações que a doença causa. No contexto da reabilitação a equipe de enfermagem desenvolve ações para prevenção e promoção de alívio dos sinais e sintomas de acordo com as possibilidades, evitando agravos e complicações que possam surgir no decorrer da DP (RIEDER, 2012; TOSIN *et al.*, 2015).

Segundo Rieder (2012), os cuidados de enfermagem incluem orientações quanto à alimentação, uso de espessantes e alimentos que minimizem riscos de aspiração para o paciente. Outro fator importante a ser abordado refere-se ao isolamento social e as consequências na qualidade de vida, derivado tanto pela presença de sintomas motores quanto por outros fatores como dificuldade de locomoção e dificuldade de fala, além de problemas como constipação, que pode ser minimizada como aumento da ingestão de fibras e água e com a prática regular de exercícios físicos.

A vivência cotidiana com a DP é considerada um desafio, visto que, as instabilidades posturais, as dificuldades de movimento, entre outros sinais e sintomas, comprometem a capacidade funcional, as atividades diárias básicas, bem como das atividades instrumentais da vida diária (FERREIRA *et al.*, 2017). A adaptação à vida devido às limitações e dificuldades do cotidiano assegura uma necessidade de um maior cuidado ao indivíduo com DP. Essa situação implica na reflexão sobre a importância da assistência do enfermeiro principalmente em relação ao incentivo para o autocuidado e promoção da saúde, com vistas a uma melhor convivência com a doença apesar das modificações que ocorrem ao longo de sua evolução (VALCARENGHI *et al.*, 2018).



Diante das publicações analisadas, ressalta-se um estudo descritivo-exploratório, realizado por meio de uma entrevista semiestruturada, realizada no período de julho a agosto de 2014, no qual foram entrevistados cinco idosos acometidos pela DP que recebem assistência na Estratégia de Saúde da Família (ESF) do município de Acari/RN, no qual evidenciou a necessidade da implementação de ações voltadas a melhoria da qualidade de vida desses pacientes com DP, visando aperfeiçoar a atuação do enfermeiro diante dessa patologia, sendo este profissional responsável pela promoção e prevenção à saúde na atenção primária, exigindo uma mudança no processo de trabalho da equipe de saúde, que deixa de focar apenas na atenção às condições agudas e passa a ter seu foco direcionado às condições crônicas, à promoção e manutenção da saúde.

Desse modo, finaliza o artigo evidenciando a importância da assistência integral baseada no princípio da integralidade, considerando que não ocorre execução de plano terapêutico direcionado à saúde da pessoa com DP em âmbito individual e coletivo nas ESFs e identificando que a equipe não mantém vínculo efetivo com a comunidade, dificultando a percepção das principais necessidades dos pacientes (GALVÃO, 2016).

Nesse sentido, a atuação do enfermeiro no contexto da reabilitação de pacientes com DP perpassa os aspectos relacionados às limitações impostas pela doença. O enfermeiro reabilitador desenvolve ações voltadas para prevenção de agravos e complicações, promoção da saúde, e tratamento dos sinais e sintomas. Suas ações estão focadas no indivíduo acometido em seu amplo contexto familiar, sociocultural e psicoespiritual, de forma a contribuir com o corpo de conhecimento científico existente na equipe multidisciplinar em reabilitação (TOSIN *et al.*, 2015).

Logo, o cuidador encontra-se numa situação desafiante que o estimula a buscar meios de adaptação e enfrentamento em detrimento dessa nova realidade cotidiana, pois após o recebimento do diagnóstico surgem diversas incertezas sobre a vida de quem está sendo cuidado, bem como do que realiza o cuidado (FERREIRA *et al.*, 2017). Assim, também é papel do enfermeiro fornecer orientações e um suporte psicológico para o cuidador e familiares do paciente com Parkinson, para que estes possam enfrentar os desafios do processo de cuidar de forma mais tranquila.



CONSIDERAÇÕES FINAIS

Diante da elaboração desse estudo tornou-se possível compreender diversos aspectos relacionados à Doença de Parkinson, sendo essa, uma patologia que engloba impactos sociais, físicos e psicológicos, tornando ainda mais complexo o cuidado direcionado aos pacientes portadores. Sendo assim, o cuidar da pessoa com Parkinson se torna um desafio diário, levando em consideração que nem sempre o processo saúde-doença é entendido corretamente pelo cuidador, sendo primordial que o profissional de enfermagem coloque em prática a assistência integral aos idosos portadores da DP, sendo de extrema importância orientar esses pacientes, seus familiares e cuidadores, exercendo dessa forma o cuidado de maneira holística considerando os aspectos biopsicossociais.

Ressalta-se que o profissional de enfermagem precisa de maior preparação e conhecimento sobre a doença para lidar com os idosos que apresentam essa condição clínica, aprimorando a sua assistência para que esta seja realizada com excelência, abrangendo cuidador e portador em seus diferentes aspectos, possibilitando condições que minimizem as dificuldades da pessoa com DP, tanto no papel da reabilitação, quanto na oferta de melhores condições para que o paciente possa conviver mais satisfatoriamente com as suas limitações.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 228 de 10 de maio de 2010. **Protocolo clínico e diretrizes terapêuticas – Doença de Parkinson**. Diário Oficial da União, Brasília, 11 de maio de 2010, seção 1, p. 42-5.


BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Envelhecimento e saúde da pessoa idosa**. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2006.

CAMPOS, D. M. *et al.* Diagnósticos de Enfermagem sobre alterações urinárias na doença de Parkinson. **Acta Paul. Enfermagem**, São Paulo, v. 28, n. 2, p. 190-195, Abr. 2015.

FAHN S.; JANKOVIC J.; HALLETT M. **Principles and practice of movement disorders**. 2 Ed. New York: Elsevier; 2011.

FERREIRA, D. P.; CORIOLANO, M. G.; LINS, C. C. A perspectiva do cuidador da pessoa com Parkinson: revisão integrativa. **Revista brasileira Geriatria e Gerontologia**. Rio de Janeiro, v. 20, n. 1, p. 99-109, Fev. 2017.

GALVÃO T. L. A.; OLIVEIRA K. K. D.; MAIA C. A. A. S. Assistência à pessoa com



Parkinson no âmbito da estratégia de saúde da família. **Rev Fund Care Online**. v. 8, n. 4, p. 5101-5107, out/dez; 2016.

GHAFFARI, B. D.; KLUGER, B. Mechanisms for Alternative Treatments in Parkinson's disease: Acupuncture, Tai Chi, and Other Treatments. **Curr Neurol Neurosci Rep**, 2014;

GOBBI LTB. Exercise and cognitive functions in Parkinson's disease: gender differences and disease severity. **Motriz rev educ fís**. v. 20, n. 4, p. 461-69, 2014.

HEMMERLE AM, HERMAN JP, SEROOGY KB. Stress, depressão e doença de Parkinson. **Exp Neurol**. v. 233, n. 1, p. 79 – 86, 2012;

MIRANDA, G. M. D.; MENDES, A. C. G.; SILVA A. L. A. Population aging in Brazil: current and future social challenges and consequences. **Rev. bras. geriatr. gerontol**. Rio de Janeiro, v. 19, n. 3, p. 507-519, jun. 2016.

NAVARRO-PETERNELLA, F. M.; MARCON, S. S. A convivência com a doença de Parkinson na perspectiva do parkinsoniano e seus familiares. **Revista Gaúcha Enfermagem**. Porto Alegre, v. 31, n. 3, p. 415-422, Set. 2010.

OMS. Promoção da saúde: glossário. Genebra: OMS, 1998.

RIEDER, C.R.M. Manifestações não motoras da doença de Parkinson. In: Reis T. Doença de Parkinson: busca da qualidade de vida. Porto Alegre (RS): **Imprensa Livre**, 2012. p. 59-83.

SANTOS, I. S. C.; MENEZES, M. R.; SOUZA, A. S. Concepções de idosos sobre a vivência com a doença de Parkinson. **Rev. Enferm. UERJ**. Rio de Janeiro, v. 17, p. 69-74, Jan-Mar. 2009.

SHI GX, YANG XM, LIU CZ, WANG LP. **Factors contributing to therapeutic effects evaluated in acupuncture clinical trials**. *Trials*. 2012.

TOSIN, M. H. S. *et al*. Mapeamento dos termos da linguagem de enfermagem na doença de Parkinson. **Rev. esc. enferm. USP**. São Paulo, v. 49, n. 3, p. 409-416, Jun. 2015.

TOSIN, M. H. S. *et al*. Nursing interventions for rehabilitation in Parkinson's disease: cross mapping of terms. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 24, e2728, 2016.

VALCARENGHI, R. V. *et al*. O cotidiano das pessoas com a doença de Parkinson. **Rev. Bras. Enferm. Brasília**, v. 71, n. 2, p. 272-279, Abr. 2018.

WERNECK, A. L. Doença de Parkinson: Etiopatogenia, clínica e terapêutica. **Revista Hospital Universitário Pedro Ernesto**, v. 9, n. 1, 2010.



CAPÍTULO 17

ESTADO NUTRICIONAL E ALTERAÇÕES NO COMPORTAMENTO ALIMENTAR DE INDIVÍDUOS EM TRATAMENTO QUIMIOTERÁPICO

Sandra Tavares da Silva, Nutricionista, UniRedentor/Afya
Francine Martins Coelho, Graduada em nutrição, UniRedentor, Itaperuna


RESUMO

O câncer é uma doença com prevalência em ascensão, em que a nutrição tem efeitos na prevenção, na origem e como tratamento. Perda de peso e impactos diversos no estado nutricional dos indivíduos com câncer são achados comuns e a avaliação nutricional o mais completa possível é fator importante, especialmente, quanto a drilhar os efeitos colaterais das terapias antineoplásicas. Assim, o objetivo do presente estudo foi avaliar o estado nutricional e possíveis alterações no comportamento alimentar de pacientes com câncer em tratamento quimioterápico. Trata-se de um estudo transversal, quantitativo, cuja população amostral foi constituída por indivíduos com idade superior a 18 anos, de ambos os sexos, com diagnósticos de neoplasias que não envolviam diretamente o trato gastrointestinal. Informações pessoais como idade, sexo, escolaridade, profissão, estado civil e dados clínicos como presença de comorbidades e tipo de câncer e de tratamento antineoplásico foram coletados. Peso e altura foram aferidos para o cálculo do índice de massa corporal. Foi aplicada a Avaliação Subjetiva Global produzida pelo próprio paciente e dos dados foram confrontados com questões específicas quanto à ingestão e/ou aversão de diversos alimentos, fundamentado nos resultados apresentados por Verde et al. (2009) e que também foram incluídos no questionário aos participantes. As análises estatísticas foram realizadas no SPSS 21.0, adotando $p < 0,05$. Participaram do presente estudo 25 indivíduos, sendo a maioria do sexo masculino, com idade média de 56,12 anos (DP=16,72). Todos os indivíduos estavam em tratamento quimioterápico e o realizavam há 5,64 meses (DP=4,14), em média. O IMC médio (aferido) foi de 23,61kg/m² (DP= 5,17), indicando estado nutricional adequado da maioria dos indivíduos. Comparando-se os pesos informado pelos participantes e o aferido houve diferença significativa ($p=0,005$), sendo o informado maior que o aferido. Quando perguntados sobre sua alimentação comparada à normal, 21 deles responderam que houve redução na quantidade habitualmente ingerida. A média de número de sintomas relatados pelos participantes foi de 3,88 (DP=1,83) e o sintoma mais citado foi a xerostomia e inapetência. Quanto à rejeição alimentar, apenas dois pacientes relataram não ter aversões, e os alimentos mais citados foram carnes vermelhas e “comida de sal”. Evidencia-se a necessidade de um processo rotineiro de triagem e acompanhamento nutricionais, a fim de monitorar o estado nutricional destes pacientes e implementar medidas de aconselhamento nutricional.

PALAVRAS-CHAVE: estado nutricional; câncer; comportamento alimentar.

INTRODUÇÃO

O câncer é uma doença crônica não transmissível de elevado impacto social e econômico e, no Brasil, é a segunda maior causa de morte. E a nutrição tem sido associada à




prevenção e à ocorrência de câncer, além de ter importância na tolerância ao tratamento, na qualidade de vida e sobrevivência (REQUEJO; RODRÍGUEZ, 2015). O último Guia Alimentar para a população brasileira (BRASIL, 2014) coloca a alimentação com excesso de calorias, de alimentos ultraprocessados, especialmente aqueles pobres em fibras, como comportamento de risco para a ocorrência de câncer enquanto destaca a alimentação rica em frutas, verduras e legumes e, conseqüentemente em componentes antioxidantes, como protetora contra alguns tipos de neoplasia.

O câncer causa alterações no metabolismo energético e de macronutrientes, caracterizando o estresse metabólico e as citocinas liberadas pelo massa tumoral em crescimento pode levar a anorexia e ao aumento do gasto energético do hospedeiro e pode culminar em perda de peso e impacto no estado nutricional (MARTUCCI et al., 2019). Além da própria doença, as formas de tratamento também interferem no estado nutricional dos indivíduos. Para as neoplasias, os tratamentos disponíveis são: cirurgia, quimioterapia, radioterapia e o transplante de células tronco (SOUZA; GUERRA, 2017; MARTUCCI et al., 2019). Eles podem ser realizados isoladamente ou combinados.

Os efeitos colaterais desses tratamentos variam de anorexia, náuseas, vômitos, diarreia, mucosite, edema, a alterações de função hepática, renal e absorptiva (MARTUCCI et al., 2019). Tumores de boca, faringe, laringe, esôfago e intestino submetidos à quimio e radioterapia conferem alto risco nutricional (SOUZA; GUERRA, 2017). Assim, é essencial um diagnóstico nutricional precoce, com ferramentas diversas, especialmente atentando aos sintomas que interferem na ingestão alimentar e, conseqüentemente no estado nutricional, para detecção de alterações no comportamento alimentar, déficits nutricionais e correção das mesmas para, também não comprometer os resultados dos tratamentos antineoplásicos (INCA, 2016). Assim, o objetivo do presente estudo foi avaliar o estado nutricional e possíveis alterações no comportamento alimentar de pacientes com câncer em tratamento quimioterápico.

MATERIAS E MÉTODOS

Trata-se de um estudo transversal, quantitativo, cuja população amostral foi constituída por indivíduos com idade superior a 18 anos, de ambos os sexos, com diagnósticos de neoplasias que não envolviam diretamente o trato gastrointestinal, como de bexiga, mama, colo de útero, próstata, pulmão e leucemia que estivessem em tratamento oncológico (pelo menos uma sessão) com até um ano de tratamento. Durante a seleção foram excluídos dois




indivíduos do estudo por não atenderem as exigências necessárias para o presente estudo. Informações pessoais como idade, sexo, escolaridade, profissão, estado civil e dados clínicos como presença de comorbidades e tipo de câncer e de tratamento antineoplásico foram coletados.

As medidas antropométricas de peso e estatura para classificação do estado nutricional foram coletadas segundo as orientações técnicas do SISVAN (Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional) (BRASIL, 2004). Foi utilizada Balança Digital (HBF-214) e Trena (SANNY) para aferir peso e estatura, respectivamente.

O método subjetivo utilizado foi a Avaliação Subjetiva Global Produzida Pelo Paciente (ASG-PPP) (GONZALEZ et al., 2010), composta por um questionário (apêndice 1) respondido parte pelo próprio paciente ou seu cuidador, caso seja analfabeto ou tenha dificuldade, e outra pelo pesquisador. O estado nutricional também foi analisado com os indicadores obtidos na ASG-PPP. Parâmetros da ASG-PP também foram confrontados com questões específicas quanto à ingestão e/ou aversão de diversos alimentos, fundamentado nos resultados apresentados por Verde et al. (2009) e que também foram incluídos no questionário aos participantes.

Foram convidados a participar pacientes que tenham feito ao menos uma sessão de quimioterapia e com até um ano de tratamento, iniciando o tratamento oncológico de neoplasias que não envolvam diretamente o trato gastrointestinal como de bexiga, pulmão, mama, colo de útero, leucemia e próstata, com idade acima de 18 anos, sem nenhuma neoplasia anterior, escolhidos aleatoriamente e que tenha aceitado participar do estudo, assinando o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Não foram incluídos pacientes com câncer na cabeça e pescoço, trato gastrointestinal ou hepático pelo impacto ou obstrução do processo digestivo ou idade inferior a 18 anos, histórico de outras neoplasias e tratamento quimioterápico.

Os dados foram coletados por um único pesquisador e tabulados no Microsoft Excel 2007 (Microsoft Corporation, EUA). As análises estatísticas foram realizadas no programa *Statistical Package for the Social Sciences*® – SPSS 21.0 (SPSS Inc., Chicago, USA) por meio de testes paramétricos, segundo comportamento das variáveis a serem relacionadas (perfil sociodemográfico, estado nutricional, tipo de tratamento e alterações do



comportamento alimentar) e os resultados apresentados em média e desvio padrão (DP). O nível de confiança adotado foi de 95% ($p < 0,05$).

A presente proposta de trabalho foi apresentada ao hospital mineiro de referência, que permitiram a realização desta pesquisa, local escolhido por ser referência regional no atendimento a pacientes oncológicos. Este projeto foi submetido ao Comitê de Ética e Pesquisa da Faculdade Redentor e aprovado (nº 037236/2016).

RESULTADOS

Participaram do presente estudo 25 indivíduos, sendo a maioria do sexo masculino, com idade média de 56,12 anos (DP=16,72). Todos os indivíduos estavam em tratamento quimioterápico e o realizavam há 5,64 meses (DP=4,14), em média. Algumas características demográficas e clínicas dos pacientes avaliados estão na Tabela 1. A maioria dos indivíduos era casado e apresentava baixa escolaridade. A maior parte dos indivíduos apresentava diagnóstico de leucemia. Dos participantes, 11 apresentavam outras patologias, sendo a hipertensão arterial citada por 11 indivíduos, dois deles desenvolveram a doença após o diagnóstico de câncer.

Tabela 1 - Características demográficas e clínicas dos pacientes oncológicos em tratamento oncológico, 2020.

	Parâmetros	n	%
Sexo	Homens	15	60
	Mulheres	10	40
Estado Civil	Solteiro	8	32
	Casado	10	40
	Viúvo	4	16
Escolaridade	Divorciado	3	12
	Analfabeto	2	8
	Fundamental incompleto	11	44
	Fundamental completo	2	8
	Médio incompleto	1	4
Tipo de tratamento	Médio completo	7	28
	Superior completo	2	8
Tipo de câncer	Quimioterapia	25	100
	Radioterapia	0	0
Tipo de câncer	Leucemia	10	40
	Pulmão	4	16
	Linfoma	2	8
	Colo de útero	2	8
	Outros	7	28



O IMC médio (aferido) foi de 23,61kg/m² (DP= 5,17), indicando estado nutricional adequado da maioria dos indivíduos. Comparando-se os pesos informado pelos participantes e o aferido houve diferença significativa (p=0,005), sendo o informado maior que o aferido. Interessante notar que o peso informado referente há um ano foi estatisticamente maior (p=0,026) que o de seis meses atrás, indicando perda de peso perceptível ao longo do tratamento. Parte dessa perda de peso pode ser devida aos sintomas do tratamento do câncer, já que 22 dos indivíduos relataram pelo menos um sintoma (Figura 1). A média de número de sintomas relatados pelos participantes foi de 3,88 (DP=1,83) e o sintoma mais citado foi a xerostomia e inapetência, seguida pela náusea, disgeusia e constipação intestinal. Segundo a ASG PPP, oito indivíduos foram classificados como “bem nutridos”, oito como “moderadamente desnutridos” e nove como “gravemente desnutrido”.

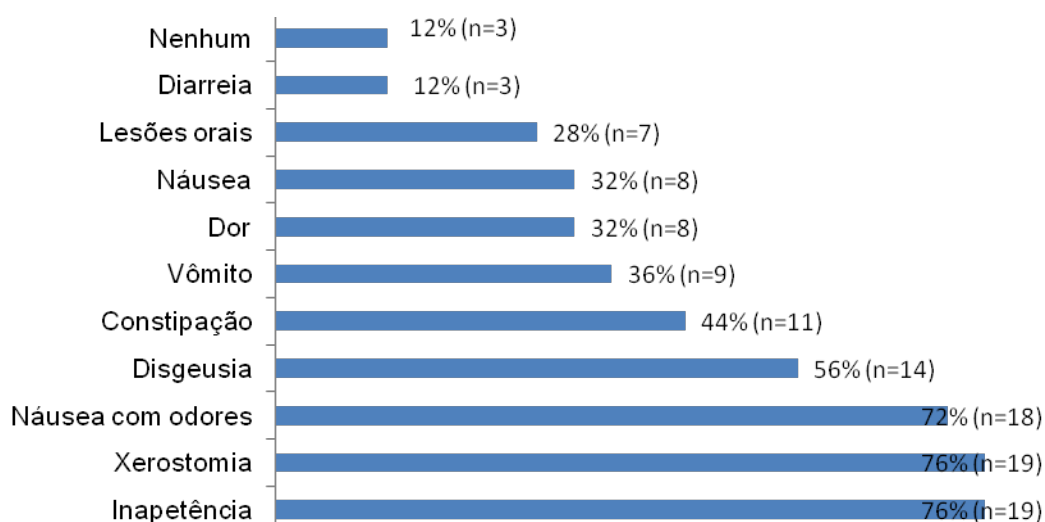


Figura 1 – Sintomas relatados pelos pacientes em tratamento quimioterápico.

Quando perguntados sobre sua alimentação comparada à normal, 21 deles responderam que houve redução na quantidade habitualmente ingerida, enquanto quatro relataram não ter notado mudanças. 11 pacientes disseram ingerir “pouca comida” e quatro “muito pouca comida”, o que deve estar relacionado aos sintomas relatados. Apenas dois pacientes citaram uso de suplementação oral, cinco ingeriam apenas líquidos e dois estavam em uso de sonda enteral.



Quanto à atividade de vida diária, oito relataram que sua atividade é “normal, sem nenhuma alteração” e outros oito disseram “sentir-se capaz de fazer pouca atividade e passa a maior parte do tempo na cadeira ou na cama”.

Ao serem indagados sobre a ocorrência de mudança de hábitos alimentares após o início do tratamento de quimioterapia, todos os indivíduos responderam que sim. Quanto à rejeição alimentar, apenas dois pacientes relataram não ter aversões, sendo que um deles relatou aumento de consumo de determinado alimento. Entre os alimentos citados como resposta à pergunta “Há algum alimento que você não consegue mais comer após iniciar o tratamento”, a carne vermelha foi a mais citada, seguida pela “comida de sal” (Figura 2). Dos alimentos cujo consumo foi relatado como aumentado, o arroz foi citado por 6 pacientes e a banana por 3.

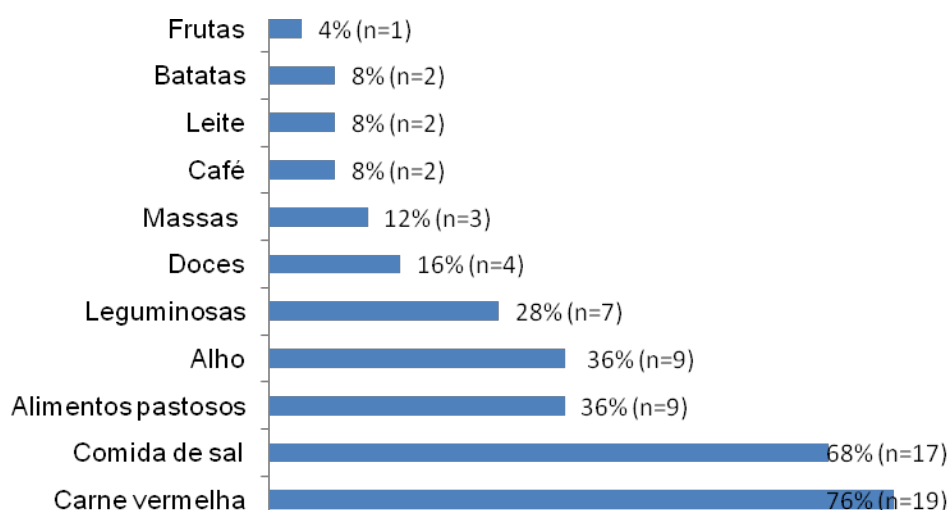



Figura 2 – Alimentos rejeitados pelos pacientes após início do tratamento quimioterápico, 2020.

Não foram encontradas correlações significativas entre o IMC e o tempo de tratamento, nem entre o número de sintomas relatados e número de alimentos rejeitados e o IMC.

DISCUSSÃO

No presente estudo, a predominância do sexo masculino e o baixo grau de instrução foi semelhante aos dados encontrados em outros estudos (HORTEGAL et al., 2009; KARKOW et al., 2013; CAPELARI; CENI, 2018). A idade média dos pacientes corresponde à fase da vida adulta, conforme relato por Capelari e Ceni (2018), o que vai ao encontro do novo padrão demográfico brasileiro, que é caracterizado pela redução da taxa de crescimento




populacional e por transformações na composição da pirâmide etária, com aumento do contingente de idosos e conseqüentemente aumento da expectativa de vida. Em decorrência da redução do crescimento populacional é possível associar a população desta faixa etária a maior possibilidade de adoecimento por doenças crônicas, dentre essas as neoplasias (KARKOW et al., 2013). Nogueira et al. (2013) mostraram que o risco de morte por câncer aumenta gradativamente a partir da faixa etária dos 50 aos 59 anos, atingindo 71% na faixa etária dos 70 aos 79 anos.

Com relação à escolaridade percebe-se a prevalência de pessoas com pouca escolaridade, o que também foi relatado por outros autores (HORTEGAL et al., 2009; CAPELARI; CENI, 2018). Esta característica parece refletir o perfil da população atendida no hospital onde foi realizado o estudo que é uma instituição pública, em que 92% dos pacientes são atendidos pelo SUS (Sistema Único de Saúde). A baixa escolaridade é associada a menor acesso a informação sobre cuidados de saúde o que pode repercutir na incidência de alguns casos de câncer (KARKOW et al., 2013).

Quanto a avaliação nutricional, obtivemos resultados diferentes dependendo do instrumento utilizado, o que também foi demonstrada por outros autores (HORTEGAL et al., 2009), o que confirma que o estado nutricional deve ser avaliado utilizando-se vários indicadores, já que não há um padrão-ouro para tal diagnóstico (HORTEGAL et al., 2009). Diversos autores afirmam que há diferença entre os indicadores e que o IMC subestima o número de pacientes desnutridos (HORTEGAL et al., 2009) e apenas o peso não indica claramente o segmento corporal que está em déficit nutricional (MOROT et al., 2012). Assim, a avaliação nutricional deve ser iniciada com a triagem nutricional, seguida pela avaliação mais detalhada, com medidas antropométricas, avaliação de exames complementares e da ingestão alimentar, para, então, fundamentar o cálculo das necessidades nutricionais (SOUZA; GUERRA, 2017). Martucci et al. (2019) destaca que a perda de peso involuntária e recente deve ser investigada e perdas maiores de 5% em seis meses é importante indicativa que caquexia, processo que gera alterações metabólicas, contribui para a inflamação sistêmica, compromete a resposta à terapia anticâncer e pode levar ao óbito. Muitas vezes, a perda de peso é o primeiro sintoma manifesto do câncer e pode ser o sinal patognomônico que leva à suspeição diagnóstica (SOUZA; GUERRA, 2017).

No estudo não foi comprovado que o tempo de tratamento influencia o IMC, talvez porque foram admitidos no estudo indivíduos com até um ano de tratamento. Verde et al.




(2009) ao compararem o peso corporal e IMC de mulheres após o diagnóstico de câncer e após o primeiro ciclo de quimioterapia (entre 3 e 5 meses) encontraram redução significativa. Os efeitos colaterais da quimioterapia contribuem para o impacto no estado nutricional (MARTUCCI et al., 2019). Protocolos de quimioterapia que geram náuseas, diarreia e mucosite são indicativos de risco nutricional na avaliação do idoso com câncer, segundo o II Consenso de nutrição Oncológica Brasileiro (INCA, 2016).

E, no presente trabalho, o tratamento de todos os pacientes era o quimioterápico. O tratamento antineoplásico pode exigir uma demanda extra do organismo do paciente e aqueles em quimioterapia estão sujeitos à mudanças como uma não-intencional perda de peso e de massa muscular (NOGUEIRA et al., 2013), o que parece ter acontecido com a população em estudo, evidenciada pela diferença entre os pesos informados de um ano e seis meses atrás. A quimioterapia é um tratamento sistêmico, realizado por meio da combinação de diversos fármacos e que pode gerar diversos efeitos colaterais que afetam negativamente o estado nutricional do indivíduo em tratamento (MARTUCCI et al., 2019).

Sintomas decorrentes da própria doença e de seus tratamentos possuem importante relação com a ingestão alimentar e o consequente estado nutricional do paciente (MAROT et al., 2012). A maioria dos indivíduos do estudo apresentou diminuição na ingestão alimentar após o início da quimioterapia e consequente perda de peso. Tanto a efetividade quanto a toxicidade dos quimioterápicos dependem do tempo de exposição, do tipo de fármaco e de sua concentração plasmática e varia de acordo com o tipo de tecido tratado. Os quimioterápicos citotóxicos causam inflamação, edema, ulceração e atrofia na mucosa gastrointestinal, o que pode alterar a permeabilidade intestinal, levar a intolerâncias alimentares secundárias, além de complicações orais (mucosite, sangramento) e de náuseas e vômitos (SOUZA; GUERRA, 2017).

Nogueira et al. (2013) relataram a prevalência de constipação intestinal/diarreia, náusea/vômito, mucosite, disgeusia semelhante a encontrada no presente estudo. Capelari e Ceni (2018) observaram xerostomia e disgeusia na maioria dos indivíduos com câncer em tratamento quimioterápico no noroeste do Rio Grande do Sul. A atrofia das papilas gustativas e o aumento da viscosidade salivar que ocorrem na disgeusia, decorrente dos tratamentos antineoplásicos, levam à dificuldade de percepção do paladar e da temperatura, criando uma barreira mecânica de saliva espessa que dificulta o contato físico entre a mesma e os alimentos (NOGUEIRA et al., 2013). Pacientes que apresentam esses sintomas podem relatar




uma variedade de alterações no sabor dos alimentos, considerando-os mais ou menos salgados, doces, azedos ou amargos, o que afeta de forma negativa a ingestão alimentar e a qualidade de vida e pode resultar em aversões alimentares, devido ao fato de o gosto e o cheiro fornecerem informações sensoriais prazerosas da alimentação (VIANA et al., 2009). A este fenômeno dá-se o nome de aversão alimentar adquirida (VERDE et al., 2009).

Nosso estudo apresentou resultados semelhantes ao de Morot et al. (2012), quanto as aversões alimentares, sendo os mais citados a carne vermelha, leguminosas e temperos, no caso do presente estudo, o alho. O maior índice de aversão alimentar encontrado foi para a carne vermelha, com 76%, sendo associada à desconfortos gastrointestinais (MOROT et al., 2012). Ao contrário do estudo realizado em São Paulo por Verde et al., (2009), em que o índice de rejeição a este alimento foi de apenas 7%.

Já o segundo alimento mais rejeitado pelos pacientes foi o café com 6% (VERDE et al., 2009), comparando-se ao presente estudo o café foi citado com 8%, um dos menores índices encontrados. A aversão às frutas se destacou por ser o menor resultado encontrado neste estudo. Outro destaque foi a batata que na presente pesquisa foi apontada como um alimento que causa rejeição nos pacientes durante o tratamento, o que não foi encontrado em outras pesquisas. Estudo observou maior prevalência de aversões alimentares adquiridas entre as mulheres e os alimentos mais citados foram carnes, alimentos gordurosos, doces e alimentos sólidos (CAPELARI; CENI, 2018).

A xerostomia, outro sintoma das terapias oncológicas e muito citado pelos participantes do presente estudo, é definida por secura bucal, alteração da superfície da língua, modificações na produção de saliva e na percepção do gosto, podendo causar alterações na percepção da textura dos alimentos (NOGUEIRA et al., 2013).

Os sintomas que acompanham o tratamento antineoplásico podem levar a redução da ingestão alimentar e conseqüente risco nutricional. Capelari e Ceni (2018) observaram baixa ingestão calórica sendo em média 18,60 cal/Kg/dia entre as mulheres e 17,95 cal/Kg/dia entre os homens. Segundo o II Consenso Nacional de Nutrição Oncológica (INCA, 2016), a terapia nutricional deve ser iniciada tão imediatamente após o diagnóstico de risco nutricional ou qualquer grau de desnutrição, sendo implementada pela via mais fisiológica possível, por um período mínimo de sete dias. Para isso, a avaliação nutricional no paciente clínico internado ou ambulatorial que será submetido à quimioterapia e/ou radioterapia deverá ser realizada no



início e durante todo o tratamento, para que seja possível a identificação dos pacientes com risco nutricional ou algum grau de desnutrição (INCA, 2016).

É fundamental o acompanhamento desses pacientes e a educação nutricional a fim de minimizar tais desconfortos, conservar e recuperar o estado nutricional e o sistema imunológico do paciente por meio da adequação quantitativa e qualitativa da dieta, melhorando a apresentação dos alimentos ofertados e/ou sabor dos alimentos com objetivo de aumentar a ingestão alimentar, levando em consideração aspectos sociais, psíquicos e culturais, diminuindo o tempo de internação e promovendo melhor qualidade de vida (NOGUEIRA et al., 2013).

CONCLUSÃO

Evidenciou-se predominância do sexo masculino e baixo grau de instrução entre os pacientes oncológicos. Foi observada elevada prevalência de desnutrição, considerando-se a avaliação por meio da ASG-PPP diferente do demonstrado pelo IMC aferido e predominância de sintomas como xerostomia e inapetência, seguidos pela náusea, disgeusia e constipação intestinal, com diminuição na ingestão alimentar após o início da quimioterapia e consequente perda de peso. Aversões alimentares foram relatadas, especialmente quanto às carnes vermelhas e “comida de sal”. Desta forma, evidencia-se a necessidade de um processo rotineiro de triagem e acompanhamento nutricionais, a fim de monitorar o estado nutricional destes pacientes e implementar medidas de aconselhamento nutricional, promovendo a recuperação e/ou conservação do estado nutricional e minimizando os sintomas e desconfortos característicos das terapias oncológicas nessa população.


REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Guia alimentar para a população brasileira. 2^a. ed., Brasília: Ministério da Saúde, 2014. 156 p.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Vigilância alimentar e nutricional - Sisvan: orientações básicas para a coleta, processamento, análise de dados e informação em serviços de saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

CAPELARI, P.; CENI, G.C. Comportamento alimentar e perfil nutricional de pacientes oncológicos em tratamento quimioterápico. *Demetra*, v. 13, n. 1, p.: 223-240, 2018.

GONZALEZ, M.C; BORGES, L.R; SILVEIRA, D.H; ASSUNÇÃO, M.C.F; ORLANDI, S.P. Validação da versão em português da avaliação subjetiva global produzida pelo paciente. *Rev Bras Nutr Clin*, v. 25, n. 2, p. 102-8, 2010.



HORTEGAL, E.V.; OLIVEIRA, R.L.; ANTONIO LUÍS RODRIGUES COSTA JÚNIOR, A.L.R.; LIMA, S.T.J.R.M. Estado nutricional de pacientes oncológicos atendidos em um hospital geral em São Luís-MA. *Revista do Hospital Universitário/UFMA*, v. 10, n. 1, p.: 14-18, 2009.

INCA. INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER. Consenso nacional de nutrição oncológica. 2. ed. Rio de Janeiro: INCA, 2016. 112p.

KARKOW, M.C.; GIRARDON-PERLINI, N.M.O.; MISTURA, C.; ROSA, B.V.C.; ROSA, N.; MARTINS, M.S.; DEBUS, P.S.; DORNELES, V.C. Perfil dos usuários do serviço de radioterapia de um hospital universitário. *Rev Enferm UFSM*, v. 3, n.(Esp.), p.:636-646, 2013.

MAROT, S.A; FRANCO, L.P; SANTOS, T.S.S; PASSOS, X.S; COSTA, B.M.F. Impacto das aversões alimentares no Estado Nutricional de pacientes oncológicos submetidos a quimioterapia. *J Health Sci Inst*. v. 30, n. 2, p.: 166-70, 2012.

MARTUCCI, R.B.; REIS, P.F.; RODRIGUES, V.D. Câncer. In: CUPPARI, L. *Nutrição clínica do adulto*. 4^a ed. Barueri, SP: Manole, p. 296-324, 2019.

REQUEJO, O.H.; RODRÍGUEZ, M.C.R. Nutrición y câncer. *Nutr Hosp*. v. 32, Supl. 1, p.:5-72, 2015.

SOUZA, N.C.S.; GUERRA, D.C. Atenção nutricional em pacientes com câncer. In: NAVARRO, A.M.; JAPUR, C.C.; SICCHIERI, JMF.; CHIARELLO, P.G.; DIEZ-GARCIA, R.W. *Atualidades em Alimentação e Nutrição Hospitalar*. Rio de Janeiro: Atheneu, p.:301-319, 2017.

VERDE, S. M. M. L; OKANO, B. M. S; MOURÃO, M. N; DAMASCENO, N. R. T. Aversão alimentar adquirida e qualidade de vida em mulheres com neoplasia mamária. *Rev. Nutr.*, v. 22, n. 6, p.:795-807, 2009.



CAPÍTULO 18

ESTÁGIO CURRICULAR OBRIGATÓRIO NUM CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL DO SUDESTE GOIANO: RELATO DE EXPERIÊNCIA

Marcos Vinícius de Oliveira, Enfermeiro Residente em Gerência de Serviços de Enfermagem da Universidade Estadual de Londrina

Eryelg Moura Tomé, Mestranda em Gestão Organizacional, Universidade Federal de Goiás

Renato Pereira Neto, Enfermeiro Residente em Gerência de Serviços de Enfermagem da Universidade Estadual de Londrina

Thiago Eduardo de Franca, Enfermeiro Residente em Gerência de Serviços de Enfermagem da Universidade Estadual de Londrina


RESUMO

Os Centros de Atenção Psicossocial são os locais de referência destinados a acolher os indivíduos com transtornos mentais, incentivar sua participação social e familiar, estimulá-los à promoção da autonomia, garantir atendimento médico e psicológico. **Objetivo:** Objetivou-se elucidar a experiência adquirida no decorrer do estágio obrigatório ocorrido em um Centro de Atenção Psicossocial do Sudeste Goiano. **Método:** Trata-se de um relato de experiência, utilizando-se do método descritivo para narrar e investigar as vivências do estágio, expor carências, potenciais e propostas de enfrentamento as fragilidades apresentadas pela unidade. **Resultados:** Observou-se recuperação significativa do vínculo serviço *versus* usuários, impacto benéfico pós educação permanente, feedback positivo de gestores do Centro e da coordenação de atenção básica do município. **Conclusão:** A equipe do serviço buscou intervir em acordo com as exigências do papel ético profissional a cumprir, transformando limitações em atribuições, gerando melhorias na qualidade de vida da população ali assistida.

PALAVRAS-CHAVE: Estágios; Bacharelado em Enfermagem; Saúde Mental; Educação em Enfermagem.

INTRODUÇÃO

As últimas três décadas foram marcadas positivamente por movimentos político-sociais que influenciaram as políticas públicas sociais e da saúde. Neste tocante, a atenção à saúde mental remodelou-se internacionalmente e nacionalmente. Entre estes movimentos está o da Reforma Psiquiátrica Democrática, liderada por Franco Basaglia, psiquiatra italiano, que em linhas gerais propõe a desconstrução do modelo de isolamento e exclusão social e incentiva métodos de atenção à saúde mental humana pautada na ressocialização da pessoa que sofre mentalmente e sua família. Neste propósito, auxiliou na implantação de dispositivos extra-hospitalares de atenção à saúde mental e redução dos leitos psiquiátricos em hospícios (HERNANDES, 2019).



Nesta perspectiva, a Lei 10.216/2001 que trata dos direitos e proteção as pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo de atenção em saúde mental. Representa o suporte legal para atenção digna à pessoa que sofre mentalmente e sua família, assegurando a elas o direito de serem assistidas em serviços e ações de saúde efetivadas no habitat dos usuários e sua família. Rege em seu artigo II e III que todo indivíduo com transtorno mental deve ser tratado com humanidade e respeito, ser protegido contra qualquer forma de abuso e exploração e ser tratado em ambiente terapêutico (BRASIL, 2001).


Os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) são os locais de referência destinados a acolher pessoas em sofrimento psíquicos, incentivar sua participação social e familiar, estimulá-los à promoção da autonomia, garantir atendimento médico e psicológico. Estes são alicerçados com vista a promover a integração desta população junto ao cenário sociocultural. Os CAPS configuram-se como a principal ferramenta utilizada pós reforma psiquiátrica (BARBOSA et al., 2020).

Os CAPS baseiam-se em objetivos específicos que englobam: assistência diária; gerenciamento dos projetos terapêuticos; oferta de cuidado clínico eficiente e singularizado; promoção social dos usuários por meio de medidas intersetoriais que abrangem educação, trabalho, esporte, cultura e lazer, apontamento de possibilidades conjuntas de resolução dos problemas; organização da rede de serviços de saúde mental de seu território e ser base do cuidado à saúde mental na atenção primária. Objetiva ainda regularizar a porta de entrada da rede de assistência em saúde mental do seu setor; organiza junto aos gestores da unidade a supervisão de complexos hospitalares psiquiátricos da sua área e mantém atualizada a relação dos usuários de sua região que fazem uso de terapia medicamentosa voltados à saúde mental (CARVALHO JÚNIOR; AMPARO; NOGUEIRA, 2019).

Nesta conjuntura, objetivou-se elucidar a experiência adquirida e vivenciada no decorrer do Estágio Curricular Obrigatório – Atenção Básica num Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) do Sudeste Goiano.

MÉTODO

Trata-se do relato de experiência acerca das atividades desenvolvidas entre setembro de 2017 a janeiro de 2018 durante o Estágio Curricular Obrigatório num CAPS do Sudeste Goiano. Utilizou-se o método descritivo para narrar e investigar as vivências do estágio,



expor carências, potencialidades e propostas de enfrentamento às fragilidades apresentadas pela unidade de saúde.

RELATO DE EXPERIÊNCIA

O campo de atuação de estágio trata-se de um CAPS I, caracterizado por estar inserido em municípios com variável de 20.000 a 70.000 mil habitantes, equipe multidisciplinar mínima de nove profissionais, perfil de usuários em sua maioria adultos acometidos por transtornos mentais persistentes (BRASIL, 2004). Localizado no município de Catalão (GO) o referido Centro foi inaugurado em 16 de setembro de 2002, com o propósito de assistir os indivíduos dependentes de álcool e outras drogas e principalmente pacientes com algum transtorno mental grave.


O recurso humano do CAPS constituía-se por duas médicas psiquiatras, um enfermeiro coordenador da unidade, um técnico de enfermagem, três psicólogas, uma terapeuta ocupacional, uma assistente social, três auxiliares administrativas e um auxiliar de serviços gerais. Com as atividades e atendimentos desenvolvidos ao longo dos últimos 15 anos, a equipe multidisciplinar encarregava-se pela missão de resgatar a cidadania e melhorar a qualidade de vida dos usuários dos serviços e suas famílias.

Reconhecimento da realidade

Após a inserção no CAPS e compreensão das ações de saúde ali ofertadas, procedeu-se ao diagnóstico situacional da unidade. Destacou-se potencialidades como: equipe multidisciplinar de acordo com as exigências do Ministério da Saúde, em sua maioria concursados. Espaço físico amplo conforme necessidades das intervenções. Equipe acolhedora para com os usuários, no sentido de acolher e direcioná-lo ao plano terapêutico adequado.

Em contraponto as fragilidades e barreiras encontradas, as mesmas são resultantes do atual contexto político do país e expressiva perda de valores por parte de nossos líderes, que geram reflexos negativos diretos no Sistema Único de Saúde (SUS), no que tange a garantia e execução dos princípios e diretrizes que o regem. Tal sucateamento e escassez de recursos, são responsáveis pelos conflitos de gestão da rede pública em todas as regiões do Brasil, não se restringindo apenas ao setor saúde.

Agora, independente do curso da história, essa gestão ilegal não será um episódio transitório; deixará sequelas no país por um longo tempo. As consequências que virão,



visivelmente, fundamentam-se na determinação do regime golpista, e ela parece vigoroso. Ainda assim, também decorrerá da sistematização rígida e coerência programática da oposição (MANCEBO, 2017).


Outras fragilidades que merecem ser elencadas, estão concatenadas a flutuação de profissionais na troca de gestão municipal, que obstrui a continuidade da assistência e a ausência de verba direcionada às necessidades integrais da unidade. Logo, nas circunstâncias vigentes que a unidade de saúde tem sido submetida, a perda do vínculo com os usuários e risco de retrocesso ao modelo biomédico são exemplos de tais carências que requerem atenção.

Risco de retrocesso ao modelo biomédico x Ações para recuperação de vínculo

A concepção inconsciente do modelo biomédico ainda é visível no meio científico e na área de atenção à saúde. Menos reproduzido nos dias de hoje, este modelo compromete os profissionais ao focar o corpo como sendo uma máquina e desatentar-se de outros fatores determinantes do processo saúde - doença. Isso torna restrita as noções de saúde e doença, baseadas apenas em pontos de vista impostos pela medicina oficial (SILVA; DALBERTO-ARAÚJO, 2020).

Este modelo não compreende as insuficiências dos sujeitos e o seu efeito impactante nos cuidados de saúde, beneficiando mais os profissionais de saúde do que os que procuram o serviço e que necessitam de orientação para autocuidado. Na época atual, almeja-se uma oferta de cuidados que responda às carências do homem de forma integral e humanizada, quer dizer, uma alternância que priorize a primazia do saber, do fazer (OLIVEIRA; LOPES; LUZ, 2013). Tais anseios culminaram no chamado modelo holístico de atenção à saúde das populações.

Na percepção holística e ecológica não se considera o universo uma máquina, mas um complexo vivo. O olhar sobre a saúde é fortemente ecológico e se encaixa dentro de um processo dinâmico, configurando-se como um evento de dimensões variadas que estão relacionados aos aspectos biopsicossociais, todos correlativos. A habilidade requerida para cuidar é resultado do saber ser (princípios, valores, convicções, ações), do saber em si (estudos, percepção, pensamento crítico e associações) e do saber fazer (destreza nas relações e aplicação técnica) (OLIVEIRA; LOPES; LUZ, 2013).



Quando o usuário é acolhido no CAPS, ele dispõe de múltiplos recursos terapêuticos. Dentre eles estão o acolhimento individual, caracterizado por prescrição de medicamentos, psicoterapia, orientação; atendimento em grupos. Ademais, a equipe do serviço de saúde disponibiliza suporte para a família, tais como: grupo de familiares, atendimento individualizado a familiares, visitas domiciliares; atividades comunitárias variadas; reuniões semanais de gestão do serviço, uma importante ferramenta que possibilita caracterizar o ambiente do CAPS como local de convivência (FERREIRA et al., 2016).


Mediante alta gama de possibilidades terapêuticas, buscou-se recuperar o vínculo do serviço *versus* usuários por meio de busca ativa (ligações), campanha de atualização de endereços e telefone com impressos e comunicação direta aos pacientes durante os atendimentos individuais e grupais. Esse resgate foi possível por intermédio do convite para participação dos grupos semanais de convivência coordenados pela terapeuta organizacional do CAPS, estagiário de enfermagem, docente supervisora, além dos discentes de enfermagem em campo prático da disciplina de Saúde Mental II.

Nesses espaços são realizados vários tipos de intervenções, as quais podem ser definidas através de solicitação dos usuários, das capacidades físicas e dos profissionais do serviço, das carências percebidas. Prioriza-se a promoção da inserção social e familiar, a exteriorização de afetos e dilemas, aprimoramento de aptidões corporais, execução de tarefas produtivas e a prática da cidadania em meio ao coletivo (BRASIL, 2004).

Direitos dos usuários x Carências

Dentre as fragilidades da unidade, destacada por usuários e equipe multidisciplinar foi a não garantia da oferta do lanche. O ato de comer, alimentar, nutre e consolida-se como momento de lazer coletivo, e isso justifica a importância de questionamentos junto à gestão municipal. Vale salientar que os usuários menos favorecidos economicamente o momento de lanche apresentava-se como chance de saciar a fome.

O Ministério da Saúde (2004) assegura que os CAPS devem dispor de ambiente próprio e adequado a fim de assistir à sua demanda específica, sendo capazes de oferecer um ambiente contínuo e sistematizado. Devem conter, no mínimo, com os respectivos recursos físicos: consultórios para acolhimentos individuais (consultas, anamnese, modalidades terapêuticas); salas para acolhimentos grupais; local de convivência; espaço para oficinas; refeitório (o CAPS deve estar apto a oferecer refeições conforme o período de permanência de



cada usuário na unidade); toaletes; área exterior para atividades de recreativas, esportivas e oficinas.

Aos usuários do serviço de saúde que permanecem um turno de quatro horas nos CAPS deve-se garantir uma refeição diária; os atendidos em dois turnos (oito horas), duas refeições diárias; e os assistidos no período noturno nos CAPS III e estão durante 24 horas seguidas devem fazer quatro refeições diárias. O tempo de permanência nos CAPS dependerá de seu projeto terapêutico singular. A flexibilidade do tratamento varia de cinco vezes por semana com oito horas por dia a, três vezes por mês (BRASIL, 2004).


Papel do enfermeiro x Promoção da empatia

Segundo a Política Nacional de Atenção Básica (2017), são atribuições do enfermeiro promover atenção biopsicossocial aos indivíduos e famílias vinculados ao serviço, seja na unidade, em domicílio ou em meio a espaços comunitários como escolas, associações, entre outras. Além disto, ofertar consulta de enfermagem, executar procedimentos, realizar escuta terapêutica qualificada e classificação de riscos, realizar estratificação de risco dos usuários, coordenar grupos terapêuticos, implementar e manter atualizados rotinas, protocolos e fluxos relacionados à sua área de abrangência (BRASIL, 2017).

A equipe multidisciplinar em saúde deve deter sensibilidade quanto aos próprios sentimentos, tal conhecimento gera condições congruentes para melhor compreensão sobre as emoções e os afetos dos usuários do dispositivo e, como resultado estabelece-se vínculos empáticos com os mesmos. Um estudo constatou por meio de avaliação dos clientes que, mesmo que os profissionais da equipe de enfermagem detenham conhecimentos técnico-científico satisfatórios, a inexistência de empatia na sistematização do cuidado reduz os níveis de contento com a assistência recebida (TEREZAM; REIS-QUEIROZ; HOGA, 2017).

Continuando, o estudo percebe a empatia como o sustentáculo para diálogo efetivo e uma das capacidades mais desafiadoras a ser desenvolvida pelo homem. Empatia é a prática de se colocar no lugar dos outros, isso proporciona a idealização e o sentir de uma mesma ótica as experimentações do próximo. Essa habilidade é essencial para o bem biopsicossocial de ambos (TEREZAM; REIS-QUEIROZ; HOGA, 2017).

Não demonstrar consideração para com o próximo, esgotamento emocional, ira e os transtornos do sono são sintomas pontuais de fadiga do senso de compaixão. Recomenda-se aos profissionais de saúde que, quando perceptível algum desses sintomas, é sensato que



busquem ajuda especializada, reconheçam-se como indivíduos vulneráveis e perdoem-se (TEREZAM; REIS-QUEIROZ; HOGA, 2017).

Atualização curricular das equipes x Educação Permanente


As intervenções realizadas nos CAPS caracterizavam-se por acontecerem em local aberto, receptivo e localizado no município, no bairro. As ações do CAPS, recorrentemente, ultrapassavam o espaço físico para construção da rede de apoio social, impulsionadora de suas práticas, atentando-se ao protagonismo dos sujeitos, seu percurso de vida, aspectos culturais e de rotina (BRASIL, 2004).

A Educação Permanente em Saúde (EPS) é sinalizada como método de estudo no trabalho, onde múltiplos conhecimentos e atores sociais estão articulados. A EPS evidencia-se como inovação estratégica formativa para modificação das práticas de saúde embasando-se nas necessidades sociais, não só qualificando as equipes, mas tornando os sujeitos mais empoderados. Permeia as necessidades da equipe multidisciplinar em saúde e dos usuários, almejando através da troca de saberes e experiências a resolubilidade e totalidade das ações em saúde (CARVALHO; TEODORO, 2019).

Partindo dessa perspectiva, propôs-se aplicação à nível gerencial de educação permanente acerca do uso e abuso de álcool, tabaco e outras drogas. Essa intervenção foi possível através de demanda das Unidades Básicas de Saúde (UBS) e Estratégias Saúde da Família (ESF) do município, articulação do enfermeiro coordenador do CAPS e supervisão da orientadora de estágio.

O enfermeiro pode considerar a EPS como coautora no que tange ao garantir a importância de suas ações, assim como servir de suporte para aplicação segura e confiável. A EPS busca reconstruir a aprendizagem no trabalho, abrindo-se mão de valores hierárquicos, focando a interdisciplinaridade, a dinâmica troca de conhecimentos e vivências em meio aos profissionais. A EPS é de grande valor para que os trabalhadores de saúde, possam refletir a respeito das suas atribuições, que os mesmos possam alcançar por meio do olhar holístico a integralidade, a resolubilidade e humanização do cuidado, convertendo-se em interpretes no fortalecimento do SUS (BARTH *et al.*, 2014).

Nesse ínterim, a enfermagem necessita valer-se dos conhecimentos adquiridos a partir de suas experiências, disseminando o conhecimento e ajustando-os como fator estimulante,



motivacional e sensibilizador que acarrete a modificações atitudinais em relação ao seu exercício profissional (SOUZA; COSTA, 2019).

CONCLUSÃO

Constatou-se que o aprendizado em meio ao serviço predispõe o graduando de enfermagem ao aperfeiçoamento da tomada de decisão frente ao paciente/família/equipe multidisciplinar. Possibilita ainda a participação à nível gerencial de todo o fluxograma das atividades oferecidas pelo serviço, além de estimular o estagiário à constante atualização intelectual, visto que, a educação permanente é determinada como ação pertinente do enfermeiro. No decorrer do estágio, observou-se a recuperação significativa do vínculo serviço *versus* usuários, verbalizações e percepções positivas por parte dos clientes sobre a importância das atividades oferecidas no CAPS.


O município que abriga o CAPS do respectivo estudo, não se difere das demais regiões do Brasil, que atualmente vivenciam os prejuízos da epidemia do crack. A educação permanente acerca do uso e abuso de drogas variadas com as equipes de saúde das UBS, veio a calhar em um momento importante. Uma vez que segundo os gestores haverá implantação de um CAPSad, uma modalidade do CAPS específica para as necessidades da população que usa e abusa de álcool e outras substâncias psicoativas.

Mesmo diante a privação de alguns direitos garantidos em lei percebidos no CAPS, o SUS é funcional. A equipe do serviço busca intervir em acordo com as exigências do papel ético profissional a cumprir, transformando limitações em atribuições, gerando melhorias na qualidade de vida da população ali assistida.

Em relação ao comportamento do estagiário, no que refere o processo avaliativo do mesmo houve o feedback positivo do coordenador do serviço que pontuou a relevância do interesse, pontualidade, assiduidade, ética, comprometimento com o campo e usuários e excelente relacionamento com a equipe e serviço. É imprescindível destacar o impacto benéfico pós educação permanente através de relatos de gratidão que partiram das equipes UBS e ESF assistidas, pela coordenação de atenção básica e coordenadora de programas ministeriais do município.

REFERÊNCIAS

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE NORMAS TÉCNICAS. **NBR 6023**: informação e documentação: referências: elaboração. Rio de Janeiro, 2002. 24 p.



BARBOSA, Camila Gomes et al. Perfil epidemiológico dos usuários de um Centro de Atenção Psicossocial. **SMAD Revista Eletrônica Saúde Mental Álcool e Drogas (Edição em Português)**, v. 16, n. 1, p. 1-8, 2020.

BARTH, P. O.; AIRES, M.; SANTOS, J. L. G.; RAMOS, F. R. S. Educação permanente em saúde: concepções e práticas de enfermeiros de unidades básicas de saúde. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, v. 16, n. 3, p. 604-11. jul./set. 2014.

_____. BRASIL. Ministério da Saúde. Política Nacional de Atenção Básica. Disponível em: <<http://www.in.gov.br/autenticidade.html>>. **Diário Oficial da União**, 2017. Acesso em: 04/11/2017.

CARVALHO JÚNIOR, Antônio Carlos Nunes de; AMPARO, Deise Matos do; NOGUEIRA, Raiane Nunes. O grupo de escuta como um dispositivo clínico em um centro de atenção psicossocial (CAPS II). **Psicologia Clínica**, v. 31, n. 1, p. 123-143, 2019.

CARVALHO, Wania Maria do Espírito Santo; TEODORO, Maria Dilma Alves. Educação para os profissionais de saúde: a experiência da Escola de aperfeiçoamento do SUS no Distrito Federal, Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 24, p. 2193-2201, 2019.

HERNANDES, Lincon Fricks. DIMENSÕES DA REFORMA PSIQUIÁTRICA NO BRASIL. **Revista Artigos. Com**, v. 8, p. e1676-e1676, 2019.

_____. Ministério da Saúde. **Lei no 10.216, de 6 de abril de 2001**. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/leis_2001/110216.htm>. Acesso em: 04/11/2017.

_____. Ministério da Saúde. **Saúde mental no SUS: os centros de atenção psicossocial / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas**. – Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

FERREIRA, Jhennifer Tortola et al. Os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS): uma instituição de referência no atendimento à saúde mental. **Rev. Saberes, Rolim de Moura**, v. 4, n. 1, p. 72-86, 2016.

MANCEBO, D. Crise político-econômica no Brasil: breve análise da educação superior. **Rev. Educ. Soc.**, Campinas, v. 38, nº. 141, p.875-892, out.-dez, 2017.

OLIVEIRA, A.; LOPES, S.; LUZ, V. **O paradigma biomédico e holístico face aos cuidados de enfermagem**. Cabo Verde: Universidade do Mindelo, 2013.

SILVA, Cinthia Alves da; DALBELLO-ARAÚJO, Maristela. Programa de Residência Multiprofissional em Saúde: o que mostram as publicações. **Saúde em Debate**, v. 43, p. 1240-1258, 2020.

SOUZA, Rosa Maria Pinheiro; COSTA, Patrícia Pol. Educação Permanente em Saúde na formação da Rede Brasileira de Escolas de Saúde Pública. **Saúde em Debate**, v. 43, p. 116-126, 2019.

TEREZAM, R.; REIS-QUEIROZ, J.; HOGA, L. A. K. A importância da empatia no cuidado em saúde e enfermagem. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 70, n. 3, p. 669-70. 2017.



CAPÍTULO 19

FATORES RELACIONADOS À TERAPÊUTICA DA HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA: UMA REVISÃO INTEGRATIVA

Aline Tavares Gomes
Ticianne da Cunha Soares
Jaciane Santos Marques
Mickaella Alves Rodrigues dos Santos
Tamires da Cunha Soares
Matheus Henrique da Silva Lemos
Vanessa Maria Oliveira Viana


RESUMO

Introdução: A abordagem terapêutica da Hipertensão Arterial Sistêmica inclui medidas não medicamentosas e o uso de fármacos anti-hipertensivos. O objetivo dessa revisão foi apresentar as evidências disponíveis encontradas na literatura sobre a adesão de adultos e idosos hipertensos ao tratamento anti-hipertensivo no período de 2009 a 2019. **Método:** Trata-se de uma revisão integrativa da literatura realizada nos meses de junho a novembro de 2019. A busca pelos estudos foi realizada nas bases de dados eletrônicas PUBMED, MEDLINE e LILACS. Foram incluídos na busca: artigos científicos disponíveis na íntegra no período de 2009 a 2019, voltados ao objeto de estudo, publicado nos idiomas inglês, português ou espanhol e aplicados à população adulta e idosa. Após a aplicação dos critérios de inclusão, foi possível selecionar 18 publicações para compor a amostra final do estudo. **Resultados e discussão:** Em relação à caracterização dos estudos, têm-se que: a maior parte dos estudos se deu nos anos 2009, 2013 e 2014, a maioria foi publicada no Brasil e prevaleceram os estudos clínicos randomizados. A partir da avaliação do conteúdo das publicações, foram identificadas, de forma geral três categorias, a saber: Efeitos do tratamento anti-hipertensivo na qualidade de vida dos hipertensos; Níveis de adesão e fatores associados ao processo de adesão ao tratamento anti-hipertensivo; e Estratégias propulsoras de melhoria da qualidade da assistência ao público hipertenso. **Conclusão:** Conclui-se que a população hipertensa estudada apresenta níveis de adesão diferentes. Ressalta-se que se faz necessário a inserção de medidas educativas que fortaleçam os usuários quanto ao autocuidado e proporcionem maior compreensão acerca da importância da adesão à terapia anti-hipertensiva no que tange à redução de danos e prevenção de complicações decorrentes da Hipertensão Arterial Sistêmica.

Descritores: Hipertensão; Cooperação e adesão ao tratamento; Atenção básica.

INTRODUÇÃO

A Hipertensão arterial sistêmica (HAS) é uma condição clínica multifatorial crônica caracterizada por elevação sustentada dos níveis pressóricos ≥ 140 e/ou 90 mmHg. Frequentemente se associa a distúrbios metabólicos, alterações funcionais e/ou estruturais de órgãos-alvo, sendo agravada pela presença de outros fatores de risco, como dislipidemia,



obesidade abdominal, intolerância à glicose e diabetes mellitus (DM) (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2017).

A abordagem terapêutica da pressão arterial elevada inclui medidas não medicamentosas e o uso de fármacos anti-hipertensivos, a fim de reduzir a pressão arterial (PA), proteger órgãos-alvo e prevenir desfechos cardiovasculares e renais. Medidas não medicamentosas tem se mostrado cada vez mais eficazes na redução da PA. A decisão terapêutica deve basear-se não apenas no nível da PA, mas considerar também a presença de fatores de risco, lesão de órgãos-alvo e/ou doença cardiovascular estabelecida. (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2017).


O controle da PA, além de exigir a participação individual, também requer a assistência da equipe de saúde, dentro de um programa eficiente de controle da HAS, pois há fatores relacionados à progressão e cronicidade da doença, juntamente com a falta de sintomatologia, que influenciam e condicionam o processo de efetividade do controle dos níveis pressóricos (GEWEHR, 2018).

A não adesão ao tratamento anti-hipertensivo torna-se um impedimento dos objetivos terapêuticos, caracterizando-se como um dos mais importantes desafios para a saúde pública, principalmente aos profissionais de saúde que atuam na Atenção Primária à Saúde (APS). No entanto esse problema deve ser enfrentado por todos os envolvidos na situação, a saber: a pessoa com diagnóstico de hipertensão, a família, e a equipe de saúde responsável pela assistência. Desta forma ressalta-se a importância em estabelecer estratégias com participação efetiva da pessoa hipertensa em sua qualidade de vida, objetivando minimizar ou evitar essa problemática tão evidente. (FERREIRA et al., 2019).

Diante do exposto, este artigo tem como objetivo avaliar as evidências disponíveis na literatura científica acerca da adesão de hipertensos ao tratamento anti-hipertensivo no período de 2009 a 2019.

METODOLOGIA

Trata-se de uma revisão integrativa, metodologia cuja proposta combina “dados da literatura teórica e empírica, além de incorporar um vasto leque de propósitos: definição de conceitos, revisão de teorias e evidências, e análise de problemas metodológicos de um tópico particular. Assim, pode-se identificar lacunas de conhecimento, levantar o conhecimento já produzido e indicar prioridades para futuros estudos, ou seja, é uma “metodologia que



proporciona a síntese do conhecimento e a incorporação da aplicabilidade de resultados de estudos significativos na prática (DE SOUZA, DA SILVA, DE CARVALHO., 2010).

Para a elaboração da presente revisão integrativa, foram seguidos os procedimentos metodológicos preconizados na literatura pertinente, a saber: 1) Formulação da questão e dos objetivos da revisão; 2) Estabelecimento de critérios para seleção dos artigos; 3) Categorização dos estudos; 4) Avaliação dos estudos incluídos na revisão integrativa; 5) Interpretação dos resultados; 6) síntese do conhecimento (MENDES, SILVEIRA, GALVÃO; 2008).

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

O estudo comparativo de Methley et al., (2014) sobre vários tipos de revisão, sugere que a estratégia PICO permanece como a que possui maior sensibilidade para buscas em diferentes bases de dados. Neste sentido, para este estudo o acrônimo determinado foi: P - hipertensos, I – adesão ao tratamento anti-hipertensivo, C – não se aplica, O - fatores de risco para a adesão ou não adesão ao tratamento. Sendo assim, esse artigo tem como pergunta norteadora: qual a produção de conhecimento sobre a adesão de pacientes hipertensos à terapia anti-hipertensiva?

A busca pelos estudos foi realizada em três bases de dados eletrônicas, de forma a ampliar o âmbito da pesquisa, minimizando possíveis vieses nessa etapa do processo de elaboração da revisão integrativa, a saber: PUBMED (US National Library of Medicine National Institutes of Health), MEDLINE (Literatura Internacional em Ciências da Saúde) e LILACS (Literatura Latino Americana e do Caribe em Ciências Sociais e da Saúde).

De acordo com os critérios de inclusão, os artigos deveriam estar disponíveis na íntegra, voltados ao objeto de estudo, publicado nos idiomas inglês, português ou espanhol, publicados no formato de artigo científico no período de 2009 a 2019, e aplicados à população adulta e idosa.

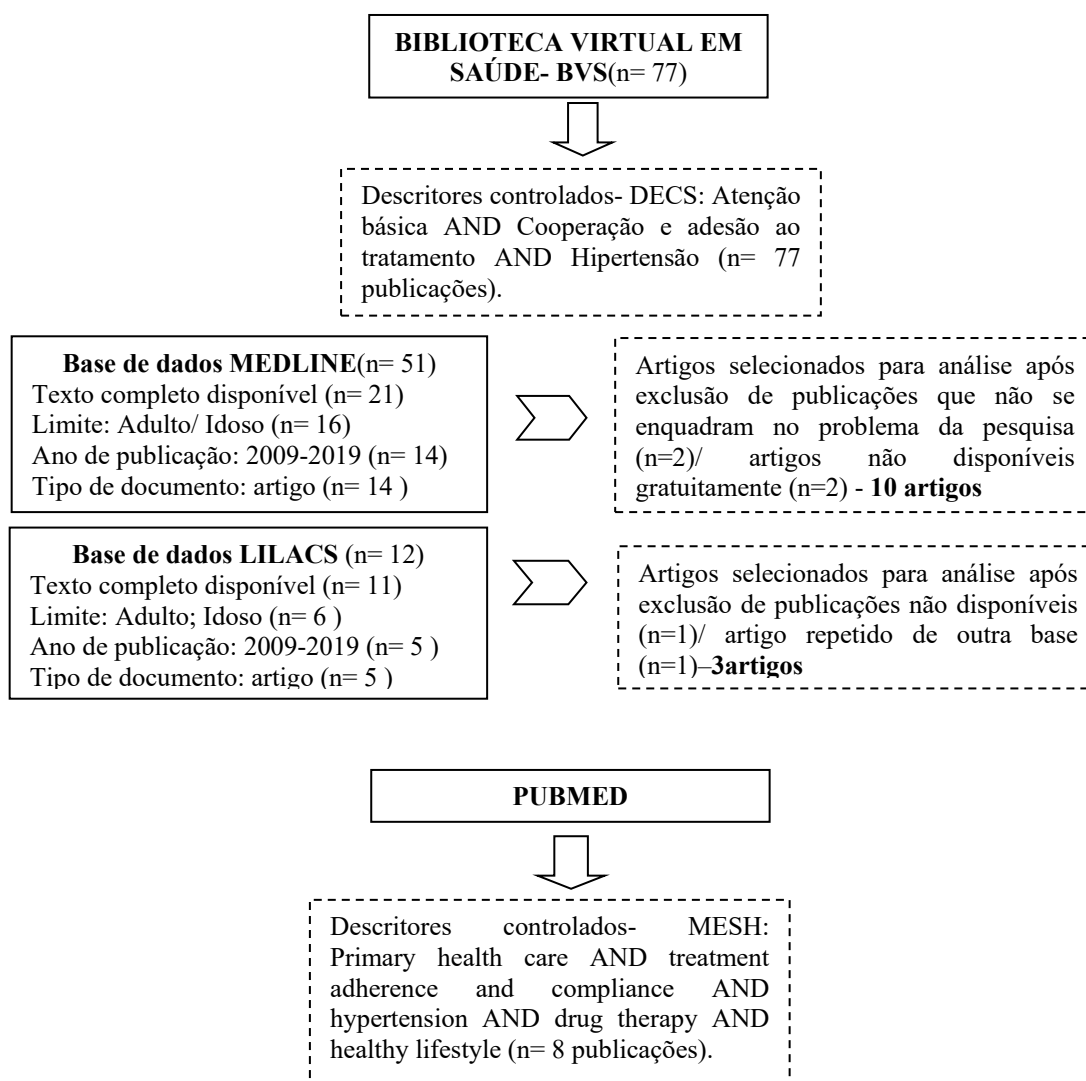
No levantamento dos dados, foi realizado o cruzamento, em conjunto, dos descritores em Ciências de Saúde (DeCS) utilizando o operador booleano “and” com o seguinte esquema:



(Atenção básica AND Cooperação e adesão ao tratamento AND Hipertensão). Utilizou-se, para além do DeCs, os descritores controlados da plataforma *Medical SubjectHeadings(MeSH)*, o qual foi aplicando na base de dados PUBMED com o seguinte esquema: (Primaryhealthcare ANDTreatmentadherenceandcomplianceANDHypertension AND Drugtherapy ANDHealthylifestyle).

A coleta de dados deu-se entre junho e agosto de 2019. Na busca foram encontrados 71 artigos, sendo 51 artigos publicados na base MEDLINE, 12 artigos na LILACS e 8 na PUBMED. Após a aplicação dos critérios de inclusão, sucedeu-se a leitura dos títulos e resumos dos artigos encontrados. Essa leitura prévia objetivou a exclusão de publicações que não se enquadrassem na questão norteadora proposta pela pesquisa, artigos não disponíveis gratuitamente por meio das plataformas e artigos repetidos em duas bases de dados.

Nesse contexto, foi possível selecionar 18 publicações para compor a amostra final, de acordo com o fluxograma e a tabela a seguir:



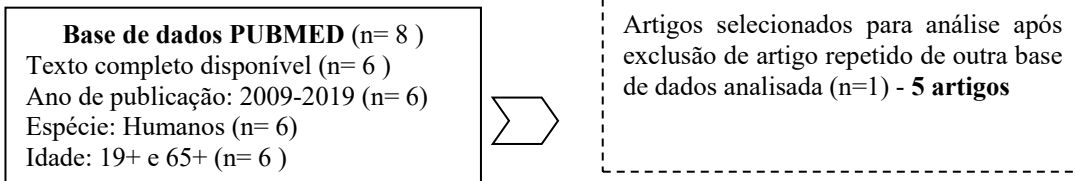


Tabela 1. Artigos selecionados para a revisão integrativa da literatura de acordo com a base de dados

Portal de periódicos	Artigos selecionados
MEDLINE	10
LILACS	3
PUBMED	5
Total	18

Fonte: Elaborada pelas autoras.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Evidenciam-se, com base na tabela 2, as características dos estudos selecionados. Em relação ao ano de publicação, 3 foram publicados em 2009, 2 em 2011, 2 em 2012, 3 em 2013, 3 em 2014, 2 em 2015, 1 em 2017, 1 em 2018, e 1 em 2019, demonstrando que houve lacunas de publicações na sequência dos anos no período pesquisado. A maioria foi publicada no Brasil e no que se refere ao delineamento do estudo, prevaleceu o método do tipo estudo clínico randomizado.

Tabela 2: Caracterização das publicações científicas, segundo título, ano, local e tipo de estudo.

Título do artigo	Ano	País	Tipo de estudo
Reduction in sodium intake is independently associated with improved blood pressure control in people with chronic kidney disease in primary care	2015	Inglaterra	Estudo de coorte prospectivo
From resistance to rescue- patients' shifting attitudes to antihypertensives: a qualitative study	2014	Escandinávia	Estudo qualitativo
More rigorous protocol adherence to intensive structured management improves blood pressure control in primary care: results from the Valsartan Intensified Primary care Reduction of Blood Pressure study	2014	Australia	Estudo clínico randomizado
How many hypertensive patients can be controlled	2013	Itália	Descritivo



in “real life”: an improvement strategy in primary care			
Effects of a web-based patient activation intervention to overcome clinical inertia on blood pressure control: cluster randomized controlled trial.	2013	Estados Unidos	Estudo clínico randomizado
Adesão ao tratamento farmacológico e não farmacológico e fatores associados na atenção primária da hipertensão arterial	2013	Brasil	Estudo transversal e exploratório
Reducing clinical inertia in hypertension treatment: a pragmatic randomized controlled trial	2012	Estados Unidos	Ensaio clínico randomizado
Health practitioners’ state of knowledge and challenges to effective management of hypertension at primary level	2011	África do Sul	Estudo transversal e observacional
The impact of a multidisciplinary information technology-supported program on blood pressure control in primary care	2009	Canadá	Ensaio clínico randomizado
A cluster- randomized controlled trial evaluating the effect of culturally-appropriate hypertension education among Afro-Surinamese and Ghanaian patients in Dutch general practice: study protocol	2009	Holanda	Ensaio clínico randomizado
Evaluación del control de la presión arterial y la adherencia a la terapia en hipertensos seguidos en el Programa de Salud Cardiovascular (PSCV). Asociación con características clínicas, socioeconómicas y psicosociales	2015	Chile	Estudo clínico randomizado
Adesão ao tratamento e hábitos de vida de hipertensos	2019	Brasil	Estudo transversal
Utilização de diretrizes clínicas e resultados na atenção básica à hipertensão arterial	2009	Brasil	Estudo longitudinal observacional
Statistical analysis plan for the control of blood pressure and risk attenuation-rural Bangladesh, Pakistan, Sri Lanka (COBRA-BPS) trial: a cluster randomized trial for a multicomponent intervention versus usual care in hypertensive patients	2018	Singapura	Estudo clínico randomizado
Mobile phone text messaging improves antihypertensive drug adherence in the community	2017	Chile	Estudo multicêntrico randomizado
Awareness and control of hypertension in Bangladesh: follow-up of a hypertensive cohort	2014	Bangladesh	Estudo longitudinal randomizado
Patient trust in physicians and adoption of lifestyle behaviors to control high blood pressure	2012	Estados Unidos	Estudo longitudinal randomizado
Knowledge and adherence to antihypertensive therapy in primary care: results of a randomized trial	2011	Espanha	Estudo prospectivo randomizado

Fonte: Elaborada pelas autoras.

A partir da avaliação do conteúdo das publicações, foram identificadas, de forma geral, três categorias, a saber: Efeitos do tratamento anti-hipertensivo na qualidade de vida dos hipertensos; Níveis de adesão e fatores associados ao processo de adesão ao tratamento anti-hipertensivo; e estratégias propulsoras de melhoria da qualidade da assistência ao público hipertenso.

Tabela 3: Caracterização das publicações científicas, segundo autores e ano.


Categorias	Autor (es)/ Ano
Efeitos do tratamento anti-hipertensivo na qualidade de vida dos hipertensos	Hultgren, JonassoneBillhut, 2014 Nerbasset al., 2015
Níveis de adesão e fatores associados ao processo de adesão ao tratamento anti-hipertensivo	Chacón et al., 2015 Giroto et al., 2013 Gomes, Paes, Traverso; 2019 Parker et al., 2011
Estratégias propulsoras de melhoria da qualidade da assistência ao público hipertenso	Alam et al., 2014 Fillipi et al., 2013 Gnathi et al., 2018 Guirrado et al., 2011 Haafkens et al., 2009 Huebschmann et al., 2012 Jones et al., 2012 Lima et al., 2009 Rinfret et al., 2009 Stewart et al., 2014 Thiboutot et al., 2013 Varleta et al., 2017

A seguir, as categorias encontradas são discutidas.

Efeitos do tratamento anti-hipertensivo na qualidade de vida

A primeira categoria abrange artigos que discutem o efeito do tratamento medicamentoso e não medicamentoso. Hultgren, JonassoneBillhut (2014) esclarecem a experiência e as perspectivas sobre o tratamento farmacológico da hipertensão. Segundo os autores, o tratamento farmacológico é diverso e dependente de fatores como a experiência prévia do paciente e/ou dos familiares, a atitude geral e nível de conhecimento destes frente à patologia, e a confiança no sistema de saúde. Afirma-se que pacientes bem informados, aliados à continuidade nos cuidados de saúde podem influenciar positivamente a experiência e aumentar a adesão ao tratamento.

Quanto às perspectivas relacionadas ao uso dos medicamentos anti-hipertensivos, o estudo evidenciou sentimentos de preocupação relacionados ao diagnóstico inicial e a prescrição do tratamento farmacológico. Alguns participantes relacionaram o uso dos fármacos a um grau mais elevado de comprometimento da saúde, falta de autonomia e, por consequência, perda de controle sobre seu estado de saúde. Constatou-se que o limitado conhecimento sobre a hipertensão influencia sobremaneira a forma como os pacientes lidavam com o diagnóstico, visto que as consequências, efeitos do medicamento e dosagem muitas vezes não são bem compreendidos (Hultgren, Jonasson e Billhut, 2014).



O tratamento farmacológico, em alguns pacientes, contribuiu para o aumento da motivação para mudanças no estilo de vida, levando a um modo de vida mais saudável, porém, para outros, a prescrição de fármacos levou à baixa autoestima e ao sofrimento existencial. Percebeu-se que as atitudes em relação às drogas mudaram com o tempo, começando pela resistência, seguidas por vê-las como um remédio de resgate e, a partir de então, como algo natural. Dessa forma puderam-se perceber graus variados de resistência ao tratamento farmacológico (Hultgren, Jonasson e Billhut, 2014).

Quanto ao tratamento não medicamento, a diminuição da ingestão de sódio tem sido uma das principais variáveis associadas a melhorias na pressão arterial (PA) e na proteinúria, dois importantes fatores de risco para doença cardiovascular (DCV) e progressão da doença renal crônica (DRC).


Nerbass et al (2015) em seu estudo de coorte prospectivo desenvolvido em pacientes hipertensos que desenvolveram DRC, constataram que pessoas com esta patologia, de estágio relativamente precoce, acompanhadas em serviços de cuidados primários, que diminuíram sua ingestão de sódio tiveram uma diminuição tanto nos níveis de pressão arterial (PA) como nos níveis de proteinúria e na velocidade de onda de pulso. Foi avaliado que as pessoas que mantiveram uma alta ingestão de sódio não apresentaram diminuição na PA necessitando de um aumento no número de medicamentos anti-hipertensivos.

Assim, fica evidente a inclusão de medidas não farmacológicas no tratamento anti-hipertensivo como medidas preventivas de complicações devido à hipertensão arterial.

Níveis de adesão e fatores associados ao processo de adesão ao tratamento anti-hipertensivo

Em estudo realizado por Giroto et al (2013) concernente à adesão ao tratamento farmacológico e não farmacológico e fatores associados na atenção primária, as variáveis relativas ao tratamento não farmacológico foram: atividade física regular e dieta. Quanto ao tratamento farmacológico os indivíduos foram categorizados da seguinte forma: hipertensos que abandonaram todo o esquema terapêutico prescrito foram enquadrados como não aderentes, aqueles que tomavam os medicamentos, porém de forma irregular ou que deixavam de tomar um dos medicamentos prescritos, foram classificados como parcialmente aderentes, e os que referiram utilizá-los de forma correta, como totalmente aderentes.

Os resultados obtidos demonstraram níveis variados de adesão conforme as modalidades avaliadas. No que tange às medidas não farmacológicas, os baixos níveis




de adesão à atividade física (29,6%) tornam-se mais relevantes quando se observa que apenas 17,7% as realizam de forma regular e as alterações na dieta responderam pela mais alta taxa de adesão (69,5%), no presente estudo. Entretanto, a grande maioria dos participantes deste trabalho mencionou apenas a redução do consumo dos alimentos de risco, como por exemplo, o sal. A não adesão ao tratamento farmacológico, total ou parcial, foi de 41%. Os principais motivos alegados por aqueles que não aderiam ao tratamento medicamentoso foram esquecimento e achar que a pressão arterial estava controlada (Giroto et al, 2013).

Na pesquisa desenvolvida por Gomes, Paes e Traverso (2019) encontram-se resultados semelhantes quanto às práticas de adesão ao tratamento farmacológico. No referido estudo apenas 6,9% dos participantes foram considerados aderentes, 19,4% tiveram provável adesão, 0,8% provável baixa adesão e 2,8% baixa adesão. Considerando apenas aderentes e não aderentes, 73,6% podem ser considerados não aderentes ao tratamento. Depreende-se que quem tem esquema de múltiplas doses é menos aderente ao tratamento e entrevistados com idade superior a 60 anos falharam mais em relatar as medicações em uso que os demais, além de omitirem mais doses de medicações em seus relatos.

Parker et al (2011) em estudo objetivando analisar os conhecimentos de médicos sobre os cuidados primários em saúde voltadas à hipertensão, o manejo e os desafios ao controle efetivo da hipertensão, evidenciaram que durante as consultas de hipertensos, os médicos que realizam consultas ao público hipertenso entendiam que as modificações do estilo de vida se constituíam em um importante complemento para o tratamento anti-hipertensivo, todavia, os mesmos alegaram repassar de forma insuficiente recomendações voltadas ao tratamento não medicamentoso, sendo enfatizado nas consultas o tratamento medicamentoso, segundo os mesmos, devido à falta de tempo adequado nas consulta para o desenvolvimento de ações de educação em saúde.

Verificou-se que os principais desafios para o tratamento da hipertensão foram: baixa adesão do paciente ao tratamento medicamentoso prescrito, a demanda alta de pacientes, a falta de recursos humanos e a perda da continuidade do contato com os pacientes. Outros fatores mencionados incluíram condições de pobreza, baixa alfabetização de pacientes, falta intermitente ou falta de medicamentos nos serviços de saúde e falta de equipamentos funcionais (incluindo esfigmomanômetros) (Parker et al, 2011)



Outros fatores associados à baixa adesão do tratamento foram evidenciados por Chacón et al. (2015) em seu estudo, o qual verificou-se menor adesão ao tratamento em pacientes do sexo masculino, com baixa renda familiar e baixa escolaridade submetidos à reavaliação inadequada do controle da pressão arterial, relacionamento médico-paciente inadequado e alto nível de estresse emocional e depressão.


Estratégias propulsoras de melhoria da qualidade da assistência ao público hipertenso

Diversas foram as estratégias analisadas e propostas observadas nos estudos abrangidos nesta revisão integrativa. Para Alam et al., (2014) em estudo longitudinal realizado em Bangladesh, verificou-se que a conscientização simples dos hipertensos por profissionais médicos qualificados tem como resultado o aumento da presença dos pacientes nas consultas, bem como a redução e melhor controle da PA na população hipertensa, corroborando com estudo desenvolvido por Filippi et al., (2013), em estudo realizado na Itália, o qual constatou que 82% dos hipertensos que entram em contato com seus médicos de forma regular possuem PA controlada ou dentro dos limites acordados entre médico e paciente.

Jones et al., (2012) em estudo randomizado com objetivo de avaliar a relação entre a confiança dos pacientes em seu médico e a adoção autorreferida de comportamentos de modificação do estilo de vida e adesão a medicamentos para controle da hipertensão, encontrou resultados que indicam que a confiança no médico prevê tentativas de perda de peso entre pacientes com hipertensão, e pode contribuir para tentativas de reduzir o consumo de sal e aumento da prática de exercício físico.

No estudo de Haafkens et al., (2010), foi pesquisada a influência de intervenções educativas sobre hipertensão, com uso de sessões de educação em saúde e divulgação de materiais educacionais culturalmente específicos, obtendo resultados positivos. Lima et al., (2009), em estudo que objetivou identificar estratégias facilitadoras da implantação de diretrizes clínicas de hipertensão arterial em uma unidade de atenção básica, observou-se a tendência de um efeito positivo do Programa Remédio em Casa nos resultados assistenciais e um desempenho levemente favorável do Programa Saúde da Família (PSF) na adesão às diretrizes clínicas de HAS.

Em outro estudo desenvolvido na atenção primária, Rinfret et al., (2019), apontam que a medida domiciliar da PA, aliada a ajustes de doses dos anti-hipertensivos, poderia ser uma



alternativa para confirmar o controle da PA, além de indicar melhora da adesão à prescrição medicamentosa.

Varleta et al., (2017), identificou uma intervenção eficaz para superar a baixa adesão aos medicamentos anti-hipertensivos. Tal intervenção consistia em envio de mensagens de texto por telefone celular. Os autores realizaram um estudo randomizado envolvendo 314 pacientes de 12 diferentes centros de atenção primária em Santiago, Chile. Assim, os pacientes foram aleatoriamente designados para receber ou não receber mensagens relacionadas à adesão a medicamentos anti-hipertensivos e estilo de vida saudável. Verificou-se o aumento de 49% para 62,3% no grupo que recebeu as mensagens de texto.

Stewart et al., (2014) ao analisar a aderência de um protocolo estruturado (VIPER-BP) no manejo da redução de pressão arterial intensificada envolvendo 119 clínicas de cuidados primários e 1562 participantes randomizados, identificou que em comparação com os cuidados usuais, os participantes da intervenção gerenciados de acordo com o protocolo do estudo tiveram 1,5 vezes mais chances de atingir sua meta individual de PA, eles também eram 1,3 vezes mais propensos a atingir uma PA menor que 140/90 mmHg.

Entretanto, em alguns estudos, certas estratégias implantadas não resultaram em mudanças significativas no tocante ao controle da PA ou adesão ao tratamento, a exemplo do estudo de Guirado et al., (2010) no qual uma estratégia de intervenção educacional não teve impacto significativo na adesão dos hipertensos a medicação.

Em intervenção multifacetada desenvolvida por Huebschmann et al., (2012) enfatizando o agendamento recorrente de consultas e o fornecimento oportuno de informações e aconselhamento para pacientes hipertensos, destacou-se que embora esses esforços afetassem o comportamento dos pacientes e obtivesse redução da inércia clínica tradicional, não resultaram em melhor controle da PA.

No estudo de Thiboutot et al., (2013), o uso de um site interativo projetado para superar a inércia clínica no tratamento da hipertensão não levou a melhorias no controle da pressão arterial, apesar da adesão dos participantes à intervenção ser alta. Estudo desenvolvido por Gandhi et al., (2018) objetivou avaliar a eficácia de outra intervenção multicomponente em comparação com os cuidados usuais em termos de mudança média na PAS, porém não foram encontrados resultados contundentes.



CONCLUSÕES

Conclui-se que a população hipertensa estudada nos artigos selecionados apresenta níveis de adesão diferentes ao tratamento recomendado e inúmeras são as estratégias que podem ser adotadas pelos profissionais de saúde, familiares e pacientes no tocante a uma melhor adesão ao tratamento anti-hipertensivo.

Ressalta-se que se faz necessário a inserção de medidas educativas que fortaleçam os usuários quanto ao autocuidado e proporcionem maior compreensão acerca da importância da adesão à terapia anti-hipertensiva no que tange à redução de danos e prevenção de complicações decorrentes da Hipertensão Arterial Sistêmica.

REFERÊNCIAS

ALAM, D. S.; *et al.* Awareness and control of hypertension in Bangladesh: follow-up of a hypertensive cohort. *BMJ Open*, v. 4, n. e004983, p. 1-8, 2014.

De, J.; *et al.* Evaluación Del control de La presión arterial y la adherencia terapéutica en hipertensos seguidos en el Programa de Salud Cardiovascular (PSCV): Asociación con características clínicas, socioeconómicas y psicosociales. *Revista chilena de cardiología*, v. 34, n. 1, p. 18-27, 2015.

DE SOUZA, M. T.; DA SILVA, M. D.; DE CARVALHO, R. Revisão integrativa: o que é e como fazer. *Einstein*, v. 8, n. 1, p. 102-6, 2010.

FERREIRA, E. A.; *et al.* Fatores Associados a não Adesão ao Tratamento da Hipertensão Arterial Sistêmica em Clientes Idosos. *Revista multidisciplinar e de psicologia*, v. 13, n. 44, p. 865-876, 2019.

FILIPPI, A.; *et al.* How many hypertensive patients can be controlled in “real life”: an improvement strategy in primary care. *BMC family practice*, v. 14, n. 1, p. 192, 2013.

GANDHI, M.; *et al.* Statistical analysis plan for the control of blood pressure and risk attenuation-rural Bangladesh, Pakistan, Sri Lanka (COBRA-BPS) trial: a cluster randomized trial for a multicomponent intervention versus usual care in hypertensive patients. *Trials*, v. 19, n. 1, p. 658, 2018.

GEWEHR, D. M.; *et al.* Adesão ao tratamento farmacológico da hipertensão arterial na Atenção Primária à Saúde. *Saúde em Debate*, v. 42, n. 116, p. 179-190, 2018.

GIROTTO, E.; *et al.* Adesão ao tratamento farmacológico e não farmacológico e fatores associados na atenção primária da hipertensão arterial. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 18, p. 1763-1772, 2013.

GOMES, B. R. P.; PAES, G. O.; TRAVERSO, F. A. Adesão ao tratamento e hábitos de vida de hipertensos. *RevFunCare Online*, v. 11, n. 1, p. 113-117, 2019.



GUIRADO, E. A.; et al. Knowledge and adherence to antihypertensive therapy in primary care: results of a randomized trial. **Gaceta Sanitaria**, v. 25, n. 1, p. 62-67, 2011.

HAAFKENS, J. A. et al. A cluster-randomized controlled trial evaluating the effect of culturally-appropriate hypertension education among Afro-Surinamese and Ghanaian patients in Dutch general practice: study protocol. **BMC health services research**, v. 9, n. 1, p. 193, 2009.

HUEBSCHMANN, A. G.; et al. Reducing clinical inertia in hypertension treatment: a pragmatic randomized controlled trial. **The Journal of Clinical Hypertension**, v. 14, n. 5, p. 322-329, 2012.

HULTGREN, F.; JONASSON, G.; BILLHULT, A. From resistance to rescue—patients' shifting attitudes to antihypertensives: A qualitative study. **Scandinavian journal of primary healthcare**, v. 32, n. 4, p. 163-169, 2014.

JONES, D. E.; et al. Patient trust in physicians and adoption of lifestyle behaviors to control high blood pressure. **Patient education and counseling**, v. 89, n. 1, p. 57-62, 2012.

LIMA, S. M. L.; et al. Utilização de diretrizes clínicas e resultados na atenção básica à hipertensão arterial. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 25, n. 9, p. 2001-2011, 2009.

MENDES, K. S.; SILVEIRA R. C. C. P, GALVÃO C. M. Revisão integrativa: método de pesquisa para a Incorporação de evidências na saúde e na enfermagem. **Texto Contexto Enferm**, v. 17, n. 4, p. 758- 764, 2008.

METHLEY, A. M; et al. PICO, PICOS and SPIDER: a comparison study of specificity and sensitivity in three search tools for qualitative systematic reviews. **BMC Health Services Research**, v. 14, n. 579, p. 1-10. 2014.

NERBASS, F. B.; et al. Reduction in sodium in take is independent ly associated with improved blood pressure control in people with chronic kidney disease in primary care. **British Journal of Nutrition**, v. 114, n. 6, p. 936-942, 2015.

PARKER, A.; et al. Health practitioners' state of knowledge and challenges to effective management of hypertension at primary level. **Cardiovascular journal of Africa**, v. 22, n. 4, p. 186, 2011.

RINFRET, S.; et al. The impact of a multidisciplinary information echnology-supported program on blood pressure control in primary care. **Circulation: Cardiovascular Quality and Outcomes**, v. 2, n. 3, p. 170-177, 2009.

Sociedade Brasileira De Cardiologia. 7^o Diretriz Brasileira de Hipertensão Arterial. **Revista Brasileira de Hipertensão**, v. 24, n. 1, p. 1-91, 2017.

STEWART, S.; et al. More rigorous protocol adherence to intensive structured management improves blood pressure control in primary care: results from the Valsartan Intensified Primary care EReduction of Blood Pressure study. **Journal of hypertension**, v. 32, n. 6, p. 1342, 2014.



THIBOUTOT, J.; et al. Effects of a web-based patient activation intervention to overcome clinical inertia on blood pressure control: cluster randomized controlled trial. **Journal of medical Internet research**, v. 15, n. 9, p. 158, 2013.

VARLETA, P.; et al. Mobile phone text messaging improves anti hypertensive drug adherence in the community. **The Journal of Clinical Hypertension**, v. 19, n. 12, p. 1276-1284, 2017.



CAPÍTULO 20

REPRESENTAÇÕES SOCIAIS DE ADOLESCENTES ESCOLARES SOBRE A INSTITUCIONALIZAÇÃO NA VELHICE: ABORDAGEM PROCESSUAL

Ana Carolinne Sousa da Silveira Diógenes, Enfermeira, Universidade Federal do Piauí
Ticianne da Cunha Soares, Enfermeira, Universidade Federal do Piauí
Bernardo Rafael Blanche, Enfermeiro, Universidade Federal do Piauí
Francisca Tereza de Galiza, Enfermeira, Doutora em Cuidados Clínicos em Saúde e Enfermagem, Professora do Departamento de Enfermagem da Universidade Federal do Piauí


RESUMO

Identificar as representações sociais de adolescentes escolares sobre o processo de envelhecimento de idosos institucionalizados. Pesquisa de abordagem qualitativa, de cunho descritivo e com aplicação da Teoria das Representações Sociais (TRS) na sua abordagem processual. A coleta de dados se deu através de questionário sociodemográficos e formulário de entrevista estruturada, as entrevistas foram dispostas em tabelas para organizar as informações dos sujeitos, já os dados coletados pelas entrevistas foram transcritos, cuidadosamente revisados e processados no software IRAMUTEQ (*Interface de R pour les Analyses Multidimensionnelles de Textes et de Questionnaires*). Entre os pares de associação das representações, notou-se uma forte relação ligada a uma estrutura formando o núcleo central representado pela palavra “não” (116) o que nos remete ao aspecto negativo e indissociável existente nas Instituição de Longa Permanência para Idosos (ILPI's). O estudo revelou que os adolescentes obtiveram mudanças em relação a suas representações, pois a maioria não possuía nenhuma representação social sobre a institucionalização da velhice, onde os mesmos relacionaram essa condição com doença e incapacidade, ancorando a nova representação em bases negativas e substanciando muitas vezes essa velhice a péssimas condições de bem-estar físico e mental do idoso.

Palavras-chave: Adolescente. Idoso. Instituição de longa permanência para idosos. Relação entre gerações. Representações sociais.

INTRODUÇÃO

O envelhecimento é um triunfo do desenvolvimento humano devido ao aumento da longevidade, que tem se tornado uma das maiores conquistas da humanidade. Dessa forma, classifica-se determinada população como em processo de envelhecimento quando as pessoas idosas se tornam uma parcela proporcionalmente maior da população total, isso está relacionado ao declínio da taxa de fecundidade e ao aumento da longevidade (BRASIL, 2012A).




Em 2010, a média mundial da taxa de fecundidade era de 2,52 filhos por mulher (BRASIL, 2010). Assim sendo, podemos observar notório aumento da longevidade de acordo com os seguintes dados. Em 1950, havia 205 milhões de pessoas com 60 anos ou mais no mundo, já em 2012, esse número de pessoas mais velhas aumentou para quase 810 milhões. Projeta-se que esse número alcance 1 bilhão em menos de 10 anos e que se duplique até 2050, alcançando 2 bilhões (BRASIL, 2012A).

Na sociedade moderna, em que jovens estão cada vez mais desvinculados dos idosos, surge a preocupação de resgatar os laços entre as duas gerações, aliando a sabedoria e experiência de vida dos idosos aos conhecimentos da vida moderna dos jovens. Entretanto, muitas vezes o idoso é visto pelos mais jovens como alguém sem expectativas de vida, sem maiores oportunidades na sociedade, alienado ao que lhe é proporcionado e atrelado a incapacidade física e doenças (GVOZD; DELLAROZA, 2012).

Sendo assim, por ter sido considerada jovem durante muito tempo, a população brasileira, não se preocupou com a defesa da dignidade e do bem-estar dos idosos (BRASIL, 2003). Diante disso, muitas famílias não tendo condições de ampará-los, acabam encaminhando-os para as Instituições de Longa Permanência para Idosos (ILPI's). O idoso, nesse processo, passa por várias etapas, numa transformação rápida em que deixa sua casa, um ambiente familiar, para conviver com pessoas desconhecidas (CARMO, et al., 2012).

O Regulamento Técnico para o Funcionamento de ILPI's, a RDC n.º 283, de 26 de setembro de 2005 da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) diz que a relação intergeracional deve ser cumprida, sendo assim, as instituições devem favorecer o desenvolvimento de atividades conjuntas com pessoas de outras gerações, bem como promover a integração dos idosos nas atividades desenvolvidas pela comunidade local, pois esse processo de institucionalização provoca grandiosas mudanças no estilo de vida do idoso, principalmente pela necessidade de reconstruir vínculos, essas mudanças nem sempre são bem-aceitas pelo indivíduo idoso, que possui dificuldade e resistência para adaptar-se ao novo estilo de vida (PIOVEZAN, et al., 2015).

Neste sentido, entende-se que aprender como os adolescentes representam a velhice institucionalizada é relevante para alavancar eventos importantes que viabilizem a compreensão, mudanças de comportamentos, noções, ideias e sentimentos dos mesmos em relação à velhice. Ainda, estimula e amplia debates esclarecedores para prepará-los para a



própria velhice, proporcionando um novo olhar para o estilo de vida e o desejo de envelhecer, pois viabiliza explicar, definir e/ou redefinir conhecimentos objetivados a respeito da velhice, revelados pela apreensão de suas representações sociais (PEREIRA; FREITAS; FERREIRA, 2014).

Assim, o objetivo dessa pesquisa foi identificar as representações sociais de adolescentes escolares sobre o processo de envelhecimento de idosos institucionalizados.


METODOLOGIA

Trata-se de uma pesquisa de abordagem qualitativa, de cunho descritivo e com aplicação da Teoria das Representações Sociais (TRS) na sua abordagem processual, que é uma forma de conhecimento socialmente organizado e partilhado, que tem objetivo prático e colabora para a constituição de uma realidade comum a um grupo social, podendo ser denominada como saber de senso comum ou ainda saber natural (SILVA; CAMARGO; PADILHA, 2011).

Participaram do estudo 30 adolescentes escolares do Ensino Fundamental, com faixa etária entre 14 e 17 anos do 9º ano, sendo selecionados por abranger uma série em que há mais adolescentes na faixa etária de interesse para o estudo, considerando que segundo o Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA), adolescentes são indivíduos que possuem as idades de 12 e 18 anos (BRASIL, 2015).

A coleta de dados ocorreu no período de março a dezembro de 2017, em uma escola pública estadual de ensino fundamental e médio, localizada em um município da região central do Piauí, e se deu em três momentos. O primeiro aconteceu na escola, por meio de uma roda de conversa para a apresentação dos pesquisadores, da proposta aos alunos, realizando uma interação lúdica com os mesmos e entrega da solicitação aos pais ou responsáveis para concessão da permissão de participação dos adolescentes através do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) e outro para que os próprios adolescentes assinassem, Termo de Assentimento Livre e esclarecido (TALE). Cada termo foi assinado em duas cópias, uma para o participante e outra para o pesquisador.

O segundo momento, também realizado na unidade escolar, foi feita uma sensibilização em relação à velhice institucionalizada, através de oficina de desenhos e roda de conversa, apenas a nível de preparação dos adolescentes escolares para o desenvolvimento da próxima etapa.




Assim, cumpridas as etapas anteriores, os adolescentes, em um terceiro momento, foram conduzidos para uma visita em ILPI, onde foi possível realizar na prática uma vivência intergeracional dos adolescentes participantes com a realidade dos idosos institucionalizados, através de atividades como música, jogos, conversas e massagem terapêutica proporcionando uma tarde diferente aos idosos que lá residem.

Após a visita, realizou-se uma entrevista estruturada com os adolescentes, buscando identificar através de suas respostas, possíveis mudanças ocorridas no senso comum de cada adolescente, posterior a participação nas etapas desta pesquisa, à entrevista foi realizada individualmente em uma sala na escola, gravada e depois transcrita de forma extremamente fidedigna ao que foi dito no momento da gravação, para assim conseguir responder de forma clara ao objetivo inicialmente proposto neste estudo.

Para apoiar a análise de dados deste estudo, utilizou-se duas análises feitas pelo *software* IRAMUTEQ (*Interface de R pour les Analyses Multidimensionnelles de Textes et de Questionnaires*), realizadas através do corpus produzido a partir das entrevistas, sendo elas, a análise de similitude e análise de nuvem de palavras. Foram abordados esses dois tipos de análises para a produção e discussão dos resultados desta pesquisa, cada uma, respectivamente, para melhor aglutinação das palavras, ao realizar o processamento no *software*, foram selecionadas apenas as palavras que possuíam frequência de até 7 evocações em todo o corpus, buscando assim os pontos principais das entrevistas.

Os dados coletados por meio de entrevistas foram transcritos e cuidadosamente revisados para correção de possíveis erros e eliminação de ideias confusas ou incompletas para o processamento no *software* IRAMUTEQ. Os resultados oriundos da análise do corpus realizada pelo emprego do IRAMUTEQ foram interpretados com base da teoria das representações sociais (TRS) em sua vertente processual.

Os aspectos éticos foram respeitados, seguindo as normatizações para pesquisas com seres humanos, Resolução do Conselho Nacional de Saúde/Ministério da Saúde – CNS/MS, Nº 466, de 12 de dezembro de 2012, que estabelece as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos (BRASIL, 2012B). A aprovação foi obtida no parecer 2.640.806 do comitê de Ética e Pesquisa (CEP) da Universidade Federal do Piauí (UFPI).



A centralidade do elemento “não” representa a visão negativa dada ao envelhecer sem autonomia, sem família, residindo em uma ILPI, causando compreensões importantes das representações sociais dos adolescentes escolares em relação ao idoso institucionalizado, despertando uma sensibilização quanto à busca por qualidade de vida, não apenas na terceira idade, mas a todo o momento da vida. Faz-se necessário que todas as etapas da vida sejam vividas com qualidade, cuidando da saúde desde o princípio, impedindo assim que a velhice seja patológica e limitante, fazendo desde agora ações que reflitam positivamente no futuro, como se observa nas falas a seguir:

*[...] desde jovem começar a se cuidar, fazer exercício, para não terminar em alguma casa assim. (**** *ind_06 *ida_1a *sex_2b *esc_3a *ido_4b *env_5a).
Eu acho difícil pra eles, porque eles não têm o convívio da família, também pode ser que eles visitem, mas também isso é chato pra eles, porque ficam pensando que eles estão isolados que ninguém pensa neles. (**** *ind_09 *ida_1b *sex_2b *esc_3a *ido_4b *env_5a).*

Ainda há preconceito e paralisação da imagem ou concepção sobre estas instituições, que carregam consigo uma imagem negativa de abandono, tristeza, decadência, características herdadas dos antigos asilos, hoje denominados de ILPI's, que mantêm a visão estereotipada ao negativismo (OLIVEIRA; ROZENDO, 2014).

Sendo assim, essas instituições ainda representam um desafio, uma vez que as alterações próprias do envelhecimento e as doenças preexistentes podem ser agravadas pela institucionalização, gerando diferentes níveis de dependência no idoso. Destaca-se que, mesmo o idoso independente, quando institucionalizado, pode se tornar dependente em razão de dificuldades para aceitar e se adaptar às novas condições de vida, bem como à falta de motivação e de encorajamento comuns nesse ambiente, revelando assim o aspecto negativo dessas instituições (BORGES, et al., 2015).

As conexões “família” (24), “feliz” (22) e “lado” (20) aparecem diretamente ligadas, mostrando uma representação clara quanto ao idoso que é feliz ao lado de sua família e de seus vínculos afetivos, construídos durante toda vida, onde colocam a velhice negativa vivenciada nas instituições e positiva quando fora delas, embora o sentimento de saudade possa estar presente em ambas (BALDIN; MAGNABOSCO-MARTINS, 2017).

*Eu quero envelhecer de uma forma bem diferente da qual eu vi [...] com minha família, convivendo com todo mundo junto, meus netos que eu pretendo ter, sendo feliz. (**** *ind_01 *ida_1a *sex_2b *esc_3b *ido_4b *env_5a).
Mudei a minha visão, eu quero ser feliz, ter filhos, para cuidar de mim, quando eu estiver velha, porque ontem eu vi que o povo abandona que tem gente que não teve*



*filho, por isso foi parar lá, agora eu quero ter filhos, eu não queria, mas agora eu quero ter e ser feliz. (**** *ind_23 *ida_1a *sex_2a *esc_3a *ido_4a *env_5b).*

As evocações em destaque nas zonas periféricas da Figura 1, estão diretamente relacionadas a outras, a exemplo, a palavra “mais” (48), que forma quatro conexões importantes com “estar” (32), “saudável” (32), “velhice” (26) e “mudar” (14), que demonstra relações significativas, evidenciando o desejo de mudança, de chegar mais saudável na velhice, contrapondo a entonação de negação vista na ILPI, como podemos ver nas falas a seguir:

*É mudou meu ponto de vista, porque alguns idosos envelhecem saudáveis e mais felizes com a vida, mas do que eu vi de lá muitos são tristes pelo abandono, e que nem todos são tão saudáveis como outros. (**** *ind_15 *ida_1a *sex_2a *esc_3a *ido_4b *env_5a).*

*Você agora tem noção de como vai envelhecer querendo ou não, quando você menos esperar já vai estar velho, e de certa forma vai ser bom pra você, vai ser uma mudança boa pra você, se tornar uma pessoa mais sábia, que sabe conversar, quero envelhecer da forma mais natural possível, sem ter problema com a vida, sendo saudável. (**** *ind_22 *ida_1a *sex_2b *esc_3a *ido_4b *env_5a).*

A adolescente modifica seu senso comum em relação ao idoso, a partir do momento que conhece outra vertente de velhice, ao ver o idoso fora do seu núcleo familiar, vivenciando uma realidade antes desconhecida por muitos deles, sendo perceptível na seguinte fala:

*[...] mudou muita coisa, porque tipo eu ficava julgando os velhos, [...] que ficavam só enchendo o saco da pessoa, agora eu entendi como é realmente. [...] não quero ser abandonada, a maioria deles me deu pena, eu até chorei lá, [...] muito triste. Menos preconceito e abandono que existe na maioria das famílias. (**** *ind_25 *ida_1a *sex_2a *esc_3b *ido_4b *env_5b).*

*Antes eu pensava que eles eram felizes, mesmo eles estando lá abandonados, eu achava que eles eram felizes, só que a partir de ontem eu fui perceber que não, eles se sentem tristes por ficarem sozinhos lá, por não receber muita visita, então eu percebi que a gente tem que cuidar mais dos idosos, que a gente tem que valorizar mais eles, porque não é por conta da idade que a gente vai ter que desvalorizar eles, tem que cuidar mais. (**** *ind_18 *ida_1a *sex_2a *esc_3b *ido_4a *env_5b).*

Os adolescentes denotam um anseio de informações para sua boa formação social e consequente processo de envelhecimento. E para que isto ocorra, apontam a escola como fundamental e importante instrumento de preparação do sujeito para uma vida sem preconceitos e barreiras, mas com cidadania (PEREIRA; FREITAS; FERREIRA, 2014).

A conexão estabelecida por “muito” (77), “triste” (73), “idoso” (51), “sociedade” (21), “conviver” (13), “abandono” (13), “preconceito” (12), “situação” (10) aponta para uma realidade de abandono e preconceito que existe no senso comum quanto ao processo de institucionalização do idoso. Em relação a isso os adolescentes se mostraram sensibilizados e contrariados, relatando a falta de coragem para tal atitude.



*Depois do que vi ontem, [...] é muito mais difícil do que eu imaginava ficar olhando eles lá naquela situação, [...] é tão triste, não consigo imaginar eu fazendo isso com minha mãe e meu pai, sinceramente. (**** *ind_11 *ida_1a *sex_2a *esc_3b *ido_4b *env_5a).*

*Eu observei que tem vários velhinhos, que a maioria dos filhos, deveria ter mais atenção e cuidar deles, que aquele lugar ali, nenhum merece estar [...], passam em boas condições, mas ali não é lugar deles estarem. (**** *ind_08 *ida_1a *sex_2b *esc_3a *ido_4b *env_5a).*

Em recente estudo, publicado em 2017, é representado o sujeito que habita o ILPI e concretiza a vivência da velhice nesse ambiente (COSTA; MERCADANTE, 2013). Para as entrevistadas, é alguém que sente “abandono”, “solidão” e “saudades”, que foi deixado pela família dentro do abrigo e ali passa a viver dias tristes por conta da solidão e da saudade dos familiares. Uma fala do estudo exemplifica este abandono: “A principal causa [da tristeza do idoso em ILPI] é sentir que se doou tanto tempo para os filhos e para os netos e depois é jogado lá como se não tivesse mais ninguém. (...) Então é o abandono da família que causa essa tristeza tão grande assim”. As participantes teorizam que mesmo estando com outras pessoas com as quais o idoso possa conversar, a solidão é evidenciada pela ausência da família e dos amigos, ou seja, trata-se do abandono daqueles que de alguma forma lhe são significativos.

Em outra zona periférica surge, expressivamente, o termo “lá” (58), onde eles se referem à ILPI, seguido de “só” (24) referindo ao estar sozinho, ligados às conexões “bem” (33), “precisar” (22) e “visita” (09), que reflete a necessidade do contato dos idosos com outros indivíduos, inclusive de outras gerações, promovendo um bem-estar mútuo para ambas as partes.

*Eles precisam de visita, [...] outras pessoas podiam ir lá tentar alegrar, tentar conversar, porque eles precisam é de gente que vai lá e dê atenção, [...] vai ajudar tanto você ir lá ver eles, visitar, conversar, é isso que eu acho que deveria acontecer. (**** *ind_11 *ida_1a *sex_2a *esc_3b *ido_4b *env_5a).*

Dizer que estar presente, ouvir e dialogar com os idosos permitiu compreendê-las, sendo que a ideia central compartilhada por todas as entrevistadas e expressa em seus relatos é de que a ILPI é um local em que vivem idosos abandonados por seus familiares, onde prolifera a tristeza, a solidão e o abandono (BALDIN; MAGNABOSCO-MARTINS, 2017). Conforme apontam, o sujeito que concretiza a velhice neste espaço é triste e abandonado, um idoso que espera o fim da vida de forma solitária. Mas, apesar da gama de afetos negativos nutridos com a instituição, os adolescentes apontam para a necessidade de sua existência para o cuidado de idosos, mesmo defendendo que deveriam permanecer em sua família e não depender das instituições.



Os idosos institucionalizados acabam aceitando o estereótipo que a ILPI carrega, principalmente porque se sentem isolados e abandonados. A rotina não tem variações, as possibilidades de contato e saída são restritas e se perde o interesse por tudo. Os idosos ficam “sem nada a fazer, com um tempo ocioso que chega a lhes causar uma sensação de abandono, de impotência, de incapacidade diante da vida” (COSTA; MERCADANTE, 2013).

Percebe-se a partir das falas uma representação positiva acerca do relacionamento entre as gerações, visto que os valores e ensinamentos estão sendo transmitidos em uma via de mão dupla e, sobretudo, estão sendo respeitados, fazendo com que aconteça um distanciamento da ideia de atritos e conflitos intergeracionais e que estas relações fiquem mais fortes e saudáveis (PEREIRA; FREITAS; FERREIRA, 2014).

*[...] eu aprendi a amar, eu escutei bem eles, os conselhos, o convívio mais aproximado, porque é muito triste, abandonar o idoso assim. (**** *ind_26 *ida_1a *sex_2b *esc_3b *ido_4a *env_5b).*

Assim, quanto às representações sociais dos adolescentes escolares, destaca-se a visão negativa da institucionalização da velhice, o desejo de uma velhice saudável e ativa, o abandono e preconceito quanto a instituição e a representação positiva do relacionamento intergeracional, salientando o quanto os adolescentes se mostraram sensíveis a uma visão real evidenciada também pelo sentimento de tristeza muitas vezes citado. Sem objetivar a realidade, apresentando-a da forma como foi vivenciada, expressando um desejo futurista de que sua própria velhice seja e aconteça de maneira positiva.

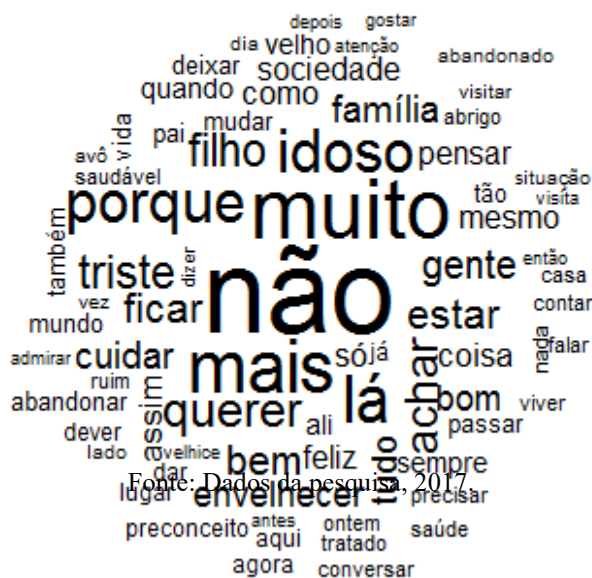
Através das falas ditas nas entrevistas, pode-se constatar como a sensibilização realizada teve efeito positivo nas representações dos adolescentes. Os aspectos novos de outra realidade são enquadrados em um modelo já existente “sob pena de não ser nem compreendido, nem decodificado” (MOSCOVICI, 2015).

A nuvem de palavras, apresentada na Figura 2, agrupa e organiza as palavras graficamente em função da sua frequência de maneira aleatória. É uma análise lexical mais simples, porém graficamente bastante interessante, na medida em que possibilita a rápida identificação das palavras-chave de um corpus.

Na figura 2, nota-se que as palavras são posicionadas aleatoriamente de tal forma que as mais frequentes aparecem maiores que as menos, demonstrando assim seu destaque no corpus de análise, sendo possível identificar que a palavra “não”, detém a centralidade representacional do corpus, evidenciando o aspecto negativo que está diretamente ligado ao

idoso institucionalizado, o que vem a reafirmar a análise feita anteriormente pela árvore de co-ocorrência da análise de similitude. As respostas que compõe esta parte da análise contêm as palavras-chave as quais os adolescentes usaram para externar suas representações sociais sobre a velhice institucionalizada.


Figura 2 – Nuvem de palavras processado pelo software IRAMUTEQ. Picos-PI, 2017.



Assim, o resultado gráfico da nuvem de palavras, gerou um leque semântico de palavras evocadas com maior frequência pelos adolescentes escolares, destacam-se as palavras “porque”, “muito”, “filho”, “idoso”, “cuidar”, “triste”, “envelhecer”, “família”, “sociedade”, “preconceito”, “lá” (como se referem à ILPI), “querer”, “bem”, “feliz”, “gente”, “tudo”, “abandono”, “ficar”, “admirar”, “mudar”, “saudável”, “vida”, “atenção”, “visitar” e “gostar” são as principais representações mencionadas.

Analisando o sentido de cada um dos termos supracitados, observou-se a sensibilização dos jovens quanto ao aspecto negativo da instituição, porém notou-se evidente o sentimento de ajudar, tentar mudar aquela realidade, buscando soluções para os problemas identificados, tentando de alguma maneira suprir a tristeza e negatividade que está atrelada ao local.

Pode-se constatar que a nuvem de palavras corrobora os resultados explicitados e discutidos a partir da análise de similitude, evidenciando que as representações sociais dos adolescentes foram principalmente de negação sobre a institucionalização na velhice, o que



influencia de forma positiva as representações sociais existentes em todos os adolescentes participantes dessa pesquisa.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Esta pesquisa permitiu conhecer por meio da lexicografia básica o vocabulário mais frequente no relato de um adolescente escolar em relação à institucionalização da velhice. A palavra “não”, no sentido de tristeza e sentimentos negativos ligados a essas instituições, foi o termo lexical mais frequente, dando base para a construção das representações sociais desses indivíduos.

O estudo revelou que, na percepção dos adolescentes escolares, o idoso no âmbito familiar é mais feliz, saudável, e que mesmo com suas singularidades e complexidades, exigindo uma atenção redobrada no cuidado prestado a essa fase, não concordam com a ideia de abandono por parte dos familiares, onde relatam vontade de mudanças nessa realidade. Outra ideia apresentada, é sobre as mudanças em relação a suas representações acerca da institucionalização, relacionaram essa condição com doença e incapacidade, ancorando a representação em bases negativas e substanciando muitas vezes essa velhice a péssimas condições de bem-estar físico e mental do idoso.


Desta maneira, o processo de construção das representações sociais dos adolescentes escolares se torna sólido através do processo de sensibilização ocorrido após as intervenções, dentre elas principalmente a visita a ILPI, uma vez que a maioria deles relatou não possuir nenhum contato com aquela realidade, confrontando como meio social ao qual estão imersos, caracterizados por um senso comum formado ao longo da vida de cada um.

REFERÊNCIAS

BALDIN, T.; MAGNABOSCO-MARTINS, C. R. Tecendo representações sociais sobre envelhecer em instituições de longa permanência para idosos. **Parrésia: Revista Discente de Psicologia**, v.1, n.1, p. 55-84. 2017.

BORGES, C. L.; SILVA, M. J.; CLARES, J. W. B.; NOGUEIRA, J. M.; FREITAS, M. C. Características sociodemográficas e clínicas de idosos institucionalizados: contribuições para o cuidado de enfermagem. **Revista Enfermagem UERJ**, v. 23, p. 381-387, 2015.

BRASIL. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. **Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística**. Expectativa de Vida, 2003 (acesso 11 set. 2020). Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br>>.



_____. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Resolução RDC n. 283, de 26 de setembro de 2005. Aprova o Regulamento Técnico que define normas de funcionamento para as Instituições de Longa Permanência para Idosos. *Diário Oficial da União*; Brasília, 27 set. 2005 (acesso 11 set. 2020). Disponível em: <www.portalsaude.gov.br>.

_____. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. **Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística**. Censo demográfico 2010 (acesso 11 set. 2020). Síntese de indicadores sociais: Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br>>.

_____. Fundo de População das Nações Unidas – Resumo Executivo Envelhecimento no século XXI: celebração e desafio, 2012 (acesso 11 set. 2020). Disponível em <http://www.unfpa.org/webdav/site/global/shared/documents/publications/2012/Portuguese-Exec-Summary.pdf>. A

_____. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Resolução 466/12. Trata de pesquisas em seres humanos e atualiza a resolução 196. [Internet]. *Diário Oficial da União*. 12 dez. 2012 (acesso 11 set. 2020). Disponível: <http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf>. B

_____. [Estatuto da criança e do adolescente (1990)]. **Estatuto da criança e do adolescente** [recurso eletrônico] Lei n. 8.069, de 13 de julho de 1990, e legislação correlata. – 13. ed. – Brasília. Câmara dos Deputados, Edições Câmara, 2015 (acesso 11 set. 2020). (Série legislação ; n. 175).

CARMO, H. O.; RANGEL, J. R. A.; RIBEIRO, N. A. P.; ARAÚJO, C. L. O. Idoso institucionalizado: o que sente, percebe e deseja? **RBCEH**, v. 9, n. 3, p. 330-340, 2012.

COSTA, M. C. N. S.; MERCADANTE, E. F. O Idoso residente em ILPI (Instituição de Longa Permanência do Idoso) e o que isso representa para o sujeito idoso. **Revista Kairós Gerontologia**, v. 16, n. 2, p. 209-222, 2013.

GVOZD, R.; DELLAROZA, M. S. G. Velhice e a relação com idosos: o olhar de adolescentes do ensino fundamental. **Revista brasileira de geriatria e gerontologia**, v. 15, n. 2, p. 295-304, 2012.

MOSCOVICI, S. **Representações Sociais: investigações em psicologia social**. 11.ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 2015.

OLIVEIRA, M. J.; ROZENDO, C. A. Instituição de longa permanência para idosos: um lugar de cuidado para quem não tem opção? **REBEn**, v. 67, n. 5, p. 773-779, 2014.

PIOVEZAN, M.; BESSA, T. A.; BORGES, F. S. P. S.; PRESTES, S. M.; CHUBACI, R. Y. S. “Troca de cartas entre gerações”: Projeto gerontológico intergeracional realizado em uma ILPI de São Paulo. **Revista Kairós Gerontologia**, v. 18, n. 3, p. 137-153, 2015.

PEREIRA, R. F.; FREITAS, M. C.; FERREIRA, M.A. Velhice para os adolescentes: abordagem das representações sociais. **Rev Bras Enferm**, v. 67, n. 4, p. 601-609, 2014.

SILVA, S. E. D.; CAMARGO, B. V.; PADILHA, M. I. A Teoria das Representações Sociais nas pesquisas da Enfermagem brasileira. **Rev Bras Enferm**, v. 64, n. 5, p. 947-951, 2011.



CAPÍTULO 21

ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM AO PORTADOR DA DOENÇA DE ALZHEIMER E SEUS CUIDADORES

Cleudiane Nascimento Sousa, Graduada de Enfermagem, FAP

Paulo Daniel Maria, Graduando de Enfermagem, FAP

Wanderson Rocha Oliveira, Enfermeiro, Pós-Graduando em Enfermagem e as Patologias, FAMEESP

Márcio Fraiberg Machado, Docente de Enfermagem, FAP


RESUMO

Introdução: O aumento da perspectiva de vida possibilitou o crescimento do número de idosos, aumentando com isso as incidências de doenças crônico-degenerativas. A doença de Alzheimer é uma neuropatologia que resulta na deterioração cerebral. É definida por falhas na memória, aprendizagem e linguagem que progridem. No processo do cuidar do alzheimeriano é necessário entender os impactos sobre cuidadores e familiares que podem desenvolver desgaste emocional, afetando a qualidade de vida. **Objetivo:** Identificar a assistência de enfermagem ao portador da doença de Alzheimer e seus cuidadores. **Método:** Trata-se de uma pesquisa qualitativa, descritiva e exploratória, do tipo revisão integrativa. Realizou-se busca de publicações nas Bases de Dados SciELO, BVS e CAPES no período de 2015 a 2018. **Resultados:** A discussão foi realizada em duas categorias: *O Impacto da doença de Alzheimer na vida do portador e a assistência de enfermagem ao cuidador do Alzheimeriano*. O primeiro evidencia as alterações na vida do doente, destacando as repercussões na qualidade de vida deste. A segunda aborda o cuidado aos familiares e cuidadores, uma vez que estes reorganizam a vida para o cuidado do paciente, perdendo muitas vezes a alegria, felicidade e satisfação. **Conclusão:** O enfermeiro deve atuar para melhorar a qualidade de vida do paciente e dos cuidadores, orientando a maneira de exercer o cuidar. Deve romper o paradigma de cuidado apenas no ambiente hospitalar, mas considerar que este também é realizado diariamente, modificando a realidade dos pacientes e auxiliando para a manutenção da qualidade de vida deste.

PALAVRAS-CHAVE: Mal de Alzheimer. Assistência de Enfermagem. Cuidador.

INTRODUÇÃO

A humanidade está enfrentando mudanças no perfil demográfico na atualidade, o número de pessoas com idade superior a 60 anos de idade poderá superar o de crianças inferiores a catorze anos, condizendo a 22,1% e 19,6% da população mundial. Estima-se que futuramente o Brasil seja uma das maiores áreas da América Latina com maiores de 60 anos (BURLÁ et al., 2013).



Com a ampliação da perspectiva de vida é possível observar um crescente aumento de pessoas idosas. O envelhecimento populacional é um desenvolvimento global relacionado a alguns fatores, como o acréscimo da expectativa de vida, progresso na medicina e melhoria na qualidade de vida, provocando crescimento progressivo de casos de doenças crônico-degenerativas, dentre elas a demência (VIZZACHI et al., 2015).

Nota-se uma crescente ampliação do número de pessoas idosas, e também das doenças crônicas de caráter progressivo, como é o caso da doença de Alzheimer (DA) que, embora também afete pessoas em idade jovial, possui sua maior incidência em maiores de 65 anos (ALZHEIMER'S, 2015).


Diante da diminuição da capacidade cognitiva populacional, verifica-se o aumento do predomínio das demências, enfatizando-se a DA, uma doença neurodegenerativa caracterizada pela perda de conexões cerebrais, inflamação e eventual morte de células do encéfalo (STORTI et al., 2016).

Esta neuropatologia progride vagorosamente, resultando na deterioração cerebral. A DA é definida por falhas na memória, aprendizagem e linguagem que tendem a se exagerar pelo avanço da doença. O diagnóstico é considerado esperável quando há prova de alterações genéticas e quando não há confirmação, mas a perda das funções cognitivas ocorre de forma gradual e há ausência de outras causas (BERTAZONE et al., 2016).

Com relação a um tratamento, não existem medicamentos ou remédios capazes de bloquear ou alterar o curso da DA, nem sequer de impedir o seu aparecimento. Entretanto, a doença é tratável através de intervenções que visem melhorar a qualidade de vida (CORREA et al., 2016).

Considerando que no processo do alzheimeriano envolve questões complexas, alterações de comportamento em portadores da Doença de Alzheimer impactam as vidas dos cuidadores familiares e resultam em desgaste emocional, sofrimento, tristeza, esgotamento, situações estressantes e afetam a qualidade de vida do próprio cuidador (MIRANDA; DA SILVA, 2010).

As maneiras como os familiares/cuidadores enfrentam e compreendem a doença de Alzheimer é de típico interesse, principalmente para a Enfermagem e para toda a equipe multiprofissional da saúde, por desenvolverem um papel que desempenha no processo terapêutico e também por estarem em maior risco de desenvolver doenças e sofrer prejuízos



psicossociais. Além disso, a forma como que cada um irá se apresentar diante da doença pode influenciar tanto positiva como negativamente no modo de cuidar (FOLLE;SHIMIZU; NAVES, 2016).

Dessa forma, é necessário que o profissional de saúde, excepcionalmente o enfermeiro, que geralmente é, o profissional responsável pela liderança e sistematização do processo de cuidado às pessoas, identifique as dificuldades vivenciadas pelos familiares cuidadores e desenvolvam estratégias de cuidado e apoio aos familiares na realização das atividades cotidianas de cuidado às pessoas com (ILHA et al, 2016).

Visando o interesse por um cuidado de enfermagem aos tratadores de pessoas portadoras da DA e a realização de estudos que busquem encontrar estratégias com o olhar ao enfrentamento do paradigma de que o cuidar deve ser prestado apenas ao paciente. O presente artigo tem como objetivo, analisar assistência de enfermagem ao cuidador do familiar portador da doença de Alzheimer.

METODOLOGIA

Este estudo consiste em uma revisão sistemática da literatura, cujo método compreende a análise de pesquisas de considerável relevância, conferindo suporte à tomada de decisão. Severino,(2017) afirma que a revisão sistemática é aquela que se realiza a partir do registro disponível, decorrente de pesquisas anteriores semelhantes, utilizando-se dados ou categorias teóricas já trabalhadas por outros pesquisadores e devidamente registradas.

Foi realizado um levantamento de informações, nas quais as bases de dados utilizadas foram: ScientificElectronic Library Online (SCIELO), Biblioteca Virtual em Saúde (BVS) e Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (Capes), utilizando o DeCS como base de investigação para os seguintes descritores: ‘Assistência de Enfermagem’, ‘Mal de Alzheimer’ e ‘Cuidador’.

Os critérios utilizados como inclusão para os artigos pesquisados foram: artigos originais publicados no período de 2015 a 2018 com resumos e textos completos disponíveis no idioma português. Os periódicos selecionados deveriam abordar títulos e resumos semelhantes ao tema escolhido para que pudesse ter relevância no artigo. Foram descartadas dissertações, teses estudos que possuíam o texto completo indisponível, publicados em outros idiomas que não fosse em língua portuguesa. Excluíram-se também artigos que não coincidiram com o tema.



Houve a seguinte execução de etapas: Identificação de um tema; elaboração de uma questão direcionadora para a formulação do artigo; busca e seleção das literaturas; classificação e avaliação dos estudos; apresentação e revisão.

Nas primeiras buscas, foram achados 454 artigos. E pela leitura de títulos e resumos foram excluídos estudos semelhantes ou iguais que estavam nas diferentes bases de dados. Dessa forma, desses pesquisados apenas 30 periódicos foram lidos totalmente, dos quais apenas 11 responderam à questão direcionadora.

RESULTADOS

Dos 11 artigos avaliados, 7 estavam indexados no SCIELO, 3 na BVS e 1 no CAPES. Em relação ao idioma, 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 11 para facilitar a compreensão e identificação de etapas, conforme descrito no Quadro 1.

Quadro 1 – Artigos selecionados

AUTORES (ANO): PERIÓDICO	TÍTULO	OBJETIVO	CONCLUSÃO
1. Correa et al., (2016): Revista de enfermagem da UFPI	Intervenções de enfermagem nos cuidados aos pacientes idosos com Alzheimer	Identificar as evidências na literatura sobre as intervenções de enfermagem em idosos com Alzheimer	Verificou-se a importância das intervenções na rotina do idoso com DA, principalmente em estágios mais avançados da demência. Através do conhecimento específico da doença, o enfermeiro tem capacidade de orientar o cuidador e/ou familiar nos cuidados diários do idoso com Alzheimer, permitindo uma melhora da qualidade de vida
2. Tristão Dos santos (2015): Texto contexto Enfermagem	Atenção ao familiar cuidador de idoso com doença de Alzheimer uma atividade de extensão universitária	Trata-se de um relato de experiência acadêmica no projeto de extensão universitária: Grupo de Ajuda Mútua aos Familiars de Idosos com Doença de Alzheimer ou Doenças Similares	Deste modo, o envolvimento acadêmico no projeto de extensão enriquece a formação universitária a partir do contato com determinada comunidade e, neste contexto, proporciona maior interação com a complexidade que envolve a família e o idoso Com Alzheimer.



<p>3. Storti et al., (2016): Revista latino-Americana de Enfermagem</p>	<p>Sintomas neuropsiquiátricos do idoso com doença de Alzheimer e o desgaste do cuidador familiar</p>	<p>Analisar a relação entre o desgaste do cuidador familiar e a presença de sintomas neuropsiquiátricos em idosos com doença de Alzheimer ou demência mista</p>	<p>a presença dos sintomas neuropsiquiátricos nos idosos apresentou relação com maior desgaste nos cuidadores.</p>
<p>4. Marins, Hansel, Da Silva (2016): Escola Anna Nery Revista de Enfermagem</p>	<p>Mudanças de comportamento em idosos com Doença de Alzheimer e sobrecarga para o cuidador</p>	<p>Identificar principais mudanças comportamentais em idosos com Doença de Alzheimer e distinções na sobrecarga imposta ao cuidador.</p>	<p>Mudanças comportamentais em idosos com Doença de Alzheimer tem impacto emocional e resultam em situações estressantes, comprometendo a qualidade de vida dos cuidadores. Segurança comprometida significou sobrecarga de funções, sofrimento e medo para os cuidadores participantes. Dentre as implicações para as enfermeiras está demanda por parceria direcionada ao planejamento de cuidado protetor, para manejar mudanças comportamentais.</p>
<p>5. Cruz et al., (2015) Revista Brasileira de Enfermagem</p>	<p>Estimulação cognitiva para idoso com Doença de Alzheimer realizada pelo cuidador</p>	<p>Conhecer a influência da estimulação cognitiva no domicílio, realizada pelo cuidador de idosos com Doença de Alzheimer.</p>	<p>Esta estratégia pode ser considerada uma tecnologia leve do cuidado de enfermagem para idosos com demência. Quando o cuidador realiza este cuidado, após o suporte do enfermeiro, sente-se menos ansioso e com maior compreensão da doença.</p>
<p>6. Vizzachi et al., (2015): Revista da escola de Enfermagem USP</p>	<p>A dinâmica familiar diante da doença de Alzheimer em um de seus membros*</p>	<p>Compreender a dinâmica familiar quando há um portador de Alzheimer em domicílio, a fim de contribuir com as famílias e a equipe de enfermagem na elaboração de estratégias de enfrentamento da doença.</p>	<p>Foi possível conhecer as manifestações e repercussões da doença de Alzheimer na família, como ajuda mútua, mobilização de recursos para ativar as lembranças do passado, espiritualidade e fé. Houve também entendimento da estrutura da dinâmica familiar.</p>
<p>7. Ilha et al., (2018): Texto Contexto Enfermagem</p>	<p>Gerontotecnologias utilizadas pelos familiares/ cuidadores de idosos com Alzheimer: contribuição ao cuidado complexo</p>	<p>Identificar gerontotecnologias desenvolvidas/empregadas pelos familiares/cuidadores como estratégias de cuidado complexo à pessoa idosa/família com doença de Alzheimer.</p>	<p>Os familiares/cuidadores de pessoas idosas com doença de Alzheimer vivenciam dificuldades nos aspectos físico, mental e social, para as quais desenvolvem/empregam gerontotecnologias na forma de produto e de processo/conhecimento/estratégias, para auxiliá-los no cuidado/convivência com a pessoa idosa com a doença de Alzheimer.</p>



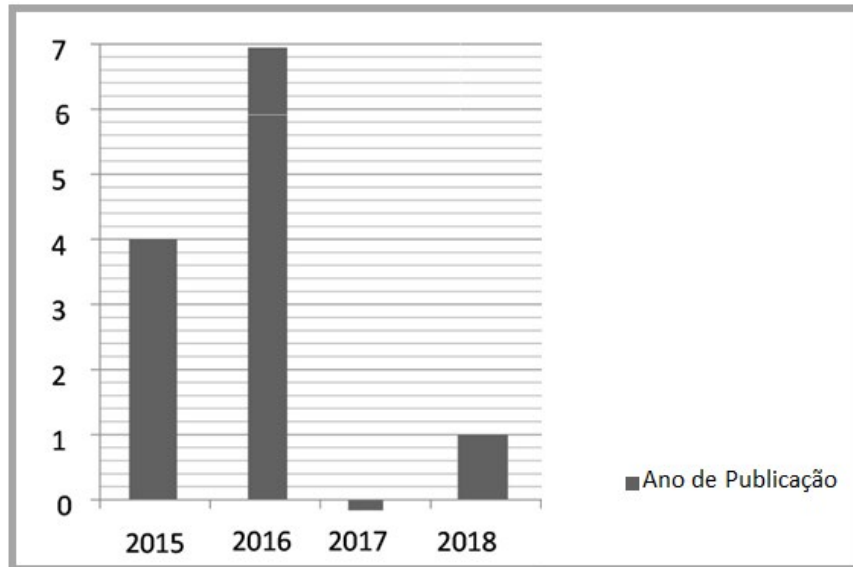
<p>8. Ilha et al., (2015): Escola Anna Nery Revista de Enfermagem</p>	<p>(Re)organização das famílias de idosos com Alzheimer: percepção de docentes à luz da complexidade</p>	<p>: Conhecer a percepção de docentes dos cursos da área da saúde que integram um projeto universitário de apoio a familiares/cuidadores de idosos com a doença de Alzheimer acerca da (re)organização familiar à luz da complexidade</p>	<p>Os docentes reconhecem que a (re) organização familiar é um processo complexo, gradual e singular, compreendido à medida em que surgem as alterações geradas pela doença.</p>
<p>9. Bertazone et al., (2016): Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste</p>	<p>Ações multidisciplinares/inter disciplinares no cuidado ao idoso com Doença de Alzheimer</p>	<p>identificar as evidências disponíveis na literatura sobre o efeito das ações multidisciplinares/interdisciplinares na saúde ou no tratamento do idoso com Doença de Alzheimer.</p>	<p>As ações multidisciplinares/interdisciplinares podem oferecer cuidados mais efetivos para os idosos com Doença de Alzheimer, maximizando seu nível cognitivo e funcional, com melhoria da qualidade de vida tanto para o paciente, quanto para os familiares/cuidadores aberta.</p>
<p>10. Folle, Shimizu, Naves. (2016): Revista da escola de Enfermagem USP</p>	<p>Representação social da doença de Alzheimer para familiares cuidadores: desgastante e gratificante</p>	<p>Conhecer o conteúdo da Representação Social (RS) dos familiares cuidadores de pacientes com doença de Alzheimer sobre a doença</p>	<p>Devido à importância dos temas relacionados à dependência do paciente e às repercussões pessoais e emocionais da doença, a sobrecarga é o principal conteúdo da RS da doença de Alzheimer para os cuidadores e o conhecimento dessas RS pelos profissionais de saúde deve subsidiar o planejamento de intervenções voltadas a esse grupo.</p>
<p>11. Ilha et al., (2016): Escola Anna Nery Revista de Enfermagem</p>	<p>Doença de Alzheimer na pessoa idosa/família: Dificuldades vivenciadas e estratégias de cuidado</p>	<p>Conhecer as dificuldades vivenciadas pelos familiares cuidadores de pessoas idosas com doença de Alzheimer e desenvolver estratégias que venham de encontro às dificuldades vivenciadas no processo de cuidado às pessoas idosas.</p>	<p>Os familiares cuidadores vivenciam dificuldades de ordem física, mental e social que podem, no entanto, ser minimizadas por meio da construção e socialização de estratégias coletivas e participativas de cuidado em saúde.</p>

Fonte: autor.

O estudo foi constituído de artigos originais que foram publicados entre os anos de 2015 e 2018, conforme mostrado na Figura 01. Sendo a maior quantidade de publicações encontradas nos anos de 2015 e 2016 com 4 artigos e 7 artigos encontrados respectivamente. Quanto aos locais de publicação de periódicos científicos, foram encontrados em 7 locais diferentes, conforme realçado na Figura 02, do qual pode-se perceber que a maior quantidade de publicações ocorreu na Revista da Escola de Enfermagem da USP, Texto e Contexto de

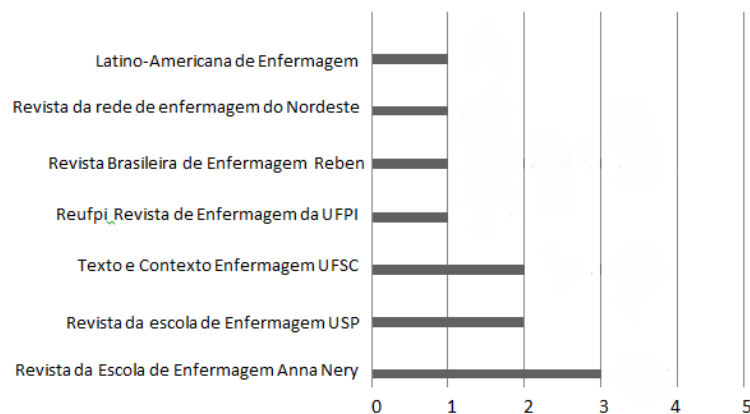
Enfermagem e Escola Anna Nery Revista de Enfermagem todas com duas publicações selecionadas.

Figura 01 – Distribuição do número de artigos científicos encontrados quanto 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 científicos selecionados, podendo relacioná-los com o tema, querendo assim responder as indagações desse estudo, foram catalogadas duas categorias relacionadas a seguir, são elas: *O Impacto da doença de Alzheimer na vida do*



cuidador e a assistência de enfermagem ao cuidador do familiar portador da doença de Alzheimer.

O IMPACTO DA DOENÇA DE ALZHEIMER NA VIDA DO CUIDADOR


É de tremenda importância na vida do ser humano as atividades essenciais, como por exemplo, a assistência e a orientação a uma pessoa na realização das ocupações necessárias ao funcionamento da família e o meio ao qual ela está inserida. Esta intervenção torna-se relevante, pois retrata as tarefas diárias de uma pessoa. No idoso com DA, ter um cuidador que administre essas atividades é uma tarefa fundamental, já que na doença essas atividades acabam regredindo (CORREA et al., 2016).

As pesquisas de VIZZACHI et al., (2015) mostraram que as vivências dos familiares que possuem na família um portador da DA, querem uma mudança na estrutura na dinâmica familiar, que pode envolver uma reforma nas emoções e sentimentos. O diagnóstico dessa doença é uma intimidação a estabilidade e equilíbrio da família.

O cuidador da pessoa com Alzheimer acaba passando por diversas fases, até a fase avançada da doença, podendo levar a sentimentos de aceitação ou negação ao envolvimento excessivo com o paciente. Sendo assim, esse processo de cuidar pode vir a causar impacto emocional, sobrecarga e estresse para os cuidadores (BERTAZONE et al., 2016).

Muitos cuidadores, ao se depararem com às alterações de comportamento dos idosos, acabam também alterando seus próprios hábitos de vida e comportamento, tornando-se pessoas irritadas, estressadas, apresentando insônia, constantemente cansados. Essas mudanças constantes de comportamento possuem um impacto muito negativo na vida dos mesmos, o que os torna mais suscetíveis a quadros de depressão e ansiedade (DA CRUZI et al., 2015).

De acordo com os estudos de Bertazone et al. (2016) o estresse que os cuidadores possuem muitas das vezes está relacionado á quantidade de tempo consumido para o cuidado com o paciente e a grande presença de problemas comportamentais. Evidentemente os sintomas neuropsiquiátricos são comuns nas demências e levam a sobrecarga para os parentes na realização do cuidado.



Os estudos de Ilha et al., (2016) retratam que devido a falta de aceitação, ou até do próprio medo do desconhecido da doença, alguns familiares acabam se afastando e a reorganização familiar acaba focando o seu cuidado em uma única pessoa.

Devido á mudança da dinâmica doméstica, muitas vezes a escolha de quem desempenhará o principal papel de cuidador é feita de forma aleatória e sem uma discussão prévia, o que faz com que este se sinta carregado pela grande responsabilidade com o cuidado e alijado em sua vida pessoal: o familiar que assume a função de cuidador muitas vezes acaba esquecendo o cuidado de si (TRISTÃO; SANTOS, 2015).

A percepção de que o indivíduo com DA está fisicamente presente, mas psicologicamente ausente, leva a pessoa a não apresentar as características que a fizeram reconhecer-se como alguém que sempre foi, o mesmo acaba ocorrendo com seu papel e função na família. As incertezas vividas pelos familiares são permeadas de sentimentos conflituosos e podem ser observadas nas falas das famílias, pois ao mesmo tempo em que temem pensar e/ou falar sobre a morte do familiar, desejam que essa situação tenha um fim (VIZZACHI et al., 2015).

A ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM AO CUIDADOR DO FAMILIAR PORTADOR DA DOENÇA DE ALZHEIMER

Com relação ao manejo dos sintomas comportamentais e psicológicos da demência, é necessária a atuação do profissional de enfermagem no que se refere à orientação aos cuidadores de como lidar com esses sintomas apresentados pelo idoso com demência, elaborando com as mesmas estratégias específicas para cada alteração comportamental (STORTI et al., 2016).

O aconselhamento deve ser oferecido aos familiares e cuidadores como forma de reduzir os transtornos entre os familiares, concedendo o bem-estar dos familiares ou cuidadores. Assim neste estudo, o cuidador é incentivado pelo enfermeiro a desenvolver e dar continuidade a este cuidado no domicílio (DA CRUZI et al., 2015).

A enfermagem interage com os demais profissionais da área da saúde e com os familiares/cuidadores das pessoas com Alzheimer, a fim de estabelecer uma teia de relações e interações, de modo que os familiares possam se reorganizar para o convívio com a DA. Também se considera relevante que se fortaleçam estratégias que não só contemplem o cuidado da pessoa com DA, mas também promover uma boa qualidade de vida aos cuidadores e familiares (ILHA et al., 2015).



O enfermeiro tendo em vista sua profissão como parte de um grande sistema social, reforma o pensamento, quando considera a pessoa idosa como um ser singular, avaliando as singularidades com relação à visão global de um cuidado sistematizado. Simultaneamente, percebendo-a como multidimensional o que engloba toda a sua rede de relações e interações com o ser humano (ILHA et al., 2010; MARINS; HANSEL; DA SILVA, 2016).

A cognição do ser humano, a partir do pensamento complexo, acaba desafiando os profissionais a buscarem formas diferenciadas de atuação para dar conta de atender às necessidades rápidas de cuidado. Para a complexa assistência da pessoa com DA há a grande necessário que os profissionais da saúde, em especial os enfermeiros, atuem junto aos familiares cuidadores, com o objetivo de potencializar a uma reforma do pensamento (ILHA et al., 2015).


De acordo com Folle; Shimizu; Naves, (2016) o cuidado também pode ser visto como forma gratificante tanto pelos cuidadores como para os profissionais da saúde, como uma forma de retorno do cuidado recebido do próprio enfermo em outro momento da vida. Pois mesmo sendo o enfermeiro um mediador de assistência ao cuidado entre o portador da DA e o seu cuidador, o mesmo pode se encontrar em fator de risco emocional durante o processo de resguardo do paciente.

Em demasiados momentos, o cuidado proporcionado pelo cuidador pode ser visto com uma perspectiva positiva em demandas que promovem o desenvolvimento de habilidades, estratégias e competências de forma a tornar-se possível administrar situações de constantes mudanças de um dia para o outro (MARINS; HANSEL; DA SILVA, 2016).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Considerando os resultados obtidos, pode-se observar que a ponte que o profissional de enfermagem faz entre paciente-cuidador poderá empoderar, dar informações e treinar o próprio cuidador para a atenção no domicílio e dessa forma criar um espaço de relações entre os dois. Todo esse processo que acarretará de forma positiva no bem-estar dos familiares é de responsabilidade dos profissionais da área da saúde, excepcionalmente dos enfermeiros que visam diminuir os transtornos entre os familiares e cuidadores, sendo este profissional o mediador para auxiliar o cuidador e continuar essa assistência no domicílio familiar.

Deve ser considerado também o rompimento do paradigma de que o cuidado deve ser prestado apenas no ambiente hospitalar, mas o mesmo deve ser ampliado até o dia a dia do



portador da doença de Alzheimer, trazendo à tona o sentido de cuidado integral que é objetivo principal da Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE).

Aponta-se ainda a carência de informações atualizadas que muitos cuidadores acabam não tendo sobre a doença, pois sem a mesma o manejo e o cuidado adequado acabam decaindo tanto para o paciente quanto para quem está encarregado do cuidar.

REFERÊNCIAS

ALZHEIMER'S, Association. 2015 Alzheimer's disease facts and figures. **Alzheimer's & dementia: the journal of the Alzheimer's Association**, v. 11, n. 3, p. 332, 2015. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25984581>> acesso em: 29 de maio 2019.

BERTAZONE, Thaís Mara Alexandre et al. Ações multidisciplinares/interdisciplinares no cuidado ao idoso com Doença dem Alzheimer. **Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste**, v. 17, n. 1, p. 144-153, 2016. Disponível em: <<https://www.redalyc.org/pdf/3240/324044160019.pdf>> Acesso 29 de maio 2019.


BURLÁ, Claudia et al. Panorama prospectivo das demências no Brasil: um enfoque demográfico. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 18, p. 2949-2956, 2013. Disponível em: <<https://www.scielosp.org/pdf/csc/2013.v18n10/2949-2956/pt>> acesso em 29 de maio 2019.

CORREA, Luciana Póvoas et al. Intervenções de enfermagem nos cuidados aos pacientes idosos com Alzheimer: revisão integrativa. **Rev. enferm. UFPI**, v. 5, n. 1, p. 84-88, 2016. Disponível em: <<http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IsisScript=iah/iah.xis&src=google&base=BDENF&lang=p&nextAction=lnk&exprSearch=31457&indexSearch=ID>> acesso em: 29 de maio 2019.

DA CRUZI, Thiara Joanna Peçanha et al. Estimulação cognitiva para idoso com Doença de Alzheimer realizada pelo cuidador. **Rev Bras Enferm**, v. 68, n. 3, p. 510-6, 2015. Disponível em: <https://www.researchgate.net/profile/Celia_Caldas/publication/281291608_Estimulacao_cognitiva_para_idoso_com_Doenca_de_Alzheimer_realizada_pelo_cuidador/links/55e0531e08ae0b572d91aa/Estimulacao-cognitiva-para-idoso-com-Doenca-de-Alzheimer-realizada-pelo-cuidador.pdf> acesso em 29 de maio 2019.

FOLLE, Aline Duarte; SHIMIZU, Helena Eri; NAVES, Janeth de Oliveira Silva. Representação social da doença de Alzheimer para familiares cuidadores: desgastante e gratificante. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 50, n. 1, p. 79-85, 2016. Disponível: <<https://www.revistas.usp.br/reeusp/article/view/112694/110614>> acesso em 29 de maio 2019.

ILHA, Silomar et al. (Re) organização das famílias de idosos com Alzheimer: percepção de docentes à luz da complexidade. **Escola Anna Nery Revista de Enfermagem**, v. 19, n. 2, p. 331-337, 2015. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ean/v19n2/1414-8145-ean-19-02-0331.pdf>> acesso em 29 de maio 2019.



ILHA, Silomar et al. Doença de alzheimer na pessoa idosa/família: Dificuldades vivenciadas e estratégias de cuidado. **Escola Anna Nery**, v. 20, n. 1, p. 138-146, 2016. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ean/v20n1/1414-8145-ean-20-01-0138.pdf>> acesso em 29 de maio 2019.

ILHA, Silomar et al. Gerontotecnologias utilizadas pelos familiares/cuidadores de idosos com alzheimer: contribuição ao cuidado complexo. **Texto & Contexto-Enfermagem**, v. 27, n. 4, 2018. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/tce/v27n4/0104-0707-tce-27-04-e5210017.pdf>> acesso em 29 de maio 2019.

MARINS, Aline Miranda da Fonseca; HANSEL, Cristina Gonçalves; DA SILVA, Jaqueline. Mudanças de comportamento em idosos com Doença de Alzheimer e sobrecarga para o cuidador. **Escola Anna Nery**, v. 20, n. 2, p. 352-356, 2016. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ean/v20n2/1414-8145-ean-20-02-0352.pdf>> acesso em 29 de maio 2019.

MIRANDA, Aline Fonseca; DA SILVA, Jaqueline. Alterações de comportamento do idoso com doença de alzheimer reveladas pelo cuidador-familiar: Contribuições para a enfermagem gerontológica. **Revista de Pesquisa Cuidado é Fundamental Online**, v. 2, p. 186-189, 2010. Disponível em: <<https://www.redalyc.org/pdf/5057/505750987200.pdf>> acesso em 29 de maio de 2019.

SEVERINO, Antônio Joaquim. **Metodologia do trabalho científico**. Cortez editora, 2017. Disponível em: <<https://books.google.com.br/books?hl=ptBR&lr=&id=uBUpDgAAQBAJ&oi=fnd&pg=PT4&dq=metodologia+do+trabalho+cient%C3%ADfico+Antonio+joaquim+severino&ots=aHvXev3XW3&sig=BnIK5p33WqGnQoo0gnmN0nJl2gE#v=onepage&q=metodologia%20do%20trabalho%20cient%C3%ADfico%20Antonio%20joaquim%20severino&f=false>> Acesso em 29 de maio 2019.

STORTI, LuanaBaldin et al. Sintomas neuropsiquiátricos do idoso com doença de Alzheimer e o desgaste do cuidador familiar. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 24, p. e2751, 2016. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v24/pt_0104-1169-rlae-24-02751.pdf> acesso em 29 de maio 2019.

TRISTÃO, Franco Reis, SANTOS, Silvia Maria Azevedo dos. Atenção ao familiar cuidador de idoso com doença de Alzheimer: uma atividade de extensão universitária. **Texto & Contexto-Enfermagem**, v. 24, n. 4, p. 1175-1180, 2015. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/tce/v24n4/pt_0104-0707-tce-24-04-01175.pdf> acesso em 29 de maio 2019.

VIZZACHI, Barbara Alana et al. A dinâmica familiar diante da doença de Alzheimer em um de seus membros. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 49, n. 6, p. 931-936, 2015. Disponível em: <<https://www.revistas.usp.br/reeusp/article/view/108397/106692>> Acesso em 29 de maio 2019.



CAPÍTULO 22

INFLUÊNCIA DA TERAPIA COM REDE NO FAVORECIMENTO DO PADRÃO MOTOR E GANHO DE PESO EM RECÉM-NASCIDOS PRÉ-TERMOS

[Manoella Carla de Almeida Dias](#), Fisioterapeuta, HMINSN - RR

[Maria Alzira da Costa Alecrim](#), Fisioterapeuta, AVAJU - RR

[José Victor da Costa Alecrim Neto](#), Professor de Educação Física, UNINTER - RR

[Elvis Moura Pereira Costa](#), Acadêmico de Fisioterapia, CEUMA

[João Victor da Costa Alecrim](#), Mestrando em Ciências da Saúde, UFRR


RESUMO

Bebês pré-termo de baixo peso, ou seja, aquele que nasce com menos de 37 semanas de gestação e peso até 2499g, apresentam-se mais vulneráveis em relação às alterações no desenvolvimento neuropsicomotor. Suas condições podem promover um retardo no desenvolvimento motor e fisiológico em alguns casos. O Objetivo desse estudo foi analisar o uso de redes no ganho de peso e desenvolvimento motor de recém nascidos pré-termos. Notou-se que o uso de rede proporcionou melhores ganhos de peso e um acentuado desenvolvimento motor nos recém nascidos pré-termos. Fazendo assim com que o uso de redes seja uma alternativa viável de tratamento.

PALAVRAS-CHAVE: Recém Nascidos, Redes, Incubadoras, Desenvolvimento Motor, Peso

INTRODUÇÃO

Bebês pré-termo de baixo peso, ou seja, aquele que nasce com menos de 37 semanas de gestação e peso até 2499g, apresentam-se mais vulneráveis em relação às alterações no desenvolvimento neuropsicomotor. Isso implica intervenção fisioterapêutica precoce para dar condições para que o neonato se auto-organize recebendo estimulações e favorecendo ao bebê interagir com o ambiente. A razão em que se baseia essa intervenção se dá ao fato que esses bebês têm um alto risco de desenvolverem distúrbios biológicos podendo acarretar em atrasos no desenvolvimento motor (Filho et al., 2009). O neonato pode nascer com baixo peso por dois motivos principais: devido nascimento precoce, ou devido crescimento intrauterino inadequado, ou seja, recém-nascido pequeno para idade gestacional – PIG. Na avaliação do neonato há uma coleta de dados a fim de saber a idade gestacional, sendo essa definida pelo neonatologista (Santos, Araújo e Porto, 2008).



Após o nascimento o neonato necessita de intervenções mínimas para haver uma adequada transição da vida intrauterina para a extrauterina. A temperatura do bebê ao nascer precisa ser estabilizada com uma fonte de calor irradiante. Inicialmente o neonato é recebido em um berço aquecido, posteriormente se o recém-nascido se apresentar instável, ou seja, aquele que não atingiu temperatura adequada ou possui disfunção ou desconforto respiratório será transferido do berço aquecido para isolete (Marcondes, 2003).

Segundo o Ministério da Saúde, no Brasil, aproximadamente 10% dos bebês nascem antes do tempo. Mas o avanço da medicina tem possibilitado que a grande maioria consiga se desenvolver e crescer com saúde. São considerados prematuros (ou pré-termos), os bebês que vem ao mundo antes de completar 37 semanas de gestação (36 semanas e 6 dias).


Os prematuros podem ser classificados de acordo com a idade gestacional ao nascer, sendo o prematuro limítrofe aquele nascido entre 37 e 38 semanas; moderado nascido entre 31 e 36 semanas e prematuro extremo aquele nascido entre 24 e 30 semanas de idade gestacional.

Quanto ao peso de nascimento, denomina-se os bebês com menos de 2kg como baixo peso, muito baixo peso os com menos de 1,5kg e extremo baixo peso aqueles com peso menor que 1kg.

Podem ser considerados recém-nascidos (RNs) de risco os bebês que nascem prematuramente, com baixo peso, e que tem suas primeiras experiências de vida em um ambiente estressante e potencialmente lesivo, como é a maioria das unidades de terapia intensiva neonatal (UTINs). A relação entre a imaturidade desses bebês e os estímulos ambientais nocivos podem levar ao surgimento de anormalidades neuromotoras, cognitivas e comportamentais, de caráter transitório ou permanente.

Bebês pré-termos de baixo peso desenvolvem-se de forma diferenciada, apresentando maior desvio e atraso em diversos aspectos. Padrões motores observados no RN pré-termo de muito baixo peso (inferior a 1500g) caracterizam um atraso na maturação do desenvolvimento ainda persistente na idade de 12 a 18 meses

Segundo pesquisas da neurociência, as intervenções iniciais afetam diretamente a forma com que o cérebro se desenvolve. Acontecimentos adversos ou traumáticos, estressantes, físicos ou psicológicos podem elevar o nível de cortisol. Os níveis de cortisol aumentados podem afetar o metabolismo, o sistema imunológico e o cérebro do bebê, tornando-o mais vulnerável a processos que podem destruir os neurônios e/ou reduzir o




numero de sinapses em algumas regiões cerebrais. Os bebês submetidos a elevados níveis de cortisol, de forma crônica, estão sob maior risco de apresentar atrasos no desenvolvimento neuropsicomotor.

Durante a quarta semana gestacional, entre 22 e 23 dias após a concepção, o complexo desenvolvimento do sistema nervoso central se inicia, no ectoderma embrionário, com a formação do tubo neural. A partir desse momento, pela ação de moléculas de sinalização, os neurônios se proliferam, multiplicam-se e migram para estabelecer a maior parte dos circuitos neuronais e iniciar a mielinização. Esse processo, do qual o desenvolvimento neuropsicomotor está incluso, estará completo na vida adulta e é dinâmico, uma vez que resulta da genética e das forças extrínsecas dependentes do meio ambiente.

O crescimento anatômico, por sua vez, possibilita o desenvolvimento e a interação de subsistemas cerebrais que permitem percepção e ação do feto aos estímulos externos. Se o nascimento ocorre a termo, segundo a Academia Americana de Obstetrícia e Ginecologia aquele que nasce entre 39 a 41 semanas de gestação, os subsistemas já estão desenvolvidos e funcionando de maneira harmoniosa, resultando em boa interação com o ambiente, entretanto, com o nascimento prematuro a plasticidade neural aumenta a vulnerabilidade a experiências adversas precoces, e estímulos inadequados frequentes, podendo resultar em problemas no desenvolvimento neuropsicomotor, de aprendizagem bem como comprometimento futuro das capacidades e competências.

Durante a gestação o feto desenvolve progressivamente sua capacidade de mover-se, pois o meio líquido, de alta densidade, facilita seus movimentos. Nos últimos meses de gravidez, com a diminuição do espaço livre, sua movimentação ampla não é mais possível, e inicia-se, então, o desenvolvimento do tônus flexor, no sentido caudo-cefálico, esse tônus flexor é considerado fisiológico e resultado da maturação do SNC. O tônus flexor favorece o desenvolvimento do sistema reflexo normal do bebê, que com o passar do tempo vai dando lugar aos movimentos voluntários necessários ao exercício de suas habilidades funcionais.

O desenvolvimento é o processo de mudanças complexas e interligadas das quais participam todos os aspectos de crescimento e maturação do organismo, influenciado pelas características biológicas, ambientais e culturais. Cada criança apresenta seu padrão característico de desenvolvimento, visto que suas características inerentes sofrem influência constante de uma cadeia de transações que se passam entre a criança e seu ambiente. Existe



considerável variabilidade individual entre as crianças de diferentes idades, assim como dentro de um mesmo grupo etário. Durante os primeiros anos de vida, os progressos em relação ao desenvolvimento costumam obedecer a uma sequência ordenada, permitindo uma provável previsão de acordo com a idade neuromotora, a respeito das capacidades e do desempenho que se podem esperar. É com base nessas características mais esperadas e mais encontradas que podemos avaliar e comparar o desenvolvimento neuromotor de um lactente ou criança em relação à outra de outra idade.

Diante das bases teóricas de desenvolvimento, desde a maturação do sistema nervoso com a percepção prática, os fatores emocionais e interação como meio, sabe-se que o surgimento dos movimentos espontâneos e a atividade reflexa formam um achado importante para a realização das atividades motoras do neonato. Os movimentos espontâneos representam uma classe diferente dos movimentos de resposta reflexa. Em vez de serem evocados, os movimentos espontâneos surgem sem estímulo aparente e podem ser considerados como auto iniciados, não sendo necessariamente “voluntários”. Reflexos são respostas evocadas, e seu início depende de um estímulo.

O recém-nascido pré-termo, especialmente os prematuros extremos apresentam ao nascer uma hipotonia global e maior amplitude de movimento, em comparação com as crianças nascidas a termo; o grau de hipotonia desses bebês está inversamente relacionado com a idade gestacional. Suas extremidades estão, em geral posicionadas em extensão e abdução, com pouca orientação na linha média e pobre movimentação espontânea. Não apresentam a maturidade neurológica ou a vantagem do posicionamento prolongado no ambiente intrauterino para auxiliar no desenvolvimento do tonus flexor. Ao invés disso, seus fracos grupos musculares são expostos à força da gravidade, o que reforça mais ainda a postura em extensão.

O baixo peso ao nascer de RNs prematuros é outro fator a ser considerado que exerce influência direta no desenvolvimento da criança. Com interrupção da gestação antes do fim do terceiro trimestre de gestação, onde ocorre o maior ganho de peso do bebê, o Rn terá que apresentar esse ganho de peso ponderal fora do ambiente uterino. O meio ambiente ao qual ele passa a interagir prematuramente exerce grande domínio na capacidade do bebê de ganhar de peso. Os fatores como excesso de estímulos, movimentação excessiva, ruídos, e interrupção do sono podem ser fatores desfavoráveis ao ganho de peso necessário para o bom desenvolvimento dos sistemas orgânicos.




Para o crescimento apropriado o recém-nascido deve ter um ganho de peso diário de 10 a 20g para crianças menores de 1000g e de 15 a 20g para os com peso entre 1000 e 1500g. Por volta dos 5º ou 6º dia de vida o neonato pode ter uma perda de peso “fisiológica” em até 15%, tendo um reganho em 14-21 dias.

Os reflexos representam o esboço do movimento primitivo no RN que por um processo de inibição cortical desaparece tornando aqueles movimentos que antes precisavam de um estímulo a ser voluntário. Temos como reflexos primitivos achados em recém-nascidos descritos na tabela abaixo (Coelho, 1999).

Seqüência de desenvolvimento e taxa aproximada de aparição e inibição de Reflexos													
	Mês												
Reflexos primitivos	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
De Moro	X	X	X	X	X								
Sucção	X	X	X	X	X	X							
Preensão palmar	X	X	X	X	X								
Presão plantar	X	X	X	X	X	X	X	X	X				
Da macha	X	X	X	X	X								
RTL	X	X	X	X	X								
Engatinhar	X	X	X	X									
RTCA	X	X	X	X									
RTCS			X	X	X	X							
Reação de proteção cervical	X	X	X	X	X								
Galante	X	X	X	X	X								
Posicionamento na linha média	X	X	X	X									

Fonte: Coelho (1999)

Partiremos do ponto em como se dá a seqüência de desenvolvimento motor normal na criança nos primeiros três meses de vida, chamada também de primeiro trimestre da primeira infância. O neonato, essencialmente incapaz de encarar a gravidade, desenvolve de forma




gradual a habilidade de alinhar os segmentos do corpo, tanto um segmento em relação ao outro quando o outro em relação ao meio ambiente, alcançando o que chamamos de postura “normal” ou postura ereta. O ambiente gravitacional que o bebê tem que viver é quase completamente conquistado no primeiro ano de vida (Tecklin, 2002) .

No primeiro trimestre, o neonato a termo adquire uma postura flexora, onde se acredita ser a postura imposta dentro do útero durante o período pré-natal, esse tônus flexor é resultado da maturação do sistema nervoso central durante a vida intrauterina. O neonato que nasce prematuro, não apresenta uma maturidade neurológica ou não permaneceu tempo suficiente no ambiente intrauterino para auxiliar no desenvolvimento do padrão flexor, fazendo com que apresentem um grau de hipotonia e predomínio da extensão dos membros. Bebês a termos dependendo do decúbito em que são posicionados adquirem um posicionamento.

Na posição em prono, os braços flexionam-se sob o tronco, fazendo com que desse modo, o peso do bebê vá em direção a cintura escapular. Embora essa postura flexora inicial coloque a criança em uma posição que dificulta seus movimentos, o bebê pode desenvolver uma das mais importantes e básicas habilidades - a de levantar e girar a cabeça de um lado para o outro sendo essa uma reação de proteção cervical. Este é o primeiro movimento ativo da criança contra a gravidade e é realizado usando uma combinação de músculos que estendem e giram o pescoço, fica então sendo o principal ganho do bebê no primeiro trimestre. Quando é colocado em posição supina, a cabeça e a parte superior do tronco descansam em uma superfície de apoio com a cabeça virada para um lado, os membros inferiores geralmente ficam fletidos. As mãos ficam em contato com o tronco e os pés flexionados perto em direção ao quadril. Os joelhos são fletidos e o tornozelo em um ângulo agudo de dorsiflexão. A postura fletida no RN é normal, mas decresce gradualmente (Fernandes, 2007).

Ao final do primeiro trimestre, o grau de flexão dos membros diminui, começa o rolar com dissociação de cintura escapular, como de uma posição supina, por exemplo, a uma posição deitada em decúbito lateral, os pés e os braços deixam de manter distância da superfície de apoio. A cabeça está na linha média ou relativamente central, a flexão dos membros superiores começa a dar lugar a uma postura de abdução e de extensão dos braços. Nesse final do primeiro trimestre o bebê já consegue focalizar objetos mantidos em uma curta distância de sua face e seguirá o objeto até a linha média, porém não além dela, começa a



explorar seu corpo, brincando com as mãos e os pés, melhorando seu esquema corporal (Do Espírito Santo, Portuguez e Nunes, 2009).

Observando o comportamento e posicionamento da criança no decorrer do seu desenvolvimento cabe lembrar que o recém-nascido pré-termo adquire um padrão diferenciado de posicionamento, pois este veio ao mundo ainda despreparado e imaturo (Barbosa et al., 2007).

O fisioterapeuta que integra a equipe multidisciplinar tem fundamental importância no suporte ao desenvolvimento neurocomportamental por meio de modificações no meio ambiente e do uso de estratégias no cuidar. A partir do conhecimento teórico e prático da “linguagem” comportamental do RN, é possível minimizar os riscos para o desenvolvimento causados pelas experiências potencialmente lesivas.

Com objetivo de minimizar esses danos o fisioterapeuta deve instituir estratégias que visam aumentar a organização do RN e, em especial, do subsistema motor, pois, isto além de diminuir a incidência de anormalidades musculoesqueléticas, pode também reduzir os esforços motores desnecessários que ocorrem nas tentativas repetidas, ainda que mal sucedidas, de obter limites estendendo seus braços e pernas, que o RNPT frequentemente faz. Esses repetidos movimentos podem levar a exaustão do RN, que utiliza um suprimento limitado de “energia”, que deveria estar sendo estocada para o ganho de peso.

O uso das redes em isoletes objetiva o suprimento dessa carência comportamental, simulando o posicionamento flexor que o neonato tivera na vida intrauterina, e apresentado em bebês de termo. As redes ativam os grupos de músculos flexores, facilitando o posicionamento correto dos membros e favorecendo o estado de alerta característico do recém-nascido. O acolhimento oferecido pela terapia com rede impõe limites aos movimentos ativos do bebê, possibilitando a economia de energia e favorecendo ganho de peso. O objetivo é proporcionar um posicionamento adequado visando a diminuição do tônus extensor excessivo e a promoção de simetria e flexão. O contato físico do RN com a rede além de favorecer padrão motor, oferece estímulo tátil que contribui para a maturação e desenvolvimento de suas habilidades.

Portanto, esses fatores podem contribuir para recuperação mais rápida do RNPT e seu desenvolvimento extrauterino, e como consequência reduzir o tempo de internação hospitalar.



METODOLOGIA


O estudo foi constituído por uma amostra de 20 recém-nascidos pré-termos de baixo peso, do sexo feminino e masculino escolhidos conforme critérios de estabilidade clínica em isoletes e berço aquecido, com IG menor de 37 semanas e peso ao nascer até 2499g, avaliados no berçário do Hospital Materno Infantil Nossa Senhora de Nazaré (RR), no período de junho a setembro de 2009.

A pesquisa teve duração de quatro meses, onde nos dois primeiros meses de coleta foram avaliados somente recém-nascidos pré-termos de baixo peso que faziam uso da incubadora, submetendo este grupo ao uso das redes. Nos dois últimos meses foram avaliados aqueles que não faziam uso da rede.

Os critérios de inclusão no trabalho foram recém-nascidos devidamente estáveis e alimentados. Foram excluídos recém-nascidos que não atendiam aos critérios como: instabilidade cardiorrespiratória, doenças infectocontagiosas, sinais de convulsão, patologias neurológicas e/ou malformação. Durante a escolha dos recém-nascidos 26 foram identificados, mas apenas 20 preencheram os critérios e foram selecionados sendo 10 meninas e 10 meninos, com média de peso 1.310g ao entrar no estudo e IG em média 30 semanas.

Materiais e Equipamentos

Para a realização do presente estudo foram utilizadas: Ficha de Anamnese, Ficha de Coleta do Peso Diário e a Tabela de Avaliação da Maturidade Neuromuscular. A ficha de anamnese foi usada para coleta de dados do período pós-parto e registro da criança no estudo (data de nascimento, sexo, peso ao nascer, estatura, apgar, idade gestacional, data da entrada no estudo, peso ao entrar, peso ao receber alta do projeto, ganho ponderal de peso). A Ficha de Coleta de Peso Diário foi utilizada para o registro diário de peso do recém-nascido. A Tabela de Avaliação da Maturidade Neuromuscular que avalia o tônus e padrão motor do recém-nascido foi baseada pelo método *New Ballard*, onde traz ilustrações do comportamento neuromuscular do neonato em 6 quesitos (postura, ângulo do punho, recolhimento do braço, ângulo poplíteo, sinal de chulé, manobra calcanhar-orelha), esses quesitos eram pontuados de -1 a 5 de forma ilustrativa para avaliação e comparação dos resultados⁴. Para conhecer o histórico dos pacientes foi consultado o prontuário para coleta de dados da ficha de anamnese. Além disso, foram utilizados equipamentos de proteção individual (EPIS) e redes colocadas dentro das isoletes do berçário do Hospital Materno Infantil Nossa Senhora de Nazaré, onde o



recém-nascido pré-termo de baixo-peso permanecia na rede e só saía para realizar o programa canguru com a mãe ou tomar banho. Para o registro do posicionamento dos bebês foi utilizada uma câmera digital Sony DSC-N2.

Procedimentos

Após o preenchimento e entrega do Protocolo de Pesquisa de Projeto da DEPE (Direção de Ensino e Pesquisa) ao Hospital Materno Infantil Nossa Senhora de Nazaré foi iniciada a seleção dos recém-nascidos pré-termos que fariam o uso da rede dentro das isoletes e os que iriam permanecer no berço aquecido sem rede para a composição da amostragem.

Antes do contato com o neonato e dar início as avaliações, eram utilizados EPIS e higiene das mãos, o peso do bebê era colhido diariamente e registrado na Ficha de Coleta do Peso Diário. Foi realizada avaliação no dia da entrada do recém-nascido pré-termo de baixo peso no estudo e na saída deste do berçário. O recém-nascido não era retirado da incubadora nem do berço aquecido para ser avaliado, na qual seguia os itens da tabela de maturidade neuromuscular um dos critérios de avaliação da IG de *New Ballard*. Logo após a coleta do peso, era instalada dentro da incubadora uma rede onde o bebê permanecia em repouso. Sob a cintura escapular era posto um lençol dobrado para apoio e facilitação da respiração. As trocas das redes eram feitas diariamente e registradas em um livro protocolado. Aqueles que não foram submetidos ao uso das redes após a coleta de dados e feita a avaliação eram acompanhados até a saída deste do berçário.

Após a alta dos RN'S do berçário era realizada uma reavaliação com a finalidade de verificar se houve mudança no comportamento neuromuscular, e o ganho de peso desses bebês, para posteriormente realizar a comparação intergrupos e constatar a eficácia ou não do uso das redes.

Os dados para análise estatística foram expressos em média (\pm) Desvio padrão. A normalidade dos dados foi avaliada pelo teste de Kolmogorov-Smirnov. Teste *t de student* pareado foi aplicado para fazer as comparações intra-grupo, Teste *t de student* não- pareado foi aplicado para fazer as comparações entre grupos e quando os dados não passavam no teste de normalidade (Kolmogorov-Smirnov), foi utilizado o teste de Wilcoxon para comparações intra-grupo.

RESULTADOS

Quanto à avaliação do ganho de peso entre o grupo de pré-termos de baixo peso que usaram as redes e dos que não usaram, foi observado que o grupo com rede (GR) teve alteração do peso pós e ganho ponderal de peso em relação ao grupo sem rede (GSR). Quanto à maturidade neuromuscular expressa pela Tabela de *New Ballard* comparado entre os grupos GR e GSR foi observada evolução em ambos os grupos na avaliação. O tempo de internação não foi relevante, ou seja, não houve alteração intergrupos. Estes resultados podem ser observados na Tabela 1.

Tabela 1. Média e (\pm DP) de Peso pré (g), Peso pós (g), Ganho ponderal (g), New Ballard pré (score), New Ballard (pós), Delta de variação New Ballard (score), Internação (dias) para os grupos GR (n=12) e GSR (n=7).

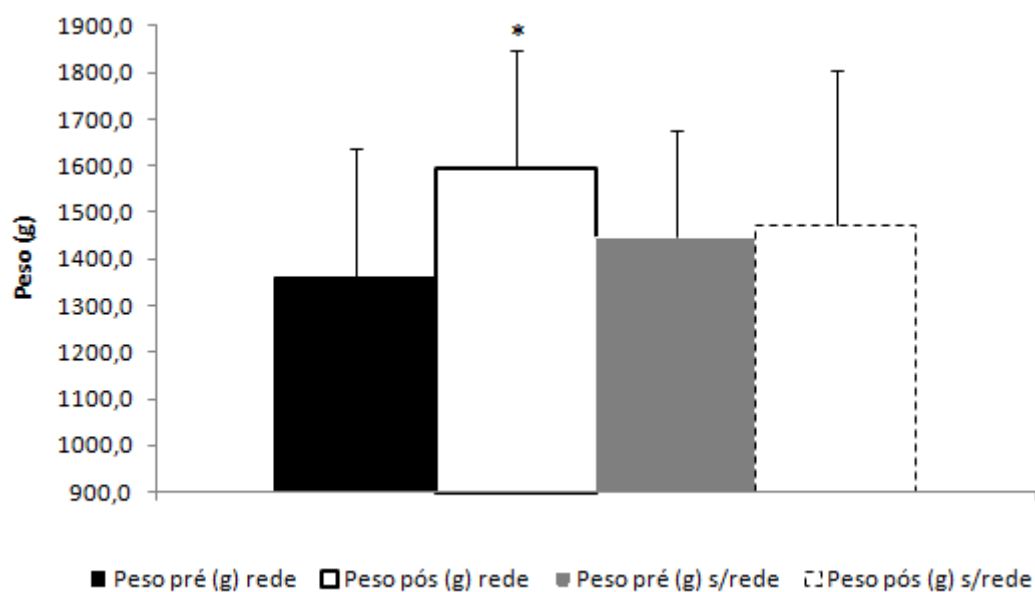
	GR	GSR
Peso Pré (g)	1360,4 \pm 277,3	1447,1 \pm 229,5
Peso Pós (g)	1695,4 \pm 253,8*	1472,4 \pm 332,9
Ganho Ponderal (g)	235,0 \pm 208,2†	25,3 \pm 170,0
MN Pré (score)	13,9 \pm 4,1	17,6 \pm 5,2
MN Pós (score)	18,4 \pm 4,9**	20,6 \pm 4,0‡
Δ MN (score)	4,5 \pm 2,5	3,0 \pm 1,6
Internação (Dias)	13,1 \pm 7,6	15,1 \pm 10,1

Legenda: *p<0,01 comparando Peso pré com Peso pós no grupo com rede (GR); † p<0,05 comparando o ganho ponderal do GR com o grupo sem rede (GSR);** p<0,0001 comparando MN pré (New Ballard) pré com o MN pós no GR; ‡ p<0,05 comparando pré com o pós do indicador MN (New Ballard) no GSR.

Fonte: Própria Pesquisa

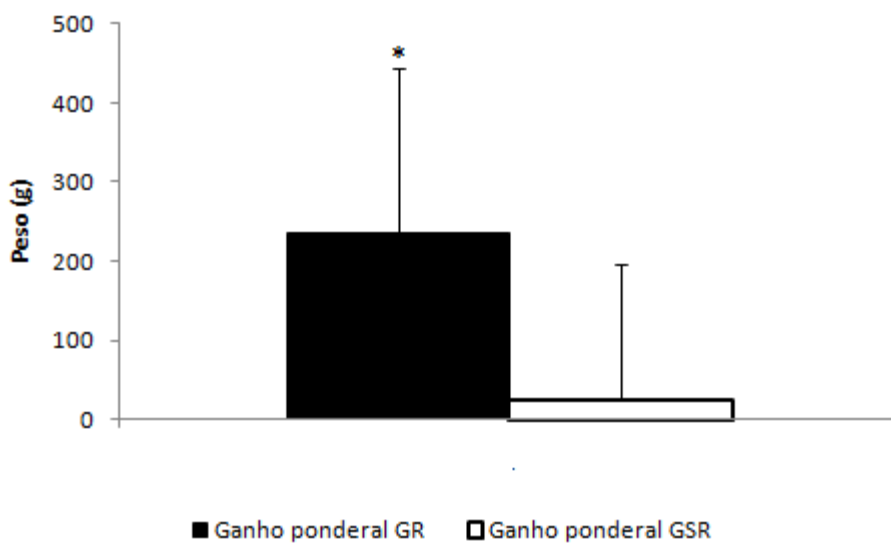


Figura1. Comparação entre os pesos pré e pós dos grupos GR e GSR. * $p < 0,01$ comparando peso pré com peso pós no grupo com rede.



Fonte: Própria Pesquisa

Figura 2. Comparação do ganho de peso ponderal do grupo GR com GSR.



Fonte: Própria Pesquisa



Figura 3: Comparação da Maturação neuromuscular no grupo GR. * $p < 0,001$ comparando MN pré com pós do grupo GR.

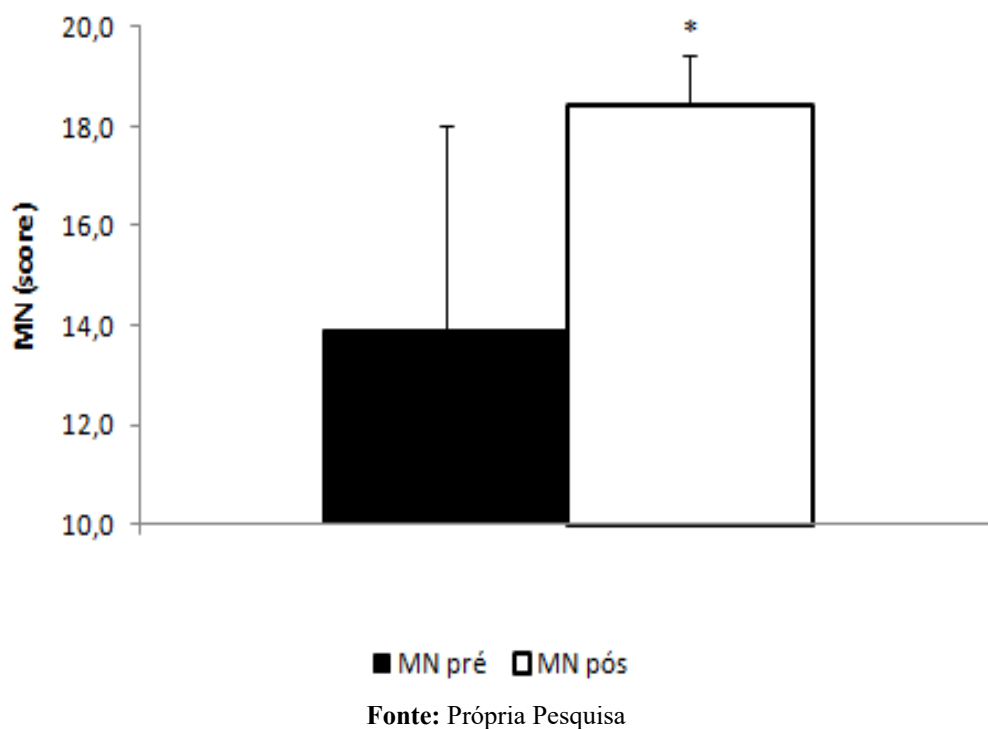
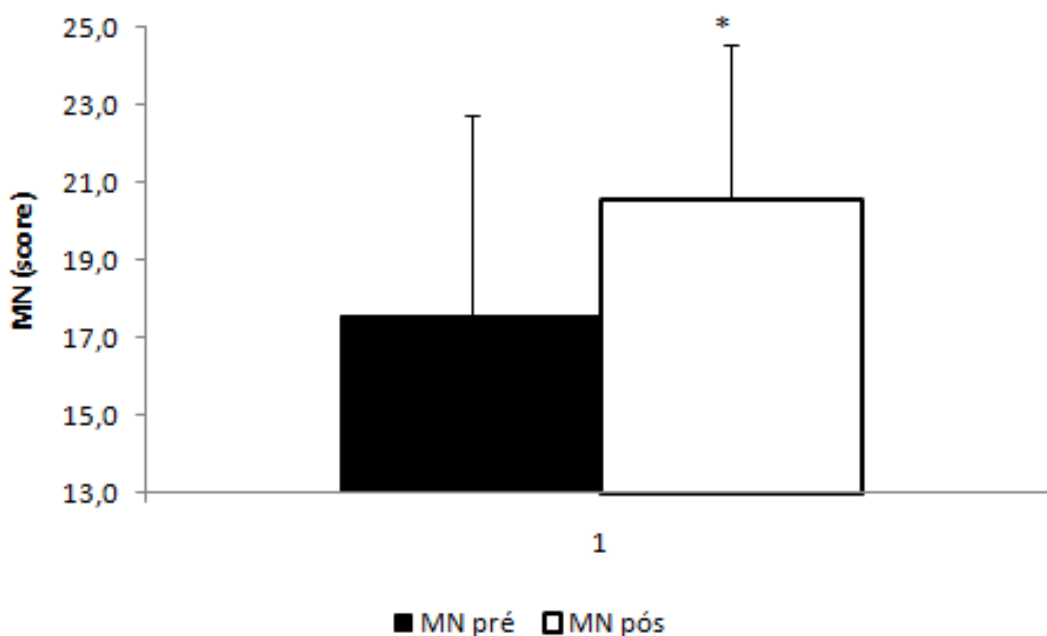



Figura 4. Comparação da Maturação neuromuscular no grupo GSR.



* $p < 0,001$ comparando MN pré com pós do grupo GSR.

Fonte: Própria Pesquisa




Cavalaria (2009), terapeuta ocupacional, realizou uma pesquisa que evidenciou a utilização de redes de balanço em serviços de neonatologia em diversos estados brasileiros e em cidades como Uberaba, São Carlos e Lins. Notou-se que a literatura que aborda essa temática ainda é escassa, concentrando apenas em relatos profissionais, enfermeiros, fisioterapeutas, médicos, técnicos de enfermagem, entre outros. Assim enfatizando a necessidade de pesquisa nessa área.

No estado de Minas Gerais, é desenvolvido um projeto que consiste no uso da redinha como recurso terapêutico em uma UTI neonatal. Publicado na revista local Minas Saúde pelo Sistema Único de Saúde no ano de 2009, relata que o projeto é desenvolvido por uma Terapeuta Ocupacional do serviço, com bebês prematuros ou com comprometimento neurológico. São colocados nas redinhas sob monitorização por tempo de 30 min a 2 horas. Os resultados observados e relatados tem sido a melhor organização neurocomportamental, frequência cardíaca e saturação de oxigênio. Até a data de publicação da revista, 70 crianças já haviam participado do projeto (Ziade, Toledo e Rebelo, 2009).

Silva et. al (2010), abordaram ainda o posicionamento no leito e a saturação de oxigênio em neonatos prematuros, mas dessa vez em levantamento bibliográfico. Ressaltam que o posicionamento nas redes pode ser sugerido para bebês prematuros que necessitem de longa internação, que não tenham contato com a mãe ou que necessitem de ganho de peso, pois é positivo para a harmonia dos movimentos, diminuição no gasto energético e maior contenção devido à semelhança da posição intraútero, mas conclui que faltam estudos para a comprovação dos benefícios do posicionamento na redinha.

Para Queiroz et. al(2015), no que diz respeito à população do estudo quando comparados o método hammock e a posição prono quanto ao posicionamento que traria maiores benefícios aos RNPT no alívio da dor, não foi verificada diferença significativa uma vez que ambos se demonstraram eficazes na redução da dor em RNPT estáveis. Dados estes que não puderam ser comparados com outros estudos devido à ausência de literatura que cite a utilização dos posicionamentos como método para se obter o alívio da dor sobre os mesmos.

De acordo com Guerin et, al(2016), O método de redes de balanços adotado remete a uma prática de humanização sendo hoje amplamente discutida e recomendada pelos seus benefícios e por não prejudicar a situação clínica, sendo importante para a qualidade de vida



do recém-nascido prematuro. Afirmou ainda que há a necessidade de mais pesquisas nessa área devido à escassez.

Costa et al. (2016), comparou os benefícios do uso do método hammock e do ninho em pré-termos. Notou-se que com o uso da redinha, houve melhora significativa do estresse, da postura e da desorganização. No entanto alguns RN não se adaptaram ao uso das redes, levando em consideração a individualidade de cada bebê.

Para Nogueira et al. (2017), o estudo fez-se compreender que o uso do método das redes de balanço favorece a adaptação e o comportamento do recém-nascido à vida extra-uterina, contribuindo com a melhora das respostas comportamentais e do quadro clínico do pré-termo. No entanto, destacou-se que a reterapia está relacionada às características individuais do RN. Sendo assim, o responsável/cuidador deve observar a aceitação e adaptação por meio dos sinais fisiológicos e respostas comportamentais emitidos pelo RN.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA de B. Maria Fernanda; GUINSBURG Ruth; MARTINEZ Eulógico; PROCIANOY S. Renato; LEONE R. Cléa; MARBA M. T. Sérgio; RUGOLO S.S.M. Lígia; LUZ H. Jorge; LOPES A. M. José. **Perinatal factors associated with early deaths of preterm infants born in Brazilian Network on Neonatal Research centers**: *Jornal de Pediatria*. São Paulo, v.84, n°4, Julho/Agosto,2008.

BARBOSA, VC; FORMIGA, CKMR; LINHARES, MBM. Avaliação das Variáveis Clínicas e Neurocomportamentais de Recém-Nascidos Pré-termos: **Revista Brasileira de Fisioterapia**. São Carlos, v.11, n.04, p.275-281, jul./ago. 2007.


BURNS, Yvonne; MACDONALD, Julie. **Fisioterapia e Crescimento na Infância**. 1. Ed. São Paulo: Santos, 1999.

CAVALARIA SVFA. **Terapia Ocupacional Utilizando Redinhas no Atendimento de Recém-nascidos na UIT-Neonatal** [Tese]. Lins-SP: Centro Universitário Católico Salesiano Auxilium; 2009.

COELHO, S. Marinete. **Avaliação Neurológica Infantil nas Ações Primárias de Saúde**. São Paulo: Atheneu, 1999.

Costa KSF, Beleza LO, Souza LM, Ribeiro LM. **Rede de descanso e ninho: comparação entre efeitos fisiológicos e comportamentais em prematuros**. *Rev Gaúcha Enferm*. 2016;37(esp):e62554.

DO ESPIRITO SANTO L. Julia; PORTUGUEZ W. Marina; NUNES. L. Magda. **Cognitive and behavioral status of low birth weight preterm children raised in a developing country at preschool age**: *Jornal de Pediatria*. vol. 85, N° 1, 2009.



ESCOBAR, Ana Maria de Ulhôa; GRISI, Sandra. **Prática Pediátrica**. São Paulo: Atheneu, 2000.

FERNANDES C. Antônio e col. (AACD) **Medicina e Reabilitação: Princípios e Práticas**. São Paulo: Artes Médicas, 2007.

FILHO F. B. João; VALIATTI B. Fabiana; ECKERT U. Gabriela; COSTA C. Marlene; SILVEIRA C. Rita; PROCIANOY S. Renato. **Is being small for gestational age a risk factor for retinopathy of prematurity? A study with 345 very low birth weight preterm infants**: *Jornal da Pediatria*. Porto Alegre, v. 85, Nº 1, p.48-54, 2009.

FILHO L. Fernando; SILVA M. A. Antônio; LAMY C. Zeni; GOMES M. S. A. Maria; MOREIRA L. E. Maria. **Evaluation of the neonatal outcomes of the kangaroo mother method in Brazil**: *Jornal da Pediatria*. São Luiz, Vol. 84, Nº 5, p.428-435. Setembro/Outubro.2008.

GUERIN IO, BIRCK MA. **A utilização de redes de balanço em incubadoras para recém-nascidos prematuros internados em unidades de terapia intensiva neonatais como um método de humanização: uma revisão de literatura**. 2016.

KELNAR, J. K. Christopher. **O Recém-Nascido Doente**. 3. ed. São Paulo: Santos, 1999.

LOPEZ, Fábio Ancona.; JUNIOR, Dioclécio Campos. **Tratado de Pediatria** 1. Ed. Barueri-SP: Manoel, 2007.

MARCONDES, Eduardo. **Pediatria Básica**. 9. ed. São Paulo: Sarvier, reimpressão, 2003.

NOGUEIRA et, al, **Influência da redeterapia no comportamento de recém-nascidos prematuros**. 2017.

OLIVEIRA, Reynaldo Gomes de. **Blackboock Pediatria**. 3. Ed. Belo Horizonte: Blackbook editora, 2005.

QUEIROZ et, al, **Repercussões no neonato da utilização de redes de descanso e posição prono**, 2015.

SANTOS S, Rosana; ARAÚJO C. Q. P. Alexendra; PORTO S. Maria. **Early diagnosis of abnormal development of preterm newborns: assessment instrum**: *Jornal de Pediatria*. Niterói, v.84, n4, p.289-299, 2008.

Silva PS, Pereira AP, Matos MR, Teodoro ECM. **Posicionamento no Leito e Saturação de Oxigênio em Neonatos Prematuros**. *Fisioter Brasil*. 2010; 11 (5): 387-391.

SHEPHERD, Roberta B. **Fisioterapia em Pediatria**. 3. Ed. São Paulo: Santos, 1996.
TECKLIN, Jan Stephen. **Fisioterapia Pediátrica**. 3. Ed. Porto Alegre: Artmed, 2002.

ZIADE S, Toledo M, Rebelo C. **No Embalo da Rede**. *Minas saúde*. 2009; 2 (2): 20-23.



CAPÍTULO 23

IMPLANTAÇÃO DE INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO DE DESEMPENHO NA ORGANIZAÇÃO DE GESTÃO DO TRABALHO NO MUNICÍPIO DE SÃO TOMÉ RN

[Aldenira Joacla Caetano da Silva](#), Enfermeira Especialista em Ginecologia e Obstetrícia,
UNP

[Camila Faustino da Silva](#), Enfermeira Especialista em Ginecologia e Obstetrícia, UNP

[Emanoel Belchior de Medeiros](#), Enfermeira Especialista em Ginecologia e Obstetrícia
Faculdade Dom Alberto

[Janaina Kelly Alves Barbosa](#), Enfermeira Especialista em Ginecologia e Obstetrícia
Faculdade Dom Alberto Lattes

RESUMO

A avaliação é uma atividade que acompanha a própria história do homem, tida como inerente ao processo de aprendizagem. As práticas de avaliação de desempenhos não são novas, desde que o homem deu emprego ao outro seu trabalho passou a ser avaliado. A implantação da Avaliação de Desempenho como estratégia de organização do sistema de saúde tem relevância inquestionável. Os motivos que me conduziram a escolha deste tema, estão relacionados a nossa vivência na secretaria municipal de saúde no município de São Tomé em unidades de saúde onde observou-se a necessidade de sensibilizar o gestor secretário de implantar um tipo de avaliação de desempenho, através de um instrumento (questionário), tendo em vista várias necessidades tais como: perfil profissional assiduidade, comportamento profissional, capacitações de educação continuada, viabilizar desempenho eficaz do profissional, melhorar condições de trabalho e qualidade de vida no trabalho, como também incentivar o município em relação á dimensão da organização de gestão em saúde incentivando o gestor aperfeiçoar programas de políticas de desenvolvimento de recursos humanos. Este estudo tem como objetivo geral Implantar a avaliação de desempenho dos profissionais de saúde do município de São Tomé-RN. Específicos, Sensibilizar o gestor sobre a importância da avaliação de desempenho como instrumento de gestão e de crescimento do funcionário .descrever as habilidades e competências dos profissionais de saúde para o desenvolvimento do trabalho diário.Descrever as necessidades encontradas no município em relação a organização da atenção à saúde e suas prioridades.O sucesso ou fracasso de um programa de avaliação de desempenho depende da filosofia que o fundamenta, muitos métodos podem ser usados para reunir informações sobre o desempenho do funcionário, no entanto é apenas um passo no processo de avaliação do desempenho. Para concretizar a implantação de avaliação de desempenho é preciso que haja um bom planejamento, realizar diagnósticos na gestão com bases nos problemas levantados. Constatar problemas não é suficiente para provocar mudanças necessárias, faz-se imperativo, portanto empenhar-se na construção de estratégias que possam promover mudanças no cotidiano dos serviços de saúde que possam vir a contribuir para melhoria da gestão.

Palavras-chave: Avaliação de desempenho, educação em saúde e gestão em saúde.



INTRODUÇÃO

As práticas de avaliação de desempenhos não são novas. Desde que o homem deu emprego ao outro seu trabalho passou a ser avaliado (CARDOSO,2005).A avaliação é uma atividade que acompanha a própria história do homem, tida como inerente ao processo de aprendizagem (OMS,1999).

De acordo com a edição da Revista ciências e Saúde Coletiva (ABRASCO,VOL.9 N°3,2004) as ações de promoção da saúde, apontam desafios e perspectivas teóricos metodológicas de abordagens nessa área, o que torna um desafio no campo de programas de políticas públicas. Portanto vê-se a necessidade cada vez mais da intervenção de uma avaliação de desempenho, uma vez que permite maior aproximação da realidade.

Para (MINAYO,APUD DESLANDES E ASSIS) O desafio posto é dado do seguinte modo: Mais do que um conjunto rígido de normas a serem seguidas (avaliação) pode ser pensada como uma ideia reguladora que possui uma historicidade, portanto potencialmente aberta a novos critérios.

A avaliação em saúde, de caráter institucional permite conhecer o desempenho do setor e aperfeiçoar os resultados de acordo com o contexto em que a instituição se insere, corrigindo os problemas detectados e possibilitando a conquista de novas metas (NICKEL et al,2009).

JUSTIFICATIVA

Os motivos que me conduziram a escolha deste tema, estão relacionados a nossa vivência na secretaria municipal de saúde no município de São Tomé em unidades de saúde onde observou-se a necessidade de sensibilizar o gestor secretário de implantar um tipo de avaliação de desempenho, através de um instrumento (questionário),tendo em vista várias necessidades tais como: perfil profissional assiduidade, comportamento profissional, capacitações de educação continuada, viabilizar desempenho eficaz do profissional, melhorar condições de trabalho e qualidade de vida no trabalho, como também incentivar o município em relação á dimensão da organização de gestão em saúde incentivando o gestor aperfeiçoar programas de políticas de desenvolvimento de recursos humanos.



OBJETIVOS

GERAL

Implantar a avaliação de desempenho dos profissionais de saúde do município de São Tomé-RN.

ESPECÍFICO

- Sensibilizar o gestor sobre a importância da avaliação de desempenho como instrumento de gestão e de crescimento do funcionário
- Descrever as habilidades e competências dos profissionais de saúde para o desenvolvimento do trabalho diário.
- Descrever as necessidades encontradas no município em relação a organização da atenção à saúde e suas prioridades.

METODOLOGIA

CENÁRIO DO PROJETO DE INTERVENÇÃO

O cenário deste projeto de intervenção é a secretaria municipal de saúde do município de São Tomé –RN. O município dispõe em torno de cento e cinquenta profissionais de saúde efetivos e contratados, distribuídos em um hospital de pequeno porte, quatro UBS (Unidade Básica de Saúde) na zona urbana e nove UBS na zona rural e cinco equipes de ESF, além de contar com o programa mais médicos.

ELEMENTOS DO PLANO DE INTERVENÇÃO

Sugere-se a construção de um instrumento (questionário) simples para estabelecer um ponto distinto entre o funcionário, que seja participativo no sistema em si, contribuindo decisivamente para ressaltar os aspectos políticos e interpessoais da avaliação de desempenho (BERGAMINE,1979).



FRAGILIDADES E OPORTUNIDADES

Um modelo de avaliação de desempenho para ser bem sucedida, deve respeitar as características culturais da organização que o adota (Abbd et al.1999). Idealmente um modelo de avaliação de desempenho deve trazer benefícios para todos os seus usuários.

Fragilidades encontradas:

- Ausência de informação da secretaria municipal de saúde;
- Qualidade do serviço
- Vínculo empregatício precários
- Rotatividade dos profissionais da saúde.

PROCESSO DE AVALIAÇÃO

Deverá ser realizado pela equipe responsável, assim como é da gestão de saúde a responsabilidade de aplicar a avaliação de desempenho. Será necessário o fornecimento de informações, visto que a avaliação de desempenho e feedback são um jogo de percepções e precisa ser uma ferramenta de gestão e de gestores.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A avaliação é conceituada, como emissão de juízo de valor sobre um projeto por meios de parâmetros definidos. Para concretizar a implantação de avaliação de desempenho é preciso que haja um bom planejamento, realizar diagnósticos na gestão com bases nos problemas levantados. Constatar problemas não é suficiente para provocar mudanças necessárias, faz-se imperativo, portanto empenhar-se na construção de estratégias que possam promover mudanças no cotidiano dos serviços de saúde que possam vir a contribuir para melhoria da gestão como: montar planos de ações com indicadores e identificadores, capacitar as equipes de saúde através de programas de educação permanente. Isso pode ser realizado pela adoção de novas práticas, habilidades, capacidade e competências gerenciais e técnicas de relacionamento interpessoal.



REFERÊNCIAS

- ABBAD, Gardênia-OC , **Avaliação de desempenho em psicologia questões conceituais metodológicas**. Psicologia Teoria e pesquisa, V.10,n3,p.335-374
- BOHLANDER, George SNELL, Scott, SHERMAN, Arthur. **Administração de Recursos Humanos**. São Paulo: Pioneira 2003
- BERGAMINE, Cecília Whitaker. **Avaliação de desempenho humano na empresa**: São Paulo:Atlas,1988.
- CARDOSO, Marcia Santos. **Avaliação da gestão do desempenho nos funcionários do Hospital das clínicas de Porto Alegre**. Maio 2005.<http://hdl.handle.net/10.183/12342>
- DESLANDES SF,ASSISSG. **Abordagem quantitativa e qualitativa em saúde: O diálogo das diferenças** in: MINAYO MCS, Deslandes SF. Organizadores. Caminhos e pensamentos: epistemologia e métodos. Rio de Janeiro. Fiocruz;2002.p.195-223.
- DESSLER, Gary. **Administração de Recursos Humanos**. São Paulo: Pearson Education do Brasil,2004.
- LIMONGI-FRANÇA, Ana Cristina. **As pessoas na organização**. São Paulo: Gente,2002
- LEITE, Bernado, **Implantação de avaliação de desempenho -180°/360°**. Trabalho apresentado em Congresso Moraes. Curso de Recursos Humanos -2013.
- MANSSOUR Ana Beatriz Benites e NAKAYAMA, Marina Keiko. **Tendências em Recursos Humanos**. Porto Alegre: multi impressos gráfica, 2001.
- NICKEL et al- **modelo de avaliação da atenção em saúde bucal-pesquisa Brasileira Odontopediatria Integrada**, João Pessoa v.9 n°3 2009.
- MOTTA, Paulo Roberto. **Desempenho em equipes da saúde –manual**. Rio de Janeiro:FGV,2001
- PONTES, Benedito Rodrigues. **Planejamento, recrutamento e seleção de pessoal**. São Paulo:LTR,2001.
- REIS, Germano Glufke. **Avaliação 360 graus**. São Paulo: Atlas, 2000.

www.editorapublicar.com.br
contato@editorapublicar.com.br
@epublicar
facebook.com.br/epublicar

ENFERMAGEM:

PESQUISAS E PRÁTICAS
NO CUIDADO E ASSISTÊNCIA A SAÚDE

2

ROGER GOULART MELLO
PATRÍCIA GONÇALVES DE FREITAS
(ORGANIZADORES)



2020

www.editorapublicar.com.br
contato@editorapublicar.com.br
@epublicar
facebook.com.br/epublicar

ENFERMAGEM:

PESQUISAS E PRÁTICAS
NO CUIDADO E ASSISTÊNCIA A SAÚDE

2

ROGER GOULART MELLO
PATRÍCIA GONÇALVES DE FREITAS
(ORGANIZADORES)



2020

