
LUANA GUIMARÃES DA SILVA
(ORGANIZADORA)

Neotecnologia em saúde, a centralidade da enfermagem nas diferentes dimensões do cuidar



2020

LUANA GUIMARÃES DA SILVA
(ORGANIZADORA)

Neotecnologia em saúde, a centralidade da enfermagem nas diferentes dimensões do cuidar



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

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 L. Augusto – Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro

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

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

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

Me. Doutorando Milson dos Santos Barbosa – Universidade Tiradentes

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

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

M^a Cristiane Elisa Ribas Batista – Universidade Federal de Santa Catarina

M^a Andrelize Schabo Ferreira de Assis – Universidade Federal de Rondônia

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

Me. Glaucio Martins da Silva Bandeira – Universidade Federal Fluminense



2020

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)**

N438 Neotecnologia em saúde [recurso eletrônico] : a centralidade da enfermagem nas diferentes dimensões do cuidar / Organizadora Luana Guimarães da Silva. – Rio de Janeiro, RJ: e-Publicar, 2020.

Formato: PDF

Requisitos de sistema: Adobe Acrobat Reader

Modo de acesso: World Wide Web

Inclui bibliografia

ISBN 978-65-87207-56-8

1. Enfermagem. 2. Neotecnologia. 3. Saúde – Pesquisa – Brasil.
I. Silva, Luana Guimarães da.

CDD 610.7307

Elaborado por Maurício Amormino Júnior – CRB6/2422

Editora e-Publicar

Rio de Janeiro – RJ – Brasil

contato@editorapublicar.com.br

www.editorapublicar.com.br



2020

Prefácio

No livro **Neotecnologia em saúde, a centralidade da enfermagem nas diferentes dimensões do cuidar** - Volume 1 os capítulos são um compilado de resultados dos trabalhos acadêmicos, com um novo olhar para o atendimento à saúde e assistência de Enfermagem em cenários diversos, baseado em evidências Científicas. Os artigos abordam assuntos sobre várias dimensões da assistência de Enfermagem Saúde Mental, Doenças Cardiovasculares, Unidade de Terapia Intensiva, Serviços de Urgência e Emergências, entre outras unidades.

Os autores se dedicaram para trazer para os leitores informações e reflexões assim como as inovações. Em várias dimensões do **Cuidar em enfermagem**, que consiste em envidar esforços transpessoais de um ser humano para outro, visando proteger, promover e preservar a humanidade, ajudando pessoas a encontrar significados na doença, sofrimento e dor, bem como, na existência. O papel do Enfermeiro e seu protagonismo no cuidado mereceram destaque nos trabalhos reunidos, possibilitando ao leitor se atualizar sobre inovações que podem ser aplicadas diretamente ao seu processo de atuação.

Colaborando com as mais diversas transformações no contexto da saúde, essa obra foi organizada de forma a possibilitar um acesso direto a temas atuais e que estão diretamente ligados ao profissional Enfermeiro, tanto na assistência ao paciente quanto a seus familiares.

Luana Guimarães da Silva

SUMÁRIO

PREFÁCIO.....	05
CAPÍTULO 1 – A IMPORTÂNCIA DO ENFERMEIRO NOS CENTROS DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAIS (CAPS)	09
	Guilherme Augusto de Matos Teles Luana Guimarães da Silva
CAPÍTULO 2 – MÉTODO MÃE CANGURU EM UTI NEONATAL: UMA REVISÃO NARRATIVA DA LITERATURA	16
	Fabiana Maria Campos Luana Guimaraes da Silva
CAPÍTULO 3 – INFECÇÕES RELACIONADAS A ASSISTÊNCIA À SAÚDE EM UNIDADES DE TERAPIA INTENSIVA.....	31
	Ana Karoline Machado da Silva Luana Guimaraes da Silva
CAPÍTULO 4 – ASSISTÊNCIA DO ENFERMEIRO NO CUIDADO DOMICILIAR.....	45
	Maria Genilde Rosa Pereira Thayssa Karoline Barros Nascimento Luana Guimarães da Silva
CAPÍTULO 5 – O IMPACTO DO LÚPUS ERITEMATOSO SISTÊMICO (LES) NA GESTANTE.....	51
	Edlamar Vitorino Luana Guimaraes da Silva
CAPÍTULO 6 – REFLEXÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM EM GESTANTES ADOLESCENTES NA ATENÇÃO BÁSICA.....	68
	Sara de Meneses Guimarães Silva Luana Guimaraes da Silva
CAPÍTULO 7 – DIAGNÓSTICOS RELACIONADOS À SÍNDROME DE BURNOUT, IDENTIFICADA NA EQUIPE DE ENFERMAGEM.....	78
	Alçangela Arcoverde de Medeiros Lucas Alves de Freitas Luana Guimaraes da Silva

CAPÍTULO 8 – UTILIZAÇÃO DA II TAXONOMIA NANDA PARA AVALIAÇÃO DA DEPRESSÃO PUERPERAL.....91

**Marlene Santos Putumujú
Luana Guimaraes da Silva**

CAPÍTULO 9 – A ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM NO DIAGNÓSTICO DO PACIENTE COM INFARTO AGUDO DO MIOCÁRDIO.....103

**Vanda Lima de Oliveira
Luana Guimarães da Silva**

CAPÍTULO 10 – PÉ DIABÉTICO: A IMPORTÂNCIA DO PROFISSIONAL DE ENFERMAGEM NOS CUIDADOS AO PACIENTE DADA AS SUAS COMPLICAÇÕES113

**Maria Luzia Amaral Viegas
Luana Guimaraes da Silva**

CAPÍTULO 11 – ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM PRESTADA À RECEM NASCIDOS EM UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA.....131

**Rosileide Silva Moura
David Marlon Vieira Santos
Diana Ferreira Pacheco
Luana Guimaraes da Silva**

CAPÍTULO 12 – A PERCEÇÃO DA ENFERMAGEM NO USO DOS EQUIPAMENTOS DE PROTEÇÃO INDIVIDUAL EM UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA: Uma Reflexão em Biossegurança137

**Eliane Francelino de Sousa
Luana Guimarães da Silva**

CAPÍTULO 13 – ASSISTÊNCIA DO ENFERMEIRO NO PRÉ-NATAL DE BAIXO RISCO.....143

**Lucas Alencar de Queiroz
Kalinne Percianna Rocha Torres
Luana Guimaraes da Silva**

CAPÍTULO 14 – EFEITOS BENÉFICOS DO CLAMPEAMENTO TARDIO DO CORDÃO UMBILICAL PARA BEBÊS: REVISÃO BIBLIOGRÁFICA.....151

**Flaviana dos Santos Cavalcante
Luana Guimaraes da Silva**

CAPÍTULO 15 – ECLAMPSIA E SAÚDE DA MULHER: DIAGNÓSTICOS E CUIDADOS DE ENFERMAGEM.....156

**Rosangela Francisca de Almeida Alves
Luana Guimaraes da Silva**

CAPÍTULO 16 – UMA PROPOSTA DE AVALIAÇÃO QUALITATIVA DO ESTÁGIO CURRICULAR SUPERVISIONADO DO CURSO DE ENFERMAGEM164

**Andreza Araujo de Assis Casulo
Luana Guimaraes da Silva**

CAPÍTULO 17 – CUIDADOS DE ENFERMAGEM EM GESTANTE COM ECLAMPSIA REFLEXÕES NO DIAGNÓSTICOS.....171

**Rosangela Francisca de Almeida Alves
Paulo Celso Pardi
Luana Guimaraes da Silva**

CAPÍTULO 18 – O PAPEL DO ENFERMEIRO NOS SERVIÇOS DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA.....184

**Ana Cláudia Costa dos Santos
Thayssa Karoline Barros Nascimento
Luana Guimarães da Silva**

CAPÍTULO 19 – ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM AO IDOSO COM DEPRESSÃO: UMA REVISÃO SISTEMÁTICA DA LITERATURA.....200

**Ana Cláudia Costa dos Santos
Thayssa Karoline Barros Nascimento
Luana Guimarães da Silva**

CAPÍTULO 20 – IDEIAÇÃO SUICIDA EM ADOLESCENTES: Diagnóstico de enfermagem, através de um rastreamento de indicadores de risco para o suicídio utilizando II Taxonomia NANDA - revisão integrativa.....205

**Edivone do Nascimento Marques
Luana Guimaraes da Silva**

SOBRE A ORGANIZADORA.....220

CAPÍTULO 1

A IMPORTÂNCIA DO ENFERMEIRO NOS CENTROS DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAIS (CAPS)

Guilherme Augusto de Matos Teles, Faculdade Mauá de Brasília
Luana Guimarães da Silva, Faculdade Mauá de Brasília

RESUMO

Trata-se da atuação do enfermeiro em um dia típico de trabalho nos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS). Explora a assistência prestada aos pacientes com transtorno mental e suas principais funções como enfermeiro em centros de atenção psicossocial, através de artigos científicos sobre o mesmo. O principal objetivo é substituir às internações em hospitais psiquiátricos, possibilitando uma organização da rede psiquiátrica do país. Este estudo aponta a necessidade de um trabalho em equipe interdisciplinar, como instrumento principal, para a transformação do modelo de assistência anterior. A construção do trabalho coletivo se faz necessário e se mostra eficaz ao logo do tempo. A realização das responsabilidades específicas do enfermeiro já irá assegurar um volume considerável de ações a serem desenvolvidas bem como trará aos portadores de sofrimento psíquico, uma atenção particularizada e de qualidade. Esse novo cenário de atuação para o enfermeiro o remete a um lugar de busca da criatividade e de instrumentos inovadores na prática profissional. A assistência deve se dar de modo individualizado e humanístico, respeitando-se a pessoa em sua forma de viver e de lidar com seu sofrimento mental. Vale ressaltar que todas as atividades desenvolvidas pelos CAPS, possuem a autonomia necessária para evitar a internação em hospitais psiquiátricos. Esta nova abordagem permite que o indivíduo e sua família participem de maneira ativa no processo de recuperação.

PALAVRAS-CHAVE: CAPS, SAÚDE MENTAL, ENFERMAGEM, REFORMA PSQUIATRICA

INTRODUÇÃO

Os recursos terapêuticos prestados pela assistência de enfermagem vêm sendo reconhecido, pela relação que promove a troca de informações entre o profissional e o paciente, por executar alterações vantajosas, trazendo assim o paciente para o convívio social. (SILVEIRA, 2003). As mudanças na área da saúde mental têm repercussão no papel do enfermeiro; este profissional passa a desempenhar atividades com finalidades terapêuticas por intermédio do relacionamento terapêutico e programas de educação permanente a equipes, pacientes e familiares. Para prestar um cuidado de qualidade aos clientes, o processo de

enfermagem consiste em etapas para resolução de problemas, conduzindo as metas, baseando-se num modelo de tomada de decisão. (BERTONCELLO e FRANCO, 2001).

O Centros de Atenção Psicossocial são centros de atenção à saúde mental da comunidade, sua criação veio com o principal objetivo de substituir às internações em hospitais psiquiátricos, possibilitando uma organização da rede psiquiátrica do país. A assistência aos pacientes com transtorno mental é oferecida num espaço terapêutico onde busca entender e instrumentalizar o usuário desse serviço. Os profissionais que fazem parte da equipe multidisciplinar do CAPS atribuem diversas funções, com a mesma finalidade de normalizar e padronizar as condutas e procedimentos dentro do centro de atenção. O CAPS deve ser um local no qual profissionais treinados de diversas áreas provêm assistência diferenciada e humanizada. A comunicação é o principal instrumento de alicerce das relações entre profissionais e pacientes. O interesse em manter uma equipe interdisciplinar é de garantir cuidado otimizado ao paciente. (BRASIL, 2004).


Ressalta-se que o CAPS constitui a principal estratégia da Reforma Psiquiátrica brasileira, pois almeja oferecer práticas de cuidado em saúde mental de alcance intersetorial, voltado para o atendimento clínico e personalizado da pessoa em situações graves de sofrimento mental, em regime de atenção diária, com o objetivo de substituir a assistência ofertada nos hospitais psiquiátricos, para tanto, é essencial que os enfermeiros estejam preparados para essa realidade, na qual, além de acolher o usuário devem desenvolver um trabalho com características coletivas e em equipe interdisciplinar na busca da reabilitação psicossocial (Kantorski , 2008).

OBJETIVOS

Este artigo tem – se por objetivo descrever a importância do enfermeiro de três Centros de Atenção Psicossociais (CAPS) no Distrito Federal.

MATERIAL E MÉTODO

Trata-se de uma pesquisa qualitativa do tipo exploratório-descritiva, com apoio de referencial bibliográfico, realizada em 2015 em 03 CAPS do Distrito Federal, O CAPS visitados atendem a pessoas com transtornos mentais, dependentes químicos e transtornos de Humor, no período de segunda a sexta-feira, das 8:00 às 17:00 horas. Além das atividades específicas de cada CAPS, em ambos acontecem diariamente o acolhimento e as visitas



domiciliares. Os sujeitos foram três enfermeiros. O critério para inclusão na pesquisa foi fazer parte da equipe de do CAPS e concordar em assinar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido atendendo à resolução n. 196/96 do Conselho Nacional de Saúde. Os dados foram coletados mediante entrevista semiestruturada com a seguinte proposta: discorra a respeito do papel que você desempenha junto à equipe de profissionais do CAPS. Posteriormente, foram analisados à luz da Análise Temática, que envolve as etapas de ordenação, classificação e análise final.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

O profissional de enfermagem com sua assistência vem sendo reconhecido como agente responsável, por ter influência nas relações interpessoais, por promover variações favoráveis ao doente e proporcionar interação em grupo, estabelecendo assim um relacionamento e comunicação eficazes com o paciente e ajudando-os na reconstrução da sua identidade (SILVEIRA, 2003).

Por esses motivos o profissional mais procurado nos serviços de saúde é o enfermeiro, que ocupa papel distinto para o paciente e sua equipe, pois além de ter preparo profissional e ser o primeiro profissional com quem estabelecem contato, os pacientes também se sentem menos intimidados, estabelecendo assim um contato mais fácil (SILVA, FUREGATO E COSTA-JÚNIOR, 2003).

A equipe de enfermagem ajuda não somente o paciente, mas parcialmente a família, não que seja fácil servir completamente tanto o paciente como os elementos sociais e familiares, pois sua assistência decorreu durante anos em instituições psiquiátricas, mas para melhora do paciente este profissional compreende a importância dessa integração e as estratégias reais no tratamento (DUARTE, 2007; SOUZA, 2007 E KANTORSKI, 2007).

O enfermeiro é um profissional indispensável no tratamento de um paciente com transtorno mental, pois é o mais habilitado no que se refere ao cuidar. Nesse contexto o cuidado é um elemento crucial na transformação do modo de vida e de como reagir ao sofrimento, tanto do doente, quanto da família, instruindo-os a como viver melhor trabalhando seus sentimentos (WAIDMAN E ELSSEN, 2005).

Se torna fundamental que os profissionais de enfermagem entendam a história do paciente, seus anseios e o ambiente familiar, para que possam traçar junto a família a melhor forma de intervenção (DUARTE, 2007; SOUZA, 2007 E KANTORSKI, 2007).

Para lidar com o campo abrangente de psiquiatria o preparo dos profissionais inicia desde a graduação, pois internalizam a referência do ser normal e patológico, do ser saudável ou doente dentro de seus aspectos que interferem no processo saúde e doença (KANTORSKI; SILVA E BORGES, 2000).

Neste contexto os enfermeiros tendo uma formação satisfatória no que se refere à saúde mental podem atuar na psiquiatria preventiva dentro da atenção primária investigando os fatores que podem ter influenciado para o desenvolvimento do distúrbio, como múltiplos fatores causais, entre eles o social.

Com a finalidade de prestar um cuidado de qualidade aos clientes, o processo de enfermagem consiste em etapas para resolução de problemas. É um processo contínuo que funciona com o contato direcionado à mudança das respostas físicas e comportamentais do paciente.

Os resultados obtidos nessa revisão mostraram que a assistência de enfermagem vem sendo reconhecida principalmente na área da saúde mental, sendo indispensável a sua atuação. Essa mudança aconteceu decorrente a reforma psiquiátrica em 2001 pela lei 3.657/89, onde foi redefinida a atenção a saúde mental. Os entrevistado relataram que são os únicos responsáveis pelas práticas cotidianas destacadas como: acolhimento; atendimento a familiares; grupo de medicação; interação e vínculo com os pacientes; acompanhamento de refeições; participação e coordenação compartilhada de oficinas; coordenação e participação da assembleia; intervenções multidisciplinares; reuniões de equipe; acompanhamento do usuário; atividades de lazer; promoção do elo entre a atenção básica e o serviço; coordenação; avaliação de enfermagem; atendimento individual; preparo e supervisão da administração de medicamento, registro em prontuário; atividades administrativas; supervisão e capacitação dos auxiliares e técnicos de enfermagem.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Com o projeto de organizar o processo de atenção à saúde mental, o ministério da saúde desenvolveu como forma substitutivas dos hospitais psiquiátricos os Centro de atenção

psicossociais tendo como propósito reinserção social do usuário. Em tais instituições o enfermeiro trabalha com a ligação entre os profissionais e o paciente, tendo papel de mediador em decisões sendo elas técnicas ou administrativas.

Para delinear as atribuições dos enfermeiros que atuam nos centros de atenção psicossocial suas prática cotidiana destacadas como: acolhimento; atendimento a familiares; grupo de medicação; interação e vínculo com os pacientes; acompanhamento de refeições; participação e coordenação compartilhada de oficinas; coordenação e participação da assembleia; intervenções multidisciplinares; reuniões de equipe; acompanhamento do usuário atividades de lazer; promoção do elo entre a atenção básica e o serviço; coordenação; avaliação de enfermagem; atendimento individual; preparo e supervisão da administração de medicamento, registro em prontuário; atividades administrativas; supervisão e capacitação dos auxiliares e técnicos de enfermagem. É relevante pensar o cuidar a partir da atenção psicossocial. A concepção de atenção dá ao enfermeiro uma extensão do tipo de cuidado que busca propor ao cliente: um cuidado não no sentido humano e com o conceito de dever e obrigação que ainda persiste, um cuidado que não visa apenas para eliminar os sintomas, mas sim, que busca o desafio de criar espaços de acolhimento e tolerância para as pessoas em sofrimento psíquico.

REFERÊNCIAS

AMARANTE, PAULO. *Loucos pela vida: a trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil*. 2. ed. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1995.

AMERICAN NURSES. ASSOCIATION (ANA). *Statement on psychiatric mental health clinical nursing practice and standards of psychiatric-mental health clinical nursing practice*. Washington, DC: American Nurses Association. (1994).

BERTONCELLO NM, FRANCO FCP. *Estudo bibliográfico de publicações sobre a atividade administrativa da enfermagem em saúde mental*. Rev. Latino-Am Enfermagem. 2001.

BRASIL. *Decreto nº 94.406, de 08 de junho de 1987 Regulamento a Lei nº 7.498, de 25 de junho de 1986, que dispõe sobre o exercício de Enfermagem, e dá outras providências*. Disponível em: <http://site.portalcofem.gov.br/node/4161>.

BRASIL. *Lei nº 7.498, de 25 de junho de 1986. Dispões sobre a regulamentação do exercício da enfermagem e dá outras providências*.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. *Secretaria Nacional de Assistência a Saúde. ABS do SUS: Doutrina e princípios*. Brasília, 1990.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. *Saúde mental do SUS: os Centros de Atenção Psicossocial.* Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2004.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. *Um Outro Olhar: Manual Audiovisual sobre Centros de Atenção Psicossocial e Saúde Mental na Atenção Básica.* Brasília: MS, 2007.

BRASIL. PORTARIA/GM Nº 336 - DE 19 DE FEVEREIRO DE 2002. *Estabelece que os Centros de Atenção Psicossocial podem substitui-se nas seguintes modalidades de serviço: CAPS I, CAPS II e CAPS III.* Diário Oficial da União, Brasília, 2002.

COFEN. *Resolução COFEN 311/2007, aprova a reformulação do Código de Ética dos profissionais de enfermagem.* Disponível em: <http://site.portalcofen.gov.br/node/4394>.

CORTEZ MIRANDA CL. *O parentesco imaginário: história e representação social da loucura nas relações do espaço asilar.* São Paulo: Cortez; 1994.

GOMES, E. C. M. *Papel da Enfermeira no Caps.* (Pinto, D. & Araújo, L. Entrevistador) Barreiras, Bahia/Brasil. (16 de abril de 2008).

GUIMARÃES, R.; TAVARES, R. (ORGS). *Saúde e sociedade no Brasil: anos 80.* Rio de Janeiro: Ed. Relume-Dumará, p. 171-91 1994.

KANTORSKI LP, SILVA G. BORGES DA. *O ensino de enfermagem psiquiátrica e saúde mental - um olhar a partir dos programas das disciplinas.* Revista latino-americana de enfermagem, Ribeirão Preto (SP) 8(6): 27-34 2000.

KANTORSKI, LUCIANE PRADO et al. *Saberes e estudos teóricos em enfermagem psiquiátrica e saúde mental.* Revista Gaúcha de Enfermagem, Porto Alegre, v. 25, n. 3, p. 408-419, 2004.

KANTORSKI, LUCIANE PRADO; MIELKE, FERNANDA BARRETO AND TEIXEIRA JUNIOR, SIDNEI. *O trabalho do enfermeiro nos centros de atenção psicossocial.* *Trab. educ. saúde* [online]. 2008, vol.6, n.1, pp. 87-106. ISSN 1981-7746.

LACERDA MR, GIACOMOZZI CM, OLINISKI SR, TRUPPEL TC. *Atenção à Saúde no Domicílio: modalidades que fundamentam sua prática.* *Saúde e Sociedade* 2006; 15(2): 88-95.

LUCENA AF, PASKULIN LMG, SOUZA MF, GUTIÉRREZ MGR. *Construção do conhecimento e do fazer enfermagem e os modelos assistenciais.* *Rev. Esc. Enfermagem USP* 2006; 40(2): 292-298.

MINISTÉRIO DA SAÚDE (BR). Conselho Nacional de Saúde. Diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Resolução nº. 196, de 10 de outubro de 1996. Brasília; 1996.

MOCELIN, CARLA; TONINI, NELSI SALETE; SOUZA, ELIZABETH APARECIDA DE; MARASCHIN, MARISTELA SALETE. *O processo de trabalho do enfermeiro em serviços substitutivos em saúde mental*; 2013.

OLIVEIRA AGB, ALESSI NP. *O trabalho de enfermagem em saúde mental: contradições e potencialidades atuais*. Rev. Latino-am Enfermagem 2003; 11(3):333-340

RODRIGUES, A.R.F. *Enfermagem de saúde mental para mulheres em crise acidental*. Ribeirão Preto, 1986. [Tese de Doutorado - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da USP].

SCHRANK G, OLSCHOWSKY A. *O centro de atenção psicossocial e as estratégias para inserção da família*. RevEscEnferm USP 2008; 42(1):127-34.

(S.D.). Acesso em 18 de setembro de 2015. Protocolo de consulta no CAPS, disponível em www.coren.mg.org.br/protocolocaps.htm.

SILVA MCF, FUREGATO ARF, COSTA-JÚNIOR ML. *Depressão: Pontos de Vista e Conhecimento de Enfermeiros da Rede Básica de Saúde*. Revista Latino-am Enfermagem 2003 11(1): 7-13.

SILVEIRA MR, ALVES M. *O enfermeiro na equipe de saúde mental – o caso dos CERSAMS de Belo Horizonte*. Revista Latino-am Enfermagem; 2003; 11(5): 645-651.

SIQUEIRA AB, FILIPINI R, POSSO MBS, FIORANO AMM, GONÇALVES SA. *Relacionamento enfermeiro, paciente e família: fatores comportamentais associados a qualidade da assistência*. Rev. ArqMed ABC 2006; 31(2): 73-77.

TOWNSEND, M. C. *Enfermagem Psiquiátrica Conceitos de Cuidados*. (3ª ed). Rio de Janeiro, RJ: Guanabara Koogan S. A. 2002.

TRAVELBEE J. *Intervencion en enfermería psiquiátrica: el proceso de relacion de persona a persona*. 2ª ed. Colômbia: OPAS/OMS; 1982.

WAIMAN MAP, ELSEN I. *O Cuidado Interdisciplinar a Família do Portador de Transtorno Mental no Paradigma da Desinstitucionalização*. Texto Contexto Enfermagem. 2005; 14(3): 341-349.

CAPÍTULO 2

MÉTODO MÃE CANGURU EM UTI NEONATAL: UMA REVISÃO NARRATIVA DA LITERATURA

Fabiana Maria Campos, FMB
Luana Guimaraes da Silva, FMB

RESUMO


O número aumentado de recém-nascidos prematuros e o tempo prolongado que muitos passam na Unidade de Terapia Intensiva Neonatal - UTIN dificulta que algumas mães consigam visitar e acompanhar diariamente seus bebês. O objetivo do presente estudo é identificar na literatura a respeito do Método Mãe Canguru, suas características, funcionamento, e seus benefícios para os recém-nascidos internados em UTI's Neonatais. Este estudo trata-se de uma Revisão Narrativa realizado pela internet, a partir da Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), nas bases de dados: LILACS, BDNF e MEDLINE, no período de Julho de 2016, sobre aspectos relacionados ao Método Mãe Canguru utilizados em prematuros. Resultados: O número de estudos publicados nos últimos 10 anos se mantém numa frequência anual o que evidencia a carência de um número mais consistente de pesquisas sobre o impacto do método. O programa Método Mãe Canguru é decisivo na formação do vínculo mãe bebê, pois possibilita a segurança básica necessária à construção da maternagem, assim como contribui fortemente para o estabelecimento da amamentação. Podemos então considerar que ocorre melhor eficácia na primeira e segunda etapa, que envolve o âmbito hospitalar, observando maiores benefícios clínicos dos RNPT e/ou baixo peso, como melhora na oxigenação, regulação da temperatura, ganho de peso, estímulo a amamentação, reduz riscos de infecção proporcionando assim alta hospitalar precoce.

PALAVRAS-CHAVE: Prematuro, Enfermagem e Método Mãe Canguru.

INTRODUÇÃO

A quantidade de recém-nascidos prematuros e o tempo prolongado que muitos passam na Unidade de Terapia Intensiva Neonatal - UTIN dificulta que algumas mães consigam visitar e acompanhar diariamente seus bebês.

Surgiu daí a preocupação sobre como seria esse início de vida para um pequeno ser tão dependente distante de sua mãe, dificultando a formação do vínculo entre eles.



A equipe de uma UTIN cuida dos bebês, mas não supre necessidades do amor, carinho, colo e aconchego maternos. Estas cabem à mãe atender. A própria equipe da UTIN fala que alguns bebês choram muito pela falta da mãe, quando esta está ausente por vários dias ou semanas. As consequências que a separação entre uma mãe e seu bebê prematuro pode ocasionar para o processo de desenvolvimento físico, emocional, social e cognitivo me motivou a aprofundar os conhecimentos sobre o tema.

A distância entre o discurso e a realidade, somada às dificuldades que ainda se tem para o reconhecimento e a implementação deste método foram, para mim, o principal determinante para este trabalho, tornando de extrema importância à necessidade de estudar e refletir no assunto.

O objetivo do presente estudo é identificar na literatura a respeito do Método Mãe Canguru, suas características, funcionamento, e seus benefícios para os recém-nascidos internados em UTIN.

Justifica-se a realização desse levantamento bibliográfico no sentido de buscar contribuir para a visibilidade do Método Mãe Canguru, tanto para mulheres e familiares, quanto para profissionais do campo da saúde e educação.

DESENVOLVIMENTO

REVISÃO DE LITERATURA/FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

A prematuridade pode ser definida como o nascimento que ocorre até a 37^a semana de gestação, classificando-se como RN extremamente prematuro aquele de 20 a 27 semanas de idade gestacional e de prematuro aquele entre a 28^a a 31^a semanas de gestação. (BRASIL, 2012).

A separação mãe-filho imposta pelo nascimento prematuro e/ou baixo peso pode acarretar consequências para o bebê como, por exemplo, risco de desmame precoce e dificuldades na formação dos laços afetivos com seus pais. Durante a Gravidez o feto está tendo algumas experiências pelas experiências da mãe, segundo que afirmou já na década de 80, Brazelton (1988, p. 32) diz ainda que “separar uma mãe de seu bebê antes que ela esteja pronta para compartilhá-lo com outras pessoas podem diluir seu sentimento de competência e importância para com o bebê”.

A separação também gera problemas para a mãe, do ponto de vista psicoativo, já que a mãe, após o parto, quando o bebê é levado para a Unidade de Terapia Intensiva Neonatal (UTIN), vivência momentos de vazio, solidão e medo, sem o bebê, sem o companheiro e muitas vezes sem notícias, não é raro que pense que estejam lhe escondendo ou negando informações (BRASIL, 2002).


Na intenção de diminuir os efeitos dessa separação, existem programas e métodos que buscam garantir à mãe e à criança a oportunidade de estarem juntos após o parto ou em outras hospitalizações para que o desenvolvimento do apego não seja prejudicado. Entre os programas, pode-se citar o de alojamento conjunto, que garante à mãe o direito de permanecer com o filho durante sua hospitalização, o de aleitamento materno que fortalece o vínculo mãe/RN e garante um melhor desenvolvimento para a criança e o Método Mãe Canguru - MMC. (FERREIRA, VIEIRA, 2003)

Criado pelo médico Edgar Rey Sanabria e Hector Martinez em 1979, na Colômbia, o MMC, objetiva melhorar os cuidados prestados ao Recém-Nascido Pré Termo - RNPT reduzindo o tempo de permanência hospitalar.

O Método pode proporcionar uma atenção humanizada ao recém-nascido prematuro e/ou baixo peso, basicamente pelo contato pele a pele entre a mãe ou mesmo familiares e o bebê, que se inicia o mais precocemente possível e se prolonga por toda a estadia hospitalar. (BRASIL, 2011)

Para a utilização do MMC é necessário o cumprimento de três etapas, sendo que a primeira etapa consiste em um período que se inicia no acompanhamento pré-natal e continua quando o RNPT encontra-se na UTIN, recebendo assistência. Nesta etapa os pais são informados sobre a saúde do seu filho. Na segunda etapa, o RNPT está com as funções vitais mínimas estabelecidas e ganhando peso diariamente. O MMC pode ser utilizado na Terceira etapa, que é quando o RNPT já se encontra com as condições fisiológicas capazes de receber alta hospitalar, sendo monitorizado ambulatorialmente (BRASIL, 2007).

De acordo com o Caderno do Tutor para MMC, Brasil 2014, depois de estabelecida a norma que pudesse nortear a prática do Método Mãe Canguru, surgiu à necessidade de desenvolver uma estratégia para a implantação e implementação nas diversas unidades hospitalares. Para isso, foi constituído um novo grupo de trabalho em que se discutiu a implementação de centros de referência, inicialmente cinco, espalhados estrategicamente pelo



País. Os centros de referência nacional tinham a atribuição de repassar a metodologia, por meio de cursos com 40 horas de duração, para grupos multidisciplinares de diferentes unidades hospitalares.

Ainda, no mesmo material, se ressalta que um dos principais pilares que sustentam a disseminação do Método Mãe Canguru no Brasil é a figura do tutor. Estar aberto para o novo e o desapego às formas tradicionais da transmissão do conhecimento são fatores preponderantes para a escolha do tutor. Associado a esta disposição de experiência uma metodologia crítico-reflexiva no ensino e aprendizagem do Método Mãe Canguru, o tutor precisa ter conhecimento teórico e vivencial na área e, sempre que possível, em educação. O tutor tem como responsabilidade capacitar os profissionais das maternidades para a prática do Método Mãe Canguru e fornecer apoio técnico às maternidades, Unidade Terapia Intensiva Neonatal, cujas equipes foram capacitadas.

MATERIAL E MÉTODO

Este estudo trata-se de uma Revisão Narrativa sobre aspectos relacionados ao Método Mãe Canguru utilizados em prematuros.

O levantamento bibliográfico foi realizado pela internet, a partir da Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), nas bases de dados: Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), Base de Dados de Enfermagem (BDENF), Medical Literature Analysis and Retrieval System Online (MEDLINE). Foram utilizados como descritores: Prematuro Enfermagem e Método Mãe Canguru.

Os critérios para a seleção dos materiais foram: Artigos publicados em base de dados nacionais; texto completo disponível em português e espanhol; abordar como tema principal o Método Mãe Canguru. Foram excluídos do estudo: Livros, dissertações e teses. Os artigos encontrados em mais de uma base de dados, foram considerados apenas uma vez. Tanto a análise quanto a síntese de dados extraídas dos artigos foram realizadas de forma descritiva, possibilitando observar, descrever e classificar os dados, com intuito de resumir o conhecimento produzido sobre a temática explorada na revisão.

A amostra inicial foi composta por 11 artigos, mas após leitura do resumo foram eliminados 3 artigos que constavam em mais de uma base de dados, definindo, portanto, uma amostra final de 9 artigos.

RESULTADO E DISCUSSÃO:

Após a seleção dos artigos, fez-se a leitura e análise dos dados com vistas a identificar informações como: título, revista de publicação, formação dos autores, ano de publicação, objetivo, tipo de estudo, local da investigação, população, principais resultados e conclusões dos artigos.

Para melhor visualização na totalidade dos diferentes aspectos dos artigos revisados, organizou-se o Quadro 1, o qual explicita sobre o título, os autores, o ano e o periódico de publicação e Quadro 2 Objetivos, metodologia e resultados.

Quadro 1: Descrição do Título, Autores, Periódico de publicação e Ano dos artigos revisados. Dez, 2016

TÍTULO	AUTORES	PERIÓDICOS	ANO
1. Percepção dos pais sobre a vivência no Método Mãe Canguru	Furlan, C.E.F.B; Scochi, CGS; Furtado, M.C.C.	Revista Latino-am Enfermagem	2003
2. Assistência humanizada ao Neonato Prematuro e/ou de baixo peso: Implementação do Método Mãe Canguru em Hospital Universitario.	Neves, F.A.M; Orlandi, M.H.F; Sekine, C.Y; Skalinski, L.M	Acta Paul Enfermagem	2006
3. Vivendo do outro lado do Método Canguru: A Experiência materna	Martins, A.J.V.S; Santos, I.M.M	Revista Eletrônica Enfermagem	2008
4. Programa Método Mãe Canguru e a relação Mãe-Bebê: Pesquisa qualitativa na rede pública de Betim.	Moreira, J.O; Romagnoli, R.C; Dias, D.A; Moreira, C.B.	Psicologia em Estudo	2009

5. TERCEIRA ETAPA MÉTODO MÃE CANGURU: Convergências de prática investigativas e cuidado com famílias em atendimento ambulatorial.	Borck, M; Santos, E.K. A	Revista Gaúcha Enfermagem	2010
6. Atenção humanizada ao recém-nascido de baixo peso (Método Mãe Canguru): percepções de puérperas.	Neves, P.N; Ravelli, A.P.X; Lemos, J.R.D	Revista Gaúcha Enfermagem	2010
7. Percepção materna sobre o contato pele a pele com o prematuro através da posição canguru.	Santos L.M; Morais R.A; Miranda J.O.F	Revista de Pesquisa: cuidado é fundamental online	2013
8. Método Canguru: Percepções das mães que vivenciam a segunda etapa.	Oliveira M.C; Locks M.O.H; Girondi J.B.R	Revista de Pesquisa: cuidado é fundamental online	2015

Quadro 2: Descrição do Objetivo, Metodologia, Resultados.

OBJETIVO, METODOLOGIA e RESULTADOS

ARTIGO

Art 1	<p>Objetivo: Analisar A Percepção De Pais De Bebês Prematuros Sobre A Vivência No Método Mãe-Canguru. Metodologia: Os Dados Foram Coletados A Partir De Entrevista Semiestruturada Com 10 Pais, Realizada Em Até 60 Dias Após A Alta Do Prematuro Do Canguru, Realizado Em Um Hospital Filantrópico Do Interior Do Estado De São Paulo. Resultados: Os Dados Obtidos Fornecem Subsídios Para A Organização Da Assistência No Método Mãe-Canguru, Tanto Sob A Perspectiva Institucional Da Equipe Atuante Como Da Relação Com A Clientela, Possibilitando A Compreensão Das Dificuldades E Significados Atribuídos À Vivência E Otimização Do Cuidado De Enfermagem.</p>
Art 2	<p>Objetivo: Humanizar O Cuidado Ao Recém-Nascido Prematuro E/Ou De Baixo Peso, Aprimorando O Suporte Familiar; Promoção De Maior Nível De Satisfação Da Equipe Assistencial. Metodologia: Relato De Experiência De Enfermeiros E Equipe Multiprofissional No Processo De Implantação Do Método Mãe Canguru No Hospital Universitário, Da Universidade Estadual De Maringá, Paraná, Em 2002. Resultados: O Bebê Fica Em Contato Pele A Pele Com O Peito Da Mãe, Pai Ou Familiar Significativo, Com Benefícios Para Seu Peso, Temperatura, Afetividade, Aleitamento Materno, Além Da Provável Redução No Tempo De Internação E Risco De Infecção. Capacitada Pelo Ministério Da Saúde, Uma Equipe Passou À Implantação E Multiplicação Do Método; Elaborado Um Projeto De Extensão Institucional, Multiprofissional, Como Organizador E Integrador Do Ensino À Assistência.</p>
Art 3	<p>Objetivo: Identificar As Dificuldades Enfrentadas Pela Mãe Participante Do Método Mãe Canguru E Observar As Estratégias Por Ela Utilizadas Neste Procedimento Para Superá-Las. Metodologia: Estudo Descritivo De Abordagem Qualitativa, Realizado Em Um Hospital Do Município Do Rio De Janeiro, No Primeiro Semestre De 2006. Os Dados Foram Coletados Mediante Entrevista Semiestruturada Com Cinco Mães Internadas Na Enfermaria Canguru Do Referido Hospital. Resultados: Os Resultados Apontam Que, Muito Embora As Mães Compreendam O Valor Do Método Para A Recuperação De Seus Filhos, Os Dilemas E As Dificuldades, Particulares E De Ordem Familiar, Podem Comprometer E Até Impedir Sua Participação No Programa. Desta</p>

Forma, O Apoio Da Família E Da Equipe De Saúde É Imprescindível Para Que A Mãe Consiga Atuar No Canguru Da Melhor Maneira Possível.

Art 4 Objetivo: Investigar Os Efeitos Do Método “Canguru” Na Relação Entre Mãe E Bebê Prematuro. Metodologia: Pesquisa Qualitativa Financiada Pela Fapemig/Puc. Pesquisa De Campo Teve Seus Dados Coletados Através De Entrevistas Semiestruturadas Junto Às Mães De Bebês Prematuros Egressas Do Programa Canguru Da Maternidade Municipal Aidedé Conroy Espejo, De Betim. Resultados: Os Resultados Apontam A Complexidade Da Maternidade No Interior Da Prematuridade, Atravessada Pela Vivência De Trauma, Pelo Medo De Perder O Bebê, Pela Visão Da Fragilidade Da Criança. Nesse Contexto, O Programa Mãe-Canguru Possibilita Efetivamente A Conexão Entre Mãe E Bebê Prematuro, Colaborando Para A Vinculação Da Díade.

Art 5 Objetivo: Investigar A Experiência No Processo De Adaptação De Famílias Na Terceira Etapa Do Método Canguru Com Recém-Nascidos Pré-Termo E/Ou De Baixo Peso E Implementar A Consulta De Enfermagem Dentro Dos Quatro Modos Adaptativos Da Teoria De Roy. Metodologia: Trata-Se De Uma Pesquisa Convergente-Assistencial, De Natureza Qualitativa Desenvolvido No Período De Outubro De 2006 A Fevereiro De 2007 Em Um Hospital Universitário. Os Sujeitos Foram Seis Mães, Familiares E Seus Bebês. Resultados: Os Resultados Mostram A Necessidade De Fortalecer O Papel Da Família Na Desespiralização, A Comunicação Entre A Equipe Interdisciplinar E Rever Critérios De Alta Da Terceira Etapa.


Art 6 Objetivo: Conhecer As Percepções De Puérperas Frente À Utilização Do Método Mãe Canguru. Metodologia: De Abordagem Qualitativa, Descritiva E De Campo, Realizado Em Instituição Filantrópica Na Cidade De Ponta Grossa, Paraná, Nos Meses De Agosto A Outubro De 2006, Participando Seis Puérperas Inseridas No Método Mãe Canguru Durante A Internação Do Bebê Resultados: Concluiu-Se Que A Enfermagem Exerce Um Papel Imprescindível Na Inserção Da Família Ao Método, A Partir Dos Cuidados Prestados

Art 7 Objetivo: Analisar A Vivência De Puérperas Durante A Hospitalização Do Prematuro Na Primeira Etapa Do Método Mãe Canguru (MMC) E Conhecer Como O Primeiro Contato Pele A Pele Entre Mãe E Filho Através Da Posição Canguru Colabora Com Esta Vivência. Metodologia: Trata-Se De Um Estudo Exploratório E Qualitativo, Respeitando A Resolução 196/96 Do Conselho Nacional De Saúde, Realizado Através De Entrevistas Semiestruturadas Com Doze Puérperas, Em Outubro De 2010. Resultados: A Análise De Conteúdo Evidenciou Que Puérperas Vivenciam Um Período De Estresse No Início Da Hospitalização Do Prematuro Na Primeira Etapa Do MMC, Representada Pelo Abandono Das Atividades Diárias E Da Família

Art 8 Objetivo: Conhecer As Percepções Das Mães De Recém-Nascidos Pré-Termo E/Ou Baixo Peso Sobre A Segunda Etapa Do Método Canguru. Metodologia: Trata-Se De Uma Pesquisa Exploratório Descritiva, De Abordagem Qualitativa Realizada Em Um Hospital Escola Do Sul Do Brasil, Através De Entrevista Semiestruturada E Observação Com Cinco Mães Que Se Encontravam Na Unidade Neonatal Acompanhando Seus Filhos. Para A Análise Dos Dados Utilizou-Se A Análise De Conteúdo. Resultados: Emergiram Três Categorias: “A Importância Do Início”, “Dilemas E Dificuldades Na Realização Do Método” E O “Método Canguru Facilitando O Cuidado Ao Seu Filho”.

Art 9 Objetivo: Relatar A Experiência Vivenciada Pelas Mães Inseridas No Método Mãe Canguru Em Uma Maternidade Pública. Metodologia: Estudo De Campo Descritivo E Exploratório Com Abordagem Qualitativa, Que Contou Com A Entrevista De 10 Mães Com Filhos Em Tratamento No Método Mãe Canguru, Sendo Utilizado Um Questionário Previamente Elaborado E A Gravação Das Entrevistas Para Registro Dos Relatos. Resultados: Verifica-Se Que O Sentimento Predominante Referido Pelas Mães No Método Mãe Canguru É A Felicidade, Destacando-Se A Melhora Na Relação De Afeto Mãe-Bebê. As Mães Expressam Também Não Ter Conhecimento Suficiente Sobre A Real Importância Para O Método Mãe Canguru, Ficando Evidente Que Falta Conhecimento Sobre O Conceito Do Mesmo. Assim, Verifica-Se Que, De Acordo Com Os Relatos Das Mães Sobre O Que Mudou Após A Experiência Vivida No Método Mãe Canguru, Destaca-Se A Melhora Na Relação Afeto Mãe e Bebê

Constatou-se que o número de estudos publicados nos últimos 10 anos se mantém numa frequência anual o que evidencia a carência de um número mais consistente de pesquisas sobre o impacto do método.




Em relação à formação profissional dos autores, 07 são enfermeiros, 01 é psicóloga e 01 é acadêmica de enfermagem. Quanto ao tipo de estudo, 08 são estudos descritivo de abordagem qualitativa e 01 relato de experiência de enfermeiros e equipe multiprofissional.

Furlan, Scochi e Furtado (2003), analisaram a percepção de 10 pais de bebês prematuros sobre a vivência no Método Mãe Canguru. Os dados foram coletados através de entrevistas realizadas até 60 dias após alta do prematuro do Canguru, em um hospital filantrópico do interior de São Paulo. As vivências dos pais com o método foram agrupadas em quatro grupos temáticos, sendo eles, flexibilidade a permanência materna no MMC; favorecendo a relação mãe, filho e família; completando o crescimento e desenvolvimento do prematuro e desenvolvimento de habilidades para os cuidados com o filho. Os dados obtidos no estudo, segundo os autores, forneceram subsídio para melhor organização da assistência no MMC, resultados este positivos para aspectos como cuidados com os filhos, sentimentos e medos, alcançando assim os objetivos do método em suas duas primeiras etapas.

Neves, Orlandi, Sekine e Skalinski (2006), relatam o caminho percorrido por um grupo de profissionais e acadêmicos de enfermagem que acreditam na humanização da assistência ao neonato no MMC, implementando a primeira e segunda etapa do MMC através de um projeto de extensão em um Hospital Universitário com objetivo de Humanizar os cuidados ao RN prematuro e/ou de baixo peso. Os autores relatam que a introdução do MMC não exige grandes investimentos e sim capacitação dos profissionais sendo que a mãe é a figura principal do programa. Constataram também que as incubadoras não ficaram ociosas e puderam ser liberadas, com segurança, para outros neonatos com quadro clínico instável.

A vivência da família também propiciou oportunidade de educação em saúde, sobre cuidados com o RN, levantando auto-estima da mãe e contribuindo para diminuir sentimento de culpa. A permanência da família e dos pais na unidade é bastante significativa, pois favorece a formação dos laços afetivos, incentivarem amamentação, os bebês ficam mais calmos.

No estudo de Martins e Santos (2008) foram coletados dados diante de entrevistas realizadas com 5 mães, com idades entre 17 e 34 anos, internadas na Enfermaria Canguru de um referido hospital no Rio de Janeiro. Os resultados apontaram que, muito embora as mães compreendam o valor do método para recuperação de seus filhos, os dilemas e dificuldades particulares e de ordem familiar, podem comprometer e até mesmo impedir sua participação




no programa. Embora o hospital seja reconhecido pela implementação do método, se verificou a necessidade de uma orientação mais efetiva e capaz de garantir, as mães, conhecimento mais amplo acerca do método e seus benefícios.

Moreira et al (2009), realizaram uma pesquisa com objetivo de investigar os efeitos do MMC na relação mãe e bebê prematuro através de entrevistas com 8 mães de bebês nascidos entre 30 e 32 semanas de idade gestacional com peso médio de 1kg a 2 kg egressas no programa Canguru na Maternidade Municipal de Aíde. Os resultados apontaram que as mães vivem com pavor da morte de seus filhos, pois são frágeis e ficam decepcionadas na hora de seu nascimento, pois o filho não corresponde à imagem idealizada de um bebê. Diante dessa situação traumática elas não conseguem se vincular aos seus filhos e considerando esses elementos, o programa MMC é decisivo na formação do vínculo mãe bebê, possibilitando a segurança básica necessária a construção da maternagem. No momento em que a mãe pode sentir o bebê junto de seu corpo, ela pode investir nessa criança e apostar no seu crescimento.

Borck e Santos (2010), investigaram a experiência no processo de adaptação de famílias na terceira etapa do MMC com 6 mães, familiares e seus bebês, RNTP e/ou de baixo peso, implementando a consulta de enfermagem dentro dos quatro modos adaptativos da teoria de Roy. Os resultados mostraram a necessidade de fortalecer o papel da família, a comunicação entre a equipe interdisciplinar e rever critérios de alta da terceira etapa. O papel da enfermeira na terceira etapa vai além do supervisionar, coordenar, encaminhar e prescrever. Também os resultados mostraram que é preciso receber e colaborar no acolhimento amoroso, estabelecer confiança, reforçar a ligação mãe/ pai/ bebê. Chegar à terceira etapa do MMC é uma nova transição, outra mudança de situação para família expondo-as para inúmeras e novas mobilizações. A mãe e os familiares precisam fortalecer suas expectativas de cuidadores capazes, independentes e conscientes.

Diferente da terceira etapa do método, o trabalho de Neves, Ravelli e Lemos (2010), descreve o estudo realizado com 6 puérperas, com objetivo de conhecer as percepções destas mulheres frente à utilização do MMC, em atendimento em uma instituição filantrópica na cidade de Ponta Grossa, referência por ser Hospital Amigo da Criança e por ter atendimento intensivo neonatal e dispõe do MMC. Conclui-se que a Enfermagem exerce um papel imprescindível na inserção da família ao método a partir dos cuidados prestados.



As mães que vivenciam o MMC aprenderam muito sobre o método, pois estar em contato íntimo com seu filho depois de tanto sofrimento, separação e angústia, frente à prematuridade, faz com que as mães se sintam vitoriosas. Muitos são os benefícios com o MMC, como prevenir o aparecimento de sinais de estresse, pois o contato pele a pele favorece a estabilidade fisiológica, promovendo uma vivência única deixando-as próximas de seu bebê, favorecendo também o aleitamento materno. A atuação da equipe de enfermagem é de extrema importância, por meio de cuidado humanizado, atento e acolhedor, esclarecendo a mãe suas possíveis dúvidas e dificuldades encontradas na utilização do método.

Analisada a vivência de puérperas durante a hospitalização do prematuro na primeira etapa do MMC e conhecer sobre o primeiro contato pele a pele entre mãe e filho através da posição mãe canguru, Santos, Morais e Miranda et al (2013), evidenciaram através de um estudo com 12 mães de RNPT que se encontravam na UTIN, que puérperas vivenciam um período de estresse no início da hospitalização do prematuro na primeira etapa do MMC, representada pelo abandono das atividades diárias e da família. Ter que ver seu filho, um ser tão pequeno, cheio de aparelhos por todo corpo nunca vistos antes pelas mães é um momento difícil para as mesmas, aumentando o medo e a ansiedade diante das incertezas oriundas da prematuridade e do processo de hospitalização. A realização da posição canguru proporcionou a expressão de sentimentos relacionados à felicidade da puérpera ao se perceber uma verdadeira mãe, já que pode participar de uma forma indireta do cuidado do filho e promover condições para seu desenvolvimento.

Com o objetivo de conhecer a percepção das mães de RNPT e/ou baixo peso sobre a segunda etapa do MMC, Oliveira, Locks e Girondi et al (2015), realizaram uma pesquisa na Unidade de Cuidados Intermediários Canguru em uma Unidade Neonatal de um Hospital de ensino no sul do Brasil, com 5 mães de idade entre 22 a 31 anos, 3 eram primíparas, que estavam vivenciando a segunda etapa do MMC. O Método Mãe Canguru proporciona à mãe algo único após contato inicial ineficaz devido a condições de saúde do RN. Ser indispensável ao cuidado do bebê torna a mãe útil e apaga possíveis mágoas de um parto negativo, voltando a um estado de equilíbrio. Os autores concluem que a vivência da segunda etapa possibilita a superação dos sentimentos negativos que afloram com o nascimento prematuro e promove o empoderamento das mães em relação ao cuidado com seu filho, entretanto é necessário que a

equipe de enfermagem desenvolvem diferentes habilidades para que o MMC seja implementado efetivamente na prática.

Araújo et al (2016), relataram a experiência vivenciada pelas mães inseridas no MMC em uma maternidade pública. Foram entrevistadas 10 mães com filhos inseridos no MMC e o sentimento predominante referido pelas mães no método é a felicidade, destacando-se há meia hora na relação de afeto mãe e bebê. As mães expressam também sobre não ter conhecimento suficiente sobre a real importância para MMC, ficando evidente que falta conhecimento sobre o conceito do mesmo. Assim, verifica-se que de acordo com os relatos das mães sobre o que mudou após a experiência vivida no MMC destaca-se a melhora na relação afetivo mãe-bebê.

Entende portanto, que o programa MMC é decisivo na formação do vínculo mãe bebê, pois possibilita a segurança básica necessária à construção da maternagem, assim como contribui fortemente para o estabelecimento da amamentação. A introdução do MMC nos serviços de saúde não exige grandes investimentos e sim capacitação dos profissionais, mas carece de melhor organização no seu funcionamento como um todo.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A busca pela produção científica sobre o Método Mãe Canguru utilizado em prematuros resultou num total de nove, em que a maioria foi publicada entre 2003 e 2016, e cujos autores são majoritariamente enfermeiros.

Apesar de não ser um vasto número de artigos presentes na literatura é possível observarmos que o Método pode ser considerado factível, desde que aplicado corretamente, contribuindo para o desenvolvimento motor e cognitivo dos RNs, redução do tempo de internação hospitalar.

O Método Mãe Canguru vem gradativamente ganhando espaço nos hospitais, especialmente em Unidades de Terapia Intensiva Neonatais nos cuidados com RNs Prematuros e/ou baixo peso.

Mesmo os profissionais da saúde se qualificando, ainda há dificuldades na implementação e realização das três etapas proposta pelo método, especialmente a terceira etapa que apresenta maiores dificuldades por parte dos profissionais quanto ao acompanhamento na fase domiciliar e também dificuldades dos pais em realizarem o posicionamento após alta hospitalar.

Podemos então considerar que ocorre melhor eficácia na primeira e segunda etapa do Método Mãe Canguru, que envolve o âmbito hospitalar, observando maiores benefícios clínicos dos RNs Prematuros e/ou baixo peso, como melhora na oxigenação, regulação da temperatura, ganho de peso, estímulo à amamentação, redução de riscos de infecção promovendo alta hospitalar com maior brevidade.

Com o MMC a enfermagem ganha mais espaço de atuação na assistência ao recém-nascido que tem como função cuidar da criança e de sua família sob os aspectos biológicos, proporcionando melhor adaptação à vida, a partir de uma assistência pautada no envolvimento, na dedicação e na humanização do cuidado, promovendo uma aproximação maior entre a família, o bebê prematuro e a equipe de saúde. Identifica-se que os enfermeiros associam o método somente à amamentação e a posição em que o bebê é colocado junto à mãe, quando os seus benefícios vão muito além desses. O enfermeiro que está em contato contínuo com o RN pode promover e efetivar a utilização do MMC, mostrando as vantagens do método como a recuperação do RN e a valorização da participação dos pais no cuidado, garantindo o apego e o fortalecimento do vínculo família-RN. Para tal necessita aprimorar seus conhecimentos e demonstrar interesse sobre o MMC, para que seja um precursor junto à equipe multidisciplinar para a implantação do método.

REFERÊNCIAS

Araujo AMG, Melo LS, Alves de Souza MEDC, Freitas MMSM, Lima MGL, Lessa RO. A experiência do método canguru vivenciada pelas mães em uma maternidade pública de Maceió/AL. **Rev. iberoam. educ. investi. Enferm.** 2016; 6(3):19-29.

Borck M, Santos EKA. Terceira etapa Método Canguru: convergência de práticas investigativas e cuidado com famílias em atendimento ambulatorial. **Rev Gaúcha Enferm.**, Porto Alegre (RS) 2010 dez;31(4):761-8.

Brasil. Ministério da Saúde. **Portaria nº 1.683, de 12 de julho de 2007.** Aprova, na forma do Anexo, a Normas de Orientação para a Implantação do Método Mãe Canguru. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2007/prt1683_12_07_2007.html. Acesso em 7 de junho de 2020.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Atenção humanizada ao recém-nascido de baixo peso: Método Mãe Canguru**/ Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. – 2. ed. – Brasília : Editora do Ministério da Saúde, 2011. 204 p. : il. – (Série A. Normas e Manuais Técnicos)

Brasil. 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.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Atenção à saúde do recém-nascido: guia para os profissionais de saúde** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. – 2. ed. – Brasília : Ministério da Saúde, 2012.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Área de Saúde da Criança. **Atenção Humanizada ao Recém-Nascido de Baixo Peso: Método Mãe Canguru**. Manual do Curso. Brasília, 2002.

Brazelton, T. B. **O desenvolvimento do apego**: uma família em formação. Porto Alegre: Artes Médicas, 1988.

Ferreira L, VIEIRA CS. A influência do método mãe-canguru na recuperação do recém-nascido em Unidade de Terapia Intensiva Neonatal: uma revisão de literatura. **Acta Scientiarum. Health Sciences**. Maringá, v. 25, no. 1, p. 41-50, 2003.

Furlan CEFB, Scochi CGS, Furtado MCC. Percepção dos pais sobre a vivência no método mãe-canguru. **Rev Latino-am Enfermagem** 2003 julho-agosto; 11(4):444-52

Martins AJVS, Santos IMM. Vivendo do outro lado do método canguru: a experiência materna. **Rev. Eletr. Enf.** [Internet]. 2008;10(3):703-10. <http://www.fen.ufg.br/revista/v10/n3/v10n3a16.htm>. Acesso em junho de 2020.

Moreira et al. Programa mãe-canguru e a relação mãe-bebê: pesquisa qualitativa na rede pública de Betim **Psicologia em Estudo**, Maringá, v. 14, n. 3, p. 475-483, jul./set. 2009

Neves FAM, Orlandi MHF, Sekine CY, Skalinski LM. Assistência humanizada ao neonato prematuro e/ou de baixo peso: implantação do Método Mãe Canguru em Hospital Universitário. **Acta Paul Enferm** 2006;19(3):349-53.

Neves PN, Ravelli APX, Lemos JRD. Atenção humanizada ao recém-nascido de baixo-peso (método mãe canguru): percepções de puérperas. **Rev Gaúcha Enferm.**, Porto Alegre (RS) 2010 mar;31(1):48-54.

Oliveira MC, Locks MOH, Girondi JBR et al. Método canguru: percepções das mães que vivenciam a segunda etapa. **J. res.: fundam. care**. online 2015. jul./set. 7(3):2939-2948

Santos LM, Morais RA, Miranda JOF et al. Percepção materna sobre o contato pele a pele com o prematuro através da posição canguru. **R. pesq.: cuid. fundam**. online 2013. jan./mar. 5(1):3504-14

CAPÍTULO 3

INFECÇÕES RELACIONADAS A ASSISTÊNCIA À SAÚDE EM UNIDADES DE TERAPIA INTENSIVA

Ana Karoline Machado da Silva, Graduando em Enfermagem, Faculdade Mauá de Brasília

Luana Guimaraes da Silva, Faculdade Mauá de Brasília

RESUMO

As Unidades de Terapia Intensiva (UTI) são ambientes destinados a atender pacientes em estado clinicamente grave, abrigando paciente com risco de vida, que necessitam assim de cuidados prolongados e apropriados, além da constante monitoração prestada pelos enfermeiros. Para que os cuidados sejam realizados com eficiência e qualidade de vida, é preciso, o cuidado específico no ambiente, através de limpeza e desinfecções, quando esses cuidados não são respeitados, ocorre então as infecções relacionadas à assistência à saúde (IRAS). O presente artigo tem por objetivo identificar o papel dos enfermeiros diante de situações de Infecções Hospitalares dentro de Unidades de Terapia Intensiva. A pesquisa será realizada de forma bibliográfica, utilizando documentos oficiais do Conselho Nacional de Enfermagem, bem como documentos oficiais do Ministério da Saúde, além de fazer uma ligação com a literatura, utilizando como referências artigos. Saliento a importância e relevância da continuidade da educação e pesquisa sobre saúde em todas suas áreas, o investimento em formação e especializações da equipe de enfermagem quanto às medidas preventivas e de controle, à adoção de precauções padrão para cada caso de infecção e utilização rotineira de equipamentos de proteção individual.

PALAVRAS-CHAVE: Enfermagem. Unidade de terapia intensiva. Infecções.

INTRODUÇÃO

Os serviços de terapia intensiva ocupam áreas hospitalares destinadas ao atendimento de pacientes críticos que necessitem de cuidados complexos e especializados. Esses serviços têm como foco principal concentrar materiais e recursos humanos, ou seja, profissionais da saúde para o atendimento de pacientes em estado grave que exigem uma assistência permanente.

Assim, considerando o estado grave do paciente o mesmo se encontra em situação mais vulnerável, correndo mais risco de serem acometidos por infecções. Segundo Lima

(2007) “Em termos de infecção hospitalar a problemática é mais séria na unidade de terapia intensiva (UTI)”. Temos assim que muitos dos casos de infecção hospitalar ocorre nas Unidades de Terapia Intensiva.

A vulnerabilidade dos pacientes torna as Infecções Hospitalares mais comuns nas UTIs, entretanto os fatores são diversos, Padrão et al. (2010) traz que

O risco de IH está diretamente relacionado à gravidade da doença, as condições nutricionais dos pacientes, a natureza dos procedimentos diagnósticos ou terapêuticos, ao tempo de internação, dentre outros aspectos (PADRÃO et al., 2010).

Entretanto, as infecções podem estar relacionadas também ao profissional da saúde, assim podendo ocorrer o que chamamos de Infecções Relacionadas à Assistência à Saúde (IRAS). Segundo Oliveira et al (2012), temos que

As IRAS são definidas como toda e qualquer infecção que acomete o indivíduo, seja em instituições hospitalares, atendimentos ambulatoriais na modalidade de hospital dia ou domiciliar, e que possa estar associada a algum procedimento assistencial, seja ele terapêutico ou diagnóstico(Oliveira et al, 2012).

As Unidades de Terapia Intensiva são as mais vulneráveis para o acometimento das IRAS, como traz Gomes et al. (2014) “A Unidade de Terapia Intensiva (UTI) é considerada o epicentro das IRAS e elo influenciador na cadeia epidemiológica de transmissão.” (Gomes AC, Carvalho PO de, Lima ETA et al., 2014).

A transmissão dessas infecções podem ocorrer durante diversos procedimentos realizados por profissionais da saúde, tais introdução de cateteres venosos centrais, sondas vesicais de demora, ventilação mecânica, dentre outros, além de também ocorrer por motivos de período de internação prolongado, colonização por microrganismos resistentes, uso indiscriminado de antimicrobianos e o próprio ambiente da unidade.

Além de toda a problemática de procedimentos realizados dentro das UTIs que tornam a periculosidade grande nesses ambientes, há ainda a questão das bactérias super resistentes, assim como cita Gomes et al. (2014) “A circulação de bactérias multirresistentes nas UTIs vem dificultando ainda mais o tratamento de algumas infecções relacionadas à assistência a saúde.” Tornando tudo ainda mais preocupante.

Contudo, as problemáticas são grandes e é necessário evidenciar as principais características dessas Infecções Relacionadas à Assistência à Saúde, visando a diminuição delas dentro das Unidades de Terapia Intensiva. Este trabalho tem como objetivo identificar o papel dos enfermeiros diante de situações de Infecções Hospitalares dentro de Unidades de Terapia Intensiva.

METODOLOGIA DA PESQUISA

A pesquisa será realizada de forma bibliográfica, utilizando documentos oficiais do Conselho Nacional de Enfermagem, bem como documentos oficiais do Ministério da Saúde, além de fazer uma ligação com a literatura, utilizando como referências artigos.

A busca será feita em sites oficiais dos órgãos citados, além de sites de busca de artigos científicos como o Google Acadêmico, Scielo, entre outros.

A realização de uma leitura bem elaborada desses documentos é importante para fazer uma conexão do trabalho com dados que já foram verificados, permitindo assim que a pesquisa seja relevante para a comunidade dos profissionais de saúde.

Assim, de acordo com Minayo e Sanches (1993) o conhecimento científico sempre transcorre como a busca de articulações entre teoria e realidade, tendo como fio condutor o método com a função fundamental de articular e fundamentar esses conhecimentos de maneira a proporcionar um caminho claro de investigação.

UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA – UTI

A criação das Unidades de Terapia Intensiva (UTIs) se deu a partir da necessidade de atendimento do paciente cujo estado exigia amparo e observação de médicos e enfermeiros. Esta preocupação iniciou-se com Florence Nightingale, durante a guerra da Criméia no século XIX, que procurou selecionar indivíduos mais graves, acomodando-os de forma a favorecer o cuidado imediato (LINO; SILVA, 2001).

O surgimento das UTIs também veio da necessidade de aperfeiçoar e concentrar os recursos materiais e humanos para o tratamento de pacientes em estados graves, com probabilidade de recuperação, sendo necessário o monitoramento contínuo em um centro capacitado.

Na UTI agrupam-se pacientes sintomáticos ou cirúrgicos em quadros clínicos graves, necessitando de monitoramento e atenção constante em suas funções vitais. Tais pacientes apresentam enfermidades ou condições sintomáticas predisponentes a infecções.

A Unidade de Terapia Intensiva é destinada à internação dos pacientes com algum tipo de instabilidade clínica, sendo obrigatória a vigilância definitiva. Não sendo necessário apresentar risco de vida, mas manifestar sintomas graves. É um local extremamente complexo,

categórico e próprio, localizado no ambiente hospitalar, prontamente por estabelecer monitoramento e suporte 24 horas.

As Unidades de Terapia Intensiva são compostas por leitos que contém monitores cardíacos, camas elétricas projetadas, oxímetros e rede de gases. Tendo como equipamentos essenciais: eletrocardiográfico, oxímetro, ventilador pulmonar, monitor multiparamétrico, desfibrilador, cateter central e sondas.

Conforme a médica Lilian Moreira Pinto, do Programa de Residência em Medicina Intensiva do Hospital Israelita Albert Einstein, em São Paulo, a principal função de uma UTI é monitorar o paciente, por isso, os monitores que verificam vários parâmetros são fundamentais. Além disso, as UTIs são formadas por profissionais capacitados para esse núcleo, dentre eles, o médico intensivista e enfermeiro intensivista.

A ATUAÇÃO DO ENFERMEIRO NA UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA

O trabalho em Unidade de Tratamento Intensivo (UTI) é complexo e intenso, devendo o enfermeiro estar preparado para a qualquer momento, atender pacientes com alterações hemodinâmicas importantes, as quais requerem conhecimento específico e grande habilidade para tomar decisões e programar-las em tempo hábil. Desta forma, pode-se supor que o enfermeiro desempenha importante papel no âmbito da Unidade de Terapia Intensiva (DAMAS e MUNARI, 2004).

É de competência do enfermeiro a avaliação da assistência, sendo que o resultado desta avaliação implica muitas vezes na decisão sobre a assistência no dia seguinte. Portanto se no decorrer do dia houver falhas em uma decisão, isto ocasionará uma situação grave. Por isso o enfermeiro, nessa área, engloba o conhecimento profundo das necessidades dos pacientes no que se refere à doença enquanto processo mórbido e suas consequências.

A função do enfermeiro integra-se em obter a anamnese do paciente, examiná-lo fisicamente, executar o devido tratamento, orientando e instruindo os cuidados com a saúde e aconselhando os enfermos para que tenham um tratamento contínuo, com o papel de cuidar do paciente nos diversos episódios que ocorrem dentro da UTI.

Na rotina da UTI, o enfermeiro depara-se frequentemente com estados críticos de saúde dos enfermos que estão no ádito entre a vida e a morte, tornando-se primordial a constante busca de desenvolver técnicas de alta complexidade, para zelar a vida do paciente.

Desta forma, a necessidade do enfermeiro intensivista estar capacitado a exercer atividades de maior complexidade, para as quais é necessária a autoconfiança respaldada no conhecimento científico para que este possa conduzir o atendimento do paciente com segurança.

A equipe de enfermagem na UTI aprende a usar essa tecnologia a favor da harmonização do paciente, do seu bem estar, passa a valorizar a técnica por ela ser uma aliada na tentativa de preservar a vida e bem estar, o conforto do paciente opta pelo cuidado e não apenas pela cura (TABET; 2001).

A esse respeito Gomes (1988) afirma que o enfermeiro que atua nesta unidade necessita ter “conhecimento científico, prático e técnico, a fim de que possa tomar decisões rápidas e concretas, transmitindo segurança a toda equipe e principalmente diminuindo os riscos que ameaçam a vida do paciente”.

Deste modo, o profissional da saúde se envolve, se realiza e aprende a exercitar seu compromisso, favorecendo a relação com o enfermo e, desta forma, contribui para assistência de qualidade, gerenciando e guiando as ações e práticas do cuidado.

AS INFECÇÕES RELACIONADAS A ASSISTÊNCIA À SAÚDE EM UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA

A unidade de terapia intensiva (UTI) é um reservatório assíduo de microrganismos oportunistas, principalmente bactérias de extrema resistência. A transmissão destas bactérias dentro da UTI é ampliada em virtude de fatores como: uso irracional de antimicrobianos, período prolongado de internação, número de procedimentos invasivos, excesso de trabalho em ambiente fechado e menor adesão à higienização das mãos.

Os pacientes internados em instituições hospitalares estão expostos a uma ampla variedade de microrganismos patogênicos, sendo que aqueles internados em UTIs estão sujeitos a riscos 5 a 10 vezes maiores, onde o uso de antimicrobianos de largo espectro e procedimentos invasivos são rotinas. Estima-se que os custos do tratamento dos pacientes com infecção sejam 3 vezes maior em relação aos pacientes sem infecção. Embora a incidência de infecção de corrente sanguínea seja menor que as infecções em outros sítios, tem sua importância por ser causa de morbidade, mortalidade e elevação dos custos hospitalares.

As infecções relacionadas a assistência à saúde (IRAS) são infecções que ocorrem num enfermo durante a prestação de cuidados no ambiente hospitalar que não existia ou não estava

incubada no momento da internação do paciente. Assim também como as infecções contraídas durante os cuidados na UTI, mas que apenas foram manifestadas após a suspensão dos mesmos.

Infecção hospitalar é toda contaminação contraída durante o período de internação hospitalar e normalmente é desenvolvida após o desequilíbrio da flora bacteriana humana, após métodos invasivos e do contato com a própria microbiota hospitalar (SANTOS, 2004).

É toda aquela infecção que está relacionada à hospitalização, quando o hospital, após a clínica laboratorial, não detectou o patógeno que está causando esta devida infecção, comprovando que o paciente não a possui no início da internação e nem 72 horas após, tempo necessário para que haja alguma evidência sintomática. A infecção hospitalar é vista como um fator preocupante e por ter índices elevados de mortalidade é considerado problema de saúde pública (NOGUEIRA, 2009; ALMEIDA, 2007).

Os profissionais de saúde que trabalham diretamente com enfermos, principalmente os que trabalham nas UTIs, precisam ser estimulados a se auto avaliarem diante da conduta profissional nas mais variadas situações pela qual passam no cotidiano. Através dessas avaliações o profissional faz reflexões essenciais sobre o exercício de sua prática, em qual suporte está baseada, nas diferentes possibilidades terapêuticas para o desempenho humanista e na responsabilidade sobre sua conduta profissional ao se tratar do ser humano que está sobre seus cuidados.

O ambiente hospitalar oferece agentes infecciosos variados e muito resistentes. Os doentes internados têm um maior risco de adquirirem infecções devido à própria natureza hospitalar, pois vão se expor a microrganismos que no seu dia-a-dia não entrariam em contato. Estes doentes encontram-se mais enfraquecidos e as suas defesas contra as infecções estão debilitadas, por este motivo se torna necessário a efetivação dos procedimentos invasivos, técnica propícia para o desenvolvimento de uma infecção hospitalar (NOGUEIRA, 2009).

As infecções hospitalares são habitualmente ligadas juntamente com microrganismos achados na flora endógena do paciente ou no recinto hospitalar, sendo que aos microrganismos de tal recinto hospitalar encontram-se habituados de forma resistente neste mesmo ambiente, no qual favorece sua sobrevivência em reservatórios que atuam como fonte para disseminação destes micróbios.

Deste modo, a análise e estudo em intervalos regulares dos microrganismos mais pertinentes em uma UTI são vistos como instrumentos de extrema importância para prevenir e controlar, assim como para orientação de terapia antimicrobiana tendo como base na

experiência até a identificação do agente etiológico da infecção que deve ser levada em tratamento.

As infecções mais frequentes nas unidades de terapia intensiva são causadas por tais microorganismos:

- *Staphylococcus aureus*: podem causar infecções simples e até graves, como meningite, pneumonia, endocardite, dentre outras. Além de que é responsável por mais de 30% dos casos de infecção hospitalar. É resistente a penicilina.

O *Staphylococcus aureus*, possui como principal reservatório o homem, onde este microorganismo é o agente mais comum de infecções piogênicas localizadas na pele ou em regiões mais profundas como furúnculos, foliculites, osteomielites, endocardites, pneumonias, septicemias fatais e outros tipos de manifestações. Pode-se encontrar este microorganismo colonizado em várias partes do corpo como fossas nasais, garganta, intestinos e pele, sendo que cavidade nasal tem sido apontada como a área mais frequentemente positiva e a mais importante fonte do mesmo. As mãos tem sido uns dos principais meios de transmissão da bactéria para o ambiente hospitalar, de um paciente infectado para outro suscetível, de um paciente infectado para o executor dos cuidados e do executor dos cuidados para o paciente suscetível, assim contribuindo sensivelmente para o aumento de bactérias resistentes (SANTOS, 2000).

- *Klebsiella pneumoniae*: um dos microorganismos mais perigosos nacionalmente e internacionalmente, devido ter resistência a antibióticos e frequentemente ser motivo do alto índice infecções hospitalares.

Em 2017 foi inserida na categoria "crítica", a mais preocupante, em uma lista da Organização Mundial da Saúde (OMS) das bactérias contra as quais há mais urgência para desenvolver remédios para o combate, de modo que essa bactéria se evoluiu tornando-se mais fortes para resistirem antibióticos que já existem.

No Brasil, foi ela também o microorganismo que mais causou infecções sanguíneas em pacientes adultos de Unidades de Terapia Intensiva (UTI) em hospitais públicos e privados, segundo dados da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa) para 2017.

Infecções causadas por ela são mais comuns em hospitais do que fora do ambiente hospitalares. Nas unidades de saúde, sua propagação acontece principalmente no contato com fluidos do paciente infectado, como por meio de sondas e cateteres.

- *Pseudomonas aeruginosa*: é encontrada principalmente em pacientes imunocomprometidos, com estado mental alterado, internação prolongada ou traqueostomizados e apresenta elevada resistência a diversos antimicrobianos. Considerado o agente mais comum causador da pneumonia, é identificado frequentemente colonizando nos objetos cirúrgicos, medicamentos e equipamentos.

A Pseudomonas aeruginosa é uma bactéria presente no ambiente hospitalar, que gera muitos transtornos por se tratar de um patógeno causador de infecções em diversas regiões do corpo, principalmente em pacientes imunocomprometidos. Além disso, é um dos principais patógenos encontrados nos efluentes hospitalares. Este microrganismo tem a capacidade de permanecer em diversos ambientes por muito tempo, além de desenvolver resistência contra antimicrobianos. (FUENTEFRÍA, 2008)


- *Staphylococcus epidermidis*: é um estafilococo, uma espécie colonizante da pele, sendo habitualmente inoculado durante procedimentos invasivos ou veiculado pela equipe de saúde, e essa situação é agravada pela emergência de cepas multirresistentes endêmicas no ambiente hospitalar.

PREVENÇÃO E CONTROLE DAS IRAS

Em decorrência a toda evolução na pesquisa e educação e também aos avanços tecnológicos na área da saúde, hoje, encontramos com maior disponibilidade inúmeros instrumentos invasivos que dão total suporte e são essenciais para prestar assistência os pacientes que se encontram em estado crítico, mas grande parte desses instrumentos interferem negativamente e também desestruturam os mecanismos de defesa orgânica do corpo humano, favorecendo a aquisição de possíveis infecções hospitalares, estes mecanismos especializados de defesa orgânica humana geralmente são prejudicados tanto pela base patológica que determina os defeitos imunológicos ou também pela terapia como indutora de um estado de imunossupressão.

A infecção cruzada é uma transmissão de agentes infecciosos dentro de um ambiente clínico que pode ser realizada através do contato de pessoa para pessoa, pelo ar ou por meio de objetos contaminados.

Entende-se que o contágio dos agentes infecciosos ocorre principalmente através da transmissão pelas mãos dos membros da equipe de saúde e também ocorre por meio dos dispositivos conectados ao paciente, que acabam atuando como pontes para a transmissão desses agentes infecciosos.



As infecções hospitalares ocorrem por diversas razões e existem muitos mecanismos que favorecem seu aparecimento. Um desses é a transmissão de microrganismos pelos profissionais da área da saúde, que atuam com vetores, direta ou indiretamente, a transmissão de microrganismos patogênicos a pacientes vulneráveis. Acredita-se que um terço das infecções possam ser prevenidas como medidas de controle a infecção, uma destas medidas é a adequada higiene das mãos.

A lavagem das mãos é a maneira mais eficiente e econômica a prevenção de infecções nosocômias e este fato é mundialmente reconhecido. Afinal, as mãos são o principal meio de transmissão de infecções hospitalares, e esta deve ser realizada antes e após qualquer procedimento empregado na assistência ao paciente.

O Ministério da Saúde considera 70% das infecções hospitalares controláveis e 30% preveníveis. A educação da equipe de saúde pode ser a medida mais importante para a prevenção de complicações, destacando-se a higienização das mãos como cuidado essencial.

A higienização das mãos é uma maneira prática, rápida, acessível e eficaz para a prevenção de infecções relacionadas a assistência à saúde nas UTIs.

A contribuição do profissional de enfermagem no que almeja à produção do estudo científico na área das infecções no âmbito hospitalar tem evoluído e é bastante variado. Um dos bons exemplos nesta área é o da enfermagem brasileira, que desde 1950, tem procurado através de trabalhos de investigação, responder a inúmeras questões relacionadas com este tema.

Segunda a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa), as mãos constituem a microbiota transitória que coloniza a camada mais superficial da pele: *Staphylococcus aureus*, *S.epidermis*, *Enterococcus spp*, *resistentes a vancomicina* e *Enterobacteriaceae*, o que permite a sua remoção mecânica pela higienização das mãos com água e sabão, sendo eliminado facilmente

A higienização das mãos reduz numericamente a contagem da microbiota bacteriana normal benigna e as bactérias transitórias, diminuindo o risco de transferência para outros pacientes. Observa-se, como causa mais frequente de surtos de infecção nas instituições de cuidados de saúde, a transmissão pelas mãos dos profissionais.

A técnica em questão, muitas vezes, é realizada de forma incorreta ou imprópria numa tentativa de poupar tempo. Infelizmente, isso pode contribuir para aumentar o número de infecções e a duração da internação hospitalar do paciente.

Vale ressaltar nesse tocante, que substâncias químicas, como o álcool a 70%, auxiliam, porém não substituem a técnica devidamente executada. Estudos sugerem que o uso contínuo de agentes como este pode perder seu efeito em remover a microbiota transitória e até induzir a resistência microbiana.

A lavagem de mãos é uma medida muito importante para a redução de infecção hospitalar preconizada e recomendada pela ANVISA e o Ministério da Saúde em virtude de falta de adesão dos profissionais a essa importante medida.

As mãos é o principal veículo de transmissão para infecção hospitalar, sendo que uma simples lavagem de mãos é de suma importância para eliminar microrganismo existente na pele, prevenindo assim a propagação de infecção cruzada. A desinformação do profissional de saúde em relação a higienização adequada, tem reduzido a eficácia e a adesão a este método simples e extremamente importante.

O risco de transmissão existe em todos os momentos de prestação de cuidados de saúde, especialmente em doentes imunocomprometidos e/ou na presença de dispositivos invasivos. Por este motivo, são necessárias Precauções Básicas e Isolamento, que atuem em simultâneo, na área da prevenção, assim como na área do controle da transmissão cruzada de microrganismos.

Contudo a adesão às práticas de higiene das mãos é baixa em todos os níveis de cuidados de saúde. Médicos e enfermeiros habitualmente lavam as suas mãos menos de metade das vezes que deviam, e quando há maior restrição de tempo e maior carga de trabalho, como em situações de cuidados críticos, a adesão às boas práticas pode atingir 10% apenas.

Em um ambiente hospitalar, a UTI é caracterizada como uma unidade de alto risco de infecção, por isso, ela requer ênfase nos cuidados de rotina, devem ser realizados esforços para evitar a transmissão horizontal de microorganismos, isto associado às precauções padrão e medidas e controle de disseminação de patógenos multirresistentes, deve se monitorar regularmente a presença destes patógenos na UTI e em situações epidemiológicas a vigilância de culturas microbiológicas rotineira e prospectiva pode ser utilizada também.

O uso das luvas está apenas indicado para as situações suscetíveis ao contacto da mão do profissional de saúde com sangue ou fluidos orgânicos, membranas mucosas, pele não intacta e superfícies contaminadas. Contudo, a sua utilização não substitui uma cuidada higiene das mãos. A utilização de máscaras protege o paciente da libertação de microrganismos e o profissional de saúde contra a exposição de gotículas e salpicos. A bata serve de proteção da pele e impede que a farda do profissional de saúde fique suja durante os procedimentos dos

cuidados de saúde devido ao risco de produção de derrames ou de salpicos de sangue ou outros fluidos corporais.

Deste modo, as precauções básicas que o enfermeiro deve ter são:

- A higiene das mãos;
- Boas práticas nos procedimentos invasivos, como a utilização da técnica asséptica;
- Limpeza, desinfecção e esterilização dos dispositivos médicos;
- Uso racional de antimicrobianos;
- Administração segura de injetáveis;
- Descontaminação dos equipamentos;
- Higiene ambiental hospitalar;
- Uso racional de equipamento de proteção individual;
- Uso correto e rejeição de cortantes e/ou perfurantes;
- Encaminhamento correto após exposição;
- Correto programa de vacinação;
- Boas práticas no transporte de espécimes;
- Precauções com doentes com infecções epidemiologicamente importantes;
- Isolamento e colocação dos doentes colonizados/infetados conforme a via de transmissão;
- Higiene respiratória;

Além das precauções individuais de cada profissional da saúde, que são o uso de luvas, óculos, batas ou aventais e mascarar, estes sendo sempre descartáveis e individuais.

Nesta senda, vê-se que o papel do enfermeiro nas unidades de terapia intensiva, conta-se principalmente na prevenção de infecções relacionadas a assistência à saúde, visto que frequentemente a transmissão de microorganismos muitas vezes se dá pela falta de cuidados da biossegurança, o que de fato deve ser imprescindível.

Assim com educação da equipe de saúde, para realizar os procedimentos necessários na higienização hospitalar, pode ser a medida mais importante para a prevenção de infecções e complicações. Para que desta forma visem a máxima redução da incidência e gravidade das infecções hospitalares. Cabe aos profissionais de saúde inseridos no cotidiano da assistência a

permanente participação nos trabalhos em serviço, sendo responsáveis pela estrutura, processo e resultado dos programas de prevenção e controle das infecções hospitalares.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O assunto infecção hospitalar na terapia intensiva é bastante debatido atualmente e propicia uma série de tópicos a serem abordados. A área da enfermagem, em especial, tem se atentado tanto para os elementos preventivos como para a caracterização das infecções em todos os seus aspectos.

No entanto, no estudo enfoca na ocorrência das infecções hospitalares, especificando os principais temas abordados, bactérias causadoras e associação com uso ilógico de antimicrobianos. Pouco destaque se dá às ações preventivas e à importância das precauções padrão durante a rotina diária de assistência médica, as quais na minha visão são muito relevantes para a enfermagem e para a saúde em geral.

Saliento a importância e relevância da continuidade da educação e pesquisa sobre saúde em todas suas áreas, o investimento em formação e especializações da equipe de enfermagem quanto às medidas preventivas e de controle, à adoção de precauções padrão para cada caso de infecção e utilização rotineira de equipamentos de proteção individual. A educação deve elucidar a mente dos profissionais para a problemática das infecções hospitalares e sua gravidade, forçando uma mudança de comportamento e aumento da qualidade da assistência.

REFERÊNCIAS

1. Lisboa T, Nagel F. Infecção por patógenos multi-resistentes na UTI: como escapar? Rev Bras Ter Intensiva. 2011;23(2)
2. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria n. 2.616, 12 de maio de 1998. Diário Oficial, Brasília, 1998. 2.
3. STARLING CEF, PINHEIRO, SMC, COUTO BRGM, editores. Vigilância epidemiológica das infecções hospitalares na prática diária. Belo Horizonte: Cutiara; 1993. 3.
4. DAVID CMN. Infecção em UTI. Medicina, Ribeirão Preto; 1998;31.

5. HINRICHSEN SL. Biossegurança e controle de infecções: risco sanitário hospitalar. Rio de Janeiro: MEDSI; 2004.
6. LIMA ME, ANDRADE D, HASS VJ. Avaliação prospectiva da ocorrência de infecção em pacientes críticos de unidade de terapia intensiva. *Rev Bras Ter Intensiva*, 2007;19(3).
7. PADRÃO, MC, MONTEIRO, ML, MACIEL, NR, VIANA, FFCF, FREITAS, NA. Prevalência de Infecções hospitalares em Unidade de Terapia Intensiva. *Rev. Soc. Bras. Clin. Méd.* 2010; 8(2). TABET K, CASTRO RCB. O uso do toque como fator de humanização da assistência de enfermagem em UTI. [Monografia]. Santo André (SP): Universidade do grande ABC-UNIABC; 2001.
8. SILVA, R. C. L; PORTO, I. S; FIGUEIREDO, N. M. A. Assistência de Enfermagem e o discurso de humanização. *Esc Anna Nery Rev Enferm.* v.12, n.1, p.156-9, mar. 2008.
9. VILA, V. S. C.; ROSSI, L. A. O significado cultural do cuidado humanizado em Unidade de Terapia Intensiva: muito falado e pouco vivido. *Rev Latino-am Enferm*, v.10, n.2, p.137-144, 2002.
10. Calcagnotto L, Nespolo CR, Stedile NLR. Resistência antimicrobiana em microrganismos isolados do trato respiratório de pacientes internados em unidade de terapia intensiva. *Arquivos Catarinenses de Medicina.* 2011;40(3):77-83.
11. MICHELIM, Lessandra et al. Fatores de patogenicidade e resistência a antimicrobianos em *Staphylococcus epidermidis* associados a infecções nosocomiais em unidades de terapia intensiva. *Braz. J. Microbiol.* [online]. 2005, vol.36, n.1, pp.17-23. ISSN 1678-4405. <https://doi.org/10.1590/S1517-83822005000100004>.
12. Anacleto ASCB, Sousa BEC, Yoshikawa JM, Pedreira MLG. Higienização das mãos e a segurança do paciente: perspectiva de docentes e universitários. *Texto Contexto Enferm* 2013 oct/dez; 22(4): 901-908.
13. NOGUEIRA, Paula Sacha Frota. et al. Perfil da infecção hospitalar em um hospital universitário. *Rev. enferm, UERJ*, Rio de Janeiro, v. 17. n. 1, mar. 2009.
14. MUNDIM, Guilherme Justino et al. Avaliação da presença de *Staphylococcus aureus* nos leitos do Centro de Terapia Intensiva do Hospital Escola da Faculdade de Medicina do Triângulo Mineiro, em relação à posição no colchão antes e após a limpeza. *Rev. Soc. Bras. Med. Trop.*, Uberaba, v. 36, n. 6, Dec. 2003.
15. OLIVEIRA, Adriana Cristina de; DAMASCENO, Quésia Souza. Superfícies do ambiente hospitalar como possíveis reservatórios de bactérias resistentes: uma revisão. *Rev. esc. enferm. USP*, São Paulo, v. 44, n. 4, Dec. 2010.
16. SANTOS, Neusa de Queiroz. A resistência bacteriana no contexto da infecção hospitalar. *Texto contexto - enferm.*, Florianópolis, v. 13, n. spe, 2004.
17. Lacerda, R.A., Brazilian Scientific Production on Nosocomial Infection and Nursing Contribution: Past, Present and Perspectives. *Revista latino-am Enfermagem*, 2002.
18. Primo MGB, Ribeiro LCM, Figueiredo LFS, Sirico SCA, Souza MA. Adesão à prática de higienização das mãos por profissionais de saúde de um Hospital Universitário. *Rev*

- Eletr Enf 2010 abr/jun; 12(2): 266-271
19. SANTOS, Branca Maria de Oliveira. Monitoramento da colonização pelo *Staphylococcus aureus* em alunos de um curso de auxiliar de enfermagem durante a formação profissional. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*, Ribeirão Preto, v. 8, n. 1, jan. 2000.
 20. SILVA, Ruvani Fernandes da. A infecção hospitalar no contexto das políticas relativas à saúde em Santa Catarina. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*, Ribeirão Preto, v. 11, n. 1, Feb. 2003.
 21. GOMES, A . M. Enfermagem na unidade de terapia intensiva, 2 ed., São Paulo, EDU, 1988. P 3-5; 17-31.
 22. KUGART, P. Formação e competência do Enfermeiro em, Terapia Intensiva. Enfoque, Curitiba, v23, n.2, p4-6,1991
 23. LINO, M.M.; SILVA, S.C. Enfermagem na Unidade de Terapia Intensiva: a história como explicação de uma prática. *Nursing*, 2001.out.;41(4):25-29 .
 24. Damas, K.C.A., Munari, D.B., & Siqueira, K.M. (2004). Cuidando do cuidador: reflexões sobre o aprendizado dessa habilidade. *Revista Eletrônica de Enfermagem*, 6(2), 272- 278
 25. ALMEIDA, M.C. et al. Ocorrência de infecção urinária em pacientes de um hospital universitário. *Rev. Ciênc. Farm. Básica Apl.*, v. 28, n. 2, nov. 2007.

CAPÍTULO 4

ASSISTÊNCIA DO ENFERMEIRO NO CUIDADO DOMICILIAR

Maria Genilde Rosa Pereira, Graduando de enfermagem, FMB
Thayssa Karoline Barros Nascimento, FACITEB
Luana Guimarães da Silva, FMB

RESUMO

O cuidado domiciliar é uma estratégia de atenção à saúde que tem como principal finalidade desenvolver no paciente autonomia e autocuidado e que tem como base de gestão um conjunto de diversos profissionais da saúde que formam uma equipe multidisciplinar. Dentre esses profissionais, estão os enfermeiros, os quais são responsáveis pelo desenvolvimento do diagnóstico e do planejamento das ações de cuidados, ajudando assim na recuperação dos pacientes e na sua integração com a família e comunidade. O presente artigo tem por objetivo analisar o papel do enfermeiro no âmbito da assistência domiciliar. O presente estudo possui uma reflexão baseada em revisão da literatura, sendo desenvolvido um estudo qualitativo no que se refere ao Cuidado Domiciliar ou Assistência Domiciliar desenvolvida por enfermeiros. Conclui-se, portanto, a partir do presente estudo a necessidade da atuação do enfermeiro na assistência domiciliar. Pois, é através dele que se torna possível a promoção, prevenção e manutenção da saúde dos indivíduos de diferentes idades e incapacidades físicas ou mentais que se encontram numa situação de vulnerabilidade.

PALAVRAS-CHAVE: Enfermagem. Cuidado domiciliar. Saúde.

INTRODUÇÃO

O campo o qual o enfermeiro pode atuar é extremamente amplo, é uma profissão que pode atender ao público de diversas formas, seja em hospitais, clínicas, lares, abrigos, residências, entre outros. Um desses campos diz respeito ao cuidado domiciliar, que é

realizado pelo enfermeiro quando o enfermo fica em casa e precisa de cuidados especiais que devem ser realizados por um especialista (Araújo M; Oliveira F., 2009).

Segundo o Ministério da Saúde (2012):

“Assistência domiciliar (AD) é o conjunto de atividades prestadas em domicílio às pessoas clinicamente estáveis que exijam intensidade de cuidados acima das modalidades ambulatoriais, mas que possam ser mantidas em casa, atendidas por equipe específica”.

Assim, compreendemos que dentro da Assistência Domiciliar o enfermeiro pode realizar diversas atividades que não ser caracterizadas como cuidado domiciliar.

No contexto da Enfermagem, o cuidado domiciliar, conforme a Resolução do Conselho Federal de Enfermagem - COFEN número 267, consiste “na prestação de serviços de saúde ao cliente, família e grupos sociais em domicílio”.

A prestação de serviços os quais os enfermeiro pode realizar a fim de prestar suporte para o paciente são variadas, vão desde cuidados pessoais, à suportes que somente um especialista da área da saúde pode realizar. Gonçalves *et. al* (2017) traz alguns dos serviços a serem prestados

[...] cuidados pessoais relacionado às atividades cotidianas, entre as quais higiene íntima, alimentação, banho, locomoção e vestuário, cuidados com a medicação e realização de curativos, cuidados com lesões de pele, diálise, transfusão de hemoderivados e hemocomponentes, quimioterapia e antibioticoterapia e de espaços para atender de forma complexa os pacientes e sua família, promovendo assim a continuidade do tratamento e a recuperação (Gonçalves et al., 2017)

Podemos notar que o enfermeiro possui um importante papel no serviço a ser realizado, mas que muitas vezes encontra diversos obstáculos para a realização dessa modalidade de cuidado a ser oferecido, que podem estar relacionados à aspectos econômicos, sociais e emocionais, tanto do profissional, quanto do paciente e da família (De sena *et al.*, 2009).

É necessário evidenciar de que forma ocorre o serviço prestado, visto que cada caso pode ser sua singularidade e apresentar seus desafios. Assim é importante buscar evidenciar a importância do enfermeiro no que tange ao cuidado domiciliar, a realização do trabalho, os cuidados e deveres do mesmo para com a família e o enfermo, assim como questões éticas e legais desse serviço prestado com tanto afinco pelo profissional enfermeiro bem como possíveis dificuldades a serem superadas.

O presente artigo tem por objetivo Analisar o papel do enfermeiro no âmbito da assistência domiciliar.

SESSÕES DO ARTIGO

METODOLOGIA DA PESQUISA

O presente estudo possui uma reflexão baseada em revisão da literatura, sendo desenvolvido um estudo qualitativo no que se refere ao Cuidado Domiciliar ou Assistência Domiciliar desenvolvida por enfermeiros. Compreendendo que o serviço prestado por esses profissionais da saúde é de extrema relevância para a comunidade em sí, visto que durante sua formação são realizados poucos estudos sobre esta atividade.

Realizando uma pesquisa bibliográfica sobre o tema com o objetivo de mostrar a sua relevância, conforme Pizzaniet al (2012):

“Quando uma pesquisa bibliográfica é bem feita, ela é capaz de gerar, especialmente em temas pouco explorados, a postulação de hipóteses ou interpretações que servirão de ponto de partida para outras pesquisas “.

O Cuidado Domiciliar tem diversas particularidades e singularidades, assim será realizada uma pesquisa extensa, utilizando plataformas como A ScientificElectronic Library Online (Scielo), Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (Capes), etc. Visando delimitar questões éticas acerca do atendimento em questão, bem como também o que trazem as normativas do Conselho Federal de Enfermagem (COFEN) e outros órgãos responsáveis por restringir os direitos e deveres do profissional de enfermagem.

O processo de busca de informação deve ser feito de forma eficaz pois, segundo Volpato (2010):

“A estratégia de busca é formada por um conjunto de palavras ou expressões, ligadas por operadores booleanos — palavras que informam ao sistema de busca como combinar os termos da pesquisa —, que permitem ampliar ou diminuir o escopo dos resultados. Também é possível utilizar sinais que representem recursos disponíveis em diferentes bases de dados para melhorar os resultados da busca ou facilitar a operação”.

Está prevista a leitura de estudos de caso, bem como artigos bibliográficos e também documentos oficiais para a realização da pesquisa. Visando utilizar uma abordagem qualitativa dos dados a serem registrados.

REFERENCIAL TEÓRICO

Cuidado domiciliar

O cuidado domiciliar pode ser definido como um conjunto de ações que visam promover a saúde através da prevenção, tratamento e reabilitação de doenças. Ações essas que são desenvolvidas por uma equipe de profissionais de saúde, os quais realizam o diagnóstico e o cuidado do paciente (Guimarães C., 2014).

Essa prática de saúde começou a ser utilizada no Brasil em tempos remotos, diretamente ligada ao controle de doenças infectocontagiosas e aos programas materno-infantil. Contudo, com o passar dos anos passou a ser utilizado em maior escala, principalmente, para os portadores de agravos de longa duração, pacientes incapacitados ou terminais (Paz A; Santos B., 2003). Centrando assim essa prática de atendimento para as populações: geriátricas, com deficiências, incapacitados devido a intervenção cirúrgica, com demência, úlcera, entre outros (Malagutti W., 2012).

No cenário do cuidado domiciliar a equipe de profissionais da saúde deve promover a organização, o controle e o planejamento da saúde dentro dos cuidados primários. Promovendo assim no paciente, um estado de bem estar atrelado a qualidade de vida e funcionamento do estado de saúde, substituindo com eficiência qualquer cuidado hospitalar (Guimarães C., 2014). Trazendo também, uma maior autonomia e autocuidado no espaço domiciliar para o paciente, sem deixar de considerar as suas limitações e possibilidades de cuidados dentro da realidade existente (Paz A; Santos B., 2003).

A prática da atenção domiciliar pode ser executada de duas maneiras, pela internação ou pelo atendimento domiciliar. Sendo a internação destinada a atividades mais complexas em que é necessário o acompanhamento integral do paciente. Diferentemente do atendimento domiciliar onde só é necessário o acompanhamento do médico e da equipe multidisciplinar por um breve período (Malagutti W., 2012).

Cuidado domiciliar na prática do enfermeiro

Segundo a Resolução do Conselho Federal de Enfermagem-COFEN número 267, a prática do enfermeiro no cuidado domiciliar é fundamentada na prestação de serviços de saúde ao cliente, família e grupos sociais em domicílio. Desta forma, a sua atuação é pautada no serviço de acompanhamento, recuperação, reabilitação e no tratamento de pacientes de qualquer idade (Paz A; Santos B., 2003).

Dentro do cuidado domiciliar como prática do enfermeiro, destaca-se as novas empresas de Home Care de Enfermagem que prestam seus serviços em tempo integral nos domicílios para pessoas de qualquer idade. Objetivando reduzir o tempo de hospitalização dos pacientes, melhorar o cumprimento das prescrições terapêuticas, reduzir os danos, prevenir novas doenças e auxiliar os indivíduos em seu próprio domicílio e comunidade (Mello A; BackessD; Bem L., 2016).

Esse atendimento deve ser feito inicialmente através de uma visita domiciliar, feita geralmente pelos profissionais multidisciplinares. Mas, ao que diz respeito aos enfermeiros, deve-se realizar a visita com o intuito de verificar o cenário, fornecer, atender, orientar e acompanhar os casos clínicos através da consulta. Podendo assim, desenvolver as orientações necessárias para autonomia do paciente no seu autocuidado (Guimarães C., 2014).

“A avaliação dos cuidados prestados é realizada através da integração entre a promoção da saúde e a abordagem dos fatores ambientais, psicossociais, econômicos, culturais e pessoais de saúde que afetam o bem-estar da pessoa e da família” (Paz A; Santos B., 2003).

O olhar da enfermagem sobre esses cuidados deve ser sistematizado, pois, é necessário avaliar e compreender o contexto domiciliar do paciente, levando em consideração suas necessidades e a sua realidade, além de definir os planos de cuidados, orientar a família, acompanhar a adaptação e a evolução do paciente, entre outros (Paz A; Santos B., 2003).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Conclui-se, portanto, a partir do presente estudo a necessidade da atuação do enfermeiro na assistência domiciliar. Pois, é através dele que se torna possível a promoção, prevenção e manutenção da saúde dos indivíduos de diferentes idades e incapacidades físicas ou mentais que se encontram numa situação de vulnerabilidade.

No transcorrer da leitura do trabalho é notório a relevância desse profissional para os pacientes, tanto em âmbito hospitalar quanto domiciliar. Ao tratar do âmbito domiciliar percebe-se que a participação do profissional de enfermagem vai além dos exames físicos, partindo para orientações, acompanhamento, planejamento, prescrições de cuidado, entre outros.

Necessitando então não só de conhecimento teóricos e práticos adquiridos durante a sua formação e seus anos de trabalho, mas também de sabedoria, empatia e compreensão da

realidade ao qual o paciente é inserido. Pois, é a partir dela que se torna possível criar um diagnóstico do seu quadro e um planejamento de saúde, trazendo assim bem estar e qualidade de vida para o paciente.

REFERÊNCIAS

BRASIL, Ministério da Saúde. Portaria nº. 2.529 de 19 de outubro de 2006. Institui a Internação Domiciliar no âmbito do SUS.

Brasil. Resolução nº 81, de 10 de outubro de 2003: dispõe das normas de funcionamento de serviços que prestam Assistência Domiciliar. Agência Nacional de Vigilância Sanitária, Brasília, DF, 10 Out 2003. Disponível em: <http://www4.anvisa.gov.br/base/visadoc/CP/CP%5B5668-8-0%5D.PDF>

DE SENA, Roseni Rosângela et al. O cotidiano da cuidadora no domicílio: desafios de um fazer solitário. *Cogitare Enfermagem*, v. 11, n. 2, 2009.

DE LEMOS MELLO, Amanda; BACKES, Dirce Stein; DAL BEN, Luiza Watanabe. protagonismo do enfermeiro em serviços de assistência domiciliar–home care. **Enfermagem em Foco**, v. 7, n. 1, p. 66-70, 2016.

DE ARAÚJO, Maria de Fátima Santos; DE OLIVEIRA, Fabíola Moreira Casimiro. A atuação do enfermeiro na equipe de saúde da família e a satisfação profissional. **CAOS-Revista Eletrônica de Ciências Sociais**, n. 14, p. 03-14, 2009.

GUIMARÃES, Cristiane Pereira. Assistência domiciliar do enfermeiro: planejamento estratégico situacional-Unidade Básica de Saúde Almerindo Alves Barbosa Farias do município de Janaúba/MG. 2014.

MALAGUTTI, William. **Assistência domiciliar–atualidades da assistência de enfermagem**. Editora Rubio, 2012.

MARTINS, SorianeKieski et al. O enfermeiro docente e o ensino do cuidado domiciliar na graduação. **Cogitare Enfermagem**, v. 10, n. 2, p. 84-89, 2005.

Paz AA, Santos BRL. PROGRAMAS DE CUIDADO DE ENFERMAGEM DOMICILIAR. *Ver Bras Enferm*, Brasília (DF) 2003 set/out;56(5):538-541.

PIZZANI, Luciana et al. A arte da pesquisa bibliográfica na busca do conhecimento. **RDBCI: Revista Digital de Biblioteconomia e Ciência da Informação**, v. 10, n. 2, p. 53-66, 2012.

CAPÍTULO 5

O IMPACTO DO LÚPUS ERITEMATOSO SISTÊMICO (LES) NA GESTANTE

Edlamar Vitorino, FMB

Luana Guimaraes da Silva, FMB

RESUMO

O Lupus Eritematoso Sistêmico – LES - é uma doença reumática, inflamatória, crônica, autoimune, que afeta vários órgãos do corpo e que acomete, sobretudo as mulheres em idade fértil, o que faz com seja uma doença que impacta na gravidez e é impactada pela gravidez. Esta pesquisa busca compreender o impacto do LES na gravidez já que se trata de uma doença que pode colocar a grávida e o feto em risco. O que se viu na maioria dos estudos realizados é que o período gestacional constitui um período de maior vulnerabilidade para exacerbações da doença, e até de aparecimento da mesma, entretanto, existem controvérsias. O que se tem, de fato, é que a causa dessa doença é desconhecida, mas sabe-se que a interação de fatores genéticos e certos fatores ambientais estão relacionados com a patogênese do LES e que a doença trás sérias manifestações para as grávidas, por exemplo, musculoesqueléticas, cutâneas, cardiopulmonares, vasculares e linfáticas, neurológicas e comportamentais que podem aparecer envolvendo múltiplos sistemas orgânicos. Em conjunto, essas manifestações afetam de forma grave a mulher gestante e o feto, de modo que é imprescindível o planejamento, acompanhamento e o tratamento da doença na gestação para que se efetive, de forma interdisciplinar a monitorização apertada da atividade e gravidade da doença neste período, bem como o conhecimento das opções terapêuticas e a sua toxicidade.

Palavras-chave: Gravidez; LES; Manifestações; Exacerbações; Mulher.

1. INTRODUÇÃO

O Lúpus Eritematoso Sistêmico (LES) é uma patologia crônica e inflamatória classificada como grave, que se caracteriza pela produção de auto anticorpos e com isso pode prejudicar vários órgãos. Ainda não se pode afirmar o motivo pelo qual se desencadeia essa doença, mas sabe-se que há envolvimento de fatores ambientais e genético para seu desenvolvimento (SOCIEDADE BRASILEIRA DE REUMATOLOGIA, 2017).

Rodrigues *et. al.* (2017) relata que o sistema imunológico é inteligente, mas que mesmo assim o LES o engana, pois ele tem uma função de identificar os patógenos (causador

ou micro-organismo específico que provoca doenças) no organismo, mas no caso das doenças autoimunes ele identifica os tecidos saudáveis como antígenos (substância que, quando introduzida no organismo, ocasiona a produção de anticorpos, comprometendo assim a função de vários órgãos).


Essa patologia tem por sintomas reações repentinas ou lentas e podem ser graves ou moderadas, permanentes ou oscilatórias. Em sua maioria os portadores de LES apresentam sintomas moderados. Os principais sintomas são: febre, rigidez muscular e inchaços, dores no peito, nas articulações, dificuldade de respirar, queda de cabelo, mal-estar, fadiga, ansiedade, entre outros. Em alguns indivíduos os sintomas podem piorar com o tempo (ALMEIDA; TEIXEIRA; CARDOSO, 2012).

Quanto à epidemiologia, o LES tem poucos dados no Brasil, mas sabe que essa patologia afeta mais de 65 mil pessoas que, em sua maioria, são mulheres principalmente na fase reprodutiva e que tem maior incidência na população negra(SOUBHIA *et. al.*, 2015).Apesar dessa alta incidência em mulheres e da gravidade da patologia, muitas mulheres engravidam mesmo sendo portadoras de LES.

Entretanto, a gravidez para portadoras de LES pode trazer consequências, tais como aborto, malformações fetais, exarcebação da doença, sendo que essas consequências podem ser mais graves se a doença estiver ativa no momento da concepção, ou seja, se o diagnóstico ocorrer durante o período gestacional (LOPES, 2012).

Sendo assim, a pesquisa que deverá proceder desse projeto busca refletir sobre o impacto do Lúpus Eritematoso Sistêmico na formação embrionária, buscando identificar as principais repercussões orgânicas e fisiológicas. A questão que se levanta é: como o profissional de enfermagem pode contribuir para que o Lúpus Eritematoso Sistêmico não prejudique tanto as gestantes?

Ainda que as pacientes portadoras de LES não consideram o melhor momento para engravidar,o profissional de enfermagem e toda a equipe multidisciplinar, precisa ter conhecimento técnico científico para orientar essa paciente quanto ao planejamento da gravidez, aos cuidados que serão implementados, além de proporcionar uma assistência integral e qualificada, a fim de prevenir danos e complicações que a patologia pode causar (MEDEIROS *et. al.*, 2016).



Desse modo, o objetivo geral dessa pesquisa é descrever sobre o impacto do Lúpus Eritematoso Sistêmico na formação embrionária e as principais repercussões orgânicas e fisiológicas na gestante. Para tanto, a pesquisa terá um direcionamento fundamentado nos seguintes objetivos específicos: a) descrever sobre o LES: conceito, causas, implicações gerais, etc; b) descrever as características da doença e seu impacto na gravidez; c) verificar a importância do planejamento da gravidez em gestantes portadoras de LES; d) relatar a necessidade do acompanhamento no Pré-natal da gestante portadora de LES.

O que se tem como resolução do problema apresentado para a pesquisa é que uma das alternativas para minimizar o impacto do LES sobre a gestação é compreender que a imunidade na gestação com essa patologia precisa ser mais bem estudada, podendo se considerar que o melhor controle da resposta imune seja a solução para se evitar que algumas pacientes com LES entrem em atividade da doença durante a gestação (PEREIRA, 2005).

De todo modo, o que se tem como resultado da pesquisa é que o diagnóstico, acompanhamento, tratamento e monitoramento da gestante com LES e das suas complicações e, muito fundamentalmente, a programação da gravidez em fase de remissão clínica (fase de ausência de sinais detectáveis em exames clínicos, laboratoriais e de imagem para o diagnóstico de uma determinada doença) da doença são os meios adequados para melhorar os resultados obstétricos em mulheres com a referida patologia. Todavia, o LES não é uma limitação à gestação, devendo-se controlar a doença e acompanhar a gestante lúpica garantindo uma gestação e um desfecho materno-fetal seguro.

Ainda que existam poucas literaturas sobre as implicações do LES no período gestacional, a escolha deste tema é justificada pela necessidade e importância de um plano de cuidados no enfrentamento do LES na gravidez, visando prevenir complicações e promover a saúde, bem como esclarecer a paciente sobre o autocuidado contínuo, adesão ao tratamento farmacológico e não farmacológico e, ainda, promover apoio emocional e social, orientações, com ações que reduzem o índice de mortalidade, sabendo-se que o LES pode aumentar o risco materno, fetal e neonatal.

2. REVISÃO DA LITERATURA

2.1. Conceito e caracterização do Lúpus Eritematoso Sistêmico

O Lúpus Eritematoso Sistêmico (LES) é uma doença inflamatória, crônica, caracterizada pela produção de anticorpos que prejudicam vários órgãos e sistemas do organismo, sendo também uma patologia crônica (SOCIEDADE BRASILEIRA DE REUMATOLOGIA, 2017). De acordo com Costa *et. al.* (2012), o LES é uma patologia crônica autoimune, que se caracteriza devido a uma alteração do funcionamento do sistema imunitário, que produz anticorpos e células responsáveis pela defesa do organismo contra células próprias do indivíduo, identificadas como “corpos estranhos”.

Ainda que todo ser humano se constitua de genes do complexo do **Antígeno Leucocitário Humano (HLA – Human Leukocyte Antigen)**, definindo precisamente quem e o que se é biologicamente, mas principalmente é um complexo treinado para não deixar o organismo atacar suas próprias células, o LES acomete especialmente mulheres. O LES aparece quando a tolerância imunológica do organismo humano falha, se constituindo numa doença autoimune dolorosa, onde o sistema imunológico passa a atacar e danificar o tecido saudável, resultando numa mudança de vida extrema.

Mas, é preciso que se enfatize que o que vem confundindo os imunologistas é que certas variantes do gene HLA aumentam drasticamente o risco de se desenvolver uma doença autoimune, enquanto outras variantes do HLA fornecem níveis impressionantes de proteção. O Sistema Imune (SI) tem como função identificar e combater patógenos, como vírus, fungos, bactérias que atuam como agressores prejudicando o organismo.

No caso das doenças autoimunes, esse sistema passa a identificar os tecidos saudáveis como antígenos, comprometendo vários órgãos do corpo humano (RODRIGUES *et. al.* 2017). O LES se subdivide no ponto de vista clínico patológico em Lúpus Eritematoso Sistêmico (LES), Lúpus Eritematoso Cutâneo Crônico ou Discóide (LECC ou LED) e Lúpus Cutâneo Subagudo (LECS).

Todavia, estudos mostram que o LES é a forma mais agressiva da doença, pois pode acometer vários órgãos como pele, articulações, rins, sistema circulatório, pulmões, aparelho digestivo, aparelho respiratório, aparelho genital, sistema nervoso, dentre outros (VIEIRA, 2010). Essa patologia desencadeada por alterações do sistema imunológico apresenta períodos

de remissão e exacerbação, sendo que estes períodos serão influenciados por fatores como infecções, irradiação solar, falta de adesão ao tratamento, estresse, qualidade de vida e bem-estar (XAVIER *et.al.*2013).

A doença apresenta maior prevalência entre as mulheres, numa proporção de 10:1 em relação aos homens, com frequência na fase reprodutiva e manifesta mais em negros do que em brancos (SOUBHIA *et. al.*2015). De acordo com Skare (1999), embora ambos os sexos possam ser afetados, o LES atinge predominantemente as mulheres (numa proporção de nove mulheres para cada homem), em idade reprodutiva. Crianças e idosos são afetados mais raramente.

A apresentação clínica do LES é altamente variável por ser uma doença multissistêmica, como característica, *rash* cutâneo (vermelhidão na face em forma de "borboleta" sobre as bochechas e a ponta do nariz que afeta cerca de metade das pessoas com lúpus), febre, dores nas articulações (pés, tornozelos, joelhos, quadris, dedos das mãos, punhos, cotovelos, ombros) e fotossensibilidade. Contudo, em muitos pacientes o LES é sutil e assume forma como doença febril de origem desconhecida, achados urinários e anormais ou doenças reumáticas, apresentando períodos de ativação e remissão (RODRIGUES *et. al.*2017).

Entre as manifestações clínicas, a Nefrite (inflamação dos rins), é uma das que mais preocupa e ocorre em 50% das pessoas com LES. Em sua forma mais grave e, sem tratamento adequado, o rim pode parar de funcionar e o paciente necessitar fazer diálise ou transplante renal (SOCIEDADE BRASILEIRA DE REUMATOLOGIA, 2017). As manifestações sistêmicas irão depender do paciente e de qual órgão foi afetado, considerando-se que seja qual for a manifestação, ela pode ser precoce ou se desenvolver lentamente, de forma moderada ou grave, com períodos de exacerbações (RODRIGUES *et. al.* 2017).

Outras manifestações como musculoesqueléticas, cutâneas, cardiopulmonares, vasculares e linfáticas, neurológicas e comportamentais podem aparecer envolvendo múltiplos sistemas orgânicos (SMELTZER & BARE, 2002).O quadro abaixo mostra as principais manifestações provocadas pelo LES:

Quadro 1: Principais manifestações provocadas pelo Lúpus Eritematoso Sistêmico

Tipo de manifestação	Características da manifestação (ou sintomas)
Manifestação do aparelho motor	Dor, rigidez matinal, tendinites, nódulos subcutâneos, necrose óssea, condrite (envolvendo cartilagens do nariz e dos pavilhões auriculares), calcinose, miosite.
Manifestações oculares	Conjuntivite, episclerite, ceratoconjuntivite, Corpúsculos citóides e infiltrados brancos.
Manifestações gastrointestinais	Dor abdominal, hepatoesplenomagalia, icterícia, disfagia, anorexia, vômitos, náusea, diarreia e ascite.
Manifestações cardiovasculares	Pericardite, miocardite (taquicardia, alteração do intervalo ST-T, insuficiência cardíaca congestiva e cardiomegalia), endocardite e infartos do miocárdio que podem resultar de arterite coronariana, trombose e aterosclerose prematura secundária pelo uso crônico de corticosteróides.
Manifestações dermatológicas	Lesões cutâneas agudas, Lúpus cutâneo subagudo, e Lúpus eritematoso discóide.
Manifestações Pleuropulmonares	Pleurite, derrame pleural, comprometimento pulmonar parenquimatoso agudo, pneumonite lúpica e síndrome de “encolhimento do pulmão”.
Manifestações vasculares	Gangrena de extremidades e vasculite aguda
Manifestações do sistema nervoso	Vasculopatias, cefaléia, neurite periférica, convulsões, depressão e psicose.

Manifestações renais	Proteinúria (hipertensão, a hematúria e os cilindros hemáticos)
----------------------	---

Fonte: ANDREOLI *et. al.* (1998); SKARE (1999).

A causa dessa doença é desconhecida, mas sabe-se que a interação de fatores genéticos e certos fatores ambientais estão relacionados com a patogênese do LES. Desta forma, pessoas que nascem com predisposição genética para desenvolver a doença, quando em contato com fatores ambientais passam a apresentar desequilíbrio na produção de anticorpos, provocando alterações imunológicas (SOCIEDADE BRASILEIRA DE REUMATOLOGIA, 2017).

Skare (1999) aponta outras possíveis causas, que incluem fatores genéticos, ambientais e hormonais, identificando os principais: predisposição genética, vírus como agentes etiológicos, hormônios sexuais, fatores ambientais e apoptose celular (é um tipo de "autodestruição celular" que requer energia e síntese protéica para a sua execução. Está relacionado com a homeostase na regulação fisiológica do tamanho dos tecidos, exercendo um papel oposto ao da mitose).

O diagnóstico do LES é feito através do reconhecimento de 04 ou mais sintomas definidos pelo *American College of Rheumatology* como critérios de classificação, relatado na tabela 1. Exames de sangue e urina também são importantes para diagnosticar e detectar a atividade do LES (LOPES, 2012). Dentre os exames clínicos pode-se citar a proteína C reativa (PCR), hemograma, VHS como testes inespecíficos e fator antinuclear (FAN) e auto-anticorpos específicos, como anti-Ro, anti-La, anti-DNA, anti-Sm, que se destacam entre eles e estão entre os principais para diagnosticar o LES (ALMEIDA, TEIXEIRA, CARDOSO, 2012)

É importante ressaltar que a pesquisa de auto-anticorpos, principalmente o FAN considerado o padrão ouro, é fundamental para diagnóstico de pacientes com suspeita da doença, no entanto, devem estar associados com um conjunto de fatores, como critérios de diagnóstico (descritos na tabela 1), exames clínicos e laboratoriais, além da anamnese e exame físico (ALMEIDA, TEIXEIRA, CARDOSO, 2012).

Quadro 2. Critérios diagnósticos para Lúpus Eritematoso Sistêmico

CRITÉRIOS	CARACTERÍSTICAS DO LES
Eritema Malar	Plano ou com relevo, tipicamente poupando as pregas nasolabiais
Lesões Discóides	Eritematosas, queratinizadas podendo originar cicatrizes atróficas
Fotossensibilidade	Eritema cutâneo com reação atípica à exposição à luz do sol
Úlceras orais ou nasofaríngeas	Geralmente indolores
Artrite	Não erosiva, envolvendo pelo menos duas articulações periféricas
Serosite	Pleurite ou pericardite
Alterações renais	Proteinúria persistente > 0,5 G/Dia ou cilindros celulares
Alterações neurológicas	Convulsões ou psicose na ausência de outras causas
Alterações hematológicas	Anemia hemolítica ou leucopenia < 4000/MM ³ em pelo menos duas ocasiões ou linfopenia < 1500/MM ³ em pelo menos duas ocasiões ou trombocitopenia < 10000/MM ³ na ausência de outras causas
Alterações imunológicas	Anticorpos anti-DNA ou anticorpos anti-SM ou anticorpos antifosfolipídicos (anticardiolipina, anticoagulante lúpico ou teste falso-positivo para sífilis)

Anticorpos antinucleares (ANA'S)	Títulos anormais em qualquer medicação no tempo na ausência de fármacos
----------------------------------	---

Fonte: LISBOA; BRITO, (2014).

Apesar dos diversos avanços em nível da fisiopatologia, sabe-se que a doença pode interferir nos resultados gestacionais, podendo alterar o curso da gravidez. O impacto do LES na gestação será maior com riscos de exacerbações se a doença estiver ativa no momento da concepção, ou se o diagnóstico for feito durante a gestação, podem apresentar os piores resultados. Aborto, malformações fetais, morte materna e fetal estão entre as possíveis complicações na gestação (LOPES, 2012).

2.2. Impactos do LES na gravidez

Os estudos de Mendes (2009) e Council (2012) esclarecem que a gravidez é uma condição para a sobrevivência da vida humana, sendo indispensável à renovação geracional e representa o período de formação de um novo ser. Este período da vida da mulher, que se inicia quando da concepção, se estende por um período de cerca de 40 semanas, e termina com o parto.

Os autores esclarecem, ainda, que se trata de um período em que ocorrem alterações profundas no estilo de vida da mulher, provocando mudanças na vida pessoal, na vida do casal e de toda a família. É também uma fase de preparação física e psicológica, para o nascimento e para a parentalidade.

Blumfield (2013) e seus colaboradores explicam que as alterações fisiológicas que ocorrem durante a gravidez determinam o aumento das necessidades nutricionais da grávida, pois ela apresenta algumas particularidades no que diz respeito às necessidades de energia, proteínas, algumas vitaminas, como a tiamina, o ácido fólico, a vitamina C, e alguns minerais como o ferro, o zinco, o cobre e o magnésio. Ainda assim, a imunidade da mulher gestante é instável.

A gestação é um estado de predomínio de estrogênio que está associado com perfil de citocinas Th2, essencial para a tolerância materna ao feto e manutenção da gravidez. No LES, onde prevalece a imunidade Th2, a gravidez está relacionada com a ativação da doença. O que

diminui é o estrogênio que promove a maturação das células B e formação de anticorpos, além de evitar a apoptose dos macrófagos na sinóvia, e reduzir a apoptose das células do sangue, mas não das células (PEREIRA *et. al.*2005).

O mesmo autor argumenta ainda que exista um novo indicador de participação (ou não) do estrogênio no agravamento da doença, citando que o estrogênio estimula a secreção de prolactina, estimuladora da resposta imune. De todo modo, o autor arremata dizendo que a imunidade na gestação com LES precisa ser mais bem estudada; talvez o melhor controle da resposta imune seja a solução para se evitar que algumas pacientes com LES entrem em atividade da doença durante a gestação.

O que se entende, portanto, é que o LES durante o período de gestação ocorre de forma que as células T desempenham um papel fundamental na modulação do sistema imunitário materno, uma vez que 50% dos antígenos do feto são de origem paterna fazendo com que exista uma comunicação permanente na interface mãe-feto na qual estão envolvidas células imunitárias e várias citocinas que têm como função manter a tolerância materna aos antígenos fetais (OLIVEIRA, 2007).

Segundo a autora acima citada, existe, portanto, uma interação entre as principais células imunitárias envolvidas (linfócitos T reguladores) com os receptores das células NK e macrófagos, impedindo a destruição das células fetais. Quando o LES acomete uma gestante há uma diminuição dos linfócitos T reguladores, o que contribui para uma reação do sistema imunitário da mãe às células fetais, provocando a sua morte e conseqüentemente levando a perda fetal.

A complexidade do LES na gravidez é ampla. Além dessa interação entre células imunitárias e fetais, existe ainda a presença de imunoglobulinas IgG, IgA, IgM, de depósitos do complemento C3 e de anticorpos anti-DNA que provocam na placenta uma diminuição do número e tamanho das vilosidades coriônicas, levando a insuficiência placentária (BAER & WITTER, 2011).

Os autores asseveram, ainda, que a coexistência da síndrome de anticorpos antifosfolípidos compromete ainda mais a componente vascular, levando a depósitos de fibrina nos vasos placentários e conseqüente trombose das vilosidades, culminando também em insuficiência placentária. Assim, o impacto do LES na gravidez se constitui de complicações maternas, obstétricas e perinatais que são menores “quando não se verificam

fatores de mau prognóstico, quando a gravidez foi devidamente planejada e quando se efetua uma vigilância multidisciplinar em centros com experiência [...]” (DINIZ-DA-COSTA *et. al.* 2012, p. 449).

A literatura acima citada mostra que as principais complicações maternas e obstétricas decorrentes do LES são: hipertensão arterial, pré-eclâmpsia/eclâmpsia, PPT, rotura prematura pré-termo de membranas (RPPM) e diabetes gestacional (esta última relacionada com a terapêutica com glicocorticóides) e, as complicações fetais e/ou perinatais mais frequentes são: aborto espontâneo do primeiro trimestre, morte fetal, restrição de crescimento intra-uterino (RCIU); bloqueio cardíaco congênito completo e lúpus neonatal (DINIZ-DA-COSTA *et. al.* 2012, p. 45).


Enfim, de acordo com Ribeiro (2017) entre 15% e 60% das mulheres com LES vão sofrer exacerbações do LES durante a gravidez e no pós-parto devido a mecanismos hormonais. Os estrogênios são responsáveis pela estimulação Th2, logo agravam o LES e no pós-parto, a prolactina parece ser responsável pelas exacerbações. Entretanto, ainda se desconhece se a gravidez é um fator de risco para o desenvolvimento do LES ou de outras doenças autoimunes.

2.3. Acompanhamento da enfermagem e tratamento do LES na gestação

O LES é, sem dúvidas, uma patologia de alta complexidade devido aos vários fatores casuais e complicações. Estudos embutidos em Robban (2012) frisa presença de alguns fatores que favorecem o surgimento de complicações durante a gravidez, por exemplo: presença da atividade da doença durante a gestação, nefropatia prévia, hipertensão materna e positividade para presença de anticorpos antifosfolípidos.

Por outro lado, o mesmo estudo ressalta que as gestações que ocorrem nestas condições resultam em sérias complicações para o feto, como a síndrome do lúpus neonatal e, eventualmente associada às alterações hematológicas e hepáticas, porque o LES está relacionado à passagem transplacentária de autoanticorpos maternos (ROBBAN, 2012).

Para o diagnóstico de LES, é fundamental a realização de anamnese e exame físico completos e de alguns exames laboratoriais que podem auxiliar na detecção de alterações clínicas da doença. Desse modo, o acompanhamento clínico dessa doença é de suma importância para o seu controle. E, no que se refere ao acompanhamento e/ou assistência de



enfermagem, pode-se inferir que este tipo de assistência a uma portadora grávida de LES é direcionada para a prevenção de complicações decorrentes da doença e para a promoção da melhoria da qualidade de vida (BITTENCOURT; BESERRA; NÓBREGA, 2008).

Quando o acompanhamento é feito por um profissional de enfermagem, seguem-se alguns procedimentos como a análise cuidadosa dos diagnósticos, a definição de objetivos claros no plano de assistência contendo cuidados de enfermagem que posteriormente são transformados em prescrição de enfermagem, para que ocorra de fato a individualização da assistência (REIS, *et. al.* 2007).

De acordo com a mesma literatura, o acompanhamento da enfermagem pode ser caracterizado pela reavaliação clínica e contextualização, que visa o registro da evolução. Ou seja, trata-se de um processo que é descrito diariamente como parte integrante do relatório de enfermagem, indicando as alterações identificadas (o que melhorou, piorou, acrescentou e o que se manteve).

Para Silva (2016), o acompanhamento das pacientes com LES deve ser individualizado e a gestação considerada de alto risco, necessitando acompanhamento multidisciplinar, até o puerpério, por causa da possibilidade de exacerbação da doença, considerando-se que existe maior incidência de retardo de crescimento intrauterino, prematuridade, hipertensão induzida pela gravidez e diabetes.

Acerca do tratamento do LES, o Conitec (2013) explica que esse tratamento pode ser realizado com glicocorticóides e antimaláricos, nas doses indicadas no item esquema de administração, além de todos os cuidados e orientações recomendadas para os demais pacientes com LES.

O tratamento não medicamentoso transita entre o aconselhamento, suporte e orientação por meio de tratamento multidisciplinar para o paciente e seus familiares, informar sobre a doença e sua evolução, possíveis riscos e recursos disponíveis para diagnóstico e tratamento até o controle e tratamento dos fatores de risco cardiovasculares, tais como diabetes melito, hipertensão arterial sistêmica, dislipidemia e obesidade. Já o tratamento medicamentoso se baseia em antimaláricos (cloroquina e hidroxicloroquina) e os glicocorticóides, independentemente do órgão ou sistema afetado pela doença (CONITEC, 2013).

Quanto ao tempo do tratamento e/ou os critérios de interrupção, pode-se inferir que não existe um período estabelecido para a duração do tratamento. O que ocorre é que quando alcançada a remissão clínica, as doses dos medicamentos podem ser diminuídas de forma gradual, sob monitorização sistemática da atividade de doença. Importa, pois compreender que o monitoramento dos pacientes (consultas e exames complementares), deve ser programado conforme a evolução clínica do caso e o monitoramento do tratamento (CONITEC, 2013).

Para Carvalho *et. al.* (2009) o diagnóstico, acompanhamento, tratamento e monitoramento materno e fetal do LES e das suas complicações e, muito fundamentalmente, a programação da gravidez em fase de remissão clínica da doença são os meios adequados para melhorar os resultados obstétricos em mulheres com a referida patologia. Todavia, o LES não é uma limitação à gestação, devendo-se controlar a doença e acompanhar a gestante lúpica garantindo uma gestação e um desfecho materno-fetal seguro.

3. MATERIAL E MÉTODOS

Todo material utilizado para a produção da pesquisa foi encontrado em sites de pesquisa, se constituindo numa revisão de literatura sobre o Lúpus Eritematoso Sistêmico na gestação, compreendendo a real importância sobre a ação do profissional de enfermagem junto às pacientes gestantes com LES. O delineamento do estudo ocorreu em etapas definidas, sendo elas:

Etapa 01: Para a realização do estudo, primeiramente, escolheu-se o tema “O impacto do Lúpus Eritematoso Sistêmico (LES) na gestante”.

Etapa 02: Identificaram-se os bancos de dados para as pesquisas e os descritores que foram utilizados. Os artigos serão pesquisados nas seguintes bases informatizadas: *Scientific Eletronic Library On Line* (SciELO); *Latin American and Caribbean Health Science Literature Database* (Lilacs) e Sociedade Brasileira de Reumatologia. Foram utilizados os seguintes termos e descritores para a busca dos artigos: lúpus eritematoso sistêmico, gravidez, cuidados, no idioma Português (Brasil), sendo que todos os artigos datam de 1998 a 2019.

Etapa 03: Foram definidos os critérios de inclusão e exclusão.

Etapa 04: Após a leitura criteriosa dos artigos, os dados foram organizados e coletados de acordo com o ano correspondente ao pré-estabelecido e em ordem de prioridade, seguindo os objetivos do estudo. A seleção dos artigos se baseou no título, ano, autores, tipo de estudo e na abordagem do tema.

Etapa 05: Para a realização e interpretação dos resultados, foram feitos resumos após a seleção do material de estudo, para colher informações mais relevantes. Desta forma, os resultados encontrados contribuíram para o aprofundamento do tema abordado, sendo que foram analisados aproximadamente 30 artigos relacionados ao tema escolhido.

4. RESULTADOS E DISCUSSÃO

Vários estudos demonstraram o impacto negativo do LES no período da gravidez, ressaltando-se que o aborto, natimorto, bebês pequenos para a idade gestacional, prematuridade e pré-eclâmpsia são as suas principais complicações que podem ocorrer na gestação de paciente com LES. Sob o ponto de vista de Diniz-da-costa (2012), o LES é uma das doenças reumáticas que mais frequentemente comprometem a gestação.

A autora acima citada e seus colaboradores mencionam que a sua prevalência do LES é maior nas mulheres em idade reprodutiva (1 para 240), em particular nas mulheres de raça negra (1 para 245) e o seu pico de incidência é aos 30 anos de idade. O LES impacta sobre a gestação de forma a necessitar de uma vigilância que deve ser efetuada por uma equipe multidisciplinar num hospital de cuidados terciários.

Por outro lado, alguns especialistas, por exemplo, Lopes (2012) entende que a gravidez em mulheres com LES constitui um grande desafio, já que se trata de uma doença que pode colocar a grávida e o feto em risco, mas afirma que a gestação deixou de ser uma contraindicação nestas doentes, tornando-se uma opção viável. A autora explica que a gestação em pacientes com LES é, sim, um período de maior vulnerabilidade para exacerbações da doença, de forma que é obrigatório que o seu planejamento seja adequadamente ponderado e organizado.

A título de compreensão clara do impacto do LES na gravidez, estudos embutidos em Lopes (2012) ressaltam que as complicações são sérias, por exemplo, aborto instantâneo, exacerbação da doença, deterioração da função renal, malformações fetais, trombocitopenia, morte materna ou neonatal, pré eclampsia, etc. Nessa perspectiva, “uma doente com LES

ativo nos seis meses anteriores à concepção terá maior risco de complicações na gravidez. Por isso, recomenda-se um adiamento da gravidez até um período de quiescência pré-concepcional do LES de pelo menos seis meses” (LOPES, 2012, p. 20).

Percebe-se no decorrer da pesquisa que existe uma discrepância entre o impacto do LES na gravidez e o impacto da gravidez no LES, todavia há um consenso, especialmente nos estudos mais atuais que a grande probabilidade de uma mulher com LES ter uma gravidez segura é o planejamento pré-natal, com rastreamento de positividade para anticorpos específicos.

Mackillop (2007), entretanto, afirma que a possibilidade de ocorrência de exacerbações durante a gravidez deverá ser sempre considerada, ou seja, as exacerbações desafiam profissionais e pacientes porque pode haver sobreposição de sinais e sintomas e alterações analíticas relativamente às próprias alterações fisiológicas da gravidez. Enfim, trata-se de um processo rigoroso a minimização do impacto do LES na gestação, pois esse impacto se estende para o período pós-parto que é particularmente crítico para o desenvolvimento de exacerbações.

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Como fora observado existe uma discrepância entre o impacto do LES na gravidez e o impacto da gravidez no LES, todavia, o que se viu com base nos estudos realizados é que com o avanço da medicina, atualmente o LES não contraindica a gravidez, mas está associado a um aumento dos riscos materno, fetal e neonatal. Isso porque, se trata de uma patologia que interfere nos resultados gestacionais, fazendo com que a gravidez possa alterar o curso da doença.

Desse modo, é possível concluir que pacientes que engravidam durante doença ativa ou com diagnóstico durante a gravidez, têm maior probabilidade de piora clínica e laboratorial, bem como complicações fetais, tornando-se necessário que as grávidas com LES sejam regularmente acompanhadas desde o período pré-concepcional até ao puerpério, sendo que este acompanhamento deva ser realizado por uma equipa multidisciplinar.

Foi observado durante a pesquisa que um dos meios de minimizar os riscos de exacerbação do LES durante a gestação é a doença estar inativa pelo menos por seis meses antes do momento da concepção. Ou seja, é crucial que a doença esteja em remissão antes da gestação. Existe um otimismo real quanto a grande probabilidade de uma mulher com LES ter

uma gravidez segura. Mas, é preciso que se diga que isso depende de um planejamento pré-natal efetivo, com rastreio de positividade para anticorpos específicos.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA, E. F.; TEIXEIRA, J. M. B.; CARDOSO, M. Z. Pesquisa de auto anticorpos em pacientes com Lúpus Eritematoso Sistêmico: revisão de literatura. **Revista Ciências em Saúde**. Vol, n 3, jul 2012.

ANDREOLI T. E. *et. al.* Editores. In: **Cecil Medicina interna básica**. 4ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1998;Cap.16:127-34.

BAER, A., WITTER, F. R. Lupus and Pregnancy. In: **Obstetrical and Gynecology Survey** Vol. 66, Núm.10, p.639-653. 2011.

BITTENCOURT, G. K. G. D.; BESERRA, P. J. F.; NÓBREGA, M. M. L. Assistência de enfermagem a paciente com lupus eritematoso sistêmico utilizando a CIPE. In: **Rev Gaúcha Enferm.**, Porto Alegre, v.29, n.1, p. 26-32, mar. 2008.

BLUMFIELD, M. L. *et. al.* A systematic review and meta-analysis of micronutrient intakes during pregnancy in developed countries. In: **Nutrition Reviews**. 2013; 71(2):118-32.

CARVALHO, R. G. *et. al.* Lúpus eritematoso sistêmico e gravidez – um estudo retrospectivo de 49 casos. In: **Acta Obstet. Ginecol. Port.** Vol. 3. Num. 2. P. 78-83. 2009.

CONITEC. **Lúpus eritematoso sistêmico**. Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas. Portaria SAS/MS nº 100, de 7 de fevereiro de 2013, retificada em 22 de março de 2013.

COUNCIL A. H. M. A. Clinical Practice Guidelines: Antenatal Care - Module I. Canberra: Australian Government Department of Health and Ageing; 2012.

COSTA, T. D.*et. al.* Lúpus Eritematoso Sistêmico e Gravidez. In: **Acta Med Port**, Vol. 25, Núm. 6, p. 448-453.2012.

DINIZ-DA-COSTA, T. *et. al.* Lupus Eritematoso Sistêmico e Gravidez. In:**Acta Med Port**. Vol. 25, Núm. 6. P. 448-453. 2012.

LISBOA, A; BRITO, I. Lúpus eritematoso sistêmico e gravidez: implicações terapêuticas. **Arquivos de Medicina**, v. 28, n. 1, p. 18-24, 2014.

LOPES, S. I. P. **Lúpus Eritematoso Sistêmico: Contracepção e gravidez**, Covilhã: Dissertação apresentada à Universidade da Beira Interior, 2012.

MACKILLOP. L. H, *et. al.* Pregnancy plus systemic lupus Erythematosus. In: **BMJ**. Vol 3. Núm. 335, p. 933-936. 2007.

MEDEIROS, A. L.*et. al.* Avaliando diagnósticos e intervenções de enfermagem no trabalho de parto e na gestação de risco. In: **Revista Gaúcha de Enfermagem**, v. 37, n. 3, 2016.

MENDES, I. M. **Ajustamento materno e paterno**: experiências vivenciadas pelos pais no pós parto. Coimbra: Mar da Palavra; 2009.

OLIVEIRA, A. C. R. **Gravidez e LES: Principais riscos e complicações maternas e perinatais.** Dissertação apresentada à Faculdade de Medicina de Lisboa. 2017.

PEREIRA, A. C. *et. al.* Immunity in the Normal Pregnancy and in the Patient with Systemic Lupus Erythematosus (Imunidade na Gestação Normal e na Paciente com Lúpus Eritematoso Sistêmico (LES). In: **Rev Bras Reumatol**, v. 45, n. 3, p. 134-40, mai./jun., 2005.

REIS, M. G. *et. al.* Aplicação da metodologia da assistência a pacientes com Lúpus Eritematoso Sistêmico em pulsoterapia: uma experiência docente. In: **Rev. bras. enferm.** vol.60, nº. 2. Brasília Mar./Apr. 2007.

RIBEIRO. D. E. B. S. **Lúpus Eritematoso Sistêmico e Gravidez.** Dissertação apresentada à Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra (Mestrado). 2017.

ROBBAN, S. B. **Diagnósticos de enfermagem em gestante lúpica com comprometimento renal: uma revisão da literatura.** Dissertação apresentada à Universidade Federal de Mato Grosso do Sul (Graduação). Campo Grande, 2012.

RODRIGUES D. D.*et. al.* Diagnóstico Clínico e laboratorial do Lúpus Eritematoso Sistêmico, 2017. **Revista de Patologia do Tocantins**, Vol. 4, Núm. 2. p. 15-20. 2017.

SKARE, T. L. **Reumatologia: princípios e prática.** Rio de Janeiro: Guanabara-Koogan, 1999.

SILVA, M. M. **Lúpus Eritematoso Sistêmico e gestação: evolução maternofetal no período gravídico-puerperal: relato de caso.** Dissertação apresentada à Universidade Federal da Paraíba (Graduação). João Pessoa. 2016.

SMELTZER, S. C., BARE, B. G. **Tratado de enfermagem médico-cirúrgico;** Brunner e Suddarth; Volume 1 e 2, 2002.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE REUMATOLOGIA. **Lúpus Eritematoso Sistêmico (LES)**, 2017. Disponível em: <<https://www.reumatologia.org.br/doencas/principais-doencas/lupus-eritematoso-sistemico-les/>>. Acesso em: 08/07/2020.

SOUBHIA, C. B. *et. al.* Anticoncepção na paciente com lúpus eritematoso sistêmico. In: **Femina**, Vol. 43, Núm. 2, 2015.

XAVIER, H. V.*et. al.* Concepções atribuídas por mulheres ao processo de adoecimento por Lúpus. **Psicologia em Estudo**, v. 18, n. 2, 2013.

VIEIRA, A. N. Lúpus Eritematoso Sistêmico: fatores preditivos de prognóstico materno-fetal. Faculdade de Medicina Universidade do Porto, In: **Revista Científica: Arquivos de Medicina**, 2010.

VASCONCELOS, A. C. **Patologia Geral em Hipertexto.** Universidade Federal de Minas Gerais. Belo Horizonte, Minas Gerais, 2000.

CAPÍTULO 6

REFLEXÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM EM GESTANTES ADOLESCENTES NA ATENÇÃO BÁSICA

Sara de Meneses Guimarães Silva, FMB
Luana Guimaraes da Silva, FMB


RESUMO

Os profissionais da saúde desempenham o papel de cuidado, proteção, tratamento, recuperação, entre muitos outros para com aqueles que necessitam desses cuidados, sob a perspectiva das necessidades que as adolescentes grávidas apresentam, buscamos com este estudo evidenciar qual o papel do enfermeiro no que tange ao cuidado do mesmo com a adolescente grávida. **OBJETIVO GERAL**, Realizar um revisão sobre as percepções de puérperas adolescentes sobre a assistência da enfermagem. **METODOLOGIA DA PESQUISA** pesquisa em questão foi realizada bibliograficamente, sob uma perspectiva crítica acerca do tema em questão, a assistência do enfermeiro prestada às adolescentes grávidas. A análise visa mostrar a importância do amparo para essas jovens mães, visto que diversas vezes as mesmas ficam grávidas novas demais e não possuem aporte suficiente para passar por tal situação. **CONSIDERAÇÕES FINAIS** O profissional de enfermagem desenvolve efetivas ações relacionadas a assistência de enfermagem a pacientes grávidas como intervenções interdisciplinares, promoção de saúde, estratégias de prevenção entre outras. Sendo esses profissionais de grande importância tanto na prevenção quanto no cuidado à adolescente grávida. Considerando a ocorrência de ambiente favorável a saúde um campo de ação da enfermagem na promoção da saúde do adolescente com ênfase a prevenção da gravidez na adolescência, o acolhimento e a ética foram destacados como primordiais para essa atenção, pois demandam ações que promovam acesso, respeito, confiança, responsabilização e formação de vínculos.

PALAVRAS-CHAVE: Gestantes, Adolescente, Assistência de Enfermagem, Atenção Básica

INTRODUÇÃO

De acordo com o Estatuto da criança e do adolescente (ECA), jovens com idade entre 12 e 18 são considerados adolescentes, pois não são mais vistos como crianças e não possuem a maturidade do adulto. Durante essa etapa, os jovens costumam a descobrir-se fisiologicamente e psicologicamente, através das interações e dos sentimentos (Rocha M., 2013).



Gravidez na adolescência, nos dias atuais, ainda apresenta um índice de ocorrência elevado, mesmo tendo diminuído bastante entre os anos de 2010 e 2017 (Ministério da Saúde, 2019). O tema em questão é problema de saúde pública, assim mostram-se necessárias as discussões por parte dos profissionais de saúde. Diversos são os dados que mostram o quão é importante realizar uma discussão acerca desse tema, como nós o Fundo de População das Nações Unidas. Em todo o mundo, 7,3 milhões de adolescentes se tornam mães a cada ano, das quais 2 milhões são menores de 15 anos, número que pode aumentar para 3 milhões até 2030, se a tendência atual for mantida (Fundo de População das Nações Unidas, 2013)

O enfermeiro é capaz de atuar e prestar cuidado em diversos casos, adolescentes que passam pelo processo da maternidade cedo demais, são certamente uma parte da população que necessita de amparo humanizado, pois vêm obrigadas a assumir o papel de mãe, para o qual não estão preparadas ainda. E assim é necessário para esses profissionais que irão atendê-las que tenham comprometimento com as adolescentes, como traz GURGEL, M. G. Et al (2008)

A atuação do enfermeiro, como de toda a equipe de saúde, tem as ações centradas na tríade promoção, prevenção e assistência, sendo as duas primeiras de maior relevância no processo de trabalho que vai ao encontro dos princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde. As ações de promoção da saúde são consideradas de grande relevância, para a corresponsabilidade e fortalecimento do vínculo na relação enfermeiro adolescente (GURGEL, M. G. Et al, 2008)

Essas pacientes passam por diversos momentos de confusão, pois muitas vezes não sabem como lidar, são jovens, sem experiência e muitas vezes abandonadas pela família. Os enfermeiros por estarem presentes durante várias etapas do processo, auxiliando essas jovens tanto se tratando da parte de saúde do próprio corpo e do bebê, mas também quando se trata de educação e responsabilidade, ou seja, o cuidado que é exercido por esses profissionais podem muitas vezes salvar a vida da mãe e do bebê.

Os profissionais da saúde desempenham o papel de cuidado, proteção, tratamento, recuperação, entre muitos outros para com aqueles que necessitam desses cuidados, sob a perspectiva das necessidades que as adolescentes grávidas apresentam, buscamos com este estudo evidenciar qual o papel do enfermeiro no que tange ao cuidado do mesmo com a adolescente grávida.

A jovem que passa pelo processo de gravidez durante a adolescência se vê obrigada a enfrentar o desafio de ser mãe, mesmo não estando preparada para tal. Mesmo que fisiologicamente a mulher esteja preparada para gerar uma vida a partir dos 13 anos, em alguns casos antes ou depois desse período, o ato de ser mãe exige muito mais que um corpo preparado.

Muitas vezes a família não recebe bem a notícia, não dá o amparo necessário para a adolescente, ocasionando muitas vezes na fuga destas, entre outras inúmeras fatalidades. Cuidar, além de tudo, exige respeito, competência, sensibilidade e solidariedade. De acordo com Santos, D. R. Et al (2007)

[...] para acompanhar as gestantes e prestar-lhes cuidado em um diálogo aberto, sem medos e taxações, os enfermeiros devem estar cientes de que as adolescentes devem ser compreendidas holisticamente no contexto em que vivem (Santos, D.R., Maraschin, M. S., Caldeira, S., 2007)

Os profissionais da saúde devem estar comprometidos em prevenir, cuidar, proteger, tratar, recuperar, enfim, produzir saúde e precisam estar aptos para enfrentar os desafios que possam existir para tal comprometimento.

Visto que não existe normatização para o atendimento que o enfermeiro irá prestar à estas jovens grávidas, é necessário dialogar sobre quais possam ser as principais contribuições e cuidados prestados por nós, diante de uma população que necessita de uma abordagem mais humanitária.

OBJETIVOS

GERAL

Realizar uma revisão sobre as percepções de puérperas adolescentes sobre a assistência da enfermagem.

ESPECÍFICOS

Identificar como se dá a assistência humanizada que pode ser prestada pelo enfermeiro à adolescentes grávidas.

Buscar informações acerca de como essa assistência ocorre dentro das unidades básicas de saúde.

Verificar de qual maneira a assistência prestada ocasiona um maior bem estar das pacientes em questão.

METODOLOGIA DA PESQUISA


A pesquisa em questão foi realizada bibliograficamente, sob uma perspectiva crítica acerca do tema em questão, a assistência do enfermeiro prestada às adolescentes grávidas. A análise visa mostrar a importância do amparo para essas jovens mães, visto que diversas vezes as mesmas ficam grávidas novas demais e não possuem aporte suficiente para passar por tal situação. Clark e Castro⁷ (2003, p. 67), colocam que “A pesquisa é um processo de construção do conhecimento que tem como metas principais gerar novo conhecimento e/ou corroborar ou refutar algum conhecimento preexistente.”

Serão analisados diversos artigos que contenham como tema gravidez na adolescência, bem como os que mostram de que forma ocorre a assistência do enfermeiro nestes casos. Usaremos como fontes de pesquisa também documentos do Ministério da Saúde que trazem alguns dados de porcentagem, visando mostrar os dados mais recentes sobre como estão as estatísticas de gravidez na adolescência. Os documentos usados para pesquisa serão retirados dos bancos de dados de sites de busca de documentos científicos, como Google Acadêmico, Scielo, Periódicos da CAPES, bem como artigos de faculdades públicas.

Além também de usarmos alguns artigos que mostrem a visão de certos autores que trabalharam com pacientes que passam por experiências de vida, tais como uma gravidez precoce, analisando qual abordagem pode ser sugerida por eles, durante o auxílio oferecido pelo enfermeiro em casos onde o atendimento deve ser realizado de forma mais humanizada.

DESENVOLVIMENTO

O período da adolescência desperta no indivíduo a necessidade do desenvolvimento mental e sexual, a criação e afirmação da personalidade, além da realização de projetos de vida. Dentro de todo esse cenário, podem ocorrer algumas crises, que suscitam e levam os adolescentes às transgressões, sejam elas por meio do uso de drogas ilícitas ou lícitas ou a realização de um sexo precoce e sem a devida proteção (Neto F; Dias M; Rocha J; Cunha I., 2007).



As relações sexuais precoces se dão em grande parte pelas transformações sexuais sofridas durante a adolescência, tal como, a maturidade sexual que compactua com a capacidade reprodutiva. Em consequência disto, o jovem chega na adolescência descobrindo o sexo de maneira não segura, pois não são dadas durante esse período orientações suficientes a esses indivíduos, nem pela escola nem pela família, acabando por ocasionar gravidez na adolescência (Neto F; Dias M; Rocha J; Cunha I., 2007).

Essa gravidez gerada na adolescência traz um quadro de grandes dificuldades tanto médicas quanto sociais. Pois, essa gravidez precoce é considerada de alto-risco, que pode gerar efeitos negativos como: a mortalidade materno-fetal, toxemias, anemia, baixo ganho de peso materno, infecção urinária, desmame precoce, entre outros. Assim como, a perda de oportunidades educacionais, prejuízos emocionais relacionados a situação de maternidade Precoce, poucas chances de trabalho, além do despreparo, abandono por parte do parceiro ou da família (Coura E., 2011).

Entendendo sobre todas as relações ocasionadas pela gravidez na adolescência e suas dificuldades, pensou-se sobre a humanização da assistência ao público, a partir de uma prática profissional e de uma política de saúde. Buscando dar a assistência adequada há todas as mães, principalmente as adolescentes, devido as alterações psicológicas e sociais vividas, que podem interferir na gestação (Coura E., 2011).

A palavra “humanismo” deriva do latim e pode ser definida como um ser com visões diferentes do mundo, dando extrema relevância ao dom da vida e aos valores. Desse modo, fornece aos indivíduos oportunidades, direitos e liberdade, através de vínculos solidários, participação coletiva, de modo a analisar as necessidades daquela sociedade, ofertando-lhes boas condições de atendimento (Coura E., 2011).

Essa humanização é feita através do profissional de enfermagem que uneseus conhecimentos teóricos à prática, para execução desse planejamento junto como paciente e a equipe. Amenizando assim, todas as dúvidas, angustias e inseguranças vividas pela adolescente no momento, ajudando-a a sentir mais segura e confortável (Coura E., 2011).

O processo de assistência humanizada ocorre através do acolhimento digno da mulher e do recém-nascido, tanto pelos serviços quanto pelos profissionais. Iniciada por meio de uma atenção qualificada e humanizada no pré-natal e na fase puerperal, através de medidas

acolhedoras, da facilitação do acesso aos serviços de saúde, promovendo assim a prevenção, assistência a saúde e a promoção da gestante e do recém-nascido (Coura E., 2011).

Dessa forma, o enfermeiro deve desenvolver elementos como: boa comunicação interpessoal e relações seguras para realizar essa assistência. Compreendendo o paciente como um todo, através de uma análise econômica, cultural, social e física. Pois, é a partir da compreensão desses quadros, que o profissional poderá recomendar cuidados e ensinamentos emocionais e físicos (Coura E., 2011).

Atuando através do acompanhamento da família e da amamentação, ensinando e aprendendo sempre sobre as técnicas de aleitamento materno, atendendo sempre mães que solicitarem ou necessitarem da ajuda, além dos cuidados, por exemplo realizados na adaptação da puérpera, por meio da higienização da ferida operatória, cuidado com as mamas, etc. Diminuindo assim as complicações, o tempo de internação e evitando o aparecimento de fissuras (Coura E., 2011). Os dados presentes no Sistema Único de Saúde (SUS) no que diz respeito ao atendimento obstétrico, afirma que nos últimos anos cresceu substancialmente o número de internações de mães com idades entre 10 a 14, 15 a 19 e 20 a 24.

Sendo parto e puerpério responsável por 37% das internações das mulheres de 10 a 19 anos (Moreira T; Viana D; Queiroz M; Jorge M., 2008).

O grande objetivo do SUS é o acesso universal e igualitário dos serviços de saúde, mas apesar disso, estudos mostram que o acesso a esses serviços pelas gestantes ainda é muito pequeno.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Cada vez mais, nos dias correntes, percebemos que a saúde do adolescente constitui um tema oportuno, pertinente, que enseja bastante interesse e proporciona debate. Se tratando de gravidez na adolescência passamos também a tratar um problema de saúde pública. Isso decorre não somente dos aspectos biológicos e epidemiológicos que definem o perfil de saúde desse grupo, mas, acima de tudo, pela ampliação do conceito de saúde e concepções da promoção da saúde, vinculados à qualidade de vida (Gurgel et al., 2010).

O atendimento à essas jovens se faz de suma importância, visto que a gravidez no período da adolescência sempre mostra dados estatísticos elevados. O profissional de

enfermagem desenvolve efetivas ações relacionadas a assistência de enfermagem a pacientes grávidas como intervenções interdisciplinares, promoção de saúde, estratégias de prevenção entre outras. Sendo esses profissionais de grande importância tanto na prevenção quanto no cuidado à adolescente grávida.

A assistência humanizada é vista como uma alternativa ampla de atendimento e cuidado com a adolescente que passa por tal momento e por diversas vezes não conta com apoio. Este cuidado deve ter como objetivo compreender a subjetividade do ser adolescente gestante enquanto ser cuidado, percebendo-o em suas dimensões humanas, uma vez que deve tratar da saúde de forma integral, englobando o processo de cuidar para promover, manter e/ou recuperar a dignidade e a totalidade humana (Santos et al., 2007).

Considerando a ocorrência de ambiente favorável a saúde um campo de ação da enfermagem na promoção da saúde do adolescente com ênfase a prevenção da gravidez na adolescência, o acolhimento e a ética foram destacados como primordiais para essa atenção, pois demandam ações que promovam acesso, respeito, confiança, responsabilização e formação de vínculos.

REFERÊNCIAS

1. Alves CA; Brandão ER. Vulnerabilidade no uso de métodos contraceptivos entre adolescentes e jovens: interseções entre políticas públicas e atenção à saúde. *Ciencia e Saude Colet.* [Internet]. 2009 abr 14(2).
2. Barbosa MA, Medeiros M, Prado MA, Bachion MM, Brasil VV. Reflexões sobre o trabalho do enfermeiro em saúde coletiva. *Rev Eletr Enferm* 2004.
3. BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Resolução n.196, de 10 de outubro de 1996. Estabelece diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos. *Diário Oficial [da União], Brasília, n.201, 16 out.1996.*
4. BRASIL. Ministério da Saúde. Terminologia básica em saúde. 2. ed. Brasília: Centro de Documentação do Ministério da Saúde, 1985.
5. Brasil. Ministério da Saúde (MS). Constituição. República Federativa do Brasil. Brasília: Ministério da Saúde (MS); 1988.

6. Brasil. Lei nº 8.069, de 13 de Julho de 1990. Dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente e dá outras providências. Diário Oficial da República 1990 jul 13.
7. Bueno GM. Variáveis de risco para a gravidez na adolescência [dissertação].Campinas: Pontifícia Universidade Católica; 2002.
8. Cabral ACF, Araújo VS, Braga, LS, Cordeiro CA, Moraes MN, Dias MD.Percepções da gravidez em adolescentes gestantes. Ver Pesqui Cuid Fundam. online. 2015. 7(2): 2526-36.
9. Coates V, Sant’Anna MJC. Gravidez na adolescência. In: França LA, França DG, organizadores. Sexualidade e saúde reprodutiva na adolescência. São Paulo (SP): Atheneu; 2001.
10. Conselho Nacional de Saúde. Comissão Nacional de Ética em Pesquisa. Resolução nº 196 de 10 de outubro de 1996. Aprova as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos. Bioética. 1996;
11. COURA, Érika Gualberto et al. Gravidez na adolescência: importância da assistência humanizada para as puérperas. 2011.
12. Cunha AA, Monteiro DLM, Reis AFF. Fatores de risco da gravidez na adolescência. In: Monteiro DLM, Cunha AA, Bastos CB. Gravidez na adolescência. Rio de Janeiro (RJ): Revinter; 1998.
13. Davim RMB, Germano RM, Menezes RMV, Carlos DJD. Adolescente/adolescência: revisão teórica sobre uma fase crítica da vida. Rev Rene. 2009;
14. Dias AB, Aquino EM. Maternidade e paternidade na adolescência: algumas constatações em três cidades do Brasil. Cad Saude Pública. 2006; 22(7):1447-58.
15. Ferreira RA, Ferriani MGC, Mello DF, Carvalho IP, Cano MA, Oliveira LA. Análise espacial da vulnerabilidade social da gravidez na adolescência. Cadsaude publica [Internet]. 2012 fev [acesso em 2012 mar 10]; 28(2):313-23. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v28n2/10.pdf>
16. Gauderer EC. Sexo e sexualidade da criança e do adolescente. Rio de Janeiro: Rosa dos Tempos; 1996.
17. GURGEL, Maria Glêdes Ibiapina et al. Gravidez na adolescência: tendências na produção científica de enfermagem. Esc. Anna Nery, Rio de Janeiro, v.12, n. 4, Dec. 2008. Disponível em http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-81452008000400027&lng=en&nrm=iso
18. IBIAPINA, Laís Gama et al. ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM ÀS ADOLESCENTES GESTANTES SOB A ÓTICA DE CALLISTAROY. Enfermagem em Foco, [S.l.], v. 7, n. 3/4, fev. 2017. ISSN 2357-707X. Disponível em: <http://revista.cofen.gov.br/index.php/enfermagem/article/view/915/345>;
19. Koller SL, organizadora. Adolescência e psicologia: concepções, práticas e reflexões críticas. Rio de Janeiro (RJ): Conselho Federal de Psicologia; 2002.

20. Melo MCP, Coelho EAC. Integralidade e cuidado a grávidas adolescentes na Atenção Básica. *Ciênsaude colet.* 2011 mai [acesso em 2011 dez 10];16(5): 2549-58. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232011000500025&script=sci_arttext
21. Moura LN, Gomes KR, Rodrigues MT, Oliveira DC. Informação sobre contracepção e sexualidade entre adolescentes que vivenciaram uma gravidez. *Acta Paul Enferm.* 2011;24(3):320-6.
22. Moura LN, Gomes KR. Planejamento familiar: uso dos serviços de saúde por jovens com experiência de gravidez. *Ciência & Saúde Coletiva.* 2014;19(3):853-63.
23. Penna LH, Rodrigues RF, Lucido VA, Guedes, CR, Lima LM. Assistência às adolescentes abrigadas em maternidade sob a ótica de profissionais de saúde. *Acta Paul Enferm.* 2012; 25(Número Especial 2): 121-7.
24. Pinto e Silva JL. A gravidez na adolescência: uma visão multidisciplinar. In: Saito MI, Silva LEV, organizadores. *Adolescência, prevenção e risco.* São Paulo (SP): Atheneu; 2001.
25. POLIT, F. D.; HUNGLER, P. B.. *Fundamentos de Pesquisa em Enfermagem.* Porto Alegre: Artes Médicas, 1995.
26. Porto AR, Thofehrn MB, Pai DD, Amestoy SC, Joner LR, Palma JS. Teorias de Enfermagem e modelos que fortalecem a prática profissional. *RevPesquiCuid Fundam. online.* 2013;5(5):155-61.
27. Saraiva ERA, Coutinho MPL. A estrutura das representações sociais de mães puérperas acerca da depressão pós-parto. *Psico-USF.* 2007;
28. Spindola T, Penna LHG, Progianti JM. Perfil epidemiológico de mulheres atendidas na consulta do pré-natal de um hospital universitário. *RevEscEnferm USP.* 2006;
29. Shimizu HE, Lima MG. As dimensões do cuidado pré-natal na consulta de enfermagem. *RevBrasEnferm.* 2009;
30. Rios CTF, Vieira NFC. Ações educativas no pré-natal: reflexão sobre a consulta de enfermagem como um espaço para educação em saúde. *Ciênsaude colet.* 2007 abr [acesso em 2011 dez 10]; 12(2): 477-86. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232007000200024&script=sci_abstract&tlng=pt
31. Saito MI. Adolescência, cultura, vulnerabilidade e risco. A prevenção em questão. In: Saito MI, Silva LEV. *Adolescência: prevenção e riscos.* São Paulo (SP): Atheneu; 2001.
32. Saggese E, Leite LC. Saúde mental na adolescência: um olhar sobre a reabilitação psicossocial. In: Schor N, Mota MSFT, Branco VC. *Cadernos da juventude, saúde e desenvolvimento.* Brasília (DF): Ministério da Saúde; 1999.
33. Secretaria da Saúde (CE). *Manual das equipes de saúde da família: série-organização do processo de trabalho de equipes de atenção primária em saúde/normas operacionais de atenção à saúde.* Fortaleza (CE): Secretariada Saúde; 2002.

34. Santos Júnior JD. Fatores etiológicos relacionados à gravidez na adolescência: vulnerabilidade à maternidade. In: Schor N, Mota MSFT, Branco VC. Cadernos da juventude, saúde e desenvolvimento. Brasília (DF):Ministério da Saúde; 1999..
35. Cunha AA, Monteiro DLM. Gravidez na adolescência como problema de saúde pública. In: Monteiro DLM, Cunha AA, Bastos CB. Gravidez na adolescência. Rio de Janeiro (RJ): Revinter; 1998.
36. Paiva AS, Caldas MLCS, Cunha AA. Perfil psicossocial da gravidez na adolescência. In: Monteiro DLM, Cunha AA, Bastos CB. Gravidez na adolescência. Rio de Janeiro (RJ): Revinter; 1998.
37. MARCONI, M.A.; LAKATOS, E.M. Técnicas de pesquisa: planejamento e execução de pesquisas; amostragens e técnicas de pesquisa, elaboração, análise e interpretação de dados. São Paulo: Atlas, 1982. Cap. 2: Amostragem,
38. FALK, M. L. et al. Contextualizando a política Nacional de humanização: a experiência de um hospital universitário. Boletim da Saúde, Porto Alegre, v.20, n. 2, jul/dez, 2006.
39. PUCCINI, P. T.; CECILIO, L. C. O. A humanização dos serviços e o direito à saúde. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 20, n. 5, 2004 .
40. Santos, D. R. dos, Maraschin, M. S., & Caldeira, S. (1). Percepção dos enfermeiros frente à gravidez na adolescência. Ciência, Cuidado E Saúde, <https://doi.org/10.4025/cienccuidsaude.v6i4.3684>
41. Silva FV. Autonomia profissional na enfermagem é construída por conquistas técnico-científicas, legais e pelo desenvolvimento de uma prática cidadã. Rev Bras Enferm 2007;
42. TANJI, S.; NOVAKOSKI, L. E. R. O cuidado humanístico num contexto hospitalar. Florianópolis, Rev. Texto Contexto Enfermagem, v. 09, n. 02, 2000.
43. XIMENES NETO, Francisco Rosemiro Guimarães et al. Gravidez na adolescência: motivos e percepções de adolescentes. Revista Brasileira de Enfermagem, v. 60, n. 3, p. 279-285, 2007.
44. ROCHA, Munique Carolina de Jesus. Gravidez na adolescência: a importância do enfermeiro como educador-proposta de intervenção no município de Buritis-Minas Gerais. 2013.
45. Barbastefano PS, Girianelli VR, Vargens OMC. O acesso à assistência ao parto para parturientes adolescentes nas maternidades da rede SUS. Ver Gaúcha Enferm., Porto Alegre (RS) 2010 dez;31(4):708-14.

CAPÍTULO 7

DIAGNÓSTICOS RELACIONADOS À SÍNDROME DE BURNOUT, IDENTIFICADA NA EQUIPE DE ENFERMAGEM

Alcangela Arcoverde de Medeiros, FMB
Lucas Alves de Freitas, FAG
Luana Guimaraes da Silva, FMB

RESUMO

No ambiente de trabalho, o relacionamento interpessoal se apresenta como um dos fatores que contribui para o desenvolvimento do estresse e, conseqüentemente, pode-se desencadear a Síndrome de Burnout que significa em sentido literal: “estar esgotado” ou “queimado”. Neste sentido, o objetivo principal deste estudo é identificar os principais fatores relacionados à Síndrome de Burnout e o absenteísmo em enfermeiros no contexto hospitalar. Neste sentido, no decorrer do presente estudo foram analisados os aspectos relacionados ao absenteísmo na equipe de enfermagem e a relação com a Síndrome de Burnout. Também, foram observados quais os principais sintomas advindos do acometimento da Síndrome de Burnout. No fim do estudo são identificados quais os meios implantados para diminuir/ eliminar o índice de Síndrome de Burnout na equipe de saúde. Trata-se de uma pesquisa de revisão integrativa, cujo material já é elaborado, constituído principalmente de livros e artigos científicos os quais abordam a temática em destaque. Ao analisar as publicações que abordam as causas da Síndrome de Burnout, se percebe que é unanimidade que ela é decorrente de aspectos pessoais e ambientais. Porém, cabe salientar que, as discussões dos pesquisadores apontam para o fato de que as características relacionadas ao ambiente de trabalho são as que mais ocasionam a reação do organismo, devido ao forte estresse.

PALAVRAS-CHAVE: Síndrome de Burnout. Equipe de enfermagem. Sintomas. Detecção Precoce.

INTRODUÇÃO

No ambiente de trabalho, o relacionamento interpessoal se apresenta como um dos fatores que contribui para o desenvolvimento do estresse e, conseqüentemente, pode-se desencadear a Síndrome de Burnout que significa em sentido literal: “estar esgotado” ou “queimado” (CODÓ; VASQUES-MENEZES, 2009).

Neste sentido, pode-se afirmar que a Síndrome de Burnout e o estresse são doenças que expressam sua relevância na saúde do indivíduo em decorrências de fatores relacionados ao ambiente de trabalho (BENEVIDES-PEREIRA, 2013).

Apesar de a Síndrome de Burnout ter sido diagnosticada desde a década de 70, a doença ainda não é devidamente estudada no Brasil, ela é reconhecida como doença pela OMS (CID 11). Ela se instala silenciosamente e é sempre progressiva. Os principais sintomas da Síndrome de Burnout são: Desencadeamentos de ordem física, psíquica, emocionais e comportamentais, que podem, conseqüentemente, originar devido a fatores extrínsecos relacionados ao ambiente de trabalho, e, fatores intrínsecos como o excesso de responsabilidade (ARAÚJO JÚNIOR, 2013).

Considerando o fato de que a Síndrome de Burnout está relacionada a fatores inerentes ao ambiente de trabalho estressante, obviamente que uma das profissões nas quais se detecta geralmente sintomas da mesma é na equipe de enfermagem, devido ao fato desta profissão se desenvolver em um ambiente de estresse e problemático (ARAÚJO JÚNIOR, 2013).

Pelo fato de a equipe de enfermagem atuar em um ambiente exaustivo e tenso, pode-se afirmar que esses profissionais se encontram mais propensos a desencadear a Síndrome de Burnout (PEREIRA, 2002).

Sendo assim, o objetivo principal deste estudo é identificar os principais fatores relacionados à Síndrome de Burnout e o absenteísmo em enfermeiros no contexto hospitalar, tendo como objetivos específicos:

Observar quais os principais sintomas advindos do acometimento da Síndrome de Burnout;

Analisar os aspectos relacionados ao absenteísmo na equipe de enfermagem e a relação com a síndrome de burnout;

Identificar quais os meios implantados para diminuir/ eliminar o índice de Síndrome de Burnout na equipe de enfermagem.

REVISÃO DE LITERATURA/FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

As doenças ocasionadas no ambiente de trabalho normalmente provocam no trabalhador adoecimento lento e gradual, ocasionando, a impossibilidade de diagnosticar

precisamente o momento exato em que ocorreu a doença, fator este, que a diferencia de doenças ocasionadas por acidente de trabalho (ARAÚJO JÚNIOR, 2013).

Também integrantes do conceito de acidentes do trabalho, as doenças ocupacionais são subdivididas em doenças profissionais e doenças do trabalho, conforme o artigo 20 da Lei nº 8.213, de 1991:

Art. 20. Consideram-se acidente do trabalho, nos termos do artigo anterior, as seguintes entidades mórbidas:

I - doença profissional, assim entendida a produzida ou desencadeada pelo exercício do trabalho peculiar a determinada atividade e constante da respectiva relação elaborada pelo Ministério do Trabalho e da Previdência Social;

II - doença do trabalho, assim entendida a adquirida ou desencadeada em função de condições especiais em que o trabalho é realizado e com ele se relacione diretamente, constante da relação mencionada no inciso I.

A doença profissional é aquela produzida ou desencadeada pelo exercício do trabalho peculiar a determinada atividade e constante da relação do Anexo II do Regulamento da Previdência social do Decreto 3.048/1999 (BRASIL, 2011, p. 8).

A doença do trabalho está diretamente relacionada com aspectos pertinentes ao exercício do trabalho, não estando necessariamente vinculada a alguma profissão em específico. Portanto, é uma doença decorrente da forma como o trabalho é prestado ou das condições específicas do ambiente do trabalho.

Não possuem no trabalho a sua causa única ou exclusiva, mas assim são classificadas porque o ambiente de trabalho é o fator que põe a causa mórbida em condições de produzir lesões incapacitantes (BENEVIDES-PEREIRA, 2012, p. 12).

Com o objetivo de facilitar o enquadramento da doença ocupacional a Lei nº 11.430 de 2006 instituiu o nexa epidemiológico acrescentando o Art. 21-A a Lei nº 8.213 de 1991, com o seguinte teor.

Art. 21-A. A perícia médica do INSS considerará caracterizada a natureza acidentária da incapacidade quando constatar ocorrência de nexa técnico epidemiológico entre o trabalho e o agravo, decorrente da relação entre a atividade da empresa e a entidade mórbida

motivadora da incapacidade elencada na Classificação Internacional de Doenças - CID, em conformidade com o que dispuser o regulamento.

§ 1º A perícia médica do INSS deixará de aplicar o disposto neste artigo quando demonstrada a inexistência do nexo de que trata o caput deste artigo. (Incluído pela Lei nº 11.430, de 2006)

§ 2º A empresa poderá requerer a não aplicação do nexo técnico epidemiológico, de cuja decisão caberá recurso com efeito suspensivo, da empresa ou do segurado, ao Conselho de Recursos da Previdência Social. (Incluído pela Lei nº 11.430, de 2006)(BRASIL, 2011, p. 8).

No que se refere a caracterização da enfermidade laboral, a prova pericial juntamente com o exame de todas as condições em que o trabalho era executado se apresenta como fator essencial, pelo fato de que os males inclusos no seu conceito podem ser confundidos com doenças comuns ou relacionadas a acidentes de trabalho (ARAÚJO JÚNIOR, 2013).

A Síndrome de Burnout se apresenta como sendo um dos danos laborais de aspecto psicossocial que mais se destaca. Pesquisas realizadas nos Estados Unidos da América demonstram que a Síndrome de Burnout constitui-se em um dos grandes problemas decorrentes de atividades laborais, despertando, portanto, a preocupação da comunidade científica internacional e, também de entidades governamentais, empresariais e sindicais, devido a severidade de suas consequências, tanto em nível individual como organizacional.

O termo Síndrome de Burnout foi desenvolvido na década de setenta nos Estados Unidos pelo psiquiatra Freudenberg (1974), que observou que muitos dos voluntários com os quais trabalhava, apresentavam um processo gradual de desgaste no humor e/ou desmotivação (DALMOLIN et al., 2012, p. 23).

O termo Burnout é uma composição de burn = queima e out = exterior, sugerindo assim que a pessoa com esse tipo de estresse consome-se física e emocionalmente, passando a apresentar um comportamento agressivo e irritadiço. A expressão Burnout em inglês, entretanto, significa “aquilo que deixou de funcionar por completa falta de energia, por ter sua energia totalmente esgotada, metaforicamente, aquilo que chegou ao seu limite máximo” (SANTOS et al., 2009).

O Ministério da Saúde (MS) aponta para a diferença entre o burn-out, que, neste caso, se apresenta como uma reação ao estresse laboral crônico, de outras formas de resposta ao estresse. Portanto, mesmo que não haja uma definição única sobre Burnout, mas há um consenso de que se trata de uma resposta ao estresse laboral crônico, contudo não deve ser confundido com estresse e nem tampouco tratá-lo como sinônimo (BRASIL, 2011).

Como pode-se observar, trata-se de uma espécie de resposta prolongada aos aspectos de estresse emocional e interpessoal crônico, ocasionadas pelas atividades laborais. Geralmente, a síndrome é relacionada a estes fatores, em decorrência muitas vezes das pressões do ambiente do trabalho e agravada pelo contexto de relações sociais e familiares complexas.


O trabalhador que antes era muito envolvido afetivamente com os seus clientes, com os seus pacientes ou com o trabalho em si, desgasta-se e, em um dado momento, desiste, perde a energia ou se “queima” completamente. O trabalhador perde o sentido de sua relação com o trabalho, desinteressa-se e qualquer esforço lhe parece inútil (FERREIRA, 2006, p. 32).

Como pode-se observar na citação mencionada anteriormente, o Burnout é diagnosticado como sendo uma Síndrome complexa que, geralmente, desencadeia consequências diversificadas, atuando aspectos físico-psicológicos e comportamentais do indivíduo.

Em síntese, portanto, pode-se afirmar que a Síndrome de Burnout é uma reação orgânica decorrente do esgotamento físico, psíquico e emocional, ocasionado por uma rotina de atividades laborais que levam o organismo a sentir-se extremamente fadigado devido a má adaptação do homem ao seu ambiente de trabalho.

Os sintomas relacionados ao diagnóstico do Burnout são muito variados, mas, normalmente, estão relacionados a fortes dores de cabeça, vertigens, tremores físicos, ausência de oxigenação, variações de humor, distúrbios do sono, problemas relacionados a falta de concentração e, também, problemas digestivos (ARAÚJO JUNIOR, 2013).

Uma pessoa apresenta dores estomacais crônicas, outra reage com sinais depressivos; a terceira desenvolve um transtorno de ansiedade de forma explícita. Já foram descritos mais de 130 sintomas do esgotamento profissional. (SARQUIS et al., 2004, p. 12)



Considerando a citação enunciada anteriormente, percebe-se que há uma variedade muito significativa de sintomas, fator esse que pode dificultar o diagnóstico da síndrome, pois a mesma pode ser facilmente confundida com outras doenças.

Devido a diversidade de sintomas associados à síndrome, geralmente somente os profissionais que atuam em ofícios explicitamente estressantes são diagnosticados com a devida rapidez precoce, fator que é essencial para prevenir o desencadeamento de uma intensidade mais forte do Burnout. (FERREIRA, 2006).

Atualmente, as pesquisas apontam para o aumento dos casos de síndrome de esgotamento profissional em profissionais atuantes em ambientes laborais que passam por transformações organizacionais, como por exemplo, ausência temporária das atividades laborais, aumento da carga de trabalho, intensificação da semana de trabalho, dentre outros (ARAÚJO JUNIOR, 2013).


O diagnóstico da síndrome dificilmente está relacionado a uma única causa, porém, novas pesquisas tem demonstrado algumas causas essenciais que podem ser apontadas como fatores desencadeantes da Síndrome de Burnout, tais como:

A sobrecarga de trabalho, causada pela designação de muitas tarefas com prazos curtos para sua execução, e com muitas interrupções, a ambiguidade de prioridades, o nível de autoridade e de autonomia, a incerteza quanto ao futuro, o convívio com colegas insatisfeitos são fatores estressantes relacionados ao stress ocupacional que podem desencadear a Síndrome de Burnout (ARAÚJO JUNIOR, 2013, p. 12).

Na Síndrome de Burnout, diferentemente do estresse e da depressão, o contexto laboral possui determinação importante e decisiva no processo.

Portanto, de um modo geral, pode-se relacionar o desencadeamento desta síndrome às más condições de trabalho oferecidos aos trabalhadores, agravado pela falta de investimento das empresas para oferecer um ambiente laboral adequado e ergonômico que respeite o bem-estar dos trabalhadores.

O profissional de enfermagem desenvolve um leque de atividades, podendo provocar situações em que é exposto à risco de agressões à sua saúde, e que afetam a qualidade da assistência e o funcionamento das atividades desenvolvidas pelo mesmo.



O enfermeiro deve estar qualificado para conhecer sua equipe e o ambiente onde os mesmos atuam, reconhecendo os fatores de riscos em que cada trabalhador está suscetível. Desta forma, esse conhecimento sobre a equipe nos permite elaborar e realizar medidas de maneira a eliminar e/ou reduzir os riscos, oferecendo um local de trabalho mais agradável e saudável (VASCONCELOS, 2011).

O sentimento de desapontamento pode estar agregado ao sofrimento moral, vivenciado pelos enfermeiros em distintas posições, e por característica de cada local de trabalho. O sofrimento moral parece desenvolver-se devido a condição de privacidade com os pacientes, falta de espaço e superlotação, podendo ajudar o desenvolvimento da Síndrome de burnout entre os enfermeiros, já que reconheceram que estão falhando em promover um cuidado de qualidade (LOPES; BIANCHI, 2008)

O MBI foi o primeiro instrumento a ser criado visando avaliar a incidência da síndrome de burnout. Ele foi elaborado por Christina Maslach e Susan Jackson em 1978, e hoje tem sido um instrumento amplamente utilizado nas diversas profissões para avaliar como os profissionais vivenciam seus trabalhos. Vale ressaltar que ele é auto-administrável, e que foi primeiramente aplicado em enfermeiros, já que esses profissionais estavam incluídos no rol de profissões de natureza assistencial, que Maslach e Jackson consideravam os mais predispostos à síndrome. Além disso, esse inventário no decorrer dos anos passou por um longo processo de validação em vários países, inclusive no Brasil (LIMA et al., 2009).

É importante ressaltar que o conceito de burnout se concretizou a partir da elaboração do MBI, pois a definição da síndrome que é mais aceita nos dias de hoje é resultado da análise fatorial deste instrumento, que conceitualiza a síndrome como sendo caracterizada pela Exaustão Emocional, Despersonalização e Falta de Realização Pessoal (LIMA et al., 2009)..

A versão atual do MBI é composta por 22 perguntas fechadas relacionadas à frequência com que as pessoas vivenciam determinadas situações em seu ambiente de trabalho. Apresenta escala do tipo Likert, com escala ordinal variando de 1 a 7 (1-nunca, 2- algumas vezes por ano, 3-uma vez por mês, 4-algumas vezes por mês, 5-uma vez por semana, 6-algumas vezes por semanas e 7-todos os dias) (LIMA et al., 2009). A seguir são apresentadas essas variáveis:

Quadro 1: Variáveis do MBI

Variáveis do MBI
SB1. Sinto-me emocionalmente esgotado (a) com o meu trabalho.
SB2. Sinto-me esgotado (a) no final de um dia de trabalho.
SB3. Sinto-me cansado (a) quando me levanto pela manhã e preciso encarar outro dia de trabalho.
SB4. Posso entender com facilidade o que sentem as pessoas.
SB5. Creio que trato algumas pessoas como se fossem objetos.
SB6. Trabalhar com pessoas o dia todo me exige um grande esforço.
SB7. Lido eficazmente com o problema das pessoas.
SB8. Meu trabalho deixa-me exausto (a).
SB9. Sinto que através do meu trabalho influenciou positivamente na vida dos outros.
SB10. Tenho me tornado mais insensível com as pessoas.
SB11. Preocupa-me o fato de que este trabalho esteja me endurecendo emocionalmente.
SB12. Sinto-me com muita vitalidade.
SB13. Sinto-me frustrado (a) com meu trabalho.
SB14. Creio que estou trabalhando em demasia.
SB15. Não me preocupo realmente com o que ocorre às pessoas a que atendo.
SB16. Trabalhar diretamente com as pessoas causa-me estresse.
SB17. Posso criar facilmente uma atmosfera relaxada para as pessoas.
SB18. Sinto-me estimulado (a) depois de trabalhar em contato com as pessoas.
SB19. Tenho conseguido muitas realizações em minha profissão.
SB20. Sinto-me no limite de minhas possibilidades.
SB21. Sinto que sei tratar de forma adequada os problemas emocionais no meu trabalho.
SB22. Sinto que as pessoas culpam-me de algum modo pelos seus problemas

Fonte: LIMA et al., 2009

É preciso acentuar que cada item do MBI corresponde a uma das três dimensões da síndrome, sendo que para a Exaustão Emocional existem 9 itens (1, 2,3, 6, 8, 13, 14, 16 e 20),

para a Despersonalização 5 itens (5, 10, 11, 15 e 22) e para a Baixa Realização Pessoal 8 itens (4, 7, 9, 12, 17, 18, 19 21) (CODO, VASQUES, 2009)

Essa validação do MBI é importante, por ser o instrumento mais utilizado para a avaliação do burnout e que tem facilitado a investigação sistemática da teoria sobre a síndrome. No entanto, a adequação do instrumento às realidades de cada país/região é indispensável, pois estudos que buscam analisar as características psicométricas desse questionário mostram que as mesmas tem sido contrastadas em diferentes investigações (LIMA et al., 2009).

MATERIAL E MÉTODO

A presente pesquisa foi realizada utilizando-se o método de revisão integrativa, por meio da qual foram comparados os pontos de vista de diversos autores que publicaram artigos relacionados ao tema principal deste estudo. As bases de dados utilizadas foram a base do Google Acadêmico, a biblioteca SCIELO, a base MEDLINE, dentre outros. Na revisão de literatura foram selecionados um total de 12 artigos que tratavam do tema, sendo que.


Os critérios de seleção desses artigos levaram em consideração o ano de publicação a partir de 2008 para que fossem abordados os conceitos mais atualizados e, também, a similaridade dos temas dos artigos em relação ao tema central da presente pesquisa.

Os descritores que foram utilizados para a pesquisas dos artigos nas bases de dados mencionados foram os seguintes: “Síndrome de Burnout”. “Equipe de enfermagem”. “Sintomas”. “Detecção Precoce”.

RESULTADO E DISCUSSÃO:

Conforme a análise dos artigos que foram selecionados para serem discutidos na presente pesquisa, destaca-se que a maioria deles concordam que os fatores psicossociais e organizacionais são considerados os principais como causa de desencadeamento dos sintomas da Síndrome de Burnout.

Fatores como o déficit de recursos humanos, as péssimas condições do ambiente de trabalho, o excesso de horas de trabalho, dentre outros fatores, se apresentam como causas essenciais para o desenvolvimento de uma reação orgânica estressante. Estes relacionados



com outros contribuem para o surgimento dessa doença, tanto devido ao desgaste físico quanto ao mental (FRANÇA et. al., 2012; NASCIMENTO, 2010).

A análise dos estudos demonstra que as atividades laborais desempenhadas pelos profissionais da saúde, especificamente pela equipe de enfermagem, contribuem significativamente para o desencadeamento de fatores estressantes que contribuem para o desenvolvimento da síndrome (BENEVIDES-PEREIRA, 2012; MOREIRA et al., 2009).

Os resultados das pesquisas também apontam para o fato de que o ambiente laboral das unidades de saúde tende, também, a dificultar as obrigações profissionais dos profissionais de enfermagem, seja devido a problema de relação interpessoal, ou pela falta de equipamentos e, também, pela natureza fatigante que é natural neste trabalho. Estes fatores associados a uma rotina de horas-extras desgastantes inevitavelmente tendem a ocasionar um desgaste psicológico, físico e social nestes ambientes de trabalho (VASQUES MENEZES, 2015; REZENDE et. al., 2013).

Neste sentido, as pesquisas analisadas tendem a confirmar que a gestão hospitalar desenvolvida pelo profissional de enfermagem se apresenta como um dos principais fatores predominantes para desencadear a síndrome, pelo fato de lidar com situações complicadas referentes ao próprio contexto operacional e administrativo, assim como, pelo fato de lidar com problemas existenciais drásticos, tal como as doenças e a morte (GASPARIN; CHYLA; NAKAMURA, 2008).

Outro fator interessante apontado pelos artigos analisados diz respeito ao fato de que alguns sintomas apresentados por profissionais de enfermagem, como por exemplo, o desânimo, a desmotivação, a depressão e o cansaço excessivo. Muitas vezes são tratados como sintomas de estresse normal, ou mesmo, a má vontade ou preguiça de alguns colaboradores. Este tipo de interpretação equivocada atrasa significativamente o diagnóstico da Síndrome de Burnout, levando-os a um diagnóstico tardio em uma fase avançada da doença, fator que, conseqüentemente, dificulta ainda mais o tratamento (MATUBARO et al., 2012).

A partir desta constatação, relacionada aos problemas decorrentes do diagnóstico tardio, as pesquisas apontam o diagnóstico precoce como sendo um dos aspectos clínicos fundamentais para a prevenção e tratamento da Síndrome de Burnout em profissionais de enfermagem, pelo fato de que as ações preventivas têm se demonstrado bem mais eficazes do

que as ações de tratamento depois que os sintomas da síndrome já estão desencadeados (MENDES, 2012).

Neste sentido, os artigos demonstram que a ação de maior importância nos casos de Síndrome de Burnout é, de fato, o diagnóstico precoce. Sendo que o diagnóstico precoce envolve exames de identificação de indivíduos com sintomas característicos da síndrome, assim como, o ato de afastar imediatamente o profissional de enfermagem diagnosticado do ambiente de trabalho pelo fato de evitar que sua saúde piore e, também, que este profissional debilitado não intervenha negativamente no ambiente laboral, podendo ocasionar problemas graves para a equipe e para os pacientes (NASCIMENTO, 2010).

Considerando as estratégias de intervenção para a prevenção e tratamento da Síndrome de Burnout identificadas nos artigos analisados na presente pesquisa, agrupou-se os mesmos em 3 classes, que são as seguintes:

1) Estratégias direcionadas ao indivíduo, são aquelas que o próprio profissional de enfermagem pode executar, como, por exemplo, o uso de métodos direcionados a solução dos problemas, método de gestão de tempo laboral, métodos para melhorar as relações interpessoais, o uso adequado de equipamentos de trabalho (MOREIRA et al., 2009);

2) Estratégias aplicadas a equipe de enfermagem, que são todas as técnicas de interação grupal que podem ser aplicadas para amenizar os conflitos do ambiente de trabalho, assim como, para tornar as atividades em equipe mais harmônicas e eficazes, ocasionando maior satisfação nas atividades de trabalho (LOPES; BIANCHI, 2008).

3) Estratégias implementadas pela organização, que seriam todas as ações que a gestão hospitalar poderia tomar para oferecer ao profissional da equipe de enfermagem equipamentos e recursos para desempenhar de forma eficaz e agradável suas atividades, contribuindo para melhorar a atmosfera e o clima da organização (PINTO, 2012).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Como demonstrado na discussão deste estudo, os resultados discutidos indicam que os profissionais de enfermagem são suscetíveis ao desencadeamento da Síndrome de Burnout pelo fato de que o ambiente hospitalar, geralmente, se apresenta como um local de fortes fatores de estresse, proporcionando o esgotamento emocional, físico e social dos profissionais atuantes.

Portanto, ficou evidente que a Síndrome de Burnout tende a conduzir os seus portadores à uma deterioração crônica do bem-estar físico e emocional dos profissionais de enfermagem, afetando não apenas o indivíduo, mas, também, a equipe de enfermagem e, em casos mais drásticos até os pacientes que ocasionalmente se relacionem com profissionais que estejam com os sintomas desta síndrome.

Como ficou demonstrado, o diagnóstico precoce se apresenta como um fator fundamental para que a síndrome seja devidamente prevenida e tratada, pelo fato de que os fatores relacionados as condições de estresse físico e emocional tendem a ser mais difíceis e demorados de serem tratados depois que já estiverem desencadeados. Enquanto que, o diagnóstico precoce destes fatores contribui significativamente para que se tomem atitudes de prevenção e de tratamento.

REFERÊNCIAS

ARAÚJO JUNIOR, F.M. **Doença ocupacional e acidente de trabalho** - análise multidisciplinar. Ed. São paulo: ltr, 2013

BENEVIDES-PEREIRA AMT. MBI - **Burnout: quando o trabalho ameaça o bem estar do trabalhador**. São Paulo: Casa do Psicólogo; 2012.

BENEVIDES-PEREIRA AMT. MBI. O Estado da arte do Burnout no Brasil. **Revista Eletrônica InterAçãoPsy**. Ago2013;1(1):4-11.

BRASIL. Ministério Da Saúde. Organização Pan-Americana da Saúde no Brasil. Doenças relacionadas ao trabalho. Brasília: manual de procedimentos para os serviços de saúde. Série A. **Normas e Manuais Técnicos**; n.114; 2011.

CODÓ, W., VASQUES-MENEZES, I. **O que é burnout?** Em: CODO, W. (Org.), Educação: Carinho e trabalho. Rio de Janeiro: Vozes, 2009. p.237-255.

DALMOLIN, G.L et al. Implicações do sofrimento moral sobre enfermeiras e suas semelhanças com Burnout. **Texto contexto - enferm.**, Florianópolis , v. 21, n. 1, p. 200-208, mar. 2012

FERREIRA, L.R.C.; MARTINO, M.M.F. O Estresse do Enfermeiro: análise das publicações sobre o tema. **Rev. Ciênc. Méd.**, Campinas, v 15 n 03 p241-248, maio/jun., 2006.

FRANÇA SPS, DE MARTINO MMF, ANICETO EVS, SILVA LL. Preditores da Síndrome de Burnout em enfermeiros de serviços de urgência pré-hospitalar. **Acta Paul Enferm**. 2012;25(1):68-73

GASPARIN L.A.; CHYLA A.L; NAKAMURA L.E.K. **Síndrome de Burnout em enfermeiros de UTI** [monografia] Uniandrade. Dez. 2008.

JODAS, D.A.; HADDAD, M.C.L. Síndrome de Burnout em trabalhadores de enfermagem de um pronto socorro de hospital universitário. **Acta Paul Enferm** 2009; v 22 n 02 p192-7.

LIMA, C. F. de et al. **Avaliação psicométrica do maslachburnoutinventory em profissionais de enfermagem.** Disponível em: <http://www.anpad.org.br/admin/pdf/EnGPR156.pdf>. Acesso em maio 2020.

LOPES F.J.; BIANCHI E.R.F. Caracterização do estresse nos enfermeiros de unidades de terapia intensiva. **Rev. esc. enfermagem.** USP São Paulo: 2008;42(2).

MATUBARO K.C.A; LUNARDELLI M.C.F.; ELLARO A.M.; BULHÕES L.F.S.; SOUZA L.L. **A síndrome de Burnout em profissionais da saúde: uma revisão bibliográfica.** Faculdade de Ciências. Psicologia, 2012.

MENDES F.M.P. **Incidência de Burnout em professores universitários.** [Dissertação em Mestrado]. Santa Catarina: UFSC Departamento de Engenharia de Produção e sistemas; 2012.

MENEGHINI F; PAZ, A.A; LAUTERT, L. Fatores ocupacionais associados aos componentes da síndrome de Burnout em trabalhadores de enfermagem. **Texto contexto - enferm.**, Florianópolis , v. 20, n. 2, p. 225-233, jun. 2011 .

MOREIRA DS, MAGNAGO RF, SAKAE TM, MAGAJEWSKI FRL. **Prevalência da síndrome de burnout em trabalhadores de enfermagem de um hospital de grande porte da Região Sul do Brasil.** Rio de Janeiro: Cad. Saúde Pública; 2009.

NASCIMENTO MS. **Síndrome de Burnout entre os profissionais de enfermagem no contexto hospitalar** [Monografia]. Brasília: UniCEUB. 2010.

PERUZZOLO, K.D.; CAVAGNOLI, F. **Humanização na Enfermagem x Síndrome de Burnout,** 2011. Disponível em: www.dombosco.fag.edu.br/coor/coopex/5ecci/Trabalhos/.../877.doc. Acesso em maio 2020.

PINTO RC. **A síndrome de Burnout no profissional de enfermagem.** Rio de Janeiro: Universidade de Iguaçú; 2012.

SANTOS FE, ALVES JA, RODRIGUES AB. **Síndrome de Burnout em enfermeiros atuantes em uma Unidade de Terapia Intensiva.** São Paulo: Einstein; 2009.

SARQUIS, L.M.M.; CRUZ, E.B.S.; HAUSMANN, M.; FELLI, V.E.A.; PEDUZZI, M. Uma reflexão sobre a saúde do trabalhador de enfermagem e os avanços da Legislação Trabalhista. **Revista Cogitare Enfermagem,** v 09 n 01 p 15-24, jan.-jun. (2004).

VASCONCELOS, M.F.B. **Síndrome de burnout: uma consequência do estresse,** 2011. Disponível em: <http://www.webartigos.com/articles/69074/1/SINDROMEDEBURNOUT-UMA-CONSEQUENCIA-DO-ESTRESSE/pagina1.html> Acesso em maio 2020.

VASQUES MENEZES I. **A contribuição da psicologia clínica na compreensão do Burnout: um estudo com professores.** [Tese de Doutorado]. Brasília: Instituto de Psicologia da UnB; 2015.

CAPÍTULO 8

UTILIZAÇÃO DA II TAXONOMIA NANDA PARA AVALIAÇÃO DA DEPRESSÃO PUERPERAL

Marlene Santos Putumujú, FMB
Luana Guimaraes da Silva, FMB

RESUMO

No Brasil, a prevalência de sintomatologia da DPP pode oscilar entre 7,2% e 42,8%. Essas variações poderiam ser explicadas pela baixa representatividade das amostras, pela diversidade de instrumentos de avaliação empregados e pela heterogeneidade sociocultural das populações avaliadas. A Depressão pós-parto (DDP) é uma patologia na qual a mãe, que acabou de dar a luz, passa por um processo de depressão, onde há tristeza e desespero profundos, além do distanciamento da mãe com o filho, O maior prejudicado sem dúvidas é o recém-nascido, mas a depressão pós-parto pode também afetar a relação da mãe com seu cônjuge e com sua família. Há registro de que os efeitos podem ser diversos, no desenvolvimento social, afetivo e cognitivo da criança, além de sequelas prolongadas na infância e adolescência (Schwengber, D., Piccinini, C., 2003). É importante realizar o diagnóstico correto, visando detectar os sintomas apresentados pelas puérperas, a fim de realizar uma melhor assistência. Os sintomas podem ser diversos, mas a realização do diagnóstico correto pode auxiliar para um melhor atendimento. O Objetivo desse trabalho foi, realizar os Diagnostico de enfermagem dos os sinais e sintomas mais comuns utilizando a II Taxonomia Nanda durante a identificação precoce e intervenção imediata da depressão pós-parto. METODO : A pesquisa em questão será desenvolvida com uma pesquisa bibliográfica de cunho qualitativo, na qual será realizada buscando mostrar o quão é importante o papel do enfermeiro na diminuição da DPP. CONSIDERAÇÃOES FINAIS : É importante que os profissionais de saúde desenvolvam ações preventivas na rede pública, voltados não só a saúde da gestante, mas da mulher no geral. Reconhecer o estado depressivo da mãe é essencial e, às vezes, complexo pelas queixas psicossomáticas que podem sugerir apenas problemas orgânicos.

PALAVRAS-CHAVE: Depressão pós parto, Depressão puerperal, Assistência de Enfermagem

INTRODUÇÃO

A Depressão pós-parto (DDP) é uma patologia na qual a mãe, que acabou de dar a luz, passa por um processo de depressão, onde há tristeza e desespero profundos, além do distanciamento da mãe com o filho. O quadro em questão pode durar das semanas iniciais após o parto, até cerca de 1 ano depois do mesmo. Sendo assim, é necessário que a grávida passe por um acompanhamento durante toda a gravidez, para proporcionar a saúde e qualidade de vida dos dois, mãe e o bebê. Como traz Gonçalves et al. (2018) em seu estudo sobre o reconhecimento da Depressão pós-parto (DDP)

Faz-se de extrema importância o acompanhamento pré-natal, pois segundo o Ministério da Saúde (MS) o foco desse acompanhamento é assegurar o desenvolvimento de uma gestação saudável com benefícios para a mãe e o bebê permitindo o nascimento de um bebê saudável e sem transtornos para a mãe em todos os seus aspectos, inclusive psicossocial (Gonçalves et al., 2018).

O maior prejudicado sem dúvidas é o recém-nascido, mas a depressão pós-parto pode também afetar a relação da mãe com seu cônjuge e com sua família. Há registro de que os efeitos podem ser diversos, no desenvolvimento social, afetivo e cognitivo da criança, além de sequelas prolongadas na infância e adolescência (Schwengber, D., Piccinini, C., 2003).

Segundo estudos a Depressão pós-parto pode estar ligada a inúmeros fatores presentes na vida da mãe, dentre os quais alguns se destacam, tais como: histórico de algum transtorno psíquico, ter menos de 16 anos, baixa autoestima, solidão, gravidez não planejada, escolaridade interrompida, não estar em relacionamento fixo, abortamento espontâneo ou de repetição, situações estressantes nos últimos 12 meses, ausência ou pouco amparo social, relacionamento insatisfatório, entre outros (Gonçalves et al., 2018).

Contudo, os profissionais da saúde podem ser de grande auxílio tanto no tratamento da patologia em questão, quanto na antecipação e prevenção da mesma.

Outro fator importante na doença diz respeito aos sintomas que a mesma apresenta. Quando falamos de sintomas para identificação da doença, FELIX, T. A. Et al (2013) traz que

Entre os principais sintomas que identificam um quadro de DPP pode-se citar a irritabilidade com o choro da criança, a falta de

estímulo para amamentar, o desinteresse sexual, a transferência de responsabilidade da criança e em casos mais extremos negligência total no cuidar e agressão física (FELIX, T. A., Rev Enfermeria Global. 2013)

O enfermeiro além de ajudar na prevenção e antecipação da doença também é capaz de detectar os sintomas, visto que muitas vezes são os que passam boa parte do tempo acompanhando a mãe após o nascimento, muito embora a mesma possa aparecer até 12 meses depois do nascimento.

A aplicação do Diagnóstico de Enfermagem (DE) enquanto um processo de julgamento clínico, utilizado no período de pós-parto, pode representar respostas das puérperas diante desta fase e favorecer a comunicação no sistema de referência e contra referência com foco na assistência integral às puérperas (Vieira et al., 2010). Assim é importante detectar esses sintomas pois a detecção pode contribuir para uma melhor identificação durante a assistência oferecida para essas pacientes.

Assim o trabalho em questão visa evidenciar quais são os sintomas da depressão puerperal, para realização do diagnóstico prévio, realizando assim uma assistência mais adequada para essas pacientes, bem como trazer mais informações acerca do da DDP.

SESSÕES DO ARTIGO

No caso da DDP o enfermeiro pode ter um papel de extrema importância, pois além de ajudar a mãe depois que o bebê nasce, o mesmo pode ser capaz de perceber e identificar sinais de que a paciente pode estar começando a desenvolver depressão. Mas além disso a identificação dos sinais pode ser feita até mesmo antes do nascimento. Silva et al (2005) comenta sobre o papel do enfermeiro no reconhecimento da doença

“Cabe ao enfermeiro o conhecimento a cerca da DPP uma vez que este profissional constitui, no serviço de atenção básica, uma porta de entrada para o acolhimento e direcionamento adequado da puérpera (fase em que a mulher acabou de dar a luz) no que corresponde à terapêutica e prevenção deste transtorno mental.” (Silva ET, Botti NCL. Rev. Eletrônica de Enfermagem, 2005)

Ao notarmos a relevância da participação destes profissionais da saúde durante o processo de percepção, diagnóstico e tratamento no decorrer do desenvolvimento da doença podemos perceber que é totalmente relevante levantar estudos acerca de como proceder

nesses casos, além de destacar a participação humanizada dos enfermeiros que podem lidar com mães em estado de profundo desespero.

É importante realizar o diagnóstico correto, visando detectar os sintomas apresentados pelas puérperas, a fim de realizar uma melhor assistência. Os sintomas podem ser diversos, mas a realização do diagnóstico correto pode auxiliar para um melhor atendimento.

Considerando isso, é de extrema importância que sejam identificadas algumas normativas que podem ser desenvolvidas pelos profissionais da saúde para diminuir a ocorrência dessa patologia e para casos em que não seja possível a identificação, os enfermeiros devem ser capazes de auxiliar a mãe, a família e principalmente o recém-nascido que é o mais vulnerável de todos.

A avaliação de sinais e sintomas que levam à um diagnóstico deve ser realizada tanto antes do parto, durante o pré-natal, como depois da puérpera também, pois o problema em questão, se avaliado de forma correta, pode ser detectado com antecedência e assim contribuir para a redução dos índices de depressão puerperal.

OBJETIVOS

GERAL

Realizar os Diagnóstico de enfermagem dos os sinais e sintomas mais comuns utilizando a II Taxonomia Nanda durante a identificação precoce e intervenção imediata da depressão pós-parto.

ESPECÍFICOS

Identificar os sinais e sintomas que as mães podem apresentar antes e depois do parto

Criar um guia de Diagnósticos de Enfermagem com as características definidoras e Fatores relacionados à Drepressão Pós-Parto

Identificar medidas de prevenção à fim de evitar que a patologia em questão ocorra.

Realizar uma busca acerca das normativas no que tange à postura dos enfermeiros frente à mães que apresentam sintomas de DDP.

METODOLOGIA DA PESQUISA

A pesquisa em questão será desenvolvida com uma pesquisa bibliográfica de cunho qualitativo, na qual será realizada buscando mostrar o quão é importante o papel do enfermeiro na diminuição da DPP.

A pesquisa bibliográfica utiliza de outras pesquisas que já foram realizadas para comprovar o que está sendo dito, como traz BOCCATO (2006)

Esse tipo de pesquisa trará subsídios para o conhecimento sobre o que foi pesquisado, como e sob que enfoque e/ou perspectivas foi tratado o assunto apresentado na literatura científica. (Boccatto, 2016)

Será realizada uma análise nos documentos oficiais, para sabermos o que diz a normativa sobre a DPP. Além de análise e leitura de artigos e documentos que mostrem a porcentagem de ocorrência mais atual da doença em questão. A busca por documentos e artigos será realizadas nas plataformas de pesquisa Scielo, Portal de Periódicos da CAPES, Google Acadêmico e o BDTD (Instituto Brasileiro de Informação em Ciência), além do site do Ministério da Saúde.

E assim por meio desta metodologia chegar à possíveis parâmetros que visem mostrar como ocorre a assistência do enfermeiro para mulheres que passam por Depressão pós-parto.

A depressão puerperal atinge um significativo número de mulheres mundialmente. Este transtorno é acompanhado de manifestações biopsicossociais associadas à ocorrência de eventos estressantes, possui sintomas multivariados e é entendido como um tipo de depressão.

A fase puerperal é a fase da vida da mulher em que há grande risco para o aparecimento de um transtorno psiquiátrico. Um estudo realizado por Valença e Germano (2010) com 55 mulheres grávidas, apresentou resultados preocupantes, onde 20% das participantes apresentaram sintomas depressivos, sendo que somente uma foi identificada pelo serviço de atendimento primário e encaminhada para tratamento especializado, revelando a dificuldade dos profissionais para identificar e intervir nos transtornos psiquiátricos associados ao puerpério. Para Albuquerque et al. (2008) o enfermeiro psiquiatra é um profissional capacitado para realizar ações de promoção de saúde mental e ações terapêuticas junto a essa clientela, além de contribuir para a capacitação de outros profissionais da área da

saúde.

Problemas que antecedem o nascimento como falta de apoio, gravidez indesejada, falta de um companheiro físico, problemas conjugais, falta de apoio familiar também podem ser aspectos desencadeadores da DPP. Também devem ser considerados como fatores relacionados ao surgimento da DPP: história pessoal e familiar de transtornos de humor, e o ajustamento psicológico da mulher antes e durante a gravidez (Frizzo et al., 2005).

Na Décima Revisão Internacional das Doenças (CID-10), os transtornos psiquiátricos foram classificados de diferentes maneiras na literatura. Eles não são considerados distúrbios mentais específicos do período do puerpério, mas associaram o parto como fator desencadeante para os transtornos, considerando a fragilidade psicológica à qual a mulher fica exposta (Bordignon et al. 2011). Dentre os sintomas, inclui-se irritabilidade, choro frequente, desesperança e sentimentos de desamparo. Além disso, falta de energia, falta de motivação, desinteresse sexual, transtornos alimentares e do sono, sensações de incapacidade de lidar com novas situações e queixas psicossomáticas são sintomas frequentes em mulheres que são acometidas por este transtorno.

O envolvimento do marido, parceiro, mãe, sogra e mesmo dos profissionais de saúde com a nova mãe pode significar apoio ou indicar o quanto a mãe está inapta em realizar os cuidados de si e do filho (Zagonel et al., 2003). Barreta et al. (2008) nos tras que estudos tem demonstrado que a falta de apoio oferecida pelo parceiro e demais pessoas com que a puérpera mantém relacionamento, influenciam consideravelmente na etiologia da Depressão Pós Parto. Nos casos em que a equipe de saúde que realiza o atendimento à paciente, percebe a falta de amparo e apoio, devem direcionar a paciente à ajuda psicológica, a fim de evitar maiores complicações.

As iniciativas educativas operam com a premissa de que fornecer informações aos indivíduos ou famílias sobre o que esperar do período pós-parto reduzirá os níveis de ansiedade e ajudará a diminuir o impacto dos fatores de risco psicossociais. Contudo não há dados suficientes que constataam que intervenções pré-natais sejam eficazes na redução de DPP (Zinga ET AL. 2005). Ainda sim, enfermeiros que participaram de diversos estudos consideram importante tanto o acompanhamento pré natal quanto puerperal. Uma enfermeira entrevistada no durante o estudo de Valença ET AL. (2011) revelou que

“Ações preventivas antes de tudo voltadas para a humanização de forma geral, principalmente do pré-natal. Garantir que a consulta de pré-natal ocorra conforme foi planejado. Orientar quanto ao momento que ela está passando, as mudanças da mente e do corpo para que ela siga o seu percurso da melhor maneira possível. Acolher essa gestante para que ela cuide do seu corpo. Orientar quanto ao método anticoncepcional para que ela espace o intervalo interpartal. Tudo isso faz com que a gente não tenha casos de depressão puerperal na nossa área.”

De fato o fator mais importante para a mulher nessa fase é o apoio, o enfermeiro é o profissional, conforme revela o cotidiano dos serviços de saúde, que mantêm o primeiro contato com o cliente, sendo de suma importância na detecção e tratamento da DPP.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A gravidez e o puerpério são fases de grande significado, contudo críticas na vida feminina, uma vez que promovem diversas transformações de ordem biopsicossocial, podendo contribuir para o desenvolvimento de transtornos mentais, caso não seja oferecida uma rede de acolhimento e apoio à gestante.

A etiologia das síndromes psíquicas pós-parto envolve fatores orgânicos ou hormonais, psicossociais e predisposição feminina, deste modo, associação destes elementos possibilita o desenvolvimento do processo patológico. A Depressão Pós-Parto tem sua repercussão na interação entre mãe e filho, em sua maioria ocorrendo de forma negativa. Além disso, promovem um desgaste progressivo na relação com os familiares e vida afetiva do casal.

É importante que os profissionais de saúde desenvolvam ações preventivas na rede pública, voltados não só a saúde da gestante, mas da mulher no geral. Reconhecer o estado depressivo da mãe é essencial e, às vezes, complexo pelas queixas psicossomáticas que podem sugerir apenas problemas orgânicos.

Além disso, estimular a compreensão da mulher e do companheiro em relação às fases críticas do pós nascimento, bem como emoções e sentimentos provenientes deste período tão complexo na vida da mulher, ou seja, somando esforços na prevenção e tratamento da DPP que irão traduzir no exercício materno saudável, a mulher se sentirá acolhida para expressar seus sentimentos e confiante na sua capacidade de assumir este novo papel.

Tabela 01

Diagnósticos de enfermagem da NANDA no período pós-parto imediato e tardio				
Domínio 7 • Papéis e relacionamentos				
II Taxonomia Nanda				
Diagnostico de enfermagem	Classe	Definição	Características definidoras	Fatores relacionados
Maternidade prejudicada	Classe 1 Papeis do cuidador	Incapacidade do cuidador principal de criar, manter ou recupera e um ambiente que promova o ótimo crescimento e desenvolvimento da criança	Abandono da criança Arranjos impróprios para o cuidado dos filhos Controle inconsistente do comportamento Cuidado inconsistente Declarações negativas a respeito da criança Estimulação inapropriada Falha em oferecer um ambiente domiciliar seguro Frustração com o filho Habilidades impróprias para o cuidado Hostilidade Inadequação ao papel percebida Incapacidade percebida de satisfazer às necessidades da criança Inflexibilidade em satisfazer às necessidades da criança Interação mãe/pai-filho deficiente Manutenção inadequada da saúde da criança Negligência com as necessidades da criança Punitivo Redução na capacidade de controlar a criança Redução no carinho Rejeição do filho	Cuidado pré-natal insuficiente Cuidado pré-natal tardio Apoio social insuficiente Baixa autoestima Privação do sono Isolamento social Reação insuficiente aos sinais emitidos pelo lactente Pai da criança não envolvido
Processos familiares interrompidos	Classe 2 relações familiares	Ruptura na continuidade do funcionamento familiar que falha em sustentar o bem-estar de seus membros.	Diminuição da disponibilidade de apoio emocional Mudança em aliança de poder Mudança em ritual Mudança na disponibilidade para resposta afetiva Mudança na intimidade Mudança na participação para a solução de problemas Mudança na resolução de conflito familiar Mudança na satisfação com a família Mudança na somatização Mudança nas tarefas designadas Mudança no comportamento de	Mudanças na interação com a comunidade Troca de papéis na família Trocas de poder entre membros da família

			redução do estresse Mudança no padrão de comunicação Mudanças na participação na tomada de decisões Mudanças nas expressões de conflito com os recursos da comunidade Mudanças nas expressões de isolamento dos recursos da comunidade Mudanças nos padrões de relacionamento Realização de tarefas ineficaz	
--	--	--	--	--

REFERÊNCIAS

1. Silva ET, Botti NCL. Depressão puerperal – uma revisão de literatura. Rev. Eletrônica de Enfermagem 2005; v. 07, n. 02.
2. VALENÇA, C. N. ; GERMANO, R. M. Prevenindo a depressão puerperal na estratégia saúde da família : ações do enfermeiro no pré-natal. Rev. Rene, Fortaleza, v. 11, n. 2, abr./jun. 2010.
3. Felix, T.A., Nogueira Ferreira, A.G., Siqueira, D. d'Ávila, Ximenes Neto, F.R.G., Vieira do Nascimento, K. y Muniz Mira, Q.L. 2012. Actuación de enfermería frente a la depresión postparto en las consultas de puericultura. *Enfermería Global*. 12, 1 (dic. 2012).
4. BAPTISTA, Adriana Said Drher; BAPTISTA, Makilin Nunes. Avaliação de depressão em gestantes de alto risco em um grupo de acompanhamento. Rev. Interação em Psicologia, Paraná, v. 9, n.1, jan./jun., 2005.
5. BERETTA, Maria Isabel Ruiz; ZANETI, Débora Junqueira; FABBRO, Márcia Regina Cangiani; FREITAS, Marildy Aparecida; RUGGIERO, Eliete Maria Escafon; DUPAS, Giselle. Tristeza/depressão na mulher: uma abordagem no período gestacional e/ou puerperal. Rev.eletr. enf. , Goiânia, v.10, n. 4, dez., 2008.
6. BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Resolução n. 196, de 10 de outubro de 1996. Estabelece diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos. Diário Oficial [da União], Brasília, n.201, 16 out.1996.
7. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Parto, aborto e puerpério: assistência humanizada à mulher. Brasília: Ministério da Saúde, 2001a.
8. Vitolo MR, Benetti SPC, Bortolini GA, Graeff A, Drachler ML. Depressão e suas implicações no aleitamento materno. Rev Psiquiatr Rio Gd Sul. 2007;29(1).

9. Ruschi GEC, Sun SY, Mattar R, Chambo A, Zandonade E, Lima VJ. Aspectos epidemiológicos da depressão pós-parto em amostra brasileira. *Rev Psiquiatr Rio Gd Sul*. 2007;29(3).
10. Moraes IGS, Pinheiro RT, Silva RA, Horta BL, Souza PLR, Faria AD. Prevalência da depressão pós-parto e fatores associados. *Rev Saude Publica*. 2006;40(1).
11. Dressen MA, Braz MP. Rede social de apoio durante transições familiares decorrentes do nascimento de filhos. *Psicol Teor Pesq*. 2000;16(3).
12. Schwengber DDS, Piccinini CA. O impacto da depressão pós-parto para a interação mãe-bebê. *Estud Psicol*. 2003;8(3).
13. Moraes IGS, Pinheiro RT, Silva RA, Horta BL, Sousa PLR, Faria AD. Prevalência da depressão pós- -parto e fatores associados. *Rev Saúde Pública*. 2006; 40(1).
14. Spindola T, Penna LHG, Progianti JM. Perfil epidemiológico de mulheres atendidas na consulta do pré-natal de um hospital universitário. *Rev Esc Enferm USP*. 2006; 40(3).
15. Conselho Nacional de Saúde. Comissão Nacional de Ética em Pesquisa. Resolução nº 196 de 10 de outubro de 1996. Aprova as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos. *Bioética*. 1996; 4(2 supl.).
16. Minayo MCS. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 8ª ed. São Paulo: Hucitec; 2004
17. Saraiva ERA, Coutinho MPL. A estrutura das representações sociais de mães puérperas acerca da depressão pós-parto. *Psico-USF*. 2007; 12(2).
18. Albuquerque APA, Barros FA, Araújo EC, Barreto Neto AC. Ações educativas de enfermeiros, médicos e agentes comunitários em unidades de saúde da família. *Rev Enferm UFPE [online]*. 2008; 2(1). Disponível em: <http://www.ufpe.br/revistaenfermagem/index.php/revista/article/viewFile/403/396>.
19. Frizzo GB, Piccinini CA. Interação mãe-bebê em contexto de depressão materna: aspectos teóricos e empíricos. *Psicol Est*. 2005;10(1).
20. Zinga D, Phillips SD, Born L. Depressão pós-parto: sabemos os riscos, mas podemos preveni-la? *Rev Bras Psiquiatr*. 2005; 27(Supl 2): S56-64.
21. Shimizu HE, Lima MG. As dimensões do cuidado pré-natal na consulta de enfermagem. *Rev Bras Enferm*. 2009; 62(3).
22. Ministério da Saúde (BR). Pré-natal e Puerpério: atenção qualificada e humanizada. Brasília: Ministério da Saúde; 2006.
23. Thiollent, M. Metodologia da pesquisa ação. 4. ed. São Paulo; 1988.

24. Bruggemann OM et al. Evidências sobre o suporte durante o trabalho de parto/parto: uma revisão da literatura. Cad. Saúde Pública Rio de Janeiro 2005 set/out; v. 21, n.5;
25. Spindola T, Penna LHG, Progianti JM. Perfil epidemiológico de mulheres atendidas na consultado pré-natal de um hospital universitário. Rev EscEnferm USP. 2006.
26. Ogata MN, Machado MLT, Catoia EA. Saúde da família como estratégia para mudança do modelo de atenção: representações sociais dos usuários. Rev Eletr Enf. [Online] 2009. Disponível em: <http://www.fen.ufg.br/revista/v11/n4/v11n4a07.htm>.
27. Conselho Nacional de Saúde. Comissão Nacional de Ética em Pesquisa. Resolução nº 196 de 10 de outubro de 1996. Aprova as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos. Bioética. 1996.
28. Minayo MCS. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 8ª ed. São Paulo: Hucitec; 2004.
6. Saraiva ERA, Coutinho MPL. A estrutura das representações sociais de mães puérperas acerca da depressão pós-parto. Psico-USF. 2007.
29. Albuquerque APA, Barros FA, Araújo EC, Barreto Neto AC. Ações educativas de enfermeiros, médicos e agentes comunitários em unidades de saúde da família. Rev Enferm UFPE [online]. 2008. Disponível em: <http://www.ufpe.br/revistaenfermagem/index.php/revista/article/viewFile/403/396>.
30. Frizzo GB, Piccinini CA. Interação mãe-bebê em contexto de depressão materna: aspectos teórico e empíricos. Psicol Est. 2005.
31. Zinga D, Phillips SD, Born L. Depressão pós-parto: sabemos os riscos, mas podemos preveni-la? Rev Bras Psiquiatr. 2005,
32. Shimizu HE, Lima MG. As dimensões do cuidado pré-natal na consulta de enfermagem. Rev Bras Enferm. 2009.
33. Cruz EBS, Simões GL, Cury AF. Rastreamento da depressão pós-parto em mulheres atendidas pelo Programa de Saúde da Família. Rev Bras Ginecol Obstet. 2005.
34. Camacho RS, Cantinelli FS, Ribeiro CS, Cantilin A.; Gonsales BK, Braguittoni É, Rennó Júnior J. Transtornos psiquiátricos na gestação e no puerpério: classificação, diagnóstico e tratamento. Rev Psiquiatr Clín. 2006.
35. Davim RMB, Germano RM, Menezes RMV, Carlos DJD. Adolescente/adolescência: revisão teórica sobre uma fase crítica da vida. Rev Rene. 2009.
36. ALMEIDA, Nilza Alves Marques; FERNANDES, Aline Garcia; ARAÚJO, Cleide Gomes. Aleitamento materno: uma abordagem sobre o papel do enfermeiro no pós-parto. Revista Eletrônica de Enfermagem, Goiânia, v. 6, n. 3, set./dez. 2004. Disponível em: <https://www.revistas.ufg.br/fen/article/view/835/983>.

37. CECCATO,S.R.; VAN DER SAND, I.C.P. O cuidado humano como princípio da assistência de enfermagem à parturiente e seus familiares. Revista Eletrônica de Enfermagem, v.3, n.1, 2001. Disponível: http://www.fen.ufg.br/revista/revista3_1/cuidado.html.
38. VENÂNCIO, S.I. Dificuldades para o Estabelecimento da Amamentação: O Papel das Práticas Assistenciais das Maternidades. Jornal Pediatria, , 2003. Disponível em: http://www.jpmed.com.br/conteudo/port_resumo.asp?var Artigo=927.
39. UNICEF; IBFAN. Como o leite materno protege os recém-nascidos. Documento sobre o mês de amamentação. Disponível: <http://www.aleitamento.org.br/arquivos/arquivos.htm>.
40. ALMEIDA, J.S.; VALE, I.N.. Enfermagem Neonatal e aleitamento materno [online]. Disponível em: <http://www.aleitamento.org.br/arquivos/enfermeira.html>
41. Brasil. Ministério da Saúde (MS). *Constituição*. República Federativa do Brasil. Brasília: Ministério da Saúde (MS); 1988.
42. Bordignon, J., Dalla Lasta, L., Ferreira, E., & Weiller, T. (2013). DEPRESSÃO PUERPERAL: Definição, Sintomas e a Importância do Enfermeiro no Diagnóstico Precoce. *Revista Contexto & Saúde*. <https://doi.org/10.21527/2176-7114.2011.20.875-880>
43. Boccato, V., Metodologia Da Pesquisa Bibliográfica Na Área Odontológica E O Artigo Científico Como Forma De Comunicação. Revista de Odontologia da Universidade Cidade de São Paulo 2006 set-dez;
- .

CAPÍTULO 9

A ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM NO DIAGNÓSTICO DO PACIENTE COM INFARTO AGUDO DO MIOCÁRDIO

Vanda Lima de Oliveira, Graduada em Enfermagem, FMB
Luana Guimarães da Silva, FMB

RESUMO


As doenças cardiovasculares representam a principal causa de morte no Brasil e no mundo. Sendo o infarto agudo do miocárdio (IAM) umas das afecções mais comuns, caracterizada como a morte dos cardiomiócitos ou seja, a morte das células do músculo. A IAM é causada pelo desequilíbrio entre a oferta e a demanda de nutrientes enviados ao miocárdio. Este trabalho tem como principal objetivo ampliar a perspectiva interdisciplinar para que os profissionais de saúde adquiram maior conhecimento no diagnóstico do problema citado na pesquisa, além da necessidade de conscientizar os pacientes sobre a importância dos cuidados com relação aidas e vindas da unidade de saúde e da necessária adoção de hábitos de vida saudável. O presente artigo utilizou como base de dados artigos publicados nos últimos anos, em diversas revistas tais como, Scientific Electronic Library Online (Scielo), Literatura Latino-americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), Ministério da Saúde, entre outros. Conclui-se, portanto que assistência prestada pelo enfermeiro no diagnóstico do paciente com infarto agudo do miocárdio é de suma importância, pois reduz o número de mortes causadas pela doença e ajuda na melhora da qualidade de vida dos pacientes.

PALAVRAS-CHAVE: Infarto agudo do miocárdio. Competências do enfermeiro frente ao Diagnóstico. Tratamento. Paciente.

INTRODUÇÃO

Diariamente acompanha-se nos meios de comunicação o grande número de vítimas do infarto agudo do miocárdio (IAM) sendo ela uma das maiores causas de morte no mundo. Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS) os dados mostram que no ano de 2017 os números chegaram a 350 mil casos de infarto agudo do miocárdio só no Brasil, tendo 17 mil óbitos no mesmo ano. Espera-se ainda que no ano de 2021 esse número aumente para aproximadamente 40 milhões de pessoas.

Bassan *et al* (2015) observou que o estreitamento luminal coronariano afeta as artérias coronarianas principais e seus vários ramos em extensões diferentes. Dessa maneira o infarto agudo do miocárdio ocorre focalmente em regiões inespecíficas do coração. Dentro do contexto



da IAM a causa mais frequente é a interrupção do fluxo sanguíneo por estreitamento de uma artéria coronariana. Esse estreitamento pode ocorrer pela presença de ateroma, pela obstrução total da artéria, ou trombo arteriosclerose e coágulo de sangue.

O infarto agudo do miocárdio consiste na necrose celular da musculação cardíaca resultante do desequilíbrio entre oferta de oxigênio e nutrientes sanguíneo e as necessidades fisiológicas do próprio miocárdio, sendo esse suprimento vascular realizado por um conjunto de vasos arteriais coronariano com origem na base da aorta (Souza *et al.*, 2015).

Lima (2004) afirma que a utilização do suporte ventilatório não invasivo vem atuando como coadjuvante da reabilitação cardíaca na tentativa de melhorar a capacidade funcional dos pacientes. No âmbito da reabilitação cardíaca (RC), busca-se o condicionamento do indivíduo, tendo como objetivo a melhora da capacidade funcional e o retorno às atividades de trabalho sociais as quais o desempenho físico é um fator limitante.

O acúmulo anormal de substância lipídicas na parede das artérias coronariana provoca uma resposta inflamatória do organismo que culmina com a formação de uma capa fibrosa pela musculatura lisa vascular envolta de um núcleo gorduroso morto, denominado placa de ateroma. Esta placa cria um bloqueio ou estreita do vaso de modo que há redução do fluxo sanguíneo para o miocárdio. Além disso, pode acontecer a formação de um trombo, sobre a placa de ateroma, gerando uma obstrução da luz coronariana (Lima, 2004).

Os estudos revelam que os desencadeamentos do IAM é impulsionado pela existência de fatores de risco modificáveis, como: tabagismos, sedentarismo, obesidade, hipertensão arterial e o diabetes (Bocato, 2006).

Toda via diante de um processo patológico estabelecido no usuário, é de extrema relevância que o enfermeiro desenvolva uma abordagem emergencial rápida e eficaz fundamentada em conhecimento teórico e científico. Afinal, a demora da abordagem emergencial resulta na piora do prognóstico (Bocato, 2006).

Na grande maioria dos casos, o enfermeiro se responsabiliza pelos primeiros atendimentos prestados aos usuários portador de IAM, desta forma, tal profissional precisa conhecer, as necessidades de saúde oriundas deste sujeito tendo em vista que o tempo é um importante determinante do prognósticos, nesta situação, esta primeira abordagem deve distinguir, efetivamente o IAM das demais emergências clínicas (Bocato, 2006).

Nesse sentido o enfermeiro deve identificar os problemas de saúde prioritários através do conhecimento dos sintomas e sinais clínicos característico do IAM, tais como: dor precordial, dor no peito, sudorese. Todos os sintomas relacionados a placa de ateroma que na maioria das vezes se encontra de formas progressiva. (Piccinato, Cherri, Moriya., 2011).

Este trabalho tem como principal objetivo ampliar a perspectiva interdisciplinar para que os profissionais de saúde adquiram maior conhecimento no diagnóstico do problema citado na pesquisa, além da necessidade de conscientizar os pacientes sobre a importância dos cuidados com relação a idas e vindas da unidade de saúde e da necessária adoção de hábitos de vida saudável.

SESSÕES DO ARTIGO

METODOLOGIA

O presente artigo utilizou como base de dados artigos publicados nos últimos anos, em diversas revistas tais como, Scientific Electronic Library Online (Scielo), Literatura Latino-americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), Ministério da Saúde, entre outros.

Tendo como foco a abordagem dos aspectos da gravidade da placa de ateroma ao paciente acometido com infarto agudo do miocárdio (IAM) e seus tratamentos. Ressaltando assim, a importância do conhecimento do enfermeiro em relação ao diagnóstico do paciente e do tratamento utilizado.

Os temas selecionados para estudos foram: a sistematização da assistência de enfermagem ao paciente infartado, a atuação do enfermeiro no atendimento ao paciente acometido de infarto agudo do miocárdio, os cuidados de enfermagem, cateterismo cardíaco, angioplastia, angiografia e complicações, entre outros.

Foi feita uma busca por textos publicados nos últimos 10 anos que tratassem de complicações no cateterismo diagnóstico ou terapêutico, estabelecendo como critério de inclusão: textos originais, qualitativos e quantitativos escritos/ textos completos em português e que citassem ou tratassem de complicações no cateterismo cardíaco diagnóstico ou terapêutico. Os critérios de exclusão foram artigos de revisão e os publicados antes desse período previamente estabelecido. A partir de uma leitura inicial foram selecionados 20 artigos. Refinando as buscas de acordo com os critérios de inclusão pré-definidos o estudo ficou apoiado em 20 artigos.

Clark e castro (2013) conclui que:

“a pesquisa é um processo de construção do conhecimento que tem como metas principais, gerar novos conhecimento e corroborar ou refutar alguns conhecimentos preexistentes com os objetivos de apontar pontos principais da patologia em questão contribuindo assim para maior difusão do conhecimento”.

REFERENCIAL TEORICO

Quando se fala em infarto agudo do miocárdio e placa de gordura isso quer dizer que não se pode falar de infarto agudo do miocárdio sem falar de aterosclerose ou popularmente conhecida como placa de gordura, como também não se deve falar de aterosclerose sem falar de infarto agudo do miocárdio (IAM). Isso porque são duas situações que andam sempre juntas, sendo que a placa de gordura é responsável pela obstrução da artéria que faz a distribuição de sangue rico em oxigênio pro coração, para que então seja distribuído por nosso corpo. O termo infarto agudo do miocárdio (IAM) esta relacionado, parcialmente a uma doença que vem acometendo pessoas de forma generalizada, sendo que a grande maioria são mais velhas devido a existência de alguma patologia que a mesma já possui, como PA elevada, Diabete mellitus, tabagismo entre outras (Andrade et.al.2013).

Os fatores de risco para os acometimentos dessa patologia são alimentação inadequada sedentarismo,tabagismo,estresseentreoutras.(Brunorietal.,2014). Dentre todos os possíveis sintomas de um infarto, a dor torácica acompanhada de um sentimento eminente de morte é o mais conhecido e citado na literatura por inúmeros autores. O enfermeiro, responsável pela triagem de todos os pacientes, tanto nos serviços de atendimento móvel, quanto nos atendimentos hospitalares deve atentar para que todos os cuidados sejam executados de maneira correta e dentro das normatizações previstas (Piegas *et al.*,2015).

De acordo com Santos e Ramos *et al*, o número de morte por infarto agudo do miocárdio no Brasil só aumenta a cada ano, devido à falta de prevenção e de informação sobre o assunto. Segundo Pesaro *et al* (2004) dentro de espectro de probabilidade e evolução que o coração progressivo e agressão representada pela área de isquemia, lesão e necrose sucessivamente. Essas etapas se correlacionam com a realidade de apresentações que variam de angina instável e infarto é baseado no rápido diagnostico e na desobstrução da coronária, isso pra não chegar a uma determinada reversão de suas complicações potencialmente fatais como arritmia e falência cardíaca (Pesaro *et al* 2004).

Assistência do enfermeiro ao paciente com infarto agudo do miocárdio

Os cuidados do enfermeiro frente ao paciente com infarto agudo do miocárdio, necessita de uma atenção e conhecimentos para lidar com os variáveis tipos de situações que poderá enfrentar para que o paciente possa estar sendo bem assistido em suas necessidade e que isso possa vim contribuir para sua recuperação, os conhecimentos do enfermeiro é primordial pois é ele o responsável muitas vezes pelo primeiro contato com paciente infartado sua atuação acontece logo que o paciente da entrada na unidade hospitalar, o enfermeiro deve ser capacitado para que o mesmo possa estar reconhecendo, os sintomas de infarto e direcionando de forma adequada para assistência emergencial, e assegurando o aumento de chance de sobrevida. Protocolo assistencial no pós infarto agudo do miocárdio baseado nos diagnósticos de enfermagem e intervenções da North American Nursing Diagnosis Association – NANDA.

Diagnósticos

O diagnóstico é um procedimento seguro que deve ser feito pelo médico, onde ele vai avaliar vai ouvir quais são as queixas que o paciente estar apresentando os tipos de sintomas e uma série de exame é feito para o diagnóstico do enfarto, todos os exames são muitos rápido pois quantos mais rápidos for feito o diagnóstico e detectado o problema mais rápido será encaminhado ao um determinado tratamento, dos exames o mais central é o eletrocardiograma é ele que vai dizer exatamente o momento agudo do infarto, qual o grau de sofrimentos o coração estar sentido ele vai ser o norteador de dizer se tem ou não tem o infarto agudo ali e qual o grau, a partir do eletrocardiograma outros exames são feitos como: cateterismo (um exame realizado em órgão oco do corpo por meio de um cateter). (Arq Bras Cardiol., 2004).

O cateterismo é um procedimentos diagnóstico, Onde é introduzido o cateter pela veia radial até chegar ao coração ali vai detectar o grau de ateroma as vez com esse exame é feito a desobstrução mais muitas vez o grau de ateroma é mais elevada e só com outros tratamentos que poderá ser feito exemplo: angioplastia que é uma técnica que se utiliza um pequeno balão na qual ao ser inflado na artéria ali vai entrando e abrindo a artéria e facilitando a passagem do sangue também pode ser implantado uma mínima tela de aço chamada de stent que liberada ajuda a manter a horta aberta e liberando a passagem do sangue e assim o paciente conseguiu ter uma vida normal por muito tempo, vale lembrar também que os tent pode permanecer a vida toda necessitando muitas vezes de troca-lo (Arq Bras Cardiol.,2004).

Vale ressaltar que hoje existe outros tipos de stent como farmacológica, na qual os mesmo tem a mesma finalidade tanto quanto o convencional a diferença é que o stent farmacológico vem acoplado em si uma substancia ou seja uma droga na qual sua função é retardar o estreitamento da artéria chamado de reestenose, umas das drogas em que vem acoplada no stent farmacológico é RAMPAMICINA , que é um medicamento usados para transplante de órgão esse medicamento é um imunossupressor muito utilizado para evitar a rejeição dos órgão implantado já no stent ele terá a finalidade de retardar o estreitamento da artéria por alguns período (Araújo D; Lima V.; Ferraz; *et al.*, 2007).

Tratamento

O tratamento vai depender da gravidade do infarto, após o ocorrido, os profissionais vão agir para diminuir a lesão e evitar que o doente apresente complicações mais grave logo que confirmado o diagnóstico do infarto agudo, o tempo desde o início dos sintomas até chegada ao hospital, é de grande importância , na recanalização das artérias acometidas para uma possível recanalização do musculo cardíaco, os antiplaquetários são de grande importância no tratamento do infarto, eles contribui muito para obstruir as artérias ali acometidas, entre eles o Ácido acetilsalicílico e clopidogrel que são mantido por tempo indeterminado os atendimentos será feito no pronto socorro e as primeiras ações da equipe é:

1. Conectar um monitor cardíaco ao paciente para verificar a frequência dos batimentos cardíacos.
2. Oferecer oxigênio ao paciente para que a oxigenação não faça muitos esforços após o infarto
3. Para diminuir as dores apresentadas no peito a vítima, é de suma importância que ele receba medicamentos que o ajudam na redução dos sintomas
4. Dependendo da gravidade do infarto o paciente passa pela angioplastia ou cirurgia de revascularização do miocárdio que tem como objetivos direcionar as artérias a restaurar o fluxo da circulação.

Opióides: em caso de dor a morfina deve ser administrada pra aliviar tanto a dor como a ansiedade e tem ação vasodilatadora dose de 4-8mg Ev devem ser usada com bolus adicionais de 2mg se necessário.

Nitratos: os tratamentos com beta bloqueador são essenciais para o controle da dor angina, ou seja, a na parte do meio do peito e das taquiarritmia associada ao evento agudo.

Tratamento antiplaquetário: Aspirina (administrada imediatamente em dose de 200-325mg via oral e mantida definitivas).

Tratamento de recanalização é a etapa fundamental do tratamento do infarto com supra e recanalização. A etapa fundamental do tratamento do infarto com supra e recanalização ela deve ser feita em situações de dor superior a 20 minutos e refrataria , ao nitrato sublingual ou quadro clinico sugestivos de infarto e supra desnível >1mm do seguimento ST em pelo menos duas derivações contínuas (inclusive infraem v1,v2,v3 com supra em v7ev8doIAM posterior) ou bloqueio de ramo esquerdo novo ela deve ser executada, o mais rápido possível para diminuir os danos ao coração (Pesaro *et al.*,2004).

Controle do diabetes

Paciente diabético podem ter infarto com a apresentações atípicas, nem sempre acompanhada de dor mais com dispneia sudorese e náuseas. Estudos afirmam que o a pessoa diabética não controlando essa patologia, potencialmente ele pode morrer ou de infarto ou de AVC. Isso pelo fato do aumento da quantidade de açúcar circulante no sangue e essa elevação da glicemia faz com que lese a parede dos vasos propicia a formação de placa de gordura, fazendo com que esse paciente corra um grande risco de ter um infarto ou um Acidentevascular cerebral (AVC) (Silva IM; SilvaMG.,2018).

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Segundo o código de ética aprovado pelo resolução do cofen311\2007 nos artigos 12,14 15 cabe ao profissional de enfermagem ser responsável em prestar uma assistência com responsabilidade e competência técnica científica com ética, livre de qualquer danos para o indivíduos decorrido de imperícia , imprudência , bem como aprimorar seus conhecimentos , em beneficio a pessoa e também em benefício de si mesmo. Ainda neste código de ética citado acima cabe ao enfermeiro prestar assistência de enfermagem sem discriminação de qual quer natureza também vale ressaltar que o enfermeiro deve prestar adequadas informações á pessoas e a família.

O aprimoramentos de seus conhecimento é de suam importância tudo isso pra que quando vim ocorrer alguma ocorrência de infarto, o profissional possa ali se sentir apto a prestar seu atendimentos ao paciente ali assistido , levando segurança e conforto ao mesmo já que o

enfermeiro tem um papel primordial em todas as fases do cuidados com paciente infartado desde a promoção , prevenção, o profissional deve atuar como educador, ao orientar a população como devem se prevenir do iam, como praticar atividade física, mudança no hábitos de vida e também a importância da ida frequente médico (Resolução COFEN nº 311 de 08 de fevereiro de 2007).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

De acordo com estudos, descritivos em revisão de cunho bibliográficos pode-se afirmar que o infarto agudo do miocárdio (IAM) é uma doença de fácil diagnósticos mais que se não tratada em tempo hábil pode ter um alto índice de morte ,nas primeiras horas de sintomas, a gravidade do problema depende primordialmente da extensão da região e de todos os fatores de risco associada , sendo assim a importância da mudança no habito de vida o mais rápido que puder, tudo isso para melhorar e dar mais vida ao paciente e ao mesmo tempo evitar mais acometimentos de infarto uma vez que essa patologia vem acometendo tantas pessoas nomundo sendo que a mesma acomete pessoas de várias idades é valido salientar que o enfermeiro , ainda presta uma assistência, menos favorecida pois nem todo profissional tem habilidade de fazer, uma interpretação de eletrocardiograma e isso acaba retardando o diagnóstico e tratamento do paciente , já que esse é o exame central que vai dizer exatamente o tipo de acometimentos que esse coração estar sentido sendo o mesmo sendo avaliado apenas por medico , mais mesmo o enfermeiro com de tamanhas deficiência é possível , que o enfermeiro tenha uma conduta onde questões sociais e psicológicas estejam inseridas fazendo assistência ao portador de iam e contribuindo para a satisfação domesmo.

Conclui-se, portanto que assistência prestada pelo enfermeiro no diagnóstico do paciente com infarto agudo do miocárdio é de suma importância, pois reduz o número de mortes causadas pela doença e ajuda na melhora da qualidade de vida dos pacientes.

Além de conhecimento científicos, como também o prático cabendo ao enfermeiro o comando da sua equipe sem falar da sua postura ética e moral que sejam favoráveis ao serviço qualificado cabe ao mesmo se aprofundar sobre a patologia para que a parte ali do cuidar seja prestado com qualidade. Que o mesmo seja realizado com aptidão e agilidade para acolher não só o paciente, mais também a família para possibilitar a interação dos mesmo com a equipe de profissionais.

REFERÊNCIAS

ANDRADE. Jadelson Pinheiro. Et al.

Araujo DV, Tura BR, Brasileiro AL, Luz NH, Pavao AL, Teich V. Cost-effectiveness of prehospital versus in-hospital thrombolysis in acute myocardial infarction. *Arq Bras Cardiol* 2008; 90(2):91-98.

Antman EM, Anbe DT, Armstrong PW, Bates ER, Green LA, Hand M et al. ACC/AHA guidelines for the management of patients with ST-elevation myocardial infarction: a report of the American College of Cardiology/American Heart Association Task Force on Practice Guidelines (Committee to Revise the 1999 Guidelines for the Management of Pat)

Bocato VRC. Metodologia da pesquisa bibliográfica na área cardiologia e o artigo científico como forma de comunicação. *Revista de cardiologia Universidade Cidade de São Paulo* 2006. BRUNORI.et,al (2013)

DE SOUZA, Gabriella Soares. **A Eletromiografia de Superfície em Musculação para Diferentes Populações**. Biblioteca 24 horas, 2015.

III Diretriz da Sociedade Brasileira de Cardiologia sobre tratamento do infarto agudo do miocárdio. *Arq Bras Cardiol* 2004; 83 Suppl 4:1-86.

Katritsis D, Karvouni E, Webb-Peploe MM. Reperfusion in acute myocardial infarction: current concepts. *Prog Cardiovasc Dis* 2003; 45(6):481-492.

Hartzler GO, Rutherford BD, McConahay DR, Johnson WL, Jr., McCallister BD, Gura GM, Jr.etal. Percut aneoustransluminal coronary angioplasty with and without thrombolytic therapy for treatment of acute myocardial infarction. *Am Heart J* 1983; 106 (5 Pt1): 965-973.

Junqueira-Lodi L, Ribeiro AL, Mafra AA. Protocolo Clínico sobre Síndrome Coronariana Aguda. Secretaria de Estado da Saúde de Minas Gerais, editor. 1-49. 2011. Belo Horizonte.

Lima ES, Cruz CG, Santos FC, Gomes NM, Bittencourt HS, Reis FJFB. Suporte ventilatório na capacidade funcional de pacientes com insuficiência cardíaca: estudo piloto. *Arq. Bras. Cardiol.* [Internet]. 2011 Mar [citado 2016 Set 23]; 96(3): 227-232. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S006-782X2011000300009&lng=pt. Epub07-Jan-2011.

PICCINATO, C.E.; CHERRI, J.; MORIYA, T. Hipertensão e doença arterial periférica 2011.

Pesaro AEP, Serrano JR. Carlos VN, Nicolau JC. Infarto agudo do miocárdio: síndrome coronariana aguda com supradesnível do segmento ST.2004.

Sousa AGMR, Mattos LA, Campos Neto C M, Carvalho H G, Stella F P, Nunes G. Intervenções percutâneas para revascularização do miocárdio no Brasil em 1996 e 1997 comparadas às do biênio 1992- 1993. Relatório do Registro CENIC (Central Nacional de Intervenções Cardiovasculares). *Arq Bras Cardiol* 70(6):423-30,1998.

Silva LK, Escosteguy CC, Machado CV. Metodologia para a estimativa de padrões de qualidade:o caso do infarto agudo do miocárdio.Cad.SaúdePública [Internet]. Disponível em: 8606/2318-1419/amazonia.sci.health.v6n1p12-21 *Revista Amazônia Science & Health*. 2018 Jan/Mar.

Tabela 1: Diagnóstico e intervenção

DIAGNOSTICO DE ENFERMAGEM	INTEVERSÕES DE ENFERMAGEM
DOR AGUDA: estar relacionada ao infarto, ou seja, estar relacionada a oferta diminuída do de oxigênio ao miocárdio DÉBITO CARDIACO DIMINUIDO: devido a isquemia cardíaca estar relacionado a hipertensão falta de ar e palidez.	Avaliar a intensidade dessa dor Orientar sobre o cuidado no leito em que ele se encontra Instalar oxigênio para o paciente sente-se confortável

Fonte: Salus J., 2016.

CAPÍTULO 10

PÉ DIABÉTICO: A IMPORTÂNCIA DO PROFISSIONAL DE ENFERMAGEM NOS CUIDADOS AO PACIENTE DADA AS SUAS COMPLICAÇÕES

Maria Luzia Amaral Viegas, Faculdade Mauá de Brasília
Luana Guimaraes da Silva, FMB


RESUMO

O *Diabetes Mellitus* - DM - é uma doença crônica que tem como característica a ausência do hormônio primordial para o metabolismo da glicose e o Pé Diabético é uma das mais sérias complicações do DM representando um desafio médico, social e econômico para a saúde pública necessitando de uma intervenção agressiva de uma equipe multidisciplinar para evitar a amputação ou a morte. Este estudo tem como objetivo realizar uma revisão de literatura científica sobre a importância dos cuidados de enfermagem com o Pé Diabético, na prevenção e tratamento de suas complicações. O que se tem ao final da pesquisa é que o DM é uma doença crônica que acarreta em várias complicações, como por exemplo, a cegueira, insuficiência renal, infarto agudo do miocárdio, acidente vascular e o Pé Diabético, este que pode ser considerado a maior complicação do DM e responsável pela amputação dos membros inferiores. Por fim, ficou explícito que o tratamento no Pé Diabético, ainda que feito pelo profissional de enfermagem deva visar a amputação e a diminuição da mortalidade a ele associada.

Palavras-chave: Diabetes Mellitus; Paciente; Enfermagem; Complicações; Pé Diabético.

1. INTRODUÇÃO

O Diabetes Mellitus - DM - constitui o grupo das doenças crônicas responsável pelas principais causas de morte no mundo e é considerado um dos problemas de saúde de maior magnitude. Nesse sentido, ainda que se tenha buscado controlar o avanço dessa doença e de suas complicações, percebem-se sérias consequências de uma assistência que não considera as especificidades da cronicidade, com modelos assistenciais inadequados e voltados para a cura das doenças, presente na lógica do modelo biomédico.



Além disso, existem as complicações do DM, sendo um delas o Pé Diabético. O Pé Diabético é uma das principais complicações dessa doença, sendo também, um termo utilizado para designar as alterações ocorridas, sejam isoladas ou em conjunto, nos membros inferiores. Trata-se de uma complicação grave, pois, dela derivam várias alterações: neurológicas, ortopédicas, vasculares e infecciosas, que podem ocorrer no pé do paciente portador de DM (CAIAFA *et. al.* 2011).


Desse modo, a questão que se levanta é: os profissionais da enfermagem conseguem atender os pacientes com Pé Diabético de forma correta com base nos conhecimentos adquiridos em sua formação acadêmica? Essa questão origina-se da constatação de que “a abordagem do membro inferior do paciente diabético não é desvinculada dos cuidados gerais (controle da glicemia, hipertensão, obesidade, dislipidemia, tabagismo, atividade física, alimentação) que são decisivos para melhorar a qualidade de vida e aumentar a sobrevida” (CAIAFA *et. al.* 2011, p.2).

Na verdade, a importância da assistência de enfermagem ao paciente com DM se materializa porque o controle e tratamento do DM são indispensáveis para educação em uma relação de causa e efeito entre a diabetes e suas complicações, além da preocupação com o seguimento da dieta adequada no cenário familiar diante dos portadores dessa patologia.

Salci, Meirelles & Silva (2017) quanto mais conhecimentos o profissional de enfermagem adquirir, mais ele assume uma visão holística do indivíduo prestando assistência qualificada por meio da consulta de enfermagem, a qual possui um papel imprescindível na atenção a esses indivíduos com caráter científico e respaldo legal. Sendo assim, o objetivo geral desse estudo é realizar uma revisão de literatura científica sobre a importância dos cuidados de enfermagem com o Pé Diabético, na prevenção e tratamento de suas complicações.

Para responder a esse objetivo o presente estudo descreve sobre a Diabetes Mellitus, bem como sobre o Pé Diabético ressaltando como se desenvolve o processo de prevenção, diagnóstico e tratamento dessa patologia e seus desdobramentos; analisa e descreve o que as literaturas falam sobre o Pé Diabético; e ressalta a importância do profissional de enfermagem como interventor no processo de prevenção e cura das complicações do pé diabético.

Na verdade, a escolha desse tema se deve ao fato de observar que muitos estudos apontam que o Diabetes Mellitus (DM), constitui hoje em dia um sério problema de saúde a




nível mundial, por ser uma doença de prevalência elevada e crescente. A OMS, em seus apontamentos, indica uma previsão de 300 milhões de pessoas diabéticas no mundo para o ano 2025. No Brasil, o número deve chegar até esse ano a 11 milhões de diabéticos, segundo dados do Ministério da Saúde.

Esse incremento no número de pacientes diabéticos está relacionado ao crescimento populacional da terceira idade e aos avanços diagnósticos e terapêuticos no tratamento de diversas doenças (ARZA, 2014). O autor citado esclarece que as complicações do DM são muito temidas, pelas sequelas que deixam tais como: retinopatias, neuropatias, lesões vasculares e renais.

Em outras palavras “o Pé Diabético representa uma das complicações crônicas advinda do inadequado controle da doença e decorrente da combinação da neuropatia sensitivo-motora e autonômica periférica crônica, associada à doença vascular periférica” (ARZA, 2014, p. 3). Portanto, o Pé Diabético representa um dos maiores problemas associado à doença, provocando grande impacto social e econômico para o paciente, sua família, o sistema de saúde e a sociedade em geral.

Diante do exposto, o que se espera como proposta de solução do problema apresentado na pesquisa é que os profissionais de enfermagem possam adquirir competências necessárias que incluam o reconhecimento dos fatores de risco assim como avaliação rotineira dos pés de portadores de DM. Isso porque a abordagem do Pé Diabético constitui um desafio em todo o mundo, principalmente em países como o Brasil, onde se enfrentam muitas dificuldades, como preconceitos e desconhecimento sobre a doença, sem contar que grande parte da população diabética não é acompanhada em centros especializados, devido à falta de recursos e de pessoal capacitado.

É evidente, então, a necessidade de ampliar conhecimentos sobre as situações de risco e as medidas de intervenção, especialmente, a intervenção clínica. Ocorre que, tanto nas literaturas quanto na prática verificam-se limitações referentes à prática dos cuidados triviais com o paciente diabético. Nessa perspectiva é relevante identificar as fragilidades e potencialidades da atuação do/a enfermeiro/a, tendo em vista que a atenção às pessoas com diabetes, em sua grande maioria, era oferecida coletivamente, de modo que esse profissional não se envolvia no atendimento e no acompanhamento sistematizado, para a prevenção e a redução de complicações crônicas do diabetes.



A contextualização de conhecimentos, então, vai ao encontro do que dizem vários autores quando eles alertam para a necessidade de novos estudos que abordem o impacto de intervenções de enfermagem associadas aos aspectos comportamentais e psicossociais sobre a qualidade de vida de diabéticos, com vistas ao planejamento de uma assistência que contemple as reais necessidades de saúde destes indivíduos.

2. REVISÃO DA LITERATURA

2.1. Considerações sobre o Diabetes Mellitus, o Pé Diabético e as úlceras no Pé Diabético

Os estudos de Caiafa *et. al.* (2011, p. 1) sinalizam que “todo o esforço que envolve a abordagem do paciente diabético indica que um dos maiores e mais graves problemas destes indivíduos é o desenvolvimento de úlceras na extremidade inferior, geralmente precursoras da amputação” (figura 1), o que mostra que a principal atuação relativa ao Pé Diabético é evitar que isso aconteça, reconhecendo-se as situações de risco e intervindo nas áreas social, educativa e de assistência médica global e especializada.

Ainda que os profissionais de enfermagem, na atualidade, possuam conhecimento sobre o DM e, conseqüentemente sobre o Pé Diabético, seus sinais e sintomas, assim como as principais estratégias de cuidado, podendo citar cuidados com o uso, administração e armazenamento da medicação; cuidados com a alimentação e hidratação e cuidados quanto ao controle glicêmico e ao peso, a forma como se trata o DM no Sistema Único de Saúde inviabiliza o reconhecimento e intervenção, tendo em vista todas as limitações desse sistema.

O *Diabetes Mellitus* é uma doença crônica que tem como característica a ausência do hormônio primordial para o metabolismo da glicose. A elevação da glicose nesses pacientes está ligada diretamente a problemas nos olhos, sistema renal, nervos, coração e devido a estes acometimentos acarretam outros problemas de saúde, por exemplo, a hipertensão arterial (RICCI, 2015). Esta patologia classifica-se em três tipos:

- Diabetes tipo 1 é a classificação que se caracteriza pela constante necessidade de insulina exógena, sendo de início inesperado, acometendo potencialmente crianças e adolescentes considerados magros, mas pode acometer adultos com menos de 30 anos. Sua incidência maior é em crianças e adolescentes entre 10 e 14 anos. Os pacientes com DM do

tipo 1 correspondem a uma porcentagem de 5 a 10% do total de pessoas com diabetes (NETTINA, 2014).

- Diabetes tipo 2 ou diabetes não insulino dependente, é a classificação mais comum entre os portadores de DM, sendo que a porcentagem de pessoas com esse tipo de DM já atinge 90 a 95% da população. ADA (2014) ressalta que o constante aumento dessa porcentagem justifica-se pelo grande número de pessoas obesas, de modo que essa classificação de DM se constitui de pessoas adultas, crianças, adolescentes e adultos jovens. O que se verifica é que a deficiência/resistência de insulina é associada ao sedentarismo e obesidade.

- Diabetes Mellitus Pré-gestacional é a classificação de DM que ocorre a partir de uma variação no metabolismo de carboidratos antes da gestação em mulheres sabidamente portadoras de DM tipo 1 ou 2. O Diabetes Mellitus Gestacional (DMG), é aquele tipo de classificação que tem início e desenvolvimento no período gestacional (RICC, 2015), sendo que ambas as formas se dão porque a hiperglicemia que surge no período gestacional é resistente à insulina, por causa da secreção dos hormônios placentários. O DMG atinge cerca de 10% das gestantes (BRUNNER & SUDDARTH, 2009).

Acerca do Pé Diabético, tem-se que esta complicação do DM apresenta a presença de infecção, ulceração, destruição de tecidos associados a anormalidades neurológicas e a vários graus de doença vascular periférica em portadores de diabetes. A figura abaixo mostra a fisiopatologia do pé diabético, considerando-se que essa fisiopatologia é complexa e envolve múltiplos processos e que sua explanação pormenorizada não cabe no âmbito deste estudo, ressaltando apenas pontos considerados da máxima importância.

As principais complicações do Pé Diabético são:

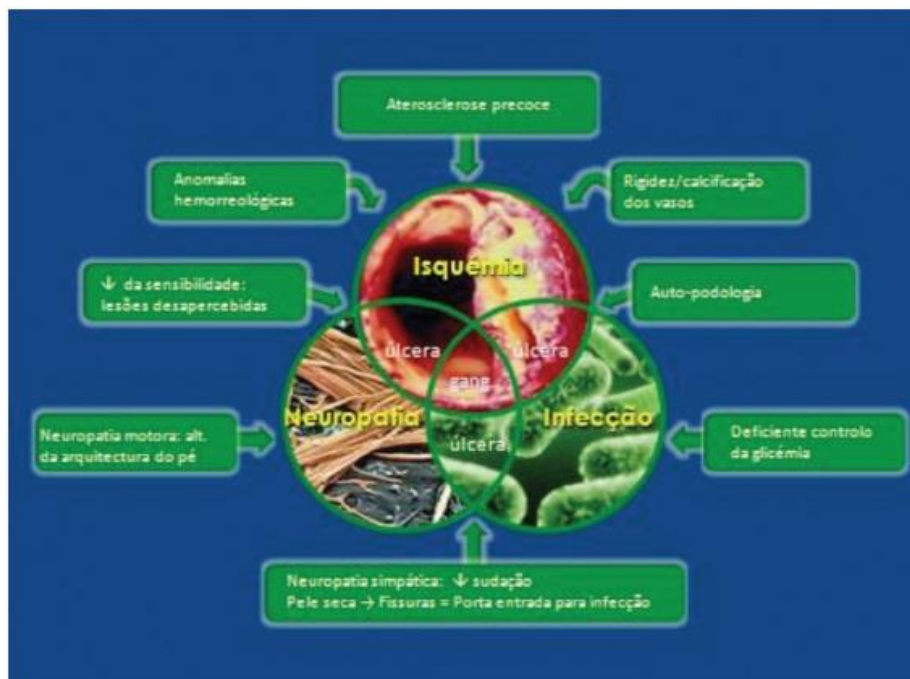
- 1 - A neuropatia periférica (perturbações das células nervosas) que é uma doença crônica, pérfida, que costumeiramente atinge as partes mais distais dos nervos, principalmente os nervos dos membros inferiores, podendo afetar bilateralmente os pés e evoluir para o centro dos mesmos (BRUNNER & SUDDARTH, 2009); A importância do reconhecimento precoce dos sinais e sintomas da neuropatia periférica é uma das ações que deve ser contemplada devido ao seu grau de importância e pela falta de conhecimento dos pacientes na prevenção desse adoecimento.

Conforme descrito por Brunner & Suddarth (2009), aproximadamente 50% dos pacientes pode não apresentar sinais ou sintomas da neuropatia periférica. E, quando apresentam sinais, esses podem se manifestar por dormência, queimação, coceira, diminuição do equilíbrio, dificuldade para pisar no chão com firmeza ou com o caminhar prejudicado.


2 - A neuropatia autonômica que é uma das manifestações menos reconhecida e pouco estudada do DM, aparecendo quer como neuropatia isolada, quer como parte de um comprometimento mais difuso, podendo comprometer significativamente a qualidade de vida e mesmo a sobrevivência do paciente (FOSS FREITAS, MARQUES JR E FOSS, 2008), entretanto, ela atinge os três principais sistemas orgânicos que é o sistema cardíaco, gastrointestinal e renal (BRUNNER & SUDDARTH, 2009).

3 - As úlceras que são manifestações infecciosas que tendem a evoluir para a cronicidade, seja pela sua localização, pela diminuição da acuidade visual secundária à retinopatia diabética, ou por ser indolor, pelo que frequentemente não é valorizada ou reconhecida pelo doente (NEVES *et. al.* 2012). A figura abaixo mostra a fisiopatologia do pé diabético, considerando-se que essa fisiopatologia é complexa e envolve múltiplos processos e que sua explanação pormenorizada não cabe no âmbito deste estudo, ressaltando apenas pontos considerados da máxima importância.

Figura 1 – Fisiopatologia de úlceras nos pés diabéticos



Fonte: NEVES *et. al.* (2012).



De todo modo, as alterações sensoriais, motora e autonômica periférica as complicações aumentam, pois devido às alterações sensoriais, os pés perdem a sensibilidade tornando-se incapazes de perceber quando estão sendo pressionados de forma a causar danos. As alterações motoras levam a atrofia, prejudicando a musculatura intrínseca dos membros inferiores, com o excesso de peso nas regiões dos ossos metatarsos podendo ocorrer lesões e traumas (ABBADÉ, 2014).

Em conformidade com a literatura acima citada, devido a essas inúmeras alterações os portadores de DM tornam-se mais susceptíveis ao ressecamento da pele, levando a ferimentos, infecções e/ou úlceras, alterações do fluxo sanguíneo da microcirculação, devido à comunicação anormal entre os vasos sanguíneos. De acordo com os estudos de Brasil (2016, p.94),

As complicações do Pé Diabético são as maiores causadoras das amputações ficando cerca de 40% a 70% das amputações não traumáticas de membros inferiores. As pessoas com DM apresentam ulcerações nos membros inferiores antes de evoluir para a amputação, correspondendo a 85% do total de amputações. Despontando-se como fator determinante para que ocorram amputações, a neuropatia periférica, deformações e as lesões nos membros inferiores.

A importância do reconhecimento precoce dos sinais e sintomas do Pé Diabético é uma das ações que deve ser contemplada devido ao seu grau de importância e pela falta de conhecimento dos pacientes na prevenção desse adoecimento. Conforme descrito por Brunner & Suddarth (2009), aproximadamente 50% dos pacientes pode não apresentar sinais ou sintomas. E, quando apresentam sinais, esses podem se manifestar por dormência, queimação, coceira, diminuição do equilíbrio, dificuldade para pisar no chão com firmeza ou com o caminhar prejudicado.

Caiafa *et. al.* (2011) explica que com o avanço do DM, o Pé Diabético toma grandes proporções e as possibilidades de complicações se acentuam devido à perda da sensibilidade, a sensação diminuída de dor e temperatura, ficando propício a lesões, infecções, deformidades e reflexos diminuídos. O resultado é o desenvolvimento de úlceras nos pés (figura 2) em pontos de pressão, pequenas lesões que demoram a cicatrizar ou nunca cicatrizam. Além das úlceras ocorre, também, a perda da sensibilidade progressiva e a perda da percepção e coordenação dos pés.

Figura 2 – Úlceras na extremidade inferior dos pés



Fonte: NEVES *et. al.* (2013)

Enfim, Neves *et. al.* (2012, p. 20) esclarece que a “hiperglicemia prolongada é o elo comum que une os três pilares responsáveis pela formação da úlcera no pé dos diabéticos: neuropatia, isquemia e infecção”. Assim, entende-se que quando o/a paciente fica exposto de forma intensa à hiperglicemia, ele/a sofre alterações degenerativas nos axônios de todas as fibras nervosas, numa sequência que se inicia nas fibras autonômicas simpáticas, seguindo-se das fibras sensitivas e motoras.

A neuropatia simpática é responsável pelo bloqueio da sudorese e pela abertura dos shunts pré-capilares, proporcionando o aquecimento e edema do pé e a desidratação da pele, o que favorece a formação de fissuras, possíveis “portas de entrada” para bactérias. A neuropatia motora provoca atrofia dos músculos intrínsecos do pé dando origem a alterações estruturais da arquitetura do pé, responsáveis pelo desenvolvimento de áreas de hiperpressão intrínseca, locais potenciais para a formação de úlceras. Por último, a neuropatia sensitiva que impede o doente de se defender das agressões intrínsecas ou extrínsecas, permitindo o desenvolvimento de lesões graves (NEVES *et. al.* 2012, p. 21)

Envolto a tantas complicações, é fundamental que se entenda que o Pé Diabético é caracterizado pela presença de pelo menos uma das seguintes alterações: neurológicas, ortopédicas, vasculares e infecciosas, que podem ocorrer no pé do/a paciente de DM. Mas, Caiafa *et. al.* (2011) adverte que essas características do Pé Diabético não podem sustentar a visão do pé em estágio terminal, mas sim, de um/a paciente que precisa de prevenção e de atendimento específico nas unidades de saúde.

2.2. O Pé Diabético infectado e sua apresentação clínica

Nos pacientes com DM, qualquer infecção nos pés é uma complicação. Estudos citados por Leite (2010) as infecções no Pé Diabético variam na gravidade desde uma

paroníquia superficial a uma infecção profunda envolvendo o osso. Os tipos de infecção incluem: celulite, miosite, fascíte necrotizante, artrite séptica, tendinite e osteomielite. As infecções no Pé Diabético são as mais comuns e sérias complicações da DM, aumentando a frequência e duração da hospitalização e o risco de amputação no membro inferior.

Nesse contexto está o desenvolvimento de úlceras no Pé Diabético que pode ser o principal antecedente de infecção, seguido pela Doença Vascular Obstrutiva Periférica que é uma complicação da DM, pois duplica o risco de infecção, tendo em vista que a isquemia no Pé Diabético vai comprometer o fluxo sanguíneo causando diminuição da resistência (LIPSKY *et.al.* 2004). Seja qual for a complicação é importante que haja a prevenção e o diagnóstico imediato necessários para prevenir a amputação.

A infecção do Pé Diabético (figura 3) é uma complicação muito séria em pacientes com DM porque ela não apresenta minimização sem a ação sinérgica da cirurgia com a antibioticoterapia indicada. Alguns fatores casuais são imperativos na infecção do Pé Diabético, sendo que a úlcera e a Doença Vascular Obstrutiva Periférica já foram citadas. A Polineuropatia Periférica Diabética também resulta no desenvolvimento da infecção no Pé Diabético porque, nesse caso, os pés perdem a sensação protetora, diminuindo a consciência do trauma como abrasões ou penetrações de corpo estranho, ou seja, “a neuropatia motora pode resultar em deformidades no pé que contribuem para o aumento das hiperpressões já presentes e causadas pelo calçado, tornando a ulceração da pele ainda mais provável” (LEITE, 2010, p. 25).

Figura 3 – Infecção crônica no pé diabético



Fonte: <https://www.istockphoto.com/br/> Acesso em 09/09/2020

Especialistas associam a Polineuropatia Periférica Diabética com a Doença Vascular Obstrutiva Periférica no aparecimento e progressão da ulceração e/ou infecção do Pé Diabético (MARKUSON, M. *et. al.* 2009). Nesta perspectiva, é imprescindível que o diagnóstico clínico de infecção no Pé Diabético seja criterioso e baseado na presença de descarga purulenta de uma úlcera ou, nos sinais clássicos de inflamação.


MAYROVITZ & LARSEN (1996) argumenta que a infecção do Pé Diabético deve ser diagnosticada clinicamente e não bacteriologicamente porque todas as úlceras podológicas alojam microorganismos. Além disso, existem outras alterações sugestivas de infecção que incluem: odor pútrido, presença de necrose e ausência de sinais de cura, considerando-se que “os sinais inflamatórios locais [...] podem estar ausentes em algumas infecções devido à existência de neuropatia (diminuição da dor) e de Doença Vascular Obstrutiva Periférica (ausência de eritema)” (LEITE, 2010, p. 26).

A infecção do Pé Diabético tem graus definidos (ligeira, moderada ou grave) sendo que muitas dessas infecções são superficiais, isto é, elas não se estendem para além da fáscia subcutânea. Porém, algumas infecções são complicadas por envolvimento de tecidos profundos (LEITE, 2010).

É pertinente ressaltar, segundo o autor acima citado, que no diagnóstico de uma infecção em Pé Diabético a classificação desta é o primeiro procedimento, fazendo-se necessário a sistematização da avaliação clínica, onde dados como: localização, profundidade, presença e intensidade de neuropatia e da doença vascular periférica e presença de infecção são fundamentais para minimizar os riscos de amputação.

2.3. Atuação do profissional de enfermagem no tratamento do pé diabético

Os estudos realizados até o momento sinalizam com veemência que o Pé Diabético impacta a vida do paciente com DM na qualidade de vida e na auto imagem. Por outro lado, gera grande impacto socioeconômico para famílias, sociedade e saúde pública em todo o mundo, pois é uma das mais recorrentes e incapacitantes complicações crônicas advindas do mau controle do DM, remetendo a alta taxa de amputação, internação prolongada e custo hospitalar elevado (BRASIL, 2016; BRASILEIRO, *et. al.*, 2005).



Dessa forma, os profissionais da saúde precisam ter competências para educar os portadores do Pé Diabético que é uma ação que deve ser prioritária para essa população, já que a avaliação, a elaboração de um plano e os ensinamentos visa diminuir os fatores de riscos e a prevenção dos agravos do pé diabético. A falta de inspeção dos membros inferiores impede que medidas preventivas sejam tomadas para evitar agravos, as lesões na maioria das vezes começam lentamente com pequenos traumas que evolui paulatinamente (ANDRADE *et. al.* 2010).

O enfermeiro, especificamente, é o principal elo entre o paciente e os serviços de saúde, por isso deve alinhar o cuidado e o apoio educativo direcionado e individualizado apontando e ensinando ao paciente a fazer auto-avaliação dos membros inferiores e dos pés, orientando para que atente para os fatores de riscos como os maus hábitos alimentares, a falta de atividades físicas, o tabagismo, o consumo de bebidas alcoólicas e o mau controle glicêmico e a não adesão ao tratamento, mostrando a eles as possíveis complicações e os transtornos acarretados que podem ser minimizados e até evitados com medidas diárias simples (MELO; TELES, *et. al.* 2011).

Sobre o apoio educativo, Almeida *et. al.* (2013) argumenta que as orientações, quando passada de forma clara, favorecer até a família que, por sua vez, desempenha papel fundamental no apoio psicológico e financeiro; no incentivo para manter níveis glicêmicos controlados; no incentivo de hábitos alimentares saudáveis e no apoio para adesão de atividade física. Em outras palavras, o profissional de enfermagem deve estar atento no que diz respeito à inserção dos familiares e amigos dos pacientes no apoio, incluindo-os no atendimento humanizado.

Segundo Brasil (2016) é fundamental que o/a enfermeiro/a amplie seu olhar sobre o portador do Pé Diabético e, seja atento, buscando sempre antecipar-se e detectar os potenciais riscos e eliminá-los antes que possam ser potencializados e causar danos ainda maiores. Para tanto, esse profissional deve se valer de alguns procedimentos específico, tais como:

- A consulta de enfermagem que consiste numa atividade privativa do profissional de enfermagem sendo uma atividade desenvolvida para “uma melhor assistência a saúde, em nível ambulatorial que utiliza componentes do método científico para identificar situações de saúde-doença, prescrever e implementar medidas de Enfermagem que contribuam para a

proteção, promoção, recuperação e reabilitação da saúde do indivíduo” (LANA, PERRANDO & RESTA, 2005, p. 1).

- A anamnese que é uma ferramenta importante na conduta do paciente com o Pé Diabético, as informações coletadas são referentes à idade, nome, sexo, escolaridade, necessidades psicoespirituais e psicossociais, profissão, antecedentes familiares, estado nutricional, hábitos alimentares, moradia, tabagismo, etilismo, uso de fármacos, renda familiar, modo e tipo de calçados esses instrumentos vai facilitar as decisões terapêuticas (BRASIL, 2013; DANTAS *et. al.* 2013).

- O exame físico dos pés precisa ser regular, abrangente e é obrigatório em portadores de DM. Visa à detecção precoce de alterações e outras possíveis complicações. São recomendadas uma frequência anual ou mensal para avaliação dos pés desses pacientes, a depender dos resultados iniciais da avaliação. As avaliações devem ser focadas nas lesões quando existentes para que permitam intervenções e assim reduzam as taxas de amputações (OLIVEIRA *et. al.* 2017; BRASIL, 2013).

’ Mais uma vez é preciso que se diga que o/a enfermeiro/a é parte fundamental na abordagem e manejo dos pacientes diabético, principalmente visando reduzir as complicações através do reconhecimento de situações de risco e imediata intervenção (OLIVEIRA *et. al.*, 2017). Segundo essa literatura quando existe essa abordagem e manejo pode-se evitar parte das amputações e complicações relacionada ao pé diabético. A consulta de enfermagem, bem como a anamnese e o exame físico são ferramentas importantes e indispensáveis que não requerem grandes investimentos a nível financeiro.

Ao analisar literaturas que tratam da atuação do/a enfermeiro/a na questão do Pé Diabético tem-se que se deve dar a devida

[...] importância aos cuidados e necessidades do paciente, bem como a relação interpessoal e empatia com os doentes, pois são estes a base para, além da formação de um bom profissional de Enfermagem, promoção e prevenção de diversos agravos à saúde, como o pé diabético. Neste sentido, a primeira ação diante do DM e do pé diabético é a promoção de educação em saúde, [...], uma vez que o DM exige um autocuidado e este é uma ação voluntária, que envolve fatores pessoais, ambientais e socioculturais [...], independentemente do tipo e da metodologia abordada para esta ação, cabe ao profissional de enfermagem ligado à atenção básica encontrar a melhor maneira para desenvolver pessoalmente, incitar a reflexão e motivar os pacientes com DM a mudarem certos hábitos nocivos, bem como assimilarem e aderirem com comprometimento ao tratamento necessário e hábitos que previnam as complicações (ARAÚJO *et. al.* 2017, p. 633-634).

Para a autora acima citada e seus colaboradores são muitos os hábitos para a prevenção do Pé Diabético, podendo destacar “o controle da glicemia adequadamente por meio de medicamento ou dieta; Avaliação frequente dos pés que consiste na busca de micoses, escoriações ou úlceras; Higienização e Hidratação dos pés; O cuidado com a secagem interdigital” (p. 634).

De acordo com as recomendações de Brasil (2016) além dos hábitos para prevenção do Pé Diabético, o paciente, uma vez diagnosticado com DM, deve ter um acompanhamento e avaliação dos pés periodicamente e, pacientes com úlceras já instaladas necessitam de acompanhamento semanal e/ou diário a fim de não evoluir para amputação. Sendo assim, o/a enfermeiro/a deve auxiliar no controle da ulceração por meio de curativos, além dar informações sobre a importância do tratamento a fim de evitar amputações.

Enfim, é pertinente ressaltar que conforme o Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem, o profissional de enfermagem atua na promoção, prevenção, recuperação e reabilitação da saúde, com autonomia e em consonância com os preceitos éticos e legais. Nessa perspectiva, ao prestar cuidados ao paciente com Pé Diabético, o enfermeiro deve atuar desde a prevenção do surgimento das úlceras até o acompanhamento/tratamento quando estas já se encontram manifestadas ().

Cubas *et. al.* (2013) afirma que o enfermeiro tem importante função de orientar sobre os cuidados necessários aos portadores de DM para evitar o aparecimento de lesões ulcerativas, por não ser o único profissional que atende esse grupo de indivíduos e pela necessidade de orientações educativas no sentido de prevenção de úlceras. Do mesmo modo, Carvalho *et. al.* (2011) argumenta que o enfermeiro tem como função realizar uma avaliação sistemática dos pés do paciente diabético, pois é essencial na identificação dos fatores de risco e na redução das chances de ulcerações e amputações.

3. MATERIAL E MÉTODOS

Essa pesquisa procedeu de uma revisão bibliográfica expositiva e integrativa que trata do DM e de uma de suas principais complicações que é o Pé Diabético, tendo como procedimentos o levantamento e análise de fontes sobre o tema encontradas em nos seguintes endereços eletrônicos: Biblioteca Virtual da Saúde, Scielo e Google Acadêmico, pois estes

endereços foram considerados como critérios de inclusão dos estudos que constituem a temática “as complicações do DM”.


Uma pesquisa baseada em uma revisão bibliográfica expositiva é um tipo de pesquisa que expõe um tema a partir de análise e síntese de várias pesquisas e requer para isso maturidade intelectual, por outro lado, a revisão bibliográfica integrativa é aquela modalidade de pesquisa que permite a combinação de dados da literatura empírica e teórica que podem ser direcionados à definição de conceitos, identificação de lacunas nas áreas de estudos, revisão de teorias e análise metodológica dos estudos sobre um determinado tópico.

A combinação de pesquisas com diferentes métodos combinados na revisão integrativa amplia as possibilidades de análise da literatura levando o pesquisador a contextualizar conhecimentos acerca do tema escolhido. Importa, pois que este estudo possa contribuir para conhecimentos aos profissionais e acadêmicos de enfermagem, acerca das suas condutas e abordagem junto ao paciente portador do Pé Diabético, enfatizando nos cuidados com os pés com base numa avaliação sistematizada que possa reduzir as possibilidades de amputações e, principalmente, melhorando a autoestima do/a paciente.

O método foi dividido nas seguintes etapas: a) Revisão de literatura sendo que a busca foi realizada em bases de dados eletrônicas (MEDLINE, LILACS, SCIELO) as referências que preencheram os critérios de inclusão foram avaliadas, artigos compreendidos entre 1996 e 2010; b) Foram identificadas publicações potencialmente importantes para inclusão nesta revisão, sendo os critérios de inclusão foram os artigos que continham as palavras chave “Diabetes Mellitus”, “Pé Diabético”, “Neuropatia diabética”, “Cuidados de Enfermagem”, “Prevenção”; c) O estudo seguiu as normas da ABNT 201 e da Faculdade Mauá de Brasília.

4. RESULTADOS E DISCUSSÃO

Houve um consenso entre a grande maioria das literaturas analisadas que o DM é uma doença metabólica de alto índice na saúde pública. Cubas *et. al.* (2013) esclarece que essa doença é decorrente de problemas na secreção de insulina, hormônio produzido pelo pâncreas e que é responsável pelo controle do nível de glicose no sangue e pode ser classificado em DM tipo 1 e tipo 2.



O mesmo autor e seus colaboradores explicam que os sintomas clássicos da patologia incluem poliúria, polidipsia e perda não explicada de peso acompanhada de hiperglicemia crônica relativa, com alterações no metabolismo dos carboidratos, lipídios e proteínas, bem como, as complicações macrovasculares, microvasculares e neuropáticas que se apresentam como lesões crônicas nos vasos sanguíneos (vasculopatias) e nervos (neuropatias).

Esses sintomas e lesões crônicas afetam principalmente rins, retina, artérias, cérebro e nervos periféricos (BRASIL, 2013). Entre as lesões crônicas está o Pé Diabético que é uma patologia desenvolvida por conta de fatores casuais como: descontrole glicêmico, hipertensão arterial, dislipidemia, histórico de etilismo e/ou tabagismo, história familiar para diabetes e fatores socioculturais, como alimentação inadequada e sedentarismo (GUIMARÃES, 2011).

Todavia, tanto o DM quanto o Pé Diabético carecem de muita prevenção e a assistência adequada, substancialmente, pode diminuir tanto os sintomas da doença em si, o DM, quanto a formação de úlceras de membros inferiores. Assim o que se discute é a função do profissional de enfermagem no que se refere a uma boa orientação e acompanhamento junto aos pacientes do Pé Diabético, que é considerado um importante problema de saúde pública por apresentar diferentes formas e manifestações clínicas.

Quanto à função do enfermeiro na orientação/acompanhamento dos casos de Pé Diabético, Cubas *et. al.* (2013) e Lima *et. al.* (2020) concordam que nesses procedimentos inclui avaliar o paciente de uma forma integral. As literaturas evidenciam que há muitas alternativas de tratamentos para esses casos e a atuação dos enfermeiros em todos esses tratamentos é de suma importância, pois estes estão em contato constante com o paciente, realizando procedimentos como curativos, avaliando e acompanhando a evolução das feridas e prestando apoio psicológico.

Desse modo, pode-se inferir com base nos estudos de Lima *et. al.* (2020) que os profissionais da enfermagem devem se atualizar sempre em conhecimentos e práticas relacionadas aos cuidados e tratamentos com os portadores do Pé Diabético, bem como relacionadas ao acompanhamento dos portadores de DM, proporcionando medidas preventivas.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A associação entre os estudos realizados para essa pesquisa permite concluir que oDM é diretamente associado à taxa de complicações próprias da doença, como por exemplo, o Pé Diabético. Essa complicação do DM vem sendo muito discutida porque é muito recorrente e por ser responsável por um grande número de amputações. Assim, o que se tem é que existe a necessidade de conscientização por parte dos profissionais de enfermagem na prevenção e tratamento do Pé Diabético e por consequência na diminuição da morbidade e mortalidade da mesma.

O profissional de enfermagem, especialmente aquele que atua na Atenção Básica de Saúde deve ser habilitado e treinado para a avaliação dos pés dos pacientes com DM, o que implica em diagnosticar precocemente ulcerações e lesões, e com isso aumentar a possibilidade de sucesso com tratamento clínico. Mas, sua atuação fica ainda mais crucial quando o paciente já apresenta lesões, ulcerações e amputações.

Todos os estudos são unânimes em afirmar que o DM é uma doença crônica que acarreta em várias complicações, como por exemplo, a cegueira, insuficiência renal, infarto agudo do miocárdio, acidente vascular e o Pé Diabético, este que pode ser considerado a maior complicação do DM e responsável pela amputação dos membros inferiores. Por fim, ficou explícito que o tratamento no Pé Diabético, ainda que feito pelo profissional de enfermagem deva visar a amputação e a diminuição da mortalidade a ele associada.

Enfim, diante das complicações do DM, especialmente, o Pé Diabético, que exige uma colaboração e responsabilidade do paciente, o profissional de enfermagem tem corresponsabilidade na promoção e prevenção da saúde, bem como no rastreamento dos riscos reais e potenciais, evitando, assim, o desenvolvimento desta complicação e suas sérias consequências.

REFERÊNCIAS

ABBADE, L. P. F. Diagnósticos diferenciais de úlceras crônicas dos membros inferiores. In: MALAGUTTI, W; KAKIHARA, C. T. **Curativo, estomia e dermatologia: uma abordagem multiprofissional**. São Paulo, 2014.

ALMEIDA, S. A. *et. al.* Avaliação da qualidade de vida em pacientes com diabetes mellitus e pé ulcerado. In: **Rev. Bras. Cir. Plást.** Vol. 28, Núm. 1. P. 142-146. 2013.

ADA. AMERICAN DIABETES ASSOCIATION. Standards of Medical Care of Diabetes. In: **Diabetes Care**, Vol. 37, Supl.1, p. s14-S80, New York.2014.

ANDRADE N. H. S, DAL SASSO-MENDES K, FARIA H. T. G, MARTINS T. A, SANTOS M. A, TEIXEIRA C. R. S, *et. al.* Pacientes com diabetes mellitus: cuidados e prevenção do pé diabético em atenção primária à saúde. In: **Rev enferm UERJ**. Vol. 18, Núm. 4, p. 616-621. 2010.

ARAÚJO, A. C. L. Pé Diabético: a atuação do profissional de enfermagem na prevenção e tratamento. In: **Revista Saúde em Foco** – Edição nº 9 – Ano: 2017

ARZA, L. L. G. **Cuidados com os pés:** o cotidiano na vida do diabético e na prática de saúde da família. Dissertação apresentada à Universidade do Estado do Rio de Janeiro/Universidade Aberta do SUS /Especialização em Saúde da Família. Rio de Janeiro. 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Diabetes (diabetes mellitus): Sintomas, Causas e Tratamentos**. 2013. Disponível em <<http://www.saude.gov.br/saude-de-a-z/diabetes>>, acesso em 02/06/2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Manual do pé diabético:** estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica. Brasília: Ministério da Saúde, 2016.

BRUNNER & SUDDARTH, **Tratado de Enfermagem Médico-Cirúrgico**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2009.

CAIAFA, J. S.; CASTRO, A. A.; FIDELIS, C.; SANTOS, V.P.; SILVA, E. S. da; SITRÂNGULO JR., C. J. Atenção integral ao portador de Pé Diabético. **J Vasc Bras**. v.10, n.4, Supl.2, p.1-32, 2011.

CARVALHO, G. *et. al.* Pé Diabético e assistência de profissionais da saúde: revisão. In: **Ensaio e Ciência Ciências Biológicas, Agrárias e da Saúde**, Campo Grande, v. 15, n. 3, p.197-208, jan. 2011.

CUBAS, M. R. *et al.* Pé diabético: orientações e conhecimento sobre cuidados preventivos. In: **Fisioter Mov.**, Curitiba, v. 26, n. 3, p.647-655, set. 2013.

DANTAS, D. V, COSTA, J. L. *et al.* *Atuação do enfermeiro na prevenção do pé diabético e suas complicações: revisão de literatura*. Carpe Diem: In: **Revista Cultura e Científica do UNIFACEX**. Vol. 11, Núm 11, 2013. ISSN: 2237-8586.

FOOS FREITAS, M. C; MARQUES JUNIOR, W & FOSS, M. C. Neuropatia Autonômica: Uma Complicação de Alto Risco no Diabetes Mellito Tipo 1. In: **Arq Bras Endocrinol. Metab**. Vol. 52, Núm. 2. 2008.

GUIMARÃES, J. P. C. **Classificação de risco para Pé Diabético em pessoas idosas com Diabetes Mellitus Tipo 2**. Dissertação (Mestrado) - Curso de Enfermagem, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2011.

LANA, L. D; PERRANDO, M. S & RESTA, D. G. **Consulta de enfermagem**: um processo de cuidado. In: 57º Congresso de Enfermagem. Goiânia, 2005.

LIMA, C. O. *et. al.* **Atuação do enfermeiro nos cuidados ao paciente com Pé Diabético**. Artigo de Revisão apresentado ao Núcleo Interdisciplinar de Pesquisa. Faculdade Promove de Brasília. 2020.

LIPSKY, B. A. *et. el.* Diagnosis and treatment of diabetic foot infections. In: **Clin Infect Dis** Vol. 1; Núm. 39; Supl. (7); p. 885-910, 2004.

MARKUSON, M. *et. al.* The relationship between hemoglobin A(1c) values and healing time for lower extremity ulcers in individuals with diabetes. In: **Adv Skin Wound Care**, Vol. 22, Núm. 8. P. 365-72, 2009.

MAYROVITZ, H. N & LARSEN P. B. Functional microcirculatory impairment: a possible source of reduced skin oxygen tension in human diabetes mellitus. In: **Microvasc Res** Vol. 52. Núm 2; p.115-26, 1996.

MELO, E. M; TELES, M. S;*et al.* Avaliação dos fatores interferentes na adesão ao tratamento do cliente portador de pé diabético. In: **Revista Enfermagem**. Vol. Ser II nº.5.Coimbra dez. 2011.

NETTINA, S. M. **Prática de Enfermagem**. 9ª ed. Rio de Janeiro. Guanabara Koogan, 2014.

OLIVEIRA, K. P. de S.*et al.* Cuidados de enfermagem ao paciente com pé diabético: uma revisão integrativa. Carpe Diem: IN: **Revista Cultural e Científica do UNIFACEX**. v.15, n.1, 2017. ISSN: 2237.8685.

RICCI, S. S. **Enfermagem materno – neonatal e saúde da mulher**. 3ª ed. Rio de Janeiro. Guanabara Koogan, 2015

SALCI, M. A; MEIRELLES, B. H. S; SILVA. D. M. G. V. Atenção primária às pessoas com diabetes mellitus na perspectiva domodelo de atenção às condições crônicas. In:**Rev. Latino-Am. Enfermagem**. Vol. 25. 2017.

CAPÍTULO 11

ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM PRESTADA À RECEMNASCIDOS EM UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA

Rosileide Silva Moura, FMB
David Marlon Vieira Santos, UNIP
Diana Ferreira Pacheco, UNICEPLAC
Luana Guimaraes da Silva, FMB

RESUMO

Objetivo: Descrever a assistência prestada ao neonato em Unidade de Terapia Intensiva Neonatal. **Método:** Trata-se de uma pesquisa exploratória, do tipo revisão bibliográfica que visou a busca em sites científicos, artigos, cadernos do Ministério da Saúde e livros sobre o tema em questão, foram definidos os critérios através dos DeCS (Descritores em Ciências da Saúde): recém-nascido, neonato enfermagem, terapia intensiva neonatal e cuidados. **Resultados:** Portanto, faz-se necessário que a assistência prestada aos neonatos seja pautada no conhecimento, na humanização, em cautela e na avaliação sucinta do seu estado de saúde e das condições de vida durante e após o parto. **Conclusão:** Tendo em vista os resultados desta pesquisa, constatou-se que a assistência que o enfermeiro presta aos neonatos é fundamental para a sobrevivência desses RNs.

PALAVRAS-CHAVE: recém-nascido, neonato enfermagem, terapia intensiva neonatal e cuidados.

ABSTRACT

Objective: To describe the care provided to the newborn in the Neonatal Intensive Care Unit. **Method:** This is an exploratory research, the type bibliographic review that aimed at the search in scientific sites, articles, notebooks of the Ministry of Health and books on the subject in question, the criteria were defined through the DeCS (Descriptors in Health Sciences): newborn, nursing neonate, neonatal intensive care and care. **Results:** Therefore, it is necessary that the care provided to neonates be based on knowledge, humanization, caution and succinct avasurvival of their health status and living conditions during and after childbirth. **Conclusion:** In view of the results of this research, it was found that the care that nurses provide to neonates is fundamental for the survival of these Newborns.

KEYWORDS: newborn, nursing neonate, neonatal intensive care and care

INTRODUÇÃO

A Unidade de Terapia Intensiva neonatal (UTIN) é um ambiente voltado para o atendimento ao Recém-nascido (RN), assim como para procedimentos de urgência e emergência, existem diferentes classificações de UTI, dentre as quais se destaca a UTI Neonatal (UTIN), a qual é destinada ao suporte de recém-nascidos (RN) de 0 a 28 dias de vida (BARRETO,2013).

O recém-nascido em sua passagem da vida uterina para a extrauterina, sofre algumas transformações, pois o nascimento é um momento de muita vulnerabilidade, durante esse processo podem ocorrer algumas intercorrências ou alterações fisiológicas, fazendo-se necessário que sejam cuidados de forma sucinta, a fim de amenizar os impactos causados e a mortalidade (MESQUITA,2019).

O neonato precisa assumir suas funções vitais após o nascimento que durante a vida intrauterina eram realizados pela placenta, sendo muitas vezes uma tarefa não tão fácil por esses RN, logo exige que eles tenham suas funções fisiológicas perfeitas para poderem sobreviver, e no caso dessa adaptação não ocorra como o esperado, os neonatos precisarão de assistência imediata, especializada, humanizada e muitas vezes de terapia intensiva, onde o bebê precisará de assistência, recursos humanos e materiais especializados (ROSSETTO,2011).

Sendo os RNs uma população frágil com o sistema imunológico ainda em desenvolvimento, imaturo, sendo vulneráveis a microrganismos invasores, muitas vezes são obrigados a hospitalização precoce, suscetíveis a IRAS e, à vista disso necessitam de um atendimento específico, sendo a UTIN um lugar onde os recursos são apropriados para o atendimento aos neonatos, onde recebem os cuidados médicos e de enfermagem adequados à sua recuperação. As questões relacionadas à assistência à saúde possuem grande impacto na vida do indivíduo que busca a prevenção, recuperação e manutenção da sua saúde. São consideradas um problema de saúde pública sendo indispensável aos profissionais e instituições responsáveis pela prestação do cuidado em saúde garantir uma assistência segura (MUNIZ, 2018).

DESENVOLVIMENTO

A Unidade de Terapia Intensiva é dos setores mais importante em relação ao estabelecimento da saúde, portanto se faz necessário que os profissionais de saúde, especificamente o profissional enfermeiro, que aprofunde seus conhecimentos, habilidades. A UTIN é um dos departamentos que requer mais atenção da equipe 24 horas, sendo que muitos neonatos ali presentes correm risco de vida devido alguma intercorrência no parto ou prematuridade, pois nem todos os internados estão doentes, muitos estão apenas crescendo e se desenvolvendo para se tornarem aptos para respirar e deglutir (MENDONÇA, 2019).

A internação de um neonato em UTIN é sempre um desafio para os profissionais da saúde, assim como para seus pais, o medo da morte se intensifica e, isso se dá pela fragilidade dos RNs, sendo importantíssimo que neste momento os profissionais de enfermagem são os que desempenham um papel fundamental no atendimento, logo esses profissionais são os que ficam mais tempo com os pacientes e família (BARRETO, 2013).

Segundo a United Nations Children's Fund (UNICEF), em seu último relatório publicado em 2018:

o óbito neonatal é definido como a morte de neonato antes de 28 dias de vida, de acordo com dados pesquisados, no mundo todo, estima-se que 2,5 milhões de neonatos morreram no primeiro mês de vida somente em 2017 – aproximadamente 7.000 por dia. No Brasil, a mortalidade neonatal correspondeu a nove mortes neonatais por cada 1.000 nascidos vivos no ano de 2016, mortalidade de RN é o resultado de doenças e condições intimamente associados à qualidade dos cuidados da gestação ao parto e durante a internação neonatal. Os resultados deste trabalho reforçam a relevância dos fatores de risco descritos para a mortalidade de RN no Brasil, enfatizando a influência que mudanças comportamentais, médicas e de estrutura podem exercer na redução de taxas tão elevadas (CASTRO, 2018).

A redução na taxa de mortalidade infantil precoce é uma das metas nos planos de saúde do governo, já que representa 32,3% do total de mortalidade nos menores de 5 anos de idade, sendo um motivo de muita preocupação para a saúde pública no Brasil (MUNIZ, 2018).

A UTIN é um ambiente estruturado de equipamentos ricos em tecnologia renovada, onde os profissionais envolvidos no processo de cuidado fazem parte de uma equipe multiprofissional, uma que a UTIN é um lugar onde há muitas intervenções, RNs com vários tipos de patologias, anomalias que necessitam de toda atenção, alguns pesam menos de um quilo e que requerem um cuidado especial, neste setor os procedimentos e técnicas utilizados

devem atender as necessidades de cada neonato ali internado para proporcionar a cada bebê condições para a reversão dos distúrbios que colocam em risco a vida desses neonatos.

Diante desse pressuposto, a UTIN e os profissionais ali envolvidos devem prestar uma assistência holística ao RN, prevenindo a estimulação indesejada e o estresse que muitas vezes resulta em significantes respostas comportamentais e fisiológicas do recém-nascido dificultando sua recuperação. Sendo de extrema relevância este estudo para desvelar os cuidados prestados ao neonato na unidade de terapia intensiva (OTAVIANO,2015).

MATERIAL E METODOS

Trata-se de uma pesquisa exploratória, do tipo revisão bibliográfica que visou a busca em sites científicos, artigos, cadernos do Ministério da Saúde e livros sobre o tema em questão, foram definidos os critérios através dos DeCS (Descritores em Ciências da Saúde): recém-nascido, neonato enfermagem, terapia intensiva neonatal e cuidados.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

A enfermagem é conhecida como a arte e a ciência do cuidar, um cuidar que envolve várias atitudes que estão calcadas em princípios e no conhecimento técnico/científico e de um laço entre o ser que cuida para com o ser que é cuidado. Segundo Izidoro (2014), esse cuidado impulsiona a compaixão, a solidariedade, de ajuda que promove o bem.

Dentre os cuidados que é prestado pelo profissional enfermeiro, cabe ao mesmo que tenha conhecimento quem é o neonato para que ele possa implementar ações que contribuam para o restabelecimento da sua saúde, é de grande valia para um tratamento eficaz a essa classe, que o enfermeiro esteja preparado para receber essa clientela na UTIN, sendo exigido desse profissional uma observação constante, sensibilidade, avaliação, experiência e conhecimento, contribuindo para que o neonato tenha uma recuperação rápida (IZIDORO,2014).

O neonato é um ser frágil e que mercê toda atenção, pois muitos são os riscos que ele pode enfrentar nos seus primeiros dias de vida e até mesmo na hora do parto, considerado uma das taxas de mortalidade, sendo 25% a taxa de óbitos nas 24 horas pós-parto, sendo esses fatores quase sempre vinculado as condições de saúde materna, principalmente em relação a

assistência prestada a gestante durante a gestação, parto, pós-parto, colocando em risco a vida do neonato durante o seu nascimento e na internação hospitalar (GAIVA,2016).

Portanto, faz-se necessário que a assistência prestada aos neonatos seja pautada no conhecimento, na humanização, em cautela e na avaliação sucinta do seu estado de saúde e das condições de vida durante e após o parto.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Neste estudo buscou-se compreender o importante trabalho do profissional de enfermeiro na assistência ao neonato em UTIN, observou-se que este profissional é primordial para a recuperação do neonato em ambiente hospitalar.

Durante o processo de pesquisa de literatura em relação ao título em questão, observou-se uma certa escassez em pesquisa sobre o tema abordado neste trabalho.

Tendo em vista os resultados desta pesquisa, constatou-se que a assistência que o enfermeiro presta aos neonatos é fundamental para a sobrevivência desses RNs.

REFERÊNCIAS

BARRETO, A.P.; INOUE, K.C. **Assistência humanizada em unidade de terapia intensiva neonatal (UTIN): a importância dos profissionais de enfermagem.** Revista UNINGÁ Review. Vol.15, n.1, pp.66-71 (Jul - Set 2013).

CASTRO, R.E.V.; **Análise dos fatores de risco para mortalidade neonatal no Brasil.**


PEBMED; Atualizado em 2019.

GAIVA, M.A.M, FUJIMORI, E., SATO, A.P.S.; **Fatores de risco maternos e infantis associados à mortalidade neonatal.** Texto Contexto Enferm, 2016; 25(4): e2290015.

GIL, A. C., **Métodos e técnicas de pesquisa social** / Antônio Carlos Gil. - 6. ed. - São Paulo: Atlas, 2008.

IZIDORO, V.S.; **Comunicação não verbal do recém-nascido e o cuidado de enfermagem em uti neonatal: um estudo com a equipe de enfermagem.** UFF. Niterói-RJ 2014.

MAIRA ROSSETTO, M.; PINTO, E.C.; SILVA, L.A.A. **Cuidados ao recém-nascido em terapia intensiva: tendências das publicações na enfermagem.** VITTALLE, Rio Grande, 23(1): 45-56, 2011.



MENDONÇA, L.C.A.M; PEDRESCHI, J.P.; BARRETO, C.A. **Cuidados de enfermagem em uti neonatal. Revista Saúde em Foco – Edição nº 11 – Ano: 2019.**

MESQUITA, D.S. **Acolhimento de Enfermagem na Unidade de Terapia Intensiva (UTI) neonatal segundo binômio pais-filhos: estudo de revisão integrativa da literatura.** Revista Eletrônica Acervo Saúde / Electronic Journal Collection Health ISSN 2178-2091. Belém-PA, 2019.

MUNIZ, D.W.R et al., **Perfil epidemiológico dos óbitos neonatais da unidade de terapia intensiva.** Ver. enferm UFPE on line., Recife, 12(9):2393-8, set., 2018.

CAPÍTULO 12

A PERCEÇÃO DA ENFERMAGEM NO USO DOS EQUIPAMENTOS DE PROTEÇÃO INDIVIDUAL EM UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA: Uma Reflexão em Biossegurança

Eliane Francelino de Sousa
Luana Guimarães da Silva


RESUMO

De todos os setores hospitalares, a Unidade de Terapia Intensiva (UTI) é um dos setores onde mais acontecem acidentes com perfuro-cortantes. Isso se dá devido ao descuido dos profissionais com sua própria segurança. A rotina intensa de trabalho nos estabelecimentos de saúde, exige que cada profissional esteja muito atento as normas de biossegurança para evitarem acidentes e minimizar riscos. O uso de EPIS é a barreira principal e de fundamental importância para se evitarem acidentes (NNN SOUSA, 2015). A função desse projeto é demonstrar a importância da utilização de Equipamentos de Proteção Individual (EPIs) no ambiente hospitalar, principalmente na Unidade de Terapia Intensiva (UTI) onde se encontram pacientes mais críticos e onde há maiores riscos, tanto para o paciente quanto para os profissionais. **OBJETIVO**, É objetivo deste estudo foi realizar uma reflexão referente a utilização de Equipamentos de Proteção Individual (EPIs) pelos trabalhadores de enfermagem com o intuito de ampliar e/ou preencher lacunas no conhecimento daqueles que prestam assistência de enfermagem em Unidade de Terapia Intensiva. **MATERIAL E MÉTODO**, Para tanto, foi utilizado a pesquisa bibliográfica, buscando colher o maior conhecimento teórico a respeito do tema escolhido. **RESULTADO E DISCUSSÃO**: É a Unidade de Terapia Intensiva (UTI) um ambiente onde o paciente se encontra extremamente fragilizado e mais suscetível a determinadas infecções, e a preocupação por parte principalmente dos profissionais de saúde deve ser levado sempre em consideração

PALAVRAS-CHAVE: UTI, Infecção, EPI, enfermagem, Biossegurança

INTRODUÇÃO

O Equipamento de Proteção Individual (EPI) é um amparato de suma importância para os profissionais de saúde. Com a conscientização de cada profissional, a utilização será vista como uma tarefa primordial, que irá não somente prevenir infecções, mas promover a saúde dos profissionais e dos pacientes. Como a Unidade de Terapia Intensiva (UTI) é uma estrutura hospitalar que recebe pacientes potencialmente graves, e onde se tem um alto fluxo de pessoas circulando, a biossegurança se faz extremamente necessária (Nascimento, 2015).



Então, diante da vulnerabilidade dos pacientes internados na Unidade de Terapia Intensiva (UTI), onde há um maior número de pacientes graves, submetidos a diversos procedimentos invasivos e, portanto, um maior risco de infecções, faz-se relevante a elaboração de um estudo que avalie a utilização de Equipamentos de Proteção Individual (EPIs) pelos trabalhadores de enfermagem. A partir de situações presenciadas por nós durante o exercício profissional, passamos a refletir sobre as razões dos trabalhadores de enfermagem não valorizarem a implementação do uso dos Equipamentos de Proteção Individual (EPIs) como medida de biossegurança, durante a sua prática assistencial (Lucy, Souza, Nascimento; 2011).

Considerando todos os aspectos abordados nos achados, podemos entender melhor sobre a importância a respeito dos equipamentos de proteção individual. Cada vez que negligenciamos a respeito de um procedimento que precisa ser posto em prática e seguir um determinado padrão, e deixamos de praticar: estamos colocando nossa vida em risco e trazendo riscos ao paciente que acaba sendo a parte mais frágil.

1.1 REVISÃO DE LITERATURA

Algumas fontes de pesquisa utilizaram metodologias semelhantes ao que se pretende alcançar com esse trabalho. O primeiro estudo realizado, mostrou que de todos os setores hospitalares, a Unidade de Terapia Intensiva é onde mais acontecem acidentes, sendo os mesmos gerados por descuidos e a não conscientização por parte do profissional de saúde. Deixando claro que os Equipamentos de Proteção Individual são usados como barreiras para proteção tanto do profissional quanto do paciente (SOUSA *et al.*,2015)

Brandão mostrou que os pacientes da Unidade de Terapia Intensiva, apresentam uma maior vulnerabilidade à infecções hospitalares quando se faz um comparativo com outras unidades. Portanto tendo maior chance de contrair infecções. Levando a compreensão de como a utilização dos equipamentos de segurança são importantes nesse ambiente (Souza, Nascimento, Caetano; 2011)

Em outra abordagem o autor trouxe ao profissional a percepção sobre biossegurança no ambiente de trabalho, levando-o a ter uma visão de que inúmeras patologias podem ser evitadas graças ao uso de Equipamentos de Proteção Individual (Brandão *et al.*, 2018).

Outra fonte, abordou a importância de o profissional estar devidamente paramentado durante o serviço de assistência ao paciente. Mediante os riscos que as unidades hospitalares representam, se faz necessário a responsabilidade por parte do profissional de enfermagem fazer uso dos Equipamentos de Proteção Individual, assegurando assim sua proteção individual, bem como a do paciente. (Cavalcante *et al.*,2018).

Durante a assistência ao paciente, os trabalhadores de enfermagem podem contribuir para redução dos índices de infecção hospitalar através da adoção de tais precauções, porém temos observado na prática o uso inadequado ou o desuso dos equipamentos de proteção individual (EPIs) por esses profissionais, além da não lavagem das mãos após a realização dos procedimentos. Isso acontece porque, na prática, muitas vezes os trabalhadores de enfermagem executam o cuidar dentro da perspectiva do fazer e, conseqüentemente, não adotam as medidas de biossegurança necessárias à sua proteção durante a assistência que realizam, o que pode ocasionar agravos à sua saúde e à do paciente sob seus cuidados. De referir que a utilização correta e frequente de Equipamentos de Proteção Individual (EPIs) pelos profissionais, associada à higienização das mãos e ao seguimento de técnicas assépticas nos procedimentos invasivos, desempenha um papel importante na redução do risco de infecção, bem como, para sua própria proteção.

Então, diante da vulnerabilidade dos pacientes internados na Unidade de Terapia Intensiva (UTI), onde há um maior número de pacientes graves, submetidos a diversos procedimentos invasivos e, portanto, um maior risco de infecções, faz-se relevante a elaboração de um estudo que avalie a utilização de Equipamentos de Proteção Individual (EPIs) pelos trabalhadores de enfermagem. A partir de situações presenciadas por nós durante o exercício profissional, passamos a refletir sobre as razões dos trabalhadores de enfermagem não valorizarem a implementação do uso dos Equipamentos de Proteção Individual (EPIs) como medida de biossegurança, durante a sua prática assistencial (Lucy, Souza, Nascimento; 2011).

No Brasil, há índices de contaminação entre profissionais da saúde como por exemplo; hepatites, HIV e outros, devido a não utilização dos equipamentos de proteção individual (Volgoi; 2012)

O Equipamento de Proteção Individual (EPI) é um amparato de suma importância para os profissionais de saúde. Com a conscientização de cada profissional, a utilização será

vista como uma tarefa primordial, que irá não somente prevenir infecções, mas promover a saúde dos profissionais e dos pacientes. Como a Unidade de Terapia Intensiva (UTI) é uma estrutura hospitalar que recebe pacientes potencialmente graves, e onde se tem um alto fluxo de pessoas circulando, a biossegurança se faz extremamente necessária (Nascimento, 2015).

De acordo com a Agência Nacional de Vigilância Sanitária(ANVISA) muitos vírus podem ser transmitidos por contato. Um deles é o coronavírus que é transmitido pelo contato próximo como aperto de mão, tosse, espirros e gotículas infectadas. O vírus também pode ser transmitido através de objetos contaminados uma vez que o vírus sobrevive em superfícies. Uma forma de impedir a propagação do vírus é a aplicação de Precaução Padrão (PP), sendo aplicada rigorosamente desde a admissão de todos os pacientes independente do seu estado de saúde até a sua alta.

A precaução de contato como a lavagem das mãos é uma prioridade e deve ser vir antes de qualquer outro procedimento, visando assim a qualidade na saúde e prezando pelo bem maior que é a vida (ANVISA, 2020).

A Orientação a respeito da higienização das mãos como maneira de prevenção de disseminação do coronavírus é um cuidado prioritário. A desinfecção de todos os objetos, utensílios e qualquer produtos utilizados no âmbito da Unidade de Terapia Intensiva e nos demais ambientes hospitalares deve ser sempre realizada de maneira cuidadosa. A Fundação Oswaldo Cruz, traz também a importância da desinfecção de quartos como maneira de minimizar a proliferação de microrganismos no geral (Cruz, 2020).

MATERIAL E MÉTODO

Foi utilizado a pesquisa bibliográfica, buscando colher o maior conhecimento teórico a respeito do tema escolhido.

Para o levantamento das referências bibliográficas foram selecionados artigos e revistas com publicações dos últimos dez anos.

Ao conteúdo desejado, foram feitos uso de palavra-chaves em suas combinações: importância dos Equipamentos de Proteção Individual em Unidades de Terapia Intensiva.

Buscando uma objetividade e especificidade no conteúdo da pesquisa, foi feita uma leitura crítica e detalhista para que se chegasse as respostas esperadas.

Após o recolhimento dos dados, foi realizado a introdução ao tema, levando-se em consideração o embasamento científico e a importância do assunto para cada autor.

RESULTADO E DISCUSSÃO

De acordo com os materiais acolhidos e abordados, percebe-se que há uma importância muito grande com relação ao uso dos Equipamentos de Proteção Individual (EPI), todavia há uma deficiência muito grande por parte dos profissionais em seguir as precauções com relação ao uso desses equipamentos.

É a Unidade de Terapia Intensiva (UTI) um ambiente onde o paciente se encontra extremamente fragilizado e mais suscetível a determinadas infecções, e a preocupação por parte principalmente dos profissionais de saúde deve ser levado sempre em consideração.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Considerando todos os aspectos abordados nos achados, podemos entender melhor sobre a importância a respeito dos equipamentos de proteção individual. Cada vez que negligenciamos a respeito de um procedimento que precisa ser posto em prática e seguir um determinado padrão, e deixamos de praticar: estamos colocando nossa vida em risco e trazendo riscos ao paciente que acaba sendo a parte mais frágil.

REFERÊNCIAS

SOUSA, ELV.; NASCIMENTO, JC.; CAETANO. scielo.mec.pt; Uso dos equipamentos de proteção individual em unidade de terapia intensiva, 2011.

VALGOI, V. *O uso de EPI e o motivo de seu uso pelo profissional de enfermagem*, 2014.

SOUZA, NNN. A importância do uso de e EPIS para o profissional de enfermagem na UTI, 2015. Acesso em 16. Maio 2020.

NR 6. 2010 - EQUIPAMENTO DE PROTEÇÃO INDIVIDUAL – EPI> Acesso em 19. Maio 2020. Capítulo 5 da segurança e da medicina do trabalho; 1977> Acesso em 18. Maio 2020

SOUZA, ELV.; NASCIMENTO, JC.; CAETANO. scielo.mec.pt; Uso dos equipamentos de proteção individual em unidade de terapia intensiva,2011.

BRANDÃO, L. Revista SOMMA. 2018. Percepção dos enfermeiros sobre biossegurança na Unidade de Terapia Intensiva (UTI)> Acesso em: 14. Maio 2020.

CAVALCANTE, LIMA.; L. PRADO.; MATOS.; R. UTILIZAÇÃO DE EPIS POR PROFISSIONAIS DA SAÚDE EM AMBIENTE HOSPITALAR. **Mostra Científica de Farmácia , 2018**

ANVISA, PREVENCAO DA COVID 19 EM INSTITUICÕES DE ACOLHIMENTO, 2020.

CRUZ, OSWALDO. **Centro de isolamento assistido covid 19 sintomaticos respiratorios**, 2020.

CAPÍTULO 13

ASSISTÊNCIA DO ENFERMEIRO NO PRÉ-NATAL DE BAIXO RISCO

Lucas Alencar de Queiroz, FMB
Kalinne Percianna Rocha Torres, FMB
Luana Guimaraes da Silva, FMB

RESUMO

Objetivo: Descrever a assistência prestada pelos enfermeiros no pré-natal de baixo risco. **Métodos:** Tratou-se de uma pesquisa qualitativa e quantitativa, narrativa, exploratória, do tipo revisão bibliográfica que visou analisar em sites científicos, artigos, manuais, monografias e livros. **Resultados:** Nesse período uma qualidade na assistência é fundamental para a saúde materna e fetal, proporcionando uma gravidez saudável e isenta de riscos e complicações futuras e/ou óbito durante a gestação e no parto para ambos. **Considerações finais:** Diante desta pesquisa pode-se observar que o enfermeiro tem um papel primordial no pré-natal de baixo risco, além de ser o elo entre a família e a gestante, o enfermeiro tem a capacidade de prestar uma assistência rica em orientações que vão proporcionar a gestante esclarecimento sobre as transformações que ocorrerão em seu corpo.

PALAVRAS-CHAVE: pré-natal, enfermeiro, a sistematização da assistência de enfermagem (SAE), Saúde da Mulher

ABSTRACT

Objective: To describe the care provided by nurses in low-risk prenatal care. **Methods:** This was a qualitative and quantitative research, narrative, exploratory, of the bibliographic review type that aimed to analyze in scientific sites, articles, manuals, monographs and books. **Results:** During this period, a quality of care is fundamental for maternal and fetal health, providing a healthy and risk-free gravide and future complications and/or death during pregnancy and childbirth for both. **Final considerations:** In view of this research, it can be observed that nurses have a primary role in low-risk prenatal care, besides being the link between the family and pregnant women, nurses have the ability to provide care rich in guidance that will provide pregnant women with clarification about the transformations that will occur in their body.

KEYWORDS: low-risk prenatal care, nurse, Women's Health, car, caution

INTRODUÇÃO

A gravidez é um período onde a mulher passa por uma série de transformação, portanto, ela precisa compreender quais mudanças são essas. E para que ela possa entender esse processo fisiológico, biológico e emocional que ocorre nesse período gravídico é de suma importância que seja acompanhada por um profissional qualificado ainda no primeiro trimestre da gestação (ANDRADE et al, 2016).

Algumas dessas alterações que ocorre na gestação são decorrentes, de fatores hormonais e mecânicos, essas mudanças que ocorrem no corpo da mulher nesse período gravídico devem ser consideradas normais. No entanto, em alguns momentos esses sintomas que são perceptíveis nas gestantes podem afetar a saúde da paciente (REZENDE,2014).

Segundo Andrade et al (2016), um pré-natal de qualidade na gravidez é imprescindível para a saúde materna e fetal, pois essa assistência pode oferecer a mulher uma gravidez saudável e minimizar complicações e/ou óbito na hora do parto e até mesmo no período gestacional, assim como diminuir os óbitos neonatais.

Segundo o Ministério da Saúde (2012, p. 33),

O objetivo do acompanhamento pré-natal é assegurar o desenvolvimento da gestação, permitindo o parto de um recém-nascido saudável, sem impacto para a saúde materna, inclusive abordando aspectos psicossociais e as atividades educativas e preventivas (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2012).

Partindo desse pressuposto, vale destacar que a assistência prestada pelo o profissional de enfermagem no pré-natal é primordial para um desenvolvimento fetal saudável, bem como o bem-estar da mulher na gravidez. O enfermeiro como um profissional atuante no processo de cuidado, deve ser habilitado e capacitado para acolher, escutar os dilemas concernente nessa fase para esclarecer a mulher todas as suas dúvidas (ARAÚJO et al., 2019).

DESENVOLVIMENTO

A assistência à saúde da mulher é destaque crescente no percurso das políticas de saúde no Brasil e foram implantadas em resposta à persistência de elevados índices de mortalidade materna e perinatal. A atenção ao pré-natal permite o monitoramento da saúde da

gestante, identifica fatores de risco e realiza a detecção e o tratamento oportuno de afecções, o que contribui para melhores desfechos maternos e perinatais.

O Brasil tem uma mortalidade materna de 53 vezes maior do que os países desenvolvidos, sendo a relevância e o impacto desse problema, pelo alto índice de gravidez na adolescência e, também pela falta de muitas gestantes ao programa de pré-natal (RAMOS et al.,2018).

A consulta de enfermagem no pré-natal de baixo risco é de suma importância, pois têm como objetivo garantir uma assistência de qualidade e melhoria, principalmente por meio de ações preventivas e promocionais. Diante disso, faz-se necessário que o enfermeiro além de competência técnica, possua também a sensibilidade de compreender o ser humano e o seu modo de vida, através da relação profissional/paciente tenha um atendimento humanizado (OLIVEIRA,2017).

O profissional enfermeiro é o que elabora o plano de assistência na consulta de pré-natal, sendo que de acordo com as necessidades da gestante, estabelece as intervenções e encaminhamento para outros profissionais promovendo a interdisciplinaridade das ações. Na primeira consulta, o enfermeiro solicita os exames de rotinas necessários para um bom desempenho na gestação, esses exames têm por finalidade investigar ou prevenir algumas patologias, como a Diabetes gestacional, Sífilis, toxoplasmose, rubéola, citomegalovírus, herpes, HIV, chagas, hepatite B, hepatite C, fenilcetonúria materna e doenças urinárias (SOUZA, 2016).

O pré-natal é o acompanhamento da mulher grávida, para o Ministério da Saúde (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2000):

Em geral, a consulta de pré-natal envolve procedimentos bastante simples, podendo o profissional de saúde dedicar-se a escutar as demandas da gestante, transmitindo nesse momento o apoio e a confiança necessários para que ela se fortaleça e possa conduzir com mais autonomia a gestação e o parto. A maioria das questões trazidas, embora pareça elementar para quem escuta, pode representar um problema sério para quem o apresenta. Assim, respostas diretas e seguras são significativas para o bem-estar da mulher e sua família (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2000, p.9).

Embora a gestação seja vista como um processo fisiológico e que na maioria das vezes ocorre sem complicações, são recomendadas pelo Ministério da Saúde, seis consultas de pré-

natal no mínimo, sendo a gestante assistida com acompanhamento intercalado entre médico e enfermeiro (FERNANDES,2018).

A Lei do Exercício profissional-Decreto nº 94.406/87, ressalta que o pré-natal de baixo risco pode ser inteiramente acompanhado pelo enfermeiro, sendo um profissional habilitado e capacitado, tem a seu favor a Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) e o Processo de Enfermagem (PE) autonomia para implementar, planejar, avaliar e identificar intercorrências futuras (MINISTERIO DA SAÚDE, 2000).

Desta mesma forma, segundo Rubim (2017) pensando no bem-estar da mulher na fase gravídica, que o governo federal instituiu no país em 2000 o Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento (PHPN), com a finalidade de diminuir as altas taxas de morbimortalidade materna e perinatal, através da adoção de medidas para melhoria do acesso, da cobertura e da qualidade do acompanhamento pré-natal, da assistência ao parto e puerpério.

Vários outros programas foram instituídos no decorrer dos anos com objetivos de reduzir as taxas de morbimortalidade no parto e no puerpério, entre eles está a Rede Cegonha que foi criada com o propósito de complementar o PHPN, com o objetivo de promover a implementação de um modelo novo de atenção à saúde da mulher e da criança, do parto até os 24 meses de vida da criança, sistematizando a Rede de Atenção à Saúde Materna e infantil. Propondo a garantia ao acesso, ao acolhimento e a resolutividade na assistência (MISTURA et al., 2017).

OBJETIVO

Descrever a atuação do enfermeiro e a Sistematização da Assistência de Enfermagem no pré-natal de baixo risco segundo a II TAXONOMIA NANDA.

METODOLOGIA

Trata-se de uma pesquisa qualitativa e quantitativa, narrativa, exploratória, do tipo revisão bibliográfica que visou analisar em sites científicos, artigos, manuais, monografias e livros sobre o tema em questão, foram definidos os critérios de inclusão e exclusão por

período de publicação, sendo escolhidos os do período de 2015 a 2020 através dos DeCS (Descritores em Ciências da Saúde): pré-natal, enfermeiro, a sistematização da assistência de enfermagem (SAE), Saúde da Mulher.

DISCUSSÃO E RESULTADOS

O pré-natal garante a mulher cuidados em todo o período gestacional, visa o bem-estar tanto da mãe como do bebê e, nesse primeiro contato o profissional de enfermagem é primordial para que a progenitora possa entender todas as mudanças fisiológicas, hormonais e emocionais que passa nesse período (ARAÚJO, 2019). De acordo com Oliveira (2016), a assistência do enfermeiro ao pré-natal de baixo risco, favorece não apenas a mulher, como também o sistema de saúde, dando possibilidade para que os atendimentos médicos sejam voltados para as grávidas de médio e alto risco.

Um das marcas do atendimento de enfermagem a gestante está o acolhimento e a escuta, onde a mulher tem a liberdade de perguntar todas as suas dúvidas e, aprender um pouco sobre as transformações que irá passar e também a entender que seu corpo está gerando uma vida (BARBOSA,2016).

Entre as ações do enfermeiro no pré-natal, está a primeira consulta onde é fornecido o cartão da gestante estritamente preenchido, Cadastramento da gestante no SISPRE NATAL, identifica e classifica gestantes de risco e/ou vulnerabilidade, encaminha gestantes de risco, para serviço especializado, consultas de Enfermagem intercalada com a consulta médica, Solicitação de exames complementares de acordo com o protocolo local e/ou do Ministério da Saúde, orienta e encaminha para imunização, além de palestras e atividades educativas com a gestante e família (RAMOS, 2018).

Portanto, entende-se que o engajamento do profissional enfermeiro é de grande valia para que a assistência à gestante seja de forma humanizada, acolhedora e orientando a prena em suas questões emocionais e ao autocuidado, sendo muito importante para que as gestantes saibam que mesmo sendo o processo natural da vida, requer cuidados que são realizados nas consultas de pré-natal (ALVES,2020).

Embora o período gestacional seja um processo natural da vida, é necessário que a mulher seja atendida logo no primeiro trimestre de gravidez, preconizando um total de

consultas de 6 (seis), uma por mês, segundo Organização Mundial da Saúde (OMS), cabe a equipe de saúde compreender a mulher em todos os seus aspectos, visando um atendimento humanizado, onde a gestante possa se abrir expressando seus medos, angustias e preocupações (BRASIL, 2017).

Quadro 1: Diagnósticos de enfermagem mais comum ao pré-natal de baixo risco.

DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM	CARACTERÍSTICAS DEFINIDORAS	FATORES RELACIONADOS
Risco de Maternidade Prejudicada	Não consta	Não consta
Fadiga	Desempenho ineficaz de papéis	Estressores
Nutrição desequilibrada menos que as necessidades corporais	Aversão a alimentos	Ingestão alimentar insuficiente
Constipação	Mudança no padrão intestinal	Hábitos alimentares inadequados
Risco de glicemia instável	Não consta	Não consta
Disfunção sexual	Alteração na satisfação sexual	Conhecimento insuficiente sobre a função sexual
Privação do sono	Mal-estar	Desconforto prolongado
Desempenho de papel ineficaz	Adaptação ineficaz a mudanças	Expectativas não realistas a respeito do papel
Medo	Autossegurança diminuída	Separação do sistema de apoio

A assistência prestada pelo enfermeiro objetiva monitorar e dar seguimento as prenhas de baixo risco, como identificação precoce as pacientes com riscos eminentes e desfavorável, para que sejam encaminhadas para o acompanhamento de alto risco que é realizado por um ginecologista obstetra. O enfermeiro tem um papel prestigioso em todos os estágios da

assistência a gestante, no que diz respeito ao pré-natal, ele tem a obrigação de orientar a família a importância do acompanhamento da gestação na promoção da saúde, prevenção e tratamento de possíveis distúrbios e também no período puerperal (OLIVEIRA, 2018).

Nesse período uma qualidade na assistência é fundamental para a saúde materna e fetal, proporcionando uma gravidez saudável e isenta de riscos e complicações futuras e/ou óbito durante a gestação e no parto para ambos (FERNANDES, 2018).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Diante desta pesquisa pode-se observar que o enfermeiro tem um papel primordial no pré-natal de baixo risco, além de ser o elo entre a família e a gestante, o enfermeiro tem a capacidade de prestar uma assistência rica em orientações que vão proporcionar a gestante esclarecimento sobre as transformações que ocorrerão em seu corpo. Foi observado também neste estudo a assistência prestada pelo enfermeiro prepara a futura mamãe a cuidar do seu filho com mais autonomia.

REFERÊNCIAS

TAVARES, D.S. et al., **Sistematização da assistência de enfermagem no pré-natal: revisão integrativa**. Revista Eletrônica Acervo Saúde /Electronic Journal Collection Health. 2019.

GUELBER, F.A.C.P., et al., **Diagnósticos de enfermagem mais frequentes no pré-natal de risco habitual**. HU Revista, Juiz de Fora, v. 40, n. 1 e 2, p. 63-68, jan./jun. 2014.

ALVES, N.C. et al.; **Práticas de cuidado realizadas por enfermeiras durante o pré-natal: bases para o cuidado cultural**. Research, Society and Development, v. 9, n. 7, e999975275, 2020.

ANDRADE, F.M., et al., **Percepção das gestantes sobre as consultas médicas e de enfermagem no pré-natal de baixo risco**. RECOM. R. Enferm. Cent. O. Min. 2016.

ARAÚJO, R. B. et al., **Cuidados de enfermagem no pré-natal de baixo risco na estratégia de saúde da família: uma análise em periódicos nacionais**. Rev. UNINGÁ, Maringá, v. 56, n. S2, p. 160-173, jan. /mar. 2019.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE (BR). **Atenção ao pré-natal de baixo risco. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2012.**

FERENHOF, H.A., **Desmistificando a revisão de literatura como base para redação científica: método SSF**. Revista ACB: Biblioteconomia em Santa Catarina, Florianópolis, SC: v. 21, n. 3, p. 550-563, ago. /nov., 2016.

FERNANDES, K.E.C, **Assistência de enfermagem à gestante no pré-natal de baixo risco**. Fortaleza, 2018.

OLIVEIRA, A. C. et al., **As proporções do cuidado pré-natal na consulta de enfermagem**. Rev. UNINGÁ, Maringá, v. 54, n. 1, p. 176-184, out. /dez. 2017.

OLIVEIRA, E.C., BARBOSA, S.M., MELO, S.E.P; **A importância do acompanhamento pré-natal realizado por enfermeiros**. Revista Científica FacMais, Volume. VII, Número 3. Ano 2016.

RAMOS, A.S.M.B, et al., **Assistência de enfermagem no pré-natal de baixo risco na atenção primária**. JMPHC. ISSN 2179-6750.Brasil, 2016.

REZENDE OBSTETRÍCIA FUNDAMENTAL/Carlos Antônio Barbosa Montenegro; Jorge de Rezende Filho. – 13. ed. – Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2014.

RUBIM.M.M, et al., **Assistência de enfermagem no pré-natal de baixo risco: relato de experiência**. REVISTA ESPAÇO CIÊNCIA & SAÚDE v.5, n.2, dez. /2017.

SCHIRMER, J. et al., **Assistência Pré-natal: Manual - 3ª edição Brasília**: Secretaria de Políticas de Saúde SPS/Ministério da Saúde, 2000.66p.

SOUSA, O.L. et al., **Pré-natal: assistência de enfermagem na estratégia saúde da família**. Temas em saúde. Volume 16, Número 3 ISSN 2447-2131 João Pessoa, 2016.

CAPÍTULO 14

EFEITOS BENÉFICOS DO CLAMPEAMENTO TARDIO DO CORDÃO UMBILICAL PARA BEBÊS: REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

Flaviana dos Santos Cavalcante, FMB
Luana Guimaraes da Silva, FMB

RESUMO

O presente estudo será desenvolvido através de uma revisão da literatura eletrônica bibliográfica. O objetivo deste estudo foi realizar uma reflexão sobre os efeitos benéficos do clampeamento tardio do cordão umbilical (CTCU) em bebês. O clampeamento tardio do cordão umbilical neste estudo garante-se os efeitos benéficos à longo prazo. Os resultados encontrados no presente estudo reforçam o papel importante do CTCU no recém-nascido, sendo usado como prevenção de prováveis patologias, como medida relevante para a prevenção da anemia ferropriva.

PALAVRAS-CHAVE: Cordão umbilical, clampeamento tardio, bebês, medicina, enfermagem.

INTRODUÇÃO

O clampeamento do cordão umbilical é uma técnica utilizada no nascimento do bebê, que por muitos anos houve discussões a respeito do tempo ideal para clampear o cordão. O cordão umbilical é a ligação física do bebê com a mãe, tal estrutura proporciona que o bebê receba nutrientes necessários para viver e se desenvolver na barriga da mãe na fase da gestação. A principal função do cordão umbilical é levar nutrientes e sangue oxigenado da placenta ao conceito, ao contrário do esperado, o sangue oxigenado é levado através da veia, e o sangue pobre em oxigênio retorna à placenta através das artérias. Segundo a Organização Mundial de Saúde, recomenda-se que seja realizado o clampeamento do cordão umbilical tardiamente ou quando parar de pulsar, para aumentar a quantidade de ferro no lactente até os 6 meses de idade, protegendo de hemorragia intraventricular, aumentar o peso e volume sanguíneo.

SESSÕES DO ARTIGO

Ao longo dos anos houve várias discussões entre os profissionais de medicina sobre o tempo ideal para clampar o cordão umbilical do recém-nascido, se era de imediato ou de forma tardia, e os prováveis benefícios para o bebê. O clampamento do cordão umbilical está entre as práticas mais realizadas na área da medicina em seres humanos, portanto faz-se necessária e importante sua abordagem tanto para o meio acadêmico, quanto para a assistência em saúde (SEGUNDO & NETA, 2019). A principal função do cordão umbilical é levar nutrientes e sangue oxigenado da placenta ao conceito. Ao contrário do esperado, o sangue oxigenado é levado através da veia, e o sangue pobre em oxigênio retorna à placenta através das artérias. (Malheiros et al, 2016). Segundo Stoll & Hutton (2012) o retardo do clampamento foi associado ao aumento de hematócrito, diminuição da necessidade de transfusões de sangue para anemia e pressão sanguínea baixa, diminuindo as taxas de hemorragia intraventricular além da diminuição do desenvolvimento de anemia. 3 A enfermeira como parte integrante da equipe de médica tem que estar preparada e apta a realizar quaisquer intervenções no período neonatal, pelo fato de haver a possibilidade de ocorrer vários riscos ambientais, biológicos, entre outros. Dentre esses cuidados encontra o CTCU, portanto, faz-se necessário se atualizar e ser capaz de clampar no tempo certo, entendendo os benefícios dessa prática. Partindo desse contexto, a abordagem do estudo sobre CTCU é necessária para os cuidados com a saúde do bebê, quanto para a formação relevante dos profissionais nos centros acadêmicos e as pessoas que o pratica. O objetivo deste estudo foi realizar uma reflexão sobre os efeitos benéficos do clampamento tardio do cordão umbilical (CTCU) em bebês.

METODOLOGIA

O presente estudo será desenvolvido através de uma revisão da literatura eletrônica bibliográfica, sobre o tema proposto, a fim de compreender e conhecer ainda mais sobre o tema abordado. As palavras-chave utilizadas são: clampamento tardio, cordão umbilical, medicina, enfermagem. Com aplicação dos métodos de filtragem de inclusão: completo disponível, período de 2010 a 2020, idioma português e inglês, bases de pesquisas como Scielo, Literatura LatinoAmericano e do Caribe em Ciências em Saúde (LILACS),

MEDLINE/PubMed – Nacional Library of Medicine, vai ser obtido os artigos. Os critérios de exclusão serão: artigos incompletos, não ter o tema principal da busca, além de editoriais. Com a análise dos métodos de inclusão e exclusão, análise mais profunda, com a leitura do título e do resumo. Não ser escolhidos os artigos para a discussão, respondendo e contribuindo de forma satisfatória o assunto abordado. 4 4.

DESENVOLVIMENTO

Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS, 2014) recomenda que seja realizado o clampeamento do cordão umbilical tardiamente ou quando parar de pulsar. Entende-se por clampeamento tardio do cordão umbilical (CTCU) aquele realizado após um a três minutos. Trata-se de uma estratégia recomendada no parto, por ser fácil de ser realizada e possuir baixo custo na tentativa de prevenir a anemia na infância e melhorar os níveis de ferritina, por exemplo (OLIVEIRA et al, 2013). Por outro lado, o Ministério da Saúde possui uma ressalva a respeito do clampeamento cordão umbilical, recomendando o imediato clampeamento nos casos da mãe for HIV HTVL positivo ou isoimunizada, segundo a portaria número 371, do Ministério da Saúde, de 7 de maio de 2014, que institui sobre as diretrizes da organização na atenção integral e humanizada ao recém-nascido no Sistema Único de Saúde (SUS), o clampeamento do cordão umbilical de imediato tende a resultar que a transfusão placentária seja a menor possível (Brasil, 2014). Toda proteção e cuidado com a criança faz-se necessário quando se trata do seu estado clínico e nutritivo do mesmo. Os benefícios para o bebê são inúmeros, sendo o principal deles o aumento da quantidade de ferro no lactente até os 6 meses de idade, protege de hemorragia intraventricular, aumento de peso e de volume sanguíneo se respeitado o clampeamento tardio do cordão umbilical, o recém-nascido recebe aproximadamente 90ml de sangue, e, aproximadamente, 100 gramas no peso, apresentando hemoglobina e hematócritos mais elevados nas primeiras 48 horas (VAIN, 2015). Uma das formas utilizadas para se elevar o nível de reservas de ferro para o recém-nascido é o clampeamento tardio do cordão umbilical. Esta técnica promove o aumento do volume sanguíneo e das reservas de ferro do recém-nascido, aumento sua imunidade e prevenindo doenças como anemia, por ser uma técnica de fácil aplicação e com custo baixo, mostra-se uma importante estratégia para prevenir deficiência de ferro e anemia durante a infância (BRASIL, 2011). Segundo estudo de Sinavszki et al. (2013), no qual tinha foi feito com uma

amostra de 19 neonatos à termo, observaram benefícios que se desenvolveram a curto e a longo prazo após os bebês ter sido submetidos ao CTCU, apesar de não terem especificado claramente tais achados nos resultados. O estudo definiu clampeamento tardio como o pinçamento do cordão após cessar a pulsação do mesmo no momento do nascimento do bebê. Tal prática não foi identificada alterações significativas que gerasse complicações 5 na adaptação cardiovascular e respiratória nos recém-nascidos, tão pouco alterações também nas puérperas. O estudo reforça portanto, a importância do atraso no clampeamento do cordão para se obter tais benefícios, no contato precoce do contato físico da criança com a mãe e no início precoce do aleitamento materno, tal prática, relativamente simples, mas, que promovem um benefício imediato ao recém-nascido e pode ter um importante papel, a longo prazo, na nutrição, na saúde da mãe e do recém-nascido em que foi submetido ao CTCU. 5.

RESULTADO E DISCUSSÃO

O clampeamento tardio do cordão umbilical neste estudo garantem-se os efeitos benéficos à longo prazo de uma maior transferência de hemoglobina, ferro e ferritina ao recém-nascido, sem, no entanto, aumentar os possíveis efeitos adversos de um maior aporte sanguíneo

TITULO	AUTOR	RESULTADO
EFEITOS DO CLAMPEAMENTO TARDIO DO CORDÃO UMBILICAL SOBRE OS NÍVEIS DE HEMOGLOBINA E FERRITINA EM LACTENTES AOS TRÊS MESES DE VIDA	Venâncio, S.I	O efeito do clampeamento tardio do cordão umbilical foi significativo somente para os níveis de ferritina das crianças aos três meses de idade ($p = 0,040$), sendo superior em 23,29ng/mL quando comparado às crianças submetidas ao clampeamento imediato. O procedimento pode se constituir em uma estratégia para prevenir a deficiência de ferro em lactentes.
CLAMPEAMENTO TARDIO DO CORDÃO UMBILICAL: ESTUDO DE COORTE	Góes J.F	Enquanto no grupo submetido ao clampeamento tardio do cordão umbilical, os valores foram 4,57; 6,44 e 7,47 mg/dl. Essas diferenças foram estatisticamente significativas, com p valor de 0,000, 0,006 e 0,037, respectivamente.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os resultados encontrados no presente estudo reforçam o papel importante do CTCU no recém-nascido, sendo usado como prevenção de prováveis patologias, como medida relevante para a prevenção da anemia ferropriva. Entretanto, o estudo identificou a escassez de publicação sobre o tema proposto, disponíveis na língua portuguesa e espanhola, com isso, sugere-se a realização de investigações e pesquisas que explorem o tema em questão.

REFERÊNCIAS

- BRASIL. Ministério da Saúde. Humanização do parto e do nascimento/Ministério da Saúde. Universidade Estadual do Ceará. Brasília: Ministério da Saúde. Cadernos Humaniza. 4:465, SUS, 2014
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. Além da sobrevivência: práticas integradas de atenção ao parto, benéficas para a nutrição e a saúde de mães e crianças. Brasília: Ministério da Saúde, 2011. Disponível em: Acesso em: 12/09/2020.
- MALHEIROS G. C; ABREU A. M. O. W. Características morfológicas do cordão umbilical. Revista Científica da FMC. Vol. 11, nº 1, 2016.
- MONTEIRO CA, Szarfarc SC, Mondini L. Tendência secular da anemia. Rev Saúde Pública 2000; 34:62-72
- NETA, D. T. C. Clampeamento tardio do cordão umbilical e os benefícios ao neonato: revisão integrativa da literatura. Journal of Specialist Scientific Journal – ISSN:2595-6256, Nº 3, volume 3, article nº 2, Jul/Set 2018.
- OLIVEIRA, F. C. C. Fatores determinantes da anemia ferropriva no sexto mês de vida com ênfase na reserva de ferro ao nascer e tempo de clampeamento do cordão umbilical: um estudo de coorte. Tese (Pós- Graduação em Ciência da Nutrição) – Universidade Federal de Viçosa. Minas Gerais, 2013.
- SILVA LSM, Giugliani ERJ, Rangel D, Aerts GC. Prevalência e determinantes de anemia em crianças de Porto Alegre, RS, Brasil. Rev Saúde Pública 2001; 35:66-73.
- SINAVSZKI, M. et al. Clampeo tardío de cordón umbilical: saturación de oxígeno en recién nacidos. Rev. Bol. Ped, La Paz, v.52, n.1, 2013. Stoll, K; Hutton, E. A survey of umbilical cord clamping practices and attitudes of canadian maternity care providers. Canadian Journal of Midwifery Research and Practice, Vol. II, 3, 2012. Vain, N.E; doi: 10.1016/jrpped.2015.06.001. Elsevier Editora Ltda, por Rev Paul Pediatr, 258- 259, 2015.
- WORLD HEALTH ORGANIZATION. In: Organization WH, editor. Recommendations for the Prevention and Treatment of Postpartum Haemorrhage. Geneva: World Health Organization; 2014.

CAPÍTULO 15

ECLAMPSIA E SAÚDE DA MULHER: DIAGNÓSTICOS E CUIDADOS DE ENFERMAGEM

Rosangela Francisca de Almeida Alves, FMB

Luana Guimaraes da Silva, FMB

RESUMO

A eclampsia é uma complicação grave da pré – eclampsia, que ocorre quando a pressão arterial está elevada acima de 140/90 mmHg a qualquer momento após a sua 20ª semana de gravidez, com desaparecimento até 12 semanas pós-parto. Acredita-se que a pré-eclampsia começa na placenta - o órgão que nutre o feto durante a gravidez. No início da gestação, novos vasos sanguíneos se desenvolvem e evoluem para enviar eficientemente o sangue para a placenta. Em mulheres com pré-eclampsia, estes vasos sanguíneos não parecem desenvolver-se adequadamente. Eles são mais estreitos do que os vasos sanguíneos normais e reagem de forma diferente à sinalização hormonal, o que limita a quantidade de sangue que pode fluir através delas. Os sintomas que indicam um risco crescente de eclampsia incluem dor no lado superior direito do abdômen, dores de cabeça intensas e alterações no estado mental e na visão.

PALAVRAS-CHAVE: Enfermagem. Cuidados de Enfermagem. Eclampsia

INTRODUÇÃO

A eclampsia e a pré-eclampsia são complicações graves da gravidez, que é uma hipertensão arterial nova ou preexistente que é acompanhada de excesso de proteína na urina e que surge após a 20ª semana de gestação. Eclampsia são convulsões que ocorrem em mulheres com pré-eclampsia e que não apresentam outra causa. Em algumas mulheres, a eclampsia ou a pré-eclampsia podem surgir somente durante o trabalho ou até mesmo depois que o bebê já tenha nascido (BRASIL , 2000; 2011).

A eclampsia, a principal complicação neurológica da pré-eclampsia, é definida como um episódio convulsivo, ou qualquer outro sinal de alteração da consciência, que surge em um quadro de pré-eclampsia e que não pode ser atribuído a nenhuma outra condição neurológica preexistente. Episódios convulsivos foram descritos até 15 dias após o parto. Os distúrbios visuais (cegueira cortical) são comuns e devem ser considerados equivalentes a

uma crise convulsiva. Em caso de dúvida, a investigação padrão ouro é a realização de uma ressonância magnética de difusão ponderada. O tratamento das mulheres que sofrem um episódio convulsivo é o mesmo que em qualquer outra crise tônico-clônica generalizada. O sulfato de magnésio como dose de ataque seguida por infusão contínua é a forma mais eficaz de prevenir uma recaída associada à normalização da pressão arterial. A infusão de sulfato de magnésio deve ser mantida por 24 horas após o último episódio convulsivo (KARUMANCHI et al, 2008 ; COLLANGE et al, 2010)

Embora a maioria das gravidezes afetadas pela pré-eclampsia consigam chegar as 37 semanas de gravidez, o que caracteriza uma gestação a termo, elas apresentam um risco elevado de complicações, incluindo o risco de mortalidade materna ou fetal (ARAUJO, 2010)

Sendo a eclampsia uma forma grave da pré-eclampsia, com seu desenvolvimento de forma assintomática , ela permite que a enfermagem possa fazer uma assistência pré-natal e à parturição reduzindo de forma substancial a morbietalidade tanto da mãe como do filho , para isso a assistência pré-natal deve ser efetiva, começando no primeiro trimestre e que a adesão das gestantes seja realizada em no mínimo cinco consultas , como descreve Novo e Gianini (2010).

Nas suas formas graves, em virtude da irritabilidade ao sistema nervoso central SNC, instalam-se confusões e a doença é dominada eclampsia.

A eclampsia no pós parto é uma condição rara que pode ocorrer logo nas primeiras 48 horas após o parto. É comum em mulheres que já foram diagnosticadas com pré-eclampsia durante a gravidez. Pode aparecer em mulheres que apresentam característica que favorecem essa doença como obesidade, pressão alta, diabetes e idade superior a 40 anos ou menos de 18 anos(NEME, 2000; REZENDE, 2006).

METODOLOGIA

A metodologia utilizada será de revisão de literatura baseada na busca de dados referenciados no LILACS, MEDLINE, SCIELO, As buscas foram realizadas em cinco bases de dados bibliográficas - PubMed, Web of Science, EMBASE, Cumulative Index toNursingandAllied Health Literature (CINAHL) e LILACS.Foram selecionados artigos

publicados entre 2005 e 2020 (incluindo aqueles disponíveis online em 2020 que poderiam ser publicados em 2021). Foram selecionados artigos escritos em inglês, português ou espanhol. Os descritores utilizados para a busca foram: Eclampsia, Cuidados de Enfermagem, Diagnóstico de Enfermagem; Eclampsia, NursingCare, NursingDiagnosis; Eclampsia, Atención de Enfermería, Diagnóstico de Enfermería

DESENVOLVIMENTO

Em 2015, aproximadamente 42.000 mulheres morreram em consequência de distúrbios hipertensivos da gravidez em todo o mundo; mais de 99% dessas mortes ocorreram em países de baixa e média renda. O objetivo deste artigo é descrever a incidência e as características da eclampsia e complicações relacionadas aos distúrbios hipertensivos da gravidez em 10 regiões geográficas de baixa e média renda em 8 países, em relação à disponibilidade de sulfato de magnésio. A grande variação na eclampsia e na letalidade materna e neonatal por distúrbios hipertensivos da gravidez entre os países enfatiza que a desigualdade e iniquidade persistem na atenção à saúde de mulheres com distúrbios hipertensivos da gravidez. Junto com o crescente interesse em melhorar a detecção da comunidade e a educação em saúde para esses distúrbios, os esforços para melhorar a qualidade do atendimento nas unidades de saúde são essenciais. As estratégias para prevenir a eclampsia devem ser informadas por dados locais (VOUSDEN et al, 2019)

O autocuidado é definido como um comportamento que implica no papel ativo do cliente em prática de atividades que o indivíduo desempenha em seu próprio benefício, a fim de manter a vida, a saúde e o bem-estar. Pode ser compreendido como a realização de ações dirigidas a si mesmo ou ao ambiente a fim de regular o próprio funcionamento de acordo com seus objetivos pessoais. Diante destes aspectos, a teoria de Orem identifica cinco métodos de ajuda, na qual o profissional pode assistir o cliente usando um ou todos os métodos para proporcionar a assistência com autocuidado. São eles: Agir ou fazer para outra pessoa; Guiar e orientar; Proporcionar apoio físico e psicológico; Proporcionar e manter um ambiente de apoio ao desenvolvimento pessoal, e ensinar. A ação de enfermagem é análoga ao autocuidado, pois ambas simbolizam 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 (GABBE, 1999, NEME, 2000; OMS, 2005; 2013)

Os distúrbios hipertensivos são as complicações maternas de maior relevância durante o ciclo gravídico- puerperal. Porém, é importante ressaltar que o acompanhamento pré-natal constitui fator chave na prevenção e condução de casos graves como a hipertensão gestacional. Preconiza-se que toda gestante com pressão arterial igual ou superior a 160x100mmhg, ou com outros (figura 1).

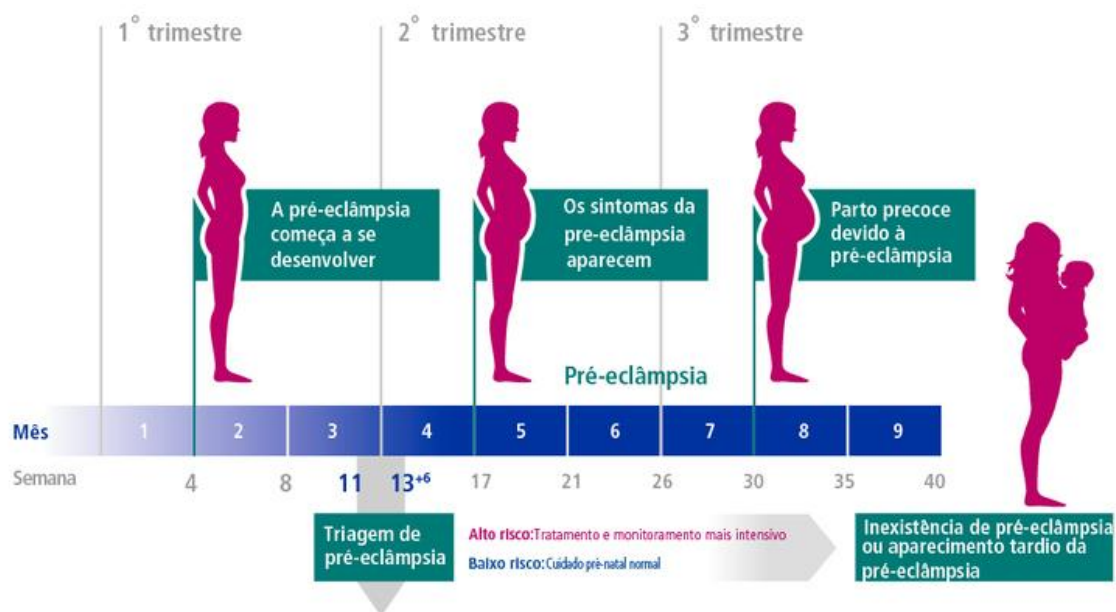


Figura –1 – Desenvolvimento da Triagem em pacientes com pré-eclâmpsia(Parkin Elmer)

Os distúrbios hipertensivos da gravidez são um grupo heterogêneo de condições que incluem hipertensão crônica, hipertensão gestacional, pré-eclâmpsia e pré-eclâmpsia sobreposta à hipertensão crônica. Esses distúrbios são responsáveis por uma proporção significativa da morbidade e mortalidade perinatal, quase 10% de todas as mortes maternas nos Estados Unidos. Dada a grande carga de saúde dos distúrbios hipertensivos na gravidez, há um interesse crescente em otimizar o manejo dessas condições. Este artigo resume o diagnóstico e o manejo de cada um dos distúrbios no espectro da hipertensão na gravidez e destaca as atualizações recentes no campo (SUTTON et al , 2018)

CUIDADOS DE ENFERMAGEM

Temos que permitir um tempo para perguntas para a paciente ou o acompanhante. Temos que manter o ambiente tranquilo, manter o monitoramento dos sinais vitais de hora em

hora, de acordo com a prescrição médica, realizações de exames caso seja solicitado pela equipe médica (BRASIL, 2000;2011)

Os outros grupos de fatores de risco referem-se a condições ou complicações que podem surgir no decorrer da gestação transformando-a em uma gestação de alto risco que devem estar no radar da equipe de enfermagem para que o pré-diagnóstico de eventos patológicos existentes possam ajudar no encaminhamento de pacientes de alto risco como : 1. Exposição indevida ou acidental a fatores teratogênicos.

2. Doença obstétrica na gravidez atual:

- Desvio quanto ao crescimento uterino, número de fetos e volume de líquido amniótico;
- Trabalho de parto prematuro e gravidez prolongada;
- Ganho ponderal inadequado;
- Pré-eclâmpsia e eclâmpsia;
- Diabetes gestacional;
- Amniorrexe prematura;
- Hemorragias da gestação;
- Insuficiência istmo-cervical;
- Aloimunização;
- Óbito fetal.

3. Intercorrências clínicas:

- Doenças infectocontagiosas vividas durante a presente gestação (ITU, doenças do trato respiratório, rubéola, toxoplasmose etc.);
- Doenças clínicas diagnosticadas pela primeira vez nessa gestação (cardiopatias, endocrinopatias).(BRASIL 2011; 2013)

DIAGNOSTICO

A eclâmpsia é uma complicação grave de pré - eclâmpsia, que ocorre quando a pressão arterial está elevada (acima de 140/90 mmHg) a qualquer momento após a sua 20ª semana de gravidez, com desaparecimento até 12 semanas pós-parto. Além da pressão arterial

elevada, outras complicações como excesso de proteína na urina ou insuficiência hepática devem acontecer para se ter o diagnóstico de pré-eclampsia. A eclampsia se agrava e afeta o cérebro e é causada convulsões generalizadas e inexplicadas em mulheres com pré-eclampsia (CABRAL, 1996 ; ARAUJO, 2010).

A pré-eclampsia começa na placenta o órgão que nutre o feto durante a gravidez. No início da gestação, novos vasos sanguíneos se desenvolvem e evoluem para enviar eficientemente o sangue para a placenta. Em mulheres com pré-eclampsia, estes vasos sanguíneos não parecem desenvolver-se adequadamente. Eles são mais estreitos do que os vasos sanguíneos normais e reagem de forma diferente à sinalização hormonal, o que limita a quantidade de sangue que pode fluir através delas(CABRAL, 1996 ; ARAUJO, 2010)..

Podendo o fluxo sanguíneo insuficiente para o útero, danos aos vasos sanguíneos, problema com o sistema imunológico e outros distúrbios de pressão arterial elevada durante a gravidez(CABRAL, 1996 ; ARAUJO, 2010)..

Se a gestante tem ou já teve pré – eclampsia grave, pode estar em risco de dar eclampsia. Como na primeira gravidez, idade podendo o risco maior após 35 anos e gravidez múltipla, sendo que pode aumentar o risco de eclampsia como, a obesidade, hipertensão, enxaqueca, diabetes tipo 1 ou 2, dores renais, tendência a desenvolver coágulos de sangue, doença autoimune, artrite reumatóide, esclerodermia e lúpus(CABRAL, 1996 ; ARAUJO, 2010)..

De forma geral a pré-eclâmpsia, eclâmpsia e hemólise, enzimas hepáticas elevadas e síndrome de plaquetas baixas são os principais distúrbios obstétricos associados a morbidades maternas e perinatais substanciais. Como resultado, é importante que os médicos e a enfermagem façam diagnósticos oportunos e precisos para prevenir resultados maternos e perinatais adversos associados a essas síndromes. Em geral, a maioria das mulheres terá uma apresentação clássica de pré-eclâmpsia (hipertensão e proteinúria) em > 20 semanas de gestação e / ou <48 horas após o parto. No entanto, estudos recentes sugeriram que algumas mulheres terão pré-eclâmpsia sem > ou = 1 desses achados clássicos e / ou fora desses períodos de tempo. Os casos atípicos são aqueles que se desenvolvem em <20 semanas de gestação e > 48 horas após o parto e que apresentam alguns dos sinais e sintomas de pré-eclâmpsia sem a hipertensão ou proteinúria usuais (SIBAI& STELLA, 2009).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Atualmente a eclampsia tem sido alvo de constantes pesquisas e discussões na área da saúde da mulher, por se tratar de uma complicação do ciclo gravídico-puerperal, responsável pelo elevado obituário materno-fetal. Com o desconhecimento da sua verdadeira etiologia, vários estudiosos se dedicam a essa temática no sentido de conhecer os fatores que desencadeiam essa doença; contudo não há um consenso entre eles sobre a possibilidade de se prevenir essa patologia. Alguns são categóricos em afirmar que a eclampsia é possível de prevenção, já outros não concordam com essa afirmativa. Neste contexto, a eclampsia possui uma grande relevância ao interferir no processo da maternidade, rompendo a naturalidade da gestação, um fenômeno fisiológico, podendo comprometer a vida da mulher e do seu bebê. Considerando a problemática do tema, torna-se necessário discuti-la no sentido de obter bases para promover uma assistência de enfermagem qualificada e específica para esta patologia. O objetivo desse estudo foi descrever/discutir sobre a assistência de enfermagem prestada à mulher portadora de eclampsia, abordando as suas queixas, conflitos e medos. Estes relatos serviram de subsídios para se discutir a filosofia da enfermagem, o objeto de trabalho, sua atuação junto às mulheres com eclampsia, enfim a assistência expectativas no sentido de obter uma relação mais humanizada com a equipe e estabelecer laços de confiança e motivação. Diante do exposto, é preciso que haja uma promoção da educação continuada da equipe de enfermagem no sentido de aprimorar o conhecimento e, principalmente, humanizar o atendimento; saber que a mulher ali internada é um ser humano que ri, que chora, que sente dor, que é mãe, filha e irmã de alguém, que possui uma família, um nome, uma história, merecendo atenção, respeito, solidariedade e profissionalismo. É um direito de a mulher ter uma assistência de enfermagem sistematizada e de qualidade. É dever da equipe de enfermagem garantir essa assistência, trabalhando não só na sua reabilitação e tratamento, mas também na prevenção da doença e promoção da saúde.

REFERÊNCIAS

- ARAUJO, S.M.et al. A importância do pré-natal e a assistência de enfermagem. Revista Eletrônica de Ciências. v3, n.2, p.1-7, jul-dez,2010.
- SIBAI BM, STELLA CL. Diagnosis and management of atypical preeclampsia-eclampsia. Am J Obstet Gynecol. 2009 May;200(5):481.e1-7. doi: 10.1016/j.ajog.2008.07.048. Epub 2008 Nov 18. PMID: 19019323.

BRASIL -Ministério da Saúde (BR) Gestação de alto risco. 3ª ed. Brasília (DF); 2000.

BRASIL. Ministério da Saúde, Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (DATASUS). Óbitos de mulheres em idade fértil e óbitos maternos, 2011 [Internet]. Brasília; 2012 [citado 2013 jan.14] Disponível em: Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?sim/cnv/mat10uf.def> [Links]

BRASIL. Ministério da saúde. Atenção à Saúde da Gestante. Programa Viva Vida Projeto Mães de Minas. Nota Técnica conjunta. Maio. 2013

CABRAL ACV. Abordagem terapêutica da eclampsia. RevGinecolObstetr 1996.3(4):25-30.

COLLANGE O, LAUNOY A, KOPF-POTTECHER A, et al. Eclampsie [Eclampsia]. Ann FrAnesthReanim. 2010;29(4):e75-e82. doi:10.1016/j.annfar.2010.02.021;

FERREIRA, Maria Beatriz Guimarães et al .Nursingcare for womenwithpre-eclampsiaand/or eclampsia: integrativereview. Rev. esc. enferm. USP, São Paulo , v. 50, n. 2, p. 324-334, Apr. 2016 .

GABBE SG. Obstetrícia fundamental. 3ª ed. Rio de Janeiro (RJ): Guanabara; 1999.

KARUMANCHI SA, LINDHEIMER MD. Advances in theunderstandingof eclampsia. CurrHypertens Rep. 2008;10(4):305-312. doi:10.1007/s11906-008-0057-3)

NEME B. Obstetrícia. 2ª ed. São Paulo (SP): Savier; 2000.

NOVO, Joe Luiz Vieira Garcia; GIANINI, Reinaldo José. Mortalidade materna por eclâmpsia. Rev. Bras. Saude Mater. Infant., Recife , v. 10, n. 2, p. 209-217, June 2010

REZENDE J, MONTENEGRO ACB. Obstetrícia fundamental. 10ª ed. Rio de Janeiro (RJ): Guanabara; 2006.

SUTTON ALM, HARPER LM, TITA ATN. HypertensiveDisorders in Pregnancy. ObstetGynecolClin North Am. 2018;45(2):333-347. doi:10.1016/j.ogc.2018.01.012

TEZZA VM. Enfermagem obstétrica neonatal. Florianópolis (SC): Bernúncia; 2002.

VOUSDEN N, LAWLEY E, SEED PT, et al. Incidenceof eclampsia andrelatedcomplicationsacross 10 low- andmiddle-resourcegeographicalregions: Secondaryanalysisof a cluster randomisedcontrolledtrial. PLoS Med. 2019;16(3):e1002775. Published 2019 Mar 29. doi:10.1371/journal.pmed.100277

ZIEGEL EE, CRANLEY MS. Enfermagem obstétrica. Rio de Janeiro (RJ): Guanabara; 1985

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). Recomendações da OMS para a prevenção e tratamento da pré-eclâmpsia e eclâmpsia. Brasília: OMS; 2013. [Links]

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). Educação para uma Maternidade Segura. Módulos de educação em obstetrícia: eclâmpsia. Brasília: OMS ; 2005. [Links]

CAPÍTULO 16

UMA PROPOSTA DE AVALIAÇÃO QUALITATIVA DO ESTÁGIO CURRICULAR SUPERVISIONADO DO CURSO DE ENFERMAGEM

Andreza Araujo de Assis Casulo, FMB
Luana Guimaraes da Silva, FMB


RESUMO

O âmbito hospitalar é um local que precisa de total comprometimento dos profissionais que ali atuam, ao escolher um curso da área da saúde os ingressantes ali se comprometem a empenhar-se a ser o melhor profissional possível para lidar com vidas. O curso de enfermagem tem como sua grade curricular determinada que os últimos dois semestres serão de estágio curricular obrigatório, será nesse período que os acadêmicos irão colocar todo o conhecimento teórico estudado ao longo do curso em prática. O estudo tem como objetivo ser uma base de levantamento a cerca do assunto, com intenção de uma futura pesquisa de abordagem qualitativa, descritiva e exploratória. Trata-se de uma pesquisa de revisão bibliográfica e exploratória, aonde será observada a importância do estágio curricular supervisionado para os acadêmicos de enfermagem assim como seus bloqueios e sentimentos, o artigo possui um guia de perguntas como sugestão de ser utilizado para poder ser avaliado melhor a importância do “ECS” na vida acadêmica do discente assim como os sentimentos que os cercam antes de ingressar no mesmo. A insegurança e ansiedade fazem parte dos sentimentos dos acadêmicos, o que na sua totalidade afeta de várias formas o seu desempenho. Os acadêmicos ao chegar nesse período do curso entendem a real importância e seriedade de sua profissão o que acaba deixando-os receosos colocar em prática o que teoricamente já lhe foi ofertado na sua grade curricular. É importante que durante o período do estágio o acadêmico se sinta mais seguro a cada dia, superando assim seus receios e bloqueios, consolidando seus conhecimentos da melhor forma possível na prática. O ECS proporciona aos discentes uma melhor forma de praticar o que ele aprendeu na teoria. Possibilitando o desenvolvimento, aperfeiçoamento de técnicas e habilidades inerentes à profissão, preparando-o para o mercado de trabalho.

PALAVRAS-CHAVE: Estágio curricular, Enfermagem, Estudantes de enfermagem, Importância do estágio e Estagiários de enfermagem.

INTRODUÇÃO

O processo formativo no curso de graduação em enfermagem compreende, dentre outros requisitos, a realização do Estágio Curricular Supervisionado (ECS).⁶ O ECS traz consigo a oportunidade do discente colocar em prática e consolidar seus conhecimentos acerca dos conteúdos que foi proposto para estudo em sala de aula, preparando-o para o



mercado de trabalho. Trazendo consigo a aproximação necessária básica com a sociedade e o ambiente dos serviços de saúde em que os enfermeiros atuam.

A política educacional brasileira tem apontado as práticas pedagógicas relativas ao ensino superior como tema de interesse, especialmente os aspectos referentes aos estágios profissionais, já que estes visam integrar teoria e prática.¹

Além dos conteúdos teóricos e práticos desenvolvidos durante a formação do enfermeiro, é obrigatória a inclusão do estágio supervisionado em hospitais, ambulatórios, rede básica de serviços de saúde e comunidade no currículo da graduação em enfermagem.² Conforme a RESOLUÇÃO Nº 573, a carga horária mínima do Estágio Curricular Supervisionado - ECS deverá totalizar 30% (trinta por cento) da carga horária total do Curso de Graduação Bacharelado em Enfermagem, assim distribuída: 50% na atenção básica e 50% na rede hospitalar. O Curso de Graduação em Enfermagem tem carga horária mínima de 4.000 (quatro mil) horas e duração mínima de 10 (dez) períodos letivos para sua integralização curricular, conforme o disposto na Resolução CNE/CES Nº. 04, de 6 de abril de 2009, desenvolvida na modalidade presencial.³

De acordo com as Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN) 2001, preveem como competências gerais na formação dos profissionais de saúde a atenção à saúde, coerente com o princípio da integralidade, a tomada de decisões, a comunicação, a liderança, a administração e o gerenciamento, e a educação permanente. Para os cursos de enfermagem, ressaltam que a formação do Enfermeiro deve atender as necessidades sociais da saúde, com ênfase no SUS, e assegurar a integralidade da atenção, a qualidade e a humanização do atendimento. As DCN estabelecem como perfil do egresso em Enfermagem, o profissional com formação generalista, humanista, crítica e reflexiva, capacitado a atuar com senso de responsabilidade social e compromisso com a cidadania, como promotor da saúde integral do ser humano.⁴

O ECS é de suma importância para o discente, é durante esse período que haverá um maior contato direto com a realidade da saúde em diferentes cenários do ambiente de trabalho. Possibilitando o desenvolvimento, aperfeiçoamento de técnicas e habilidades inerentes à profissão. Dando início a formação do seu perfil profissional e possibilitando seu desenvolvimento pessoal os preparando e capacitando para o mercado de trabalho.

ANDRADE & FERREIRA LIMA (1987) se posicionam definindo o Estágio Curricular "como a etapa de aplicação do conhecimento - reflexivo e do aperfeiçoamento de habilidades numa situação real; é o momentum de junção do saber com o fazer, que conduzirá sem dúvidas a um agir profissional mais consciente, crítico e criativo".⁵

Vários autores reconhecem a importância dos estágios na formação profissional e pessoal dos profissionais de Enfermagem para o desenvolvimento de atitudes, comportamentos e habilidades, para a interação com a equipe multiprofissional de saúde, familiares e pacientes e, principalmente, para a possibilidade de analisar crítica e reflexivamente as interfaces do conhecimento teórico e prático.⁷

Compreende-se que o ECS é fundamental para a formação do profissional de enfermagem, tentar entender a perspectiva dos discentes no egresso e durante o ECS nos faz compreender se os mesmos se sentem preparados e quais são os sentimentos que os cercam.

O primeiro estágio curricular é aguardado pelo aluno de enfermagem com ansiedade e insegurança. É: seu primeiro contato com o paciente hospitalizado, com a equipe de saúde e com a unidade hospitalar. Seu conhecimento teórico e seu emocional estarão colocados frente a uma situação nova que é a prática profissional.⁸

Por ser um período de transição para algo novo os discentes podem sofrer antecipadamente, pois estarão com "vidas" de pacientes que dependem de seus conhecimentos em suas responsabilidades. É nesse momento que os sentimentos que os norteiam são mais perceptíveis. Tendem a gerar ansiedade e receio na realização de técnicas e procedimentos que aprendeu na teoria.

A condição de estresse comumente gerada em situações que exigem responsabilidade, ação e estada em ambiente desconhecido, pode se apresentar de forma diferente em cada indivíduo, servindo como fator de motivação e superação quando em tempo limitado, já em longos períodos como causa de esgotamento fazendo com que o indivíduo sinta-se sobre forte pressão com exigências acima da capacidade por ele apresentada, representando uma ameaça a seu bem-estar, gerando assim um fator, ao contrário do mencionado anteriormente, desmotivador.⁹

Segundo estudos autores chegaram a conclusão que os estudantes de enfermagem apresentam manifestações psicológicas e fisiológicas de estresse em maior proporção que os de outras áreas.¹⁰

Trata-se de um período de transição do aluno para o profissional e também uma fonte de sofrimento e conflitos gerados pela ansiedade, medo de errar, sentimentos negativos como a impotência, a angústia, comuns à profissão, e despreparo dos alunos que iniciam o estágio, provavelmente por falha no ensino/aprendizagem. Esse processo carrega consigo a estressante natureza da transição para o profissional somada as características de cada acadêmico.⁹

Ao deparar com situações ameaçadoras e de grande exigência, o indivíduo passa por sensações de medo, tristeza e solidão, ou seja, vivencia sentimentos carregados de alterações comportamentais e orgânicas, denominadas emoções, que desencadeiam alterações fisiológicas por meio da estimulação nervosa que interfere diretamente na saúde do indivíduo. O estresse tem sido, também, evidenciado de maneira significativa entre os estudantes de enfermagem. Sabe-se que todo processo em que o sujeito é exposto a novas situações e com necessidade de desenvolver ou adquirir habilidades implica submetê-lo à vivência de maior ou menor intensidade de estresse. O caráter ameaçador ou desafiador do processo ensino-aprendizagem é, particularmente, importante aos estudantes de enfermagem, em especial, quando o erro nesse processo implica prejuízo ou danos ao paciente.¹¹

OBJETIVO

Tendo em vista a importância do ECS para a vida acadêmica, profissional e pessoal do discente, este estudo tem como objetivo mostrar a importância do Estágio Curricular Supervisionado “ECS” e os sentimentos dos acadêmicos de enfermagem antes de ingressar no estágio curricular supervisionado.

O artigo é uma base de levantamento a cerca do assunto, com intenção de uma futura pesquisa de abordagem qualitativa, descritiva e exploratória. O artigo possui um guia de perguntas como sugestão de ser utilizado para poder ser avaliado melhor a importância do “ECS” na vida acadêmica do discente assim como os sentimentos que os cercam antes de ingressar no mesmo.

RESULTADO

O ensino na área da saúde e, mais especificamente, no curso de graduação em Enfermagem, deve propiciar aquisição de conhecimentos e mudanças comportamentais, sem perder de vista a vinculação entre teoria e prática. Estagiar, desenvolver ensino clínico, praticar, eis o momento de junção teoria/prática, ou seja, possibilita aplicar conceitos abstratos em situações concretas.¹²

O período de estágio pode ser considerado um momento crítico para os futuros profissionais de saúde, visto que é um momento de transformações intensas no modo de pensar-agir dos alunos. Um mundo novo está à frente de jovens que se deparam com sentimentos diferenciados e, muitas vezes, nunca experimentados, como medo, ansiedade, piedade, necessidade de paciência e empatia. Essas transformações fazem parte do processo educativo e da prática pedagógica moderna em que o aprender a ser, aprender a fazer, aprender a conhecer e aprender a conviver são a base para a formação de profissionais competentes e decisivos no mercado de trabalho.¹³

O ECS proporciona ao discente reflexões sobre a ação profissional e uma nova visão, não antes observada, das relações existentes em seu futuro campo de trabalho. Caracteriza-se então, como um momento único de aprendizado, em que o discente encontra-se imerso no serviço, acompanhando o trabalho o mais próximo possível da realidade. Portanto, a qualidade do desempenho dessas atividades determina uma relevância significativa nessa etapa, visto que são os últimos momentos durante a formação que possibilitará o auxílio indireto de um docente, bem como o suporte direto de um profissional inserido no serviço.⁶

Tabela 1: Guiade perguntas (Sugestão)

01.	Idade: () Entre 17 a 29 anos () Entre 30 e 45 anos () Acima de 46 anos
02.	Sexo: () Feminino () Masculino
03.	Graduando de enfermagem? () Sim () Não
04.	Em que período está na graduação de enfermagem: () 5º () 6º () 7º () 8º () 9º
05.	Você trabalha na área da saúde? () Sim () Não
06.	Qual a sua expectativa diante do primeiro estágio curricular obrigatório?
07.	Você se sente preparado para iniciar o estágio curricular obrigatório? () Sim () Não () Não sei. Por que?
08.	Com relação aos seus sentimentos antes de ingressar no estágio obrigatório, marque:

A) Você se sente ansioso? () Sim () Não () Não sei
B) Você se sente preparado? () Sim () Não () Não sei
C) Você se sente alegre? () Sim () Não () Não sei
D) Você se sente inseguro? () Sim () Não () Não sei
E) Você se sente com medo? () Sim () Não () Não sei
F) Você se sente preparado para a realização de procedimentos nos pacientes? () Sim () Não () Não sei
G) Você tem um bom referencial teórico (com relação às práticas)? () Sim () Não () Não sei

Fonte: Casulo 2020

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O ECS traz a possibilidade de o discente vivenciar o processo de aprendizado de modo a ser colocado em teste os seus conhecimentos e habilidades. Fazendo com que o discente se desenvolva positivamente, para ingressar na área de trabalho.

Levando em consideração todos os pontos positivos que o ECS traz para a vida acadêmica, percebe-se o quão importante é todo esse processo vivenciado pelo discente possibilitando-o contextualizar na prática o que lhe foi ofertado teoricamente em sala de aula.

Antes de ingressar no ECS os discentes gozam de variados sentimentos, o que pode ser considerado “bom” ou “ruim”, mas esses sentimentos o preparam para vivenciar essa nova fase da vida acadêmica. Entender melhor esses sentimentos nos mostra quão pressionado o discente se sente e se o afeta de modo positivo ou negativamente na prática do ECS.

REFERÊNCIAS

Andrade MN, Araújo LCA, Lins LCS. Estágio Curricular: Avaliação de Experiência. Revista Brasileira de Enfermagem - REBEn, Brasília, Jan-Dez. 1989; 42 (1, 2, 3/4): 27-41. Disponível em: <<https://www.scielo.br/pdf/reben/v42n1-2-3-4/v42n1-2-3-4a05.pdf>>. Acesso em: 23 Mar. 2020

Benito GAV, Tristão KM, Paula ACSF, Santos MA, Ataíde LJ, Lima RCD. Desenvolvimento de competências gerais durante o estágio supervisionado. Revista Brasileira de Enfermagem - REBEn, Brasília, Jan-Fev . 2012; 65(1): 172-8. Disponível em: <<https://www.scielo.br/pdf/reben/v65n1/25.pdf>>. Acessado em: 23 Mar. 2020

Colliselli L, Tombini LHT, Leba ME, Rebnitz KS. Estágio curricular supervisionado: diversificando cenários e fortalecendo a interação ensino-serviço. Revista Brasileira de

Enfermagem – REBEn - SciELO, Brasília, Nov-Dez 2009; vol 62 no.6. Disponível em: <<https://www.scielo.br/pdf/reben/v62n6/a23v62n6.pdf>>. Acesso em: 19 Ago. 2020.

Diário Oficial da União - RESOLUÇÃO Nº 573. 31 jan. 2018. Disponível em: <https://www.in.gov.br/materia/-/asset_publisher/Kujrw0TZC2Mb/content/id/48743098/do1-2018-11-06-resolucao-n-573-de-31-de-janeiro-de-2018-48742847>. Acesso em: 19 Ago. 2020.

Martins IR, Schwangart RA, Amorim SSG. A percepção dos acadêmicos sobre o estágio curricular supervisionado. WEB ARTIGOS, Santos-SP, Nov 2008. Disponível em: <<https://www.webartigos.com/artigos/a-percepcao-dos-academicos-sobre-estagio-curricular-supervisionado/11807>>. Acesso em: 24 Abr. 2020

Paiva KCM, Martins VLV. Contribuições do estágio extracurricular para as competências profissionais: percepções de acadêmicos de enfermagem. Revista Eletrônica de Enfermagem – UFG, Abr-Jun 2012; 14(2): 384-94. Disponível em: <<https://revistas.ufg.br/fen/article/view/9983/9624>>. Acessado em: 23 Mar. 2020

Ramos TK, Nietzsche EA, Cogo SB, Cassenoto LG, Bock A, Martins FS. Estágio curricular supervisionado e a formação do enfermeiro: atividades desenvolvidas. Revista de Enfermagem da UFSM – REUFMSM, Jan-Mar 2018; 8(1): 59-71. Disponível em: <<https://periodicos.ufsm.br/reufsm/article/view/28124/pdf>>. Acesso em: 04 Mai. 2020

Rodrigues EM PRIMEIRO ESTÁGIO CURRICULAR: Relato de experiência. Revista Brasileira de Enfermagem – REBEn, Brasília, Out-Dez 1995; v.48, n.4, p.436-443. Disponível em: <<https://www.scielo.br/pdf/reben/v48n4/v48n4a11.pdf>>. Acesso em: 04 Mai. 2020

Santos KD, Assis MA. Fatores que contribuem para a segurança e insegurança do graduando de enfermagem durante o estágio. Enfermagem Brasil, Brasil 2017; 16(1): 4(10). Disponível em: <<https://portalatlanticaeditora.com.br/index.php/enfermagembrasil/article/view/898/1851>>. Acesso em: 24 Abr. 2020

Benavente SBT, Costa ALS. Respostas fisiológicas e emocionais ao estresse em estudantes de enfermagem: revisão integrativa da literatura científica. Acta Paul Enferm, São Paulo 2011; 24(4):571-6. Disponível em: <<https://www.scielo.br/pdf/ape/v24n4/a19v24n4.pdf>>. Acesso em: 19 Ago. 2020.

Costa ALS. Estresse em estudantes de enfermagem: construção dos fatores determinantes. Revista Mineira de Enfermagem - REME, Minas Gerais, Out-Dez 2007; 11(4):414-419. Disponível em: <<https://cdn.publisher.gn1.link/reme.org.br/pdf/v11n4a11.pdf>>. Acesso em: 28 Abr. 2020.

Valsecchi EASS, Nogueira MS. Fundamentos de enfermagem: Incidentes críticos relacionados à prestação de assistência em estágio supervisionado. Revista Latina – Americana de Enfermagem, n. 6, v.10, Ribeirão Preto Nov-Dez 2002. Disponível em: <https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692002000600011>. Acessado em: 08 Jul. 2020

Silva RM, Silva ICM, Ravalha RA. Ensino de enfermagem: Reflexões Sobre o Estágio Curricular Supervisionado. Revista Práxis, Brasil 2009 jan; ano I, n.1(37).Disponível em:<<http://web.unifoa.edu.br/praxis/numeros/01/37.pdf>>. Acessado em: 13 Set. 2020

CAPÍTULO 17

CUIDADOS DE ENFERMAGEM EM GESTANTE COM ECLAMPسيا: REFLEXÕES NO DIAGNÓSTICOS

Rosangela Francisca de Almeida Alves, FMB

Paulo Celso Pardi, FAG

Luana Guimaraes da Silva, FMB


RESUMO

A eclampsia e a pré-eclâmpsia são complicações graves da gravidez, caracterizada por uma hipertensão arterial nova ou preexistente, acompanhada de excesso de proteína na urina e que surge após a 20ª semana de gestação, sendo que especificamente a eclampsia, apresenta convulsões que ocorrem em mulheres com pré-eclâmpsia e que não apresentam outra causa. A eclampsia, é considerada a principal complicação neurológica da pré-eclâmpsia, sendo definida como um episódio convulsivo, ou qualquer outro sinal de alteração da consciência. De acordo com a OMS, 99% das mortes maternas ocorrem em países em desenvolvimento. Entre as causas mais importantes estão àquelas consideradas evitáveis, levando-se em consideração que tanto o tratamento quanto o manejo das complicações são bem conhecidos, sendo que as causas mais comuns são as hemorragias, as infecções puerperais e pré-eclâmpsia/eclampsia. Nosso objetivo, com esse cenário é realizar uma revisão da literatura sobre a eclampsia com foco na saúde da mulher e com ênfase na atuação da enfermagem no diagnóstico e no cuidado. Para isso a metodologia utilizada foi a da revisão de literatura baseada na busca de dados referenciados no LILACS, MEDLINE, SCIELO. Após os levantamentos percebe-se, nos estudos acima que o enfermeiro tem um papel importante no reconhecimento precoce dos sinais e sintomas da patologia, pois é ele o primeiro profissional da equipe a ter contato com a paciente, elevando assim as chances de êxito no tratamento, aumentando a sobrevida das pacientes e reduzindo as sequelas provocadas. Diante do exposto, é preciso que haja uma promoção da educação continuada da equipe de enfermagem no sentido de aprimorar o conhecimento e, principalmente, humanizar o atendimento, sendo um direito de a mulher ter uma assistência de enfermagem sistematizada e de qualidade e mais, um dever da equipe de enfermagem garantir essa assistência, trabalhando não só na sua reabilitação e tratamento, mas também na prevenção da doença e promoção da saúde.

PALAVRAS-CHAVE: Enfermagem. Cuidados de Enfermagem. Eclampsia

INTRODUÇÃO

A eclampsia e a pré-eclâmpsia são complicações graves da gravidez, caracterizadas por uma hipertensão arterial nova ou preexistente, acompanhada de excesso de proteína na urina e



que surge após a 20ª semana de gestação, sendo que especificamente a eclampsia, apresenta convulsões que ocorrem em mulheres com pré-eclâmpsia e que não apresentam outra causa. Em algumas mulheres, a eclampsia ou a pré-eclâmpsia podem surgir somente durante o trabalho de parto ou até mesmo depois que o bebê já tenha nascido (BRASIL, 2000; 2011).

Embora a maioria das gravidezes afetadas pela pré-eclâmpsia consigam chegar as 37 semanas de gravidez, o que caracteriza uma gestação a termo, elas apresentam um risco elevado de complicações, incluindo o risco de mortalidade materna ou fetal (ARAUJO, 2010)

A eclampsia, é considerada a principal complicação neurológica da pré-eclâmpsia, sendo definida como um episódio convulsivo, ou qualquer outro sinal de alteração da consciência, que surge em um quadro de pré-eclâmpsia e que não pode ser atribuído a nenhuma outra condição neurológica preexistente, estes episódios convulsivos geralmente são descritos após 15 dias após o parto (KARUMANCHI et al, 2008 ; COLLANGE et al, 2010).

Os distúrbios visuais (cegueira cortical) são comuns e devem ser considerados equivalentes a uma crise convulsiva, na clínica médica e de enfermagem, a investigação padrão ouro é a realização de uma ressonância magnética de difusão ponderada. O tratamento das mulheres que sofrem um episódio convulsivo é o mesmo que em qualquer outra crise tônico-clônica generalizada. O sulfato de magnésio como dose de ataque seguida por infusão contínua é a forma mais eficaz de prevenir uma recaída associada à normalização da pressão arterial. A infusão de sulfato de magnésio deve ser mantida por 24 horas após o último episódio convulsivo (KARUMANCHI et al, 2008; COLLANGE et al, 2010)

A eclampsia no pós-parto é uma condição rara que pode ocorrer logo nas primeiras 48 horas após o parto. É comum em mulheres que já foram diagnosticadas com pré-eclâmpsia durante a gravidez. Pode aparecer em mulheres que apresentam característica que favorecem essa doença como obesidade, pressão alta, diabetes e idade superior a 40 anos ou menos de 18 anos (NEME, 2000; REZENDE, 2006).

De acordo com a OMS, 99% das mortes maternas ocorrem em países em desenvolvimento. Entre as causas mais importantes estão àquelas consideradas evitáveis, levando-se em consideração que tanto o tratamento quanto o manejo das complicações são bem conhecidos. Entre essas causas destacam-se as hemorragias, as infecções puerperais e pré-eclâmpsia, porém há também de se considerar os fatores que impedem a mulher na busca por assistência durante a gestação, sobretudo aqueles relacionados à pobreza, à distância dos

centros de assistência, à falta de informações, à existência de serviços inadequados e também aqueles relacionados às práticas culturais(PETERS, R. & FLACK, 2004)

Desta forma é importante que possamos fazer uma revisão mostrando a importância do pré-natal a gestante de risco e do acompanhamento da enfermagem, que toda gestante tem que ter para a integridade das condições de saúde da mãe e da criança.

OBJETIVOS

Objetivos Gerais: Realizar uma revisão da literatura sobre a eclampsia e a saúde da mulher com ênfase na atuação da enfermagem no diagnóstico e no cuidado de enfermagem

Objetivos específicos: Descrever os riscos para a gestante com eclampsia, suas alterações fisiopatológicas mais importantes e qual a atuação da enfermagem no diagnóstico precoce no cuidado da gestante com eclampsia


METODOLOGIA

A metodologia utilizada será de revisão de literatura baseada na busca de dados referenciados no LILACS, MEDLINE, SCIELO, As buscas foram realizadas em cinco bases de dados bibliográficas - PubMed, Web of Science, EMBASE, Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature (CINAHL) e LILACS. Foram selecionados artigos publicados entre 2005 e 2020 (incluindo aqueles disponíveis online em 2020 que poderiam ser publicados em 2021). Foram selecionados artigos escritos em inglês, português ou espanhol. Os descritores utilizados para a busca foram: Eclampsia, Cuidados de Enfermagem, Diagnóstico de Enfermagem; Eclampsia, Nursing Care, Nursing Diagnosis; Eclampsia, Atención de Enfermería, Diagnóstico de Enfermería.

DESENVOLVIMENTO

ASPECTOS GERAIS E EPIDEMIOLÓGICOS

Em 2015, aproximadamente 42.000 mulheres morreram em consequência de distúrbios hipertensivos da gravidez em todo o mundo; mais de 99% dessas mortes ocorreram em países de baixa e média renda. A grande variação na eclampsia e na letalidade materna e



neonatal por distúrbios hipertensivos da gravidez entre os países enfatiza que a desigualdade e iniquidade persistem na atenção à saúde de mulheres com distúrbios hipertensivos da gravidez. Junto com o crescente interesse em melhorar a detecção da comunidade e a educação em saúde para esses distúrbios, os esforços para melhorar a qualidade do atendimento nas unidades de saúde são essenciais. As estratégias para prevenir a eclampsia devem ser informadas por dados locais (VOUSDEN et al, 2019)

Os distúrbios hipertensivos da gravidez são um grupo heterogêneo de condições que incluem hipertensão crônica, hipertensão gestacional, pré-eclampsia e pré-eclampsia sobreposta à hipertensão crônica. Esses distúrbios são responsáveis por uma proporção significativa da morbidade e mortalidade perinatal, quase 10% de todas as mortes maternas nos Estados Unidos. Dada a grande carga de saúde dos distúrbios hipertensivos na gravidez, há um interesse crescente em otimizar o manejo dessas condições. Este artigo resume o diagnóstico e o manejo de cada um dos distúrbios no espectro da hipertensão na gravidez e destaca as atualizações recentes no campo (SUTTON et al , 2018)

Os distúrbios hipertensivos da gravidez complicam 1% das gestações e são responsáveis por 16% das mortes maternas em países em desenvolvimento , entretanto sabe-se que durante a gravidez, as mudanças fisiológicas normais são refletidas na avaliação dos valores da pressão arterial , sendo uma resposta do débito cardíaco multiplicado pela resistência vascular sistêmica. A resistência vascular sistêmica diminui devido ao aumento dos níveis de progesterona, resultando em uma diminuição da PA durante as primeiras 16 a 18 semanas de gestação

Em 36 semanas, a pressão arterial, aumenta para os níveis de pré-gravidez e deve aumentar após o parto, com isso um incremento no débito cardíaco e no volume intravascular, com aumento resultante no fluxo plasmático renal e taxa de filtração glomerular. No paciente não emergente, as medições da pressão arterial devem ser feitas com pelo menos 4 horas de intervalo, mas não mais de 7 dias para estabelecer o diagnóstico.

A doença hipertensiva específica da gravidez apresenta espectro de grande variabilidade clínico-patológica, desde a pré-eclâmpsia até o seu máximo de gravidade, representado pela eclampsia, com isso torna-se fundamental que seja identificada e abordada rapidamente, pela equipe que cuida do pré-natal desta gestante , porque no Brasil , segundo o IBGE(2019) nossa incidência relativamente alta , acometendo de 6 a 100 casos para cada 10

mil recém-nascidos vivos, e promovendo mortalidade materna e fetal, diretamente proporcional ao tempo em que se demora na tomada de condutas que permitam a sua reversão.

De acordo com os fatores relacionados na atividade da equipe no pré-natal, em trabalho desenvolvido pelo Ministério da Saúde, podemos destacar alguns fatos relevantes que foram encontrados na pesquisa realizada, apontando os seguintes problemas:

- A importância da consulta de pré-natal para a identificação dos sinais e sintomas da hipertensão, assim como a ausência ou fragilidade no acompanhamento do pré-natal da gestante pela equipe da Unidade Básica de Saúde (UBS).

- No âmbito hospitalar, a dificuldade e a fragilidade no acolhimento e na classificação de risco assim como o diagnóstico oportuno na unidade hospitalar, em que a gestante não é monitorada e recebe alta precoce, resultando em morte.

- O diagnóstico tardio da hipertensão, que mais influencia a morte de gestantes, cuja causa seja a hipertensão, sobretudo, durante o pré-natal.

- A dificuldade das equipes não valorizarem as queixas das gestantes, assim como não solicitarem exames específicos ou, quando são realizados, ocorre a demora na entrega dos resultados, e, com isso, o tratamento é realizado tardiamente (BRASIL, 2019)

DIAGNÓSTICO DA ECLÂMPSIA

A eclâmpsia é uma complicação grave de pré-eclâmpsia, que ocorre quando a pressão arterial está elevada (acima de 140/90 mmHg) a qualquer momento após a sua 20ª semana de gravidez (tabela 1), com desaparecimento até 12 semanas pós-parto. Além da pressão arterial elevada, outras complicações como excesso de proteína na urina ou insuficiência hepática devem acontecer para se ter o diagnóstico de pré-eclâmpsia. A eclâmpsia se agrava e afeta o cérebro e é causada por convulsões generalizadas e explicadas em mulheres com pré-eclâmpsia (CABRAL, 1996; ARAUJO, 2010).

Tabela 1- Relação das formas clínicas do espectro pré-eclâmpsia/eclâmpsia na Triádica da PA

Forma Clínica	PA (mmHg)	Proteinúria (g/24 horas)	Edema	Queixas
Leve	14/9	< 0,3	Leve	-
Moderada	> 14/9 e ≤ 16/10	≥ 0,3 e < 3	Persistente	-
Grave	> 16/10	≥ 3	Generalizado	+
Eclâmpsia	Qualquer	≥ 0,3	Qualquer	Convulsões

(Modificado de CARMO et al, 2008)

A pré-eclampsia começa na placenta o órgão que nutre o feto durante a gravidez. No início da gestação, novos vasos sanguíneos se desenvolvem e evoluem para enviar eficientemente o sangue para a placenta. Em mulheres com pré-eclampsia, estes vasos sanguíneos não parecem desenvolver-se adequadamente. Eles são mais estreitos do que os vasos sanguíneos normais e reagem de forma diferente à sinalização hormonal, o que limita a quantidade de sangue que pode fluir através dos vasos (CABRAL, 1996 ; ARAUJO, 2010)..

Podendo o fluxo sanguíneo insuficiente para o útero, danos aos vasos sanguíneos, problema com o sistema imunológico e outros distúrbios de pressão arterial elevada durante a gravidez(CABRAL, 1996 ; ARAUJO, 2010)..

Se a gestante tem ou já teve pré – eclampsia grave, pode estar em risco de dar eclampsia. Como na primeira gravidez, idade podendo o risco maior após 35 anos e gravidez múltipla, sendo que pode aumentar o risco de eclampsia como, a obesidade, hipertensão, enxaqueca, diabetes tipo 1 ou 2, dores renais, tendência a desenvolver coágulos de sangue, doença autoimune, artrite reumatóide, esclerodermia e lúpus(CABRAL, 1996 ; ARAUJO, 2010)

De forma geral a pré-eclâmpsia, eclâmpsia e hemólise, enzimas hepáticas elevadas e síndrome de plaquetas baixas são os principais distúrbios obstétricos associados a morbidades maternas e perinatais substanciais. Como resultado, é importante que os médicos e a enfermagem façam diagnósticos oportunos e precisos para prevenir resultados maternos e perinatais adversos associados a essas síndromes. Em geral, a maioria das mulheres terá uma apresentação clássica de pré-eclâmpsia (hipertensão e proteinúria) em > 20 semanas de gestação e / ou <48 horas após o parto. No entanto, estudos recentes sugeriram que algumas mulheres terão pré-eclâmpsia sem > ou = 1 desses achados clássicos e / ou fora desses períodos de tempo. Os casos atípicos são aqueles que se desenvolvem em <20 semanas de gestação e > 48 horas após o parto e que apresentam alguns dos sinais e sintomas de pré-eclâmpsia sem a hipertensão ou proteinúria usuais (SIBAI& STELLA, 2009)

ASPECTOS GERAIS RELACIONADOS AO DIAGNÓSTICO E AO CUIDADO DE ENFERMAGEM

A ação de enfermagem é análoga ao autocuidado, pois ambas simbolizam 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 (GABBE, 1999, NEME, 2000; OMS, 2005; 2013)

O autocuidado é definido como um comportamento que implica no papel ativo do cliente em prática de atividades que o indivíduo desempenha em seu próprio benefício, a fim de manter a vida, a saúde e o bem-estar. Pode ser compreendido como a realização de ações dirigidas a si mesmo ou ao ambiente a fim de regular o próprio funcionamento de acordo com seus objetivos pessoais (GABBE, 1999, NEME, 2000; OMS, 2005; 2013).

Diante destes aspectos, a teoria de OREM identifica cinco métodos de ajuda, na qual o profissional pode assistir o cliente usando um ou todos os métodos para proporcionar a assistência com autocuidado (figura 1). São eles: Agir ou fazer para outra pessoa; guiar e orientar; proporcionar apoio físico e psicológico; proporcionar e manter um ambiente de apoio ao desenvolvimento pessoal, e ensinar (QUEIROS,2014)

A ação de enfermagem é análoga ao autocuidado, pois ambas simbolizam 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 (GABBE, 1999, NEME, 2000; OMS, 2005; 2013)

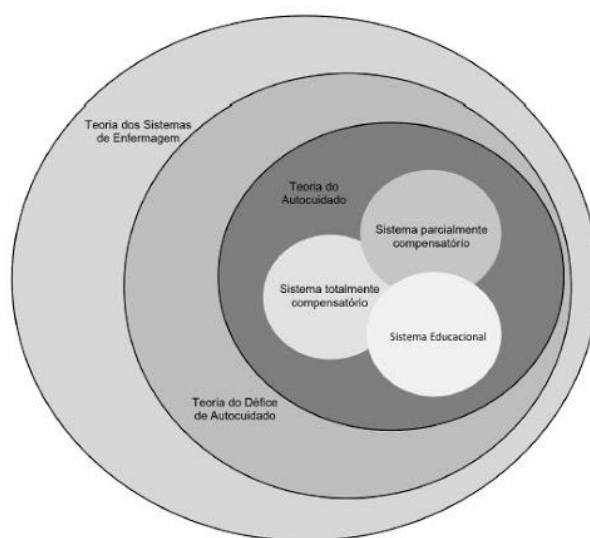


Figura 1. Teoria do Déficit de Autocuidado de Enfermagem. Fonte: Orem, D. (2001). Nursing: Concepts of practice (6th ed). St. Louis: Mosby.

Figura 1- Teoria de Orem (QUEIROS, 2014)

Temos que permitir um tempo para perguntas para a paciente ou o acompanhante. Temos que manter o ambiente tranquilo, manter o monitoramento dos sinais vitais de hora em hora, de acordo com a prescrição médica, realizações de exames caso seja solicitado pela equipe médica (BRASIL, 2000;2011)

Sendo a eclampsia uma forma grave da pré-eclampsia, com seu desenvolvimento de forma assintomática, ela permite que a enfermagem possa fazer uma assistência pré-natal e à parturição reduzindo de forma substancial a morbitalidade tanto da mãe como do filho, para isso a assistência pré-natal deve ser efetiva, começando no primeiro trimestre e que a adesão das gestantes seja realizada em no mínimo cinco consultas, e também de se considerar que a como descreve Novo e Gianini (2010).

Os outros grupos de fatores de risco referem-se a condições ou complicações que podem surgir no decorrer da gestação transformando-a em uma gestação de alto risco que devem estar no radar da equipe de enfermagem para que o pré-diagnóstico de eventos patológicos existentes possam ajudar no encaminhamento de pacientes de alto risco como:

1. Exposição indevida ou acidental a fatores teratogênicos.

2. Doença obstétrica na gravidez atual:

- Desvio quanto ao crescimento uterino, número de fetos e volume de líquido amniótico;
- Trabalho de parto prematuro e gravidez prolongada;
- Ganho ponderal inadequado;
- Pré-eclâmpsia e eclâmpsia;
- Diabetes gestacional;
- Amniorrexe prematura;
- Hemorragias da gestação;
- Insuficiência istmo-cervical;
- Aloimunização;
- Óbito fetal.

3. Intercorrências clínicas:

- Doenças infectocontagiosas vividas durante a presente gestação (ITU, doenças do

trato respiratório, rubéola, toxoplasmose etc.);

- Doenças clínicas diagnosticadas pela primeira vez nessa gestação (cardiopatias, endocrinopatias).(BRASIL 2011; 2013)

Diversos estudos, mostram que a ação efetiva de medidas emergenciais da equipe de enfermagem e uma intervenção medicamentosa eficaz e rápida, conseguem efeitos não deletérios e conseguem em diversos casos evitar a morte das pacientes (FREITAS et al, 2006 ; FIGUEIREDO, 2008) .

Uma gestante com eclampsia, ao ingressar na uma unidade de emergência, dever ter suas queixas bem observadas pela equipe de enfermagem, que treinada e bem orientada poder notar pequenas as alterações apresentadas pela paciente, orientando ao repouso no leito, , ao controle da pressão arterial, promover a diurese e acompanhar o bem estar fetal mantendo-se atenta a monitorização dos batimentos cardíacos (BCF) (FREITAS et al, 2006 ; FIGUEIREDO, 2008) ..

Também deve ser elegível a indução do parto em caso de pré-eclâmpsia podendo-se evoluir para parto normal, em caso de eclampsia deve-se optar pela cesárea(FREITAS et al, 2006 ; FIGUEIREDO, 2008) ..

O tratamento mais indicado é o parto, caso não seja possível, os esforços devem ser voltados para o controle dos sinais vitais e para melhoria das condições materno-fetais, até que o parto possa ser realizado.

Em casos onde ocorram convulsões devemos seguir alguns passos:

Aspirar às secreções e inserir uma cânula de Gedel;

Administrar O₂ a 5 L/min;

Instalar solução de glicose a 5% em veia periférica;

Manter a paciente em decúbito lateral;

Administrar sulfato de magnésio;

Administrar nifedipina (V.O.) ou hidralazina (E.V.) se PA maior ou igual a

160/110 mmHg;

Inserir cateter vesical de demora (FREITAS et al, 2006 ; FIGUEIREDO, 2008).

Em casos onde o sulfato de magnésio é utilizado, podemos seguir a orientação de descrita , por Dainy et al em 2012:

Optando por sulfato de magnésio (MgSO₄), a enfermagem deve tomar algumas precauções, como assistência contínua de enfermagem, cateterismo venoso pérvio, sonda de Foley para drenagem e controle hídrico da função renal, estar alerta a alterações no estado clínico da gestante, manter material de urgência à mão, controlar frequentemente os sinais vitais, pesar a paciente diariamente, auscultar e registrar o BCF e prestar assistência aos familiares da gestante

Percebe-se, nos estudos acima que o enfermeiro tem um papel importante no reconhecimento precoce dos sinais e sintomas da patologia, pois é ele o primeiro profissional da equipe a ter contato com a paciente, elevando assim as chances de êxito no tratamento, aumentando a sobrevivência das pacientes e reduzindo as sequelas provocadas (DAIANY et al, 2006).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Atualmente a eclampsia tem sido alvo de constantes pesquisas e discussões na área da saúde da mulher, por se tratar de uma complicação do ciclo gravídico-puerperal, responsável pelo elevado óbito materno-fetal. Com o desconhecimento da sua verdadeira etiologia, vários estudiosos se dedicam a essa temática no sentido de conhecer os fatores que desencadeiam essa doença; contudo não há um consenso entre eles sobre a possibilidade de se prevenir essa patologia.

Alguns são categóricos em afirmar que a eclampsia é possível de prevenção, já outros não concordam com essa afirmativa. Neste contexto, a eclampsia possui uma grande relevância ao interferir no processo da maternidade, rompendo a naturalidade da gestação, um fenômeno fisiológico, podendo comprometer a vida da mulher e do seu bebê.

Considerando a problemática do tema, torna-se necessário discuti-la no sentido de obter bases para promover uma assistência de enfermagem qualificada e específica para esta patologia. Estes relatos serviram de subsídios para se discutir a filosofia da enfermagem, o objeto de trabalho, sua atuação junto às mulheres com eclampsia, enfim a assistência esperada no sentido de obter uma relação mais humanizada com a equipe e estabelecer laços de confiança e motivação.

Diante do exposto, é preciso que haja uma promoção da educação continuada da equipe de enfermagem no sentido de aprimorar o conhecimento e, principalmente, humanizar o atendimento; saber que a mulher ali internada é um ser humano que ri, que chora, que sente dor, que é mãe, filha e irmã de alguém, que possui uma família, um nome, uma história, merecendo atenção, respeito, solidariedade e profissionalismo. É um direito de a mulher ter uma assistência de enfermagem sistematizada e de qualidade. É dever da equipe de enfermagem garantir essa assistência, trabalhando não só na sua reabilitação e tratamento, mas também na prevenção da doença e promoção da saúde.

REFERÊNCIAS

ARAÚJO, S.M.et al. A importância do pré-natal e a assistência de enfermagem. Revista Eletrônica de Ciências. v3, n.2, p.1-7, jul-dez,2010.

BAHA M. SIBAI Diagnosis, Prevention, and Management of Eclampsia. *ObstetGynecol.* 2005; 105:402-10.

BRASIL -Ministério da Saúde (BR) Gestação de alto risco. 3ª ed. Brasília (DF); 2000.

BRASIL - Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Gestação de alto risco: manual técnico / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. – 5. ed. – Brasília : Editora do Ministério da Saúde, 2010.302 p. – (Série A. Normas e Manuais Técnicos)

BRASIL. Ministério da Saúde, Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (DATASUS). Óbitos de mulheres em idade fértil e óbitos maternos, 2011 [Internet]. Brasília; 2012 [citado 2013 jan.14] Disponível em: Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?sim/cnv/mat10uf.def> [Links]

BRASIL. Ministério da saúde. Atenção à Saúde da Gestante. Programa Viva Vida Projeto Mães de Minas. Nota Técnica conjunta. Maio. 2013

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise em Saúde e Vigilância de Doenças não Transmissíveis. Saúde Brasil 2019 uma análise da situação de saúde com enfoque nas doenças imunopreveníveis e na imunização / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Análise em Saúde e Vigilância de Doenças não Transmissíveis – Brasília: Ministério da Saúde, 2019.

520 p. : il.

CABRAL ACV. Abordagem terapêutica da eclampsia. *RevGinecolObstetr* 1996.3(4):25-30.

COLLANGE O, LAUNOY A, KOPF-POTTECHER A, et al. Eclampsie [Eclampsia]. *Ann FrAnesthReanim.* 2010;29(4):e75-e82. doi:10.1016/j.annfar.2010.02.021;

DAIANY, Castro Karina et al, A Atuação de enfermagem no Pronto Socorro à pacientes com eclâmpsia. Revista Eletrônica de Enfermagem do Centro de Estudos de Enfermagem e Nutrição [serial on-line] 2012 Ago-Dez 3(3) 1-16.

FERREIRA, Maria Beatriz Guimarães et al. Nursing care for women with pre-eclampsia and/or eclampsia: integrative review. Rev. esc. enferm. USP, São Paulo, v. 50, n. 2, p. 324-334, Apr. 2016.

FIGUEIREDO NMA, VIANA DL, MACHADO WCA. Tratado prático de enfermagem, volume 1. 2ª ed.- São Caetano do Sul, SP: Yendis Editora, 2008.

FREITAS F, COSTA SH M, RAMOS JGL E MAGALHÃES JA. Rotinas em obstetrícia- 5ª ed. – São Paulo, SP: Artmed editora S.A., 2006

GABBE SG. Obstetrícia fundamental. 3ª ed. Rio de Janeiro (RJ): Guanabara; 1999.

KARUMANCHI SA, LINDHEIMER MD. Advances in the understanding of eclampsia. Curr Hypertens Rep. 2008;10(4):305-312. doi:10.1007/s11906-008-0057-3

NEME B. Obstetrícia. 2ª ed. São Paulo (SP): Savier; 2000.

NOVO, Joe Luiz Vieira Garcia; GIANINI, Reinaldo José. Mortalidade materna por eclâmpsia. Rev. Bras. Saude Mater. Infant., Recife, v. 10, n. 2, p. 209-217, June 2010

QUEIROS, Paulo Joaquim Pina; VIDINHA, Telma Sofia dos Santos; FILHO, António José de Almeida. Autocuidado: o contributo teórico de Orem para a disciplina e profissão de Enfermagem. Rev. Enf. Ref., Coimbra, v. serIV, n. 3, p. 157-164, dez. 2014.

REZENDE J, MONTENEGRO ACB. Obstetrícia fundamental. 10ª ed. Rio de Janeiro (RJ): Guanabara; 2006.

SIBAI BM, STELLA CL. Diagnosis and management of atypical preeclampsia-eclampsia. Am J Obstet Gynecol. 2009 May;200(5):481.e1-7. doi: 10.1016/j.ajog.2008.07.048. Epub 2008 Nov 18. PMID: 19019323.

SUTTON ALM, HARPER LM, TITA ATN. Hypertensive Disorders in Pregnancy. Obstet Gynecol Clin North Am. 2018;45(2):333-347. doi:10.1016/j.ogc.2018.01.012


TEZZA VM. Enfermagem obstétrica neonatal. Florianópolis (SC): Bernúncia; 2002.

VOUSDEN N, LAWLEY E, SEED PT, et al. Incidence of eclampsia and related complications across 10 low- and middle-resource geographical regions: Secondary analysis of a cluster randomised controlled trial. PLoS Med. 2019;16(3):e1002775. Published 2019 Mar 29. doi:10.1371/journal.pmed.1002775

ZIEGEL EE, CRANLEY MS. Enfermagem obstétrica. Rio de Janeiro (RJ): Guanabara; 1985

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). Recomendações da OMS para a prevenção e tratamento da pré-eclâmpsia e eclâmpsia. Brasília: OMS; 2013. [Links]

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). Educação para uma Maternidade Segura. Módulos de educação em obstetrícia: eclâmpsia. Brasília: OMS ; 2005. [Links]



PETERS, R. M.; FLACK, J. M. Hypertensivedisordersofpregnancy. J. Obstet. Gynecol. NeonatalNurs, cidade, v 33, n. 2, p. 209-220, mar. / abr. 2004.

FIGUEIREDO NMA, VIANA DL, MACHADO WCA. Tratado prático de enfermagem, volume 1.2ª ed.- São Caetano do Sul, SP: Yendis Editora, 2008.

FREITAS F, COSTA SH M, RAMOS JGL E MAGALHÃES JA. Rotinas em obstetrícia- 5ª ed. – SãoPaulo, SP: Artmed editora S.A., 2006.

CAPÍTULO 18

O PAPEL DO ENFERMEIRO NOS SERVIÇOS DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA

Ana Cláudia Costa dos Santos, FMB

Thayssa Karoline Barros Nascimento, FACITEB

Luana Guimarães da Silva, FMB


RESUMO

Pacientes que necessitam dos serviços de urgência e emergência, são aqueles em estado mais grave, que necessitam de tratamento imediato ou de curto prazo. Estes serviços contam com uma equipe de enfermeiros bem treinados que realizam boa parte do atendimento ao paciente, desde a triagem, bem como também auxiliando os médicos durante a tomada de medidas necessárias à sobrevivência do paciente. Este estudo tem por finalidade realizar um levantamento acerca do envolvimento do enfermeiro com os pacientes dentro da Urgência e Emergência dos hospitais, atuando em prontos-socorros, evidenciando o processo de enfermagem dentro desses ambientes. Foi realizada pesquisa bibliográfica sobre o tema com o objetivo de mostrar a sua relevância no mundo acadêmico de enfermagem, utilizando artigos dos últimos 10 anos, colhidos das plataformas de pesquisa Biblioteca Eletrônica Científica Online (Scielo), Periódicos da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES), Google Acadêmicos, além de documentos oficiais do Conselho Federal de Enfermagem (COFEN), a escolha do material incluiu artigos publicados nos últimos 10 anos, com as seguintes palavras-chave: assistência, papel do enfermeiro, enfermagem, urgência, unidade de emergência. O enfermeiro possui diversas atribuições dentro de uma unidade de pronto atendimento, administrando medicamentos, controle de sinais vitais, passagens de sondas, curativos, entre outros. Assim pode-se notar que o serviço realizado pelo profissional de enfermagem é muito abrangente, é necessário que estes profissionais tenham qualidade de vida dentro de seus ambientes de trabalho, a motivação e a educação continuada em serviço devem ser incorporadas ao cotidiano desses ambientes, para que assim, os mesmos realizem um atendimento de qualidade e cuidado durante o serviço prestado.

PALAVRAS-CHAVE: Pronto-socorro, emergência, urgência, enfermagem, hospital.

INTRODUÇÃO

Os serviços de urgência e emergência são caracterizados pelo atendimento a pacientes em situações agudas com risco de morte e/ou sofrimento intenso. Segundo o Ministério da Saúde (2014) emergência diz respeito à constatação médica de condições de agravo a saúde



que impliquem sofrimento intenso ou risco iminente de morte, assim exigindo tratamento imediato, já a urgência é a ocorrência imprevista de agravo à saúde que pode ser com ou sem risco potencial a vida, este também necessita de assistência médica imediata.

Segundo Oliveira & Trindade (2010) “ao enfermeiro, remete-se a competência de fornecer uma resposta adequada relativa às necessidades em cuidados de enfermagem valorizando a vida e a qualidade nela empregada.”. Assim percebe-se que o trabalho do enfermeiro dentro de qualquer ambiente de trabalho é deveras necessário.

Dentro deste ambiente hospitalar, as funções do enfermeiro são inúmeras, e vão desde realizar a triagem dos pacientes, identificando os casos que necessitam de atendimento imediato como também auxiliar no atendimento prestado por médicos à fim de agilizar os processos diagnósticos como também medidas necessárias para a sobrevivência do paciente. Entretanto, Furtado & Júnior (2010) diz que embora a importância da atuação do enfermeiro no processo de gerenciamento da qualidade do atendimento prestado nos serviços hospitalares de emergência brasileiros, existem grandes dificuldades que esse profissional encontra no cotidiano dessa gestão e que ainda são pouco divulgadas.

As dificuldades são muitas, tais como: falta de segurança, limpeza, ambiente de trabalho muitas vezes impróprio, falta de equipamentos, no fim isso tudo dificulta o profissional da saúde em realizar seu trabalho de forma exata.

Visando mostrar como ocorre a assistência do enfermeiro dentro do ambiente hospitalar de urgência e emergência, o presente estudo tem por finalidade realizar um levantamento acerca do envolvimento do enfermeiro com os pacientes dentro da Urgência e Emergência dos hospitais, atuando em pronto-socorros, evidenciando o processo de enfermagem dentro desses ambientes.

SESSÕES DO ARTIGO

METODOLOGIA

Reflexão baseada em revisão da literatura, ou seja, uma pesquisa bibliográfica que visa pesquisar sobre a assistência prestada pelo enfermeiro dentro das unidades que prestam serviço de Urgência e Emergência. Realizando uma pesquisa bibliográfica sobre o tema com o objetivo de mostrar a sua relevância, conforme Pizzani et al (2012) “Quando uma pesquisa

bibliográfica é bem-feita, ela é capaz de gerar, especialmente em temas pouco explorados, a postulação de hipóteses ou interpretações que servirão de ponto de partida para outras pesquisas “.

A fim de realizarmos uma análise descritiva e crítica acerca do papel do enfermeiro nas assistências prestadas no ambiente em questão. Serão utilizados documentos oficiais do Ministério da Saúde, assim como artigos e trabalhos científicos pesquisados nos sites de busca tais como Biblioteca Eletrônica Científica Online (SciELO), Periódicos da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES), Google Acadêmicos, além de documentos oficiais do Conselho Federal de Enfermagem (COFEN), acerca do tema.

A escolha do material incluiu artigos publicados nos últimos 10 anos, com as seguintes palavras-chave: assistência, papel do enfermeiro, enfermagem, urgência, unidade de emergência.

Inicialmente, realizou-se a leitura de todos os títulos e resumos das referências bibliográficas. Logo depois, foram analisadas de acordo com os seguintes critérios de inclusão: textos em língua portuguesa, em formato de artigos disponíveis gratuitamente em meio eletrônico, publicados em periódicos nacionais, e que relatem sobre o papel do enfermeiro nas unidades de emergência.

NORMATIVAS SOBRE O DEVER DO ENFERMEIRO NAS UNIDADES DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA

O enfermeiro exerce todas as atividades de Enfermagem regido pela Lei do Exercício Profissional nº 7.498, de 25 de junho de 1986, assim como, pelo Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem, sendo a última versão deste, a aprovada pela Resolução Cofen nº 311, de 8 de fevereiro de 2007. Tem como órgão regulador o sistema Cofen/Coren que, dentre outras atribuições, dispõe do poder normativo, para regulamentar e suprir a legislação federal, no que concerne às atividades técnicas das profissões compreendidas nos serviços de enfermagem (COFEN, Resolução nº 311, 2007).

Estes elucidam que o profissional de enfermagem deve atuar conforme suas competências teóricas, técnicas e legais garantindo um atendimento eficaz e seguro para o enfermeiro e para o enfermo. Desta forma, o profissional de enfermagem tem um papel fundamental na assistência ao paciente em situações de urgência e emergência.

Conforme COFEN, a Lei 7.498, em seu artigo 11º, e o Decreto 94.406, em seu artigo 8º, evidenciam que o enfermeiro deve exercer todas as atividades de sua profissão cabendo-lhe estabelecer cuidados diretos de enfermagem a pacientes graves com risco de vida e cuidados de enfermagem de maior complexidade técnica e que exijam conhecimentos de base científica e capacidade de tomar decisões imediatas.

No artigo 18º da referida lei, há o embasamento para esta postura do enfermeiro ao afirmar que este profissional tem a obrigação ética de respeitar, reconhecer e realizar ações que garantam o direito da pessoa ou de seu representante legal, de tomar decisões sobre sua saúde, tratamento, conforto e bem estar (COFEN).

As regulamentações sobre a competência legal do enfermeiro no atendimento da urgência/emergência relacionam-se aos limites de atuação do enfermeiro em relação aos demais membros da equipe de enfermagem, aos outros profissionais da equipe de saúde e à competência técnica para a realização do procedimento.

URGÊNCIA E EMERGÊNCIA

Emergência e urgência apresentam vários significados na língua portuguesa, assim como na linguagem da biomedicina do Brasil, no qual busca atribuição de uma acepção unívoca e operante, certamente médico. Primeiramente, é necessário entender as noções de emergência e urgência desde nas definições do dicionário até nos conceitos médicos e de saúde pública (MARQUES, 2010).

As duas palavras “emergência” e “urgência” são consideradas sinônimas, desta forma acabam tendo relação uma com a outra quando são aplicadas em algum caso, conforme o dicionário e as definições dos conceitos da saúde.

A urgência tem como sua definição qualidade de iminência, por outro lado a emergência é definida como ação de emergir. Uma emergência é o aparecimento de alguma ocorrência, tipo um episódio. Para que se defina em emergência é necessário que seja uma ocorrência imediata e inesperada, desta forma mostra que há uma situação crítica e perigosa, que deve ser atendida imediatamente, diferente da urgência, que pode esperar um pouco, conforme GIGLIO-JACQUEMOT, 2005.

Existem dois conceitos para decidir prioridades nos atendimentos pronto-socorros:

- **Emergência:** acontecimento ou estado de perigo, de modo inesperado, sendo necessário atendimento imediato.

- **Urgência:** ocorrência ou situação perigosa, de surgimento rápido, não inesperado, mas não sendo necessário um atendimento imediato e sim em curto prazo.

Desta forma, o que difere emergência e urgência, são os seguintes pontos:

- 1) A Emergência exige solução imediata e é inesperada;
- 2) A Urgência apresenta periculosidade tanto quanto a emergência, mas não necessariamente precisa de atendimento imediato.

De uma forma mais simplificada e prática:

- **Emergência:** são condições ameaçadoras a vida do paciente, o mesmo necessita de ser atendido de imediato pelo médico. Ex: PCR, Hemorragia Grave.

- **Urgência:** são condições graves, mas geralmente não perigosa se o suporte médico tiver uma pequena demora. Ex: Dor abdominal grave, queimaduras.

- **Não emergencial:** permite uma demora maior para o atendimento médico sem prejuízo ao paciente. Ex: Infecções respiratórias, cefaléia.

Desta forma, a urgência se caracteriza em situações que não podem ser adiadas devem ser resolvidas rapidamente, pois correm risco de vida. Bem como a emergência que se caracteriza em situações críticas, ocorrência de perigo, incidente ou imprevisto, é a circunstância que exige uma intervenção médica imediata.

Assim, a área de urgência e emergência compreende a assistência pré-hospitalar (APH) que ocorre fora do hospital pode variar de um simples conselho ou orientação, até o envio de viaturas com suporte apropriado ao local da ocorrência, visando a manutenção da vida ou a minimização de sequelas.

Também compreende a área hospitalar que totaliza o atendimento nos prontos-socorros e salas de emergência e exige profissionais qualificados que são os enfermeiros, para que possam oferecer cuidados imediatos e com segurança para pacientes em estado de risco e até próximo da morte.

A Atenção às Urgências deve fluir em todos os níveis do SUS, organizando a assistência desde as Unidades Básicas, Equipes de Saúde da Família até os cuidados

pós-hospitalares na convalescença, recuperação e reabilitação. (MINISTERIO DA SAÚDE 2003).

RESPONSABILIDADES DO ENFERMEIRO NAS UNIDADES DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA

O Ministério da Saúde define como competência e atribuições do enfermeiro no Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU), conforme NETO, 2010:

- Supervisionar e avaliar as ações de enfermagem da equipe no atendimento pré-hospitalar móvel;
- Executar prescrições médicas por telemedicina;
- Prestar cuidados de enfermagem de maior complexidade técnicas a pacientes graves com risco de vida, que exijam conhecimentos científicos adequados e capacidade de tomar decisões imediatas;
- Prestar a assistência de enfermagem à gestante, a parturiente e ao recém-nato;
- Realizar partos sem distócia;
- Participar nos programas de treinamento e aprimoramento de pessoal de saúde em urgência, particularmente nos programas de educação continuada;
- Fazer controle de qualidade nos serviços de aspecto inerentes à sua profissão;
- Subsidiar os responsáveis pelo desenvolvimento de recursos humanos para necessidades de educação continuada da equipe;
- Obedecer a Lei de Exercício Profissional e o Código de Ética de Enfermagem;
- Conhecer equipamentos e realizar manobras de extração de manual e vítimas.

O enfermeiro exerce todas as atividades de Enfermagem regido pela Lei do Exercício Profissional nº 7.498, de 25 de junho de 1986, assim como, pelo Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem, sendo a última versão deste, a aprovada pela Resolução Cofen nº 311, de 8 de fevereiro de 2007. Tem como órgão regulador o sistema Cofen/Coren que, dentre outras atribuições, dispõe do poder normativo, para regulamentar e suprir a legislação federal, no que concerne às atividades técnicas das profissões compreendidas nos serviços de enfermagem.

A enfermagem é muito citada pelo fato de trabalhar com enfermidades críticas e com situações de morte, em paralelo a isso esta o enfermeiro que trabalha na unidade de urgência e emergência, no qual se depara em situações de alta complexidade e assim necessita tomar

decisões rápidas e concretas, com objetivo a morte do paciente; neste sentido o stress pode estar presente no cotidiano deste profissional.

O atendimento de urgência e emergência desencadeou emoções e reações diversificadas, acentuando assim o interesse e a necessidade de se conhecer o impacto que o serviço de urgência e emergência provoca nos profissionais da área da saúde que prestam atendimento.


O enfermeiro pode detectar alterações sutis, que facilitam as intervenções terapêuticas e previnem complicações que estão frequentemente associadas ao trauma, também assume um lugar importante para garantir um cuidado mais humanizado e eficiente, pois permanece por mais tempo com o paciente, devendo garantir assim uma melhor assistência.

“Os profissionais de enfermagem têm como objetivo principal atender o ser humano em suas necessidades básicas, proporcionando conforto, bem-estar físico e mental, além de dar atenção ao cuidar do outro.” (CARVALHO, 2006).

A equipe de enfermagem tem suma importância no atendimento ao paciente, desde o instante momento pré-hospitalar, como no papel de Serviço de Atendimento Móvel de Urgência e Emergência (SAMU), até da alta ou transferência do paciente, não necessitando apenas de habilidade, mas também conhecimento e ética na urgência e emergência.

Algumas funções assistenciais do enfermeiro dentro de uma Unidade de Pronto atendimento, em casos de situações de emergência são:

- Cuidar do paciente com apoio do médico;
- Preparar e administrar medicamentos;
- Realização de coleta para exames;
- Passagem de sondas;
- Troca de traqueostomia e punção venosa com cateter;
- Curativos;
- Preparação de instrumentos para intubação, aspiração, monitoramento cardíaco e desfibrilação, dando apoio a equipe médica diante da execução de diversos procedimentos;
- Controlar os sinais vitais;
- Acompanhar a evolução do paciente, assim como anotar no prontuário.



Ao longo dos anos, a enfermagem conquistou espaço e ganhou reconhecimento junto à sociedade e entre os demais profissionais da área da saúde. Sua prática tem como base a ciência, a informação e a pesquisa, o que induziu a reflexão sobre as divisões e formas de atuação do enfermeiro nos vários níveis e áreas de atenção a saúde. (REZENDE,2008).

Atualmente, percebe-se que os enfermeiros ainda não conseguem priorizar as atividades essenciais de enfermagem nas instituições de saúde. Possivelmente diversos fatores contribuem para a ocorrência dessa situação. Dentre eles, a falta ou a não explicação de uma filosofia do serviço de enfermagem que contemple todas as convicções do grupo, o que corrobora para cada elemento da equipe de enfermagem norteie suas ações de acordo com suas próprias convicções.

Cabe salientar que, para o desenvolvimento das atividades administrativas, os enfermeiros têm seguido rotinas preestabelecidas pela instituição, que não abre margens para que desempenhem o gerenciamento do serviço de enfermagem com maior autonomia, flexibilidade e criatividade.


Nesse sentido, a organização do trabalho na área hospitalar tem diminuído as possibilidades dos enfermeiros contribuírem mais efetivamente para o alcance da qualidade da assistência.

Atualmente, percebe-se que os enfermeiros ainda não conseguem priorizar as atividades essenciais de enfermagem nas instituições de saúde. Possivelmente diversos fatores contribuem para a ocorrência dessa situação.

Dentre eles, a falta ou a não explicação de uma filosofia do serviço de enfermagem que contemple todas as convicções do grupo, o que corrobora para cada elemento da equipe de enfermagem norteie suas ações de acordo com suas próprias convicções.

O desempenho de assistência à saúde é fixado pela equipe pluridisciplinar que é composta por: médicos, enfermeiros, auxiliares, técnicos, fazendo com que o ato de praticar a enfermagem gire ao redor da satisfação da saúde de toda a população. Já a atuação do enfermeiro deve ser direcionada com atenção, compromisso com o outro, competência e responsabilidade com suas atribuições.

A enfermagem, como parte integrante da equipe de saúde, tem implementado ações no intuito de assistir o ser humano no atendimento de suas necessidades básicas.



No entanto, estas ações, de caráter preventivo, curativo ou de reabilitação, desenvolvidas pela enfermagem, à sua clientela através de processo educativo muitas vezes, não são inseridas na vida cotidiana do profissional enfermeiro, devido a sobrecarga de atividades diárias que afetam a qualidade de sua existência nem sempre têm sido aplicadas por esses profissionais em seu próprio benefício.

Em um atendimento de situação emergencial em que o profissional da saúde responsável esteja incapacitado de prestar assistência, o enfermeiro tendo conhecimento teórico e técnico sobre a situação de morte do paciente, e como especialista poderá ter liberdade para executar ações com o intuito de estabilizar e manter a vida do paciente, em resumo, durante a ausência do médico responsável, o enfermeiro, em suas faculdades mentais poderá realizar procedimentos para salvar a vida do paciente.

Devido ao crescente número de atendimentos com situação de urgência e emergência no Brasil, que são gerados por diversas situações, entre elas, acidentes de trânsito, violência urbana e também doméstica e doenças de diversas origens, principalmente cardiovasculares, também vem crescendo a necessidade de um atendimento rápido e eficiente na fase anterior a fase hospitalar, tendo como principal argumento o fato de que proporcionalmente ao nível de qualidade do suporte oferecido, traumas e diversas lesões podem ser cuidados sem gerar grandes sequelas.

Desta forma, tem-se a imprescindibilidade da formação de um planejamento das atividades da enfermagem focadas em promover serviços de saúde que tem caráter emergencial e urgente.

Emergência é uma característica em que uma dada ocorrência apropria-se quando um conjunto de circunstâncias se modifica, e é caracterizado pela necessidade de um enfermo ser atendido num prazo curto de tempo.

O enfermeiro bem preparado tem totais condições para executar sua função com eficiência e gerando bons resultados que são refletidos na condição do paciente, proporcionando um avanço significativo na qualidade de vida da população como um todo, e tudo isso pode ser aprimorado por meio de desenvolvimento de ações voltadas para gerencia, assistência, pesquisa e ensino, todas sendo lideradas pelo enfermeiro.

Na prestação de assistência, o enfermeiro comanda ações com uma elevada complexidade, delegando os procedimentos de baixa complexidade para auxiliares e técnicos de enfermagem, respeitando os limites éticos e legais da profissão, considerando que o enfermeiro segue um estilo de liderança ativa, delegando funções, dando exemplos e ensinando.

O semblante de respeito ao enfermo nas unidades de saúde emergenciais, o ambiente, muitas vezes toma um peso maior que o comum, podendo se tornar hostil, por conta da mecanicidade e frieza que certas situações exigem, então, é sempre importante o enfermeiro e toda sua equipe passarem todo o contexto para o paciente que está envolvido no meio e também os familiares presentes, aumentando o nível de humanização no ambiente hospitalar.


O objetivo de um setor emergencial é cuidar do agravamento do estado de saúde que necessita de assistência hospitalar imediata. Uma grande parte desses enfermos que buscam atendimento deveriam ser tratados em diferentes áreas, e a emergência por conta de sua alta rotatividade e velocidade, recebe a função de encaminhar os pacientes para outras áreas de saúde para desafogar e melhorar o serviço de prestação assistencial a quem realmente precisa.

PROTOCOLOS DE ATENDIMENTOS QUE DEVEM SER SEGUIDOS POR ENFERMEIROS NOS CENTROS DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA

Ao se falar de atendimento nas unidades de urgência e emergência, os profissionais de enfermagem vivem muitos dilemas éticos e legais em relação à responsabilidade profissional, autonomia em relação às demais categorias profissionais, além da competência legal para realizar procedimentos.

Atende o usuário grave que se submete a procedimentos complexos, na maioria das vezes articulados a protocolos qualificados com especificidades, também, para a atuação do enfermeiro. Portanto, o momento no qual se dá o atendimento de emergência exige rapidez e o enfermeiro precisa estar amparado legalmente para a sua realização.

Na equipe de enfermagem, é privativa do enfermeiro a realização da Classificação de Risco. Em relação às outras profissões, embora o Ministério da Saúde afirme que a Classificação de Risco possa ser realizada por qualquer profissional de nível superior, aponta o enfermeiro como o profissional adequado a essa atuação (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2004).



O entendimento sobre a competência legal do enfermeiro para a classificação já está regulamentada nacionalmente, visto que está respaldada por Resolução do Cofen. A classificação de risco é fundamentada em conceitos internacionais, estabelecidos pelo Protocolo de Manchester.

De acordo com esse protocolo, os pacientes são classificados por cores, conforme a gravidade do caso. É um sistema de triagem que funciona com cinco cores: vermelho, laranja, amarelo, verde e azul. Onde cada cor representa o grau de urgência no atendimento do paciente:

- Vermelho: para emergências, o paciente não pode esperar nenhum minuto;
- Laranja: o atendimento é muito urgente, a espera não poderá ultrapassar 10 minutos;
- Amarelo: o atendimento é urgente, mas o paciente pode aguardar por um período de até 50 minutos;
- Verde: pouco urgente, pode aguardar por até 120 minutos ou ser encaminhado para outros serviços de saúde;
- Azul: não há urgência, o tempo de espera pode ser de até 240 minutos ou será encaminhado a outros serviços de saúde.

O enfermeiro, segundo legislação e política de saúde, pode, somente, desenvolver acolhimento com classificação de risco, o que garante ao usuário o atendimento médico.

Conforme COFEN, é preciso oferecer uma assistência de enfermagem livre de negligência, imperícia ou imprudência.

É primordial o respaldo das instituições de saúde por meio de protocolos que amparem o enfermeiro diante dessas situações limites, além de contribuir com a formação necessária para tal. Especialmente nessas situações, todas as ações de cuidado desenvolvidas pelo enfermeiro devem ser fundamentadas em recomendações científicas atuais e registradas, mediante elaboração efetiva do Processo de Enfermagem (COFEN, Resolução nº 358, 2009).

QUALIDADE DE VIDA DO ENFERMEIRO NA URGÊNCIA E EMERGÊNCIA

O enfermeiro passou a assumir papéis não só na assistência, mas na liderança e na pesquisa. Vivenciando uma rotina de trabalho estressante sem planejamento operacional de

suas atividades cotidianas o que tem ocasionado desgaste, cansaço e sobrecarga, principalmente devido muitas vezes este profissional ter uma longa jornada de trabalho.

O trabalho do enfermeiro é considerado estressante, principalmente em uma unidade onde a estabilidade de condições clínicas dos pacientes e a imprevisibilidade da atuação do enfermeiro são pontos marcantes, como ocorre nas unidades de emergência. (SALLUM, 2010)


Alguns estressores relacionados com a enfermagem e seu trabalho, segundo SALLUM:

- Problemas de comunicação com a equipe: relacionamento com superiores; relacionamento interpessoal com o paciente, familiares, colegas e outros profissionais; falta de suporte; equipe de enfermagem apática e descontente.
- Inerente à unidade: recursos físicos; mudanças tecnológicas; mudanças profissionais; ambiente; trabalho repetitivo; carga de trabalho; número inadequado de pessoal; odores desagradáveis; exposição constante a risco; falta de equipamentos; pressão no trabalho.
- Assistência prestada: lidar com a morte o morrer; paciente com dor; doença terminal; lidar com necessidades emocionais do paciente e da família; pacientes e familiares agressivos; incerteza quanto ao tratamento do paciente.
- Interferência na vida pessoal: conflito entre o trabalho e casa; desenvolvimento na carreira; tomada de decisões nos rumos da vida; experiências anteriores.
- Atuação do enfermeiro: conflito de papéis; ambigüidade de papéis; falta de autonomia; estilo de supervisão; salário não condizente; falta de treinamento; falta de oportunidade de crescimento na organização; falta de suporte administrativo e envolvimento.

Pode-se acrescentar as esses estressores a condição do sistema de saúde no Brasil, onde muitas vezes a unidade de emergência da instituição pública representa a porta de entrada ao sistema, descaracterizando o atendimento de afecções agudas e traumáticas em sobrecarregando o atendimento na unidade.

Esse fato pode refletir-se em sobrecarga de trabalho para o enfermeiro, já que ele é o coordenador da assistência ali prestada.

O enfermeiro presta assistência em setores considerados desgastantes, tanto pela carga de trabalho, como pelas especificidades das tarefas, e nesse panorama, encontra-se a unidade de emergência e os enfermeiros que lá trabalham.



As urgências e emergências se transformaram em uma das mais problemáticas assistências do sistema de saúde. O enfermeiro é um dos profissionais que está mais próximo do paciente, sendo assim, este tem papel fundamental no processo de acolhimento e atuação na avaliação de risco, reconhecendo e atuando sobre as reais necessidades do paciente.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Diante do que foi abordado, a enfermagem é uma bela arte no qual exige conhecimentos científicos e práticos tornando um trabalho satisfatório quando o resultado é positivo, porém pode-se comprovar que embora o estresse seja um fenômeno individual, o papel do enfermeiro é dar assistência ao paciente.

Como o ambiente de urgência e emergência já é considerado desgastante, torna-se necessário promover uma convivência agradável para que cada profissional possa interagir com o outro e trabalhar verdadeiramente em equipe. Atitudes do enfermeiro para minimizar ou prevenir o estresse, o senso de justiça na distribuição de atividades, a cooperação, é importante para desenvolver com naturalidade a sua função.

A motivação e a educação continuada em serviço devem ser incorporadas ao cotidiano desse ambiente. Essa preocupação demonstra a necessidade que os profissionais têm de serem mais preparados para vivenciar novas situações, gerando assim, mais segurança. Deve-se voltar à atenção da equipe de Enfermagem para o problema e ajudar a encará-lo como um desafio. Agindo dessa maneira, tudo será enfrentando de forma positiva.

Portanto, o enfermeiro deve estar sempre sintonizado com sua equipe para poder perceber fácil e rapidamente situações de desarmonia e desgaste, caso contrário, ficará mais difícil a resolução dos problemas, afetando assim a sua qualidade de vida.

Este estudo teve por finalidade mostrar o papel do enfermeiro e responder às questões ligadas à qualidade de vida do enfermeiro em unidade de emergência, enfatizando os agravos à saúde do trabalhador enfermeiro são verdadeiros e merecem destaque importante no trabalho hospitalar e no conjunto da saúde.

Por fim, considera-se que este estudo possa vir a subsidiar futuros estudos se os enfermeiros tiverem consciência do seu processo de trabalho, do desgaste, do estresse, bem como o conhecimento científico para o enfrentamento dos agravos de saúde e das situações presentes no local de emergência hospitalar e pré-hospitalar.

REFERÊNCIAS

ACOSTA, A.M., et. al. – Atividades do Enfermeiro nos Sistemas de Triagem/Classificação de Risco nos Serviços de Urgência: Revisão Integrativa. Porto Alegre, 2012. Disponível em

<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-14472012000400023>

BATISTA, K. M.; BIANCHI, E. R. F. Estresse do enfermeiro em unidade de emergência. Rev. Latino-Am. Enfermagem, Ribeirão Preto, v. 14, n. 4, 2006.

BOCCATO VRC. Metodologia da pesquisa bibliográfica na área odontológica e o artigo científico como forma de comunicação. Revista de Odontologia da Universidade Cidade de São Paulo 2006 set-dez; 18(3)265-74

BRASIL. Ministério da Saúde. Qualisus - Política de qualificação da atenção à saúde. Brasília: Ministério da Saúde; 2004. São Paulo: MS, 2005. 2v.

BRASIL. Ministério da Saúde. Terminologia básica em saúde. 2. ed. Brasília: Centro de Documentação do Ministério da Saúde, 1985.

CARTILHA da PNH. Gestão e Formação no Processo de Trabalho. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

CAVEIAO, C. et. al. Dor torácica: atuação do enfermeiro em um pronto atendimento de um hospital escola. Paraná, 2014. Disponível em <<http://pesquisa.bvs.br/aps/resource/pt/bde-26605>>

Conselho Federal de Enfermagem. Resolução Cofen n. 159, de 19 de abril de 1993: dispõe sobre a consulta de enfermagem. Brasília (DF); 1993.

COREN – Conselho Regional de Enfermagem de São Paulo. Parecer COREN - SP 001/2012 – CT PRCI nº 99.069/2012. Disponível em <http://portal.corensp.gov.br/sites/default/files/parecer_coren_sp_2012_1_0.pdf>

DAL PAI, Daiane; LAUTERT, Liana. O trabalho em urgência e emergência e a relação com a saúde das profissionais de enfermagem. Rev. Latino-Am. Enfermagem, Ribeirão Preto, v. 16, n. 3, p. 439-444, June 2008. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692008000300017&lng=en&nrm=iso>

FERNANDES MFP, FREITAS GF. A construção do conhecimento do graduando de enfermagem: uma abordagem ético-social. Rev BrasEnferm. 2007;60(1).

GOMES, A.R., et. al. – Demanda potencial de um serviço de emergência pediátrica oncológica: a atuação do enfermeiro. Rio de Janeiro, 2010. Disponível em <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/inca/Ana_Paula_servico_emergencia.pdf>

JUNIOR, J.A.B., MATSUDA, L.M. Implantação do acolhimento com classificação de risco em serviço hospitalar de emergência: atuação do enfermeiro. Maringá – PR, 2012. Disponível em <<http://periodicos.uem.br/ojs/index.php/CiencCuidSaude/article/view/14922>>

MINISTÉRIO DA SAÚDE - Portaria Nº 3.125 de 7 de Dezembro de 2006. Disponível em <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2006/prt3125_07_12_2006.html>

Ministério da Saúde. PORTARIA Nº 354, DE 10 DE MARÇO DE 2014 – Disponível em http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2014/prt0354_10_03_2014.html

OLIVEIRA M, TRINDADE MF. Atendimento de urgência e emergência na rede de atenção básica de saúde: análise do enfermeiro e o processo de acolhimento. Rev Hórus. 2010; 4(2): 160-71. Disponível em <<http://periodicos.estacio.br/index.php/revistahorus/article/viewFile/3978/1825>>

Política Nacional de Atenção às Urgências- CURSO LÍDERES , Dezembro 2007 SAMU.

POLÍTICA NACIONAL DE ATENÇÃO BÁSICA. Série Pactos pela Saúde, Volume 4, 2006 MS.Portaria GM/MS n.º 2048, de 5 de novembro de 2002. Portaria nº 1863/GM Em 29 de setembro de 2003

Silva A, Invenção A. A atuação do enfermeiro no atendimento de urgência e emergência. Revista UNILUS Ensino e Pesquisa v. 15, n. 39, abr./jun.2018. Disponível em <<http://revista.unilus.edu.br/index.php/ruep/article/view/1015/u2018v15n39e1015>>

LIMA, Suzinara Beatriz Soares de; ERDMANN, Alacoque Lorenzini. A enfermagem no processo da acreditação hospitalar em um serviço de urgência e emergência. Acta Paul. Enferm., São Paulo, v. 19, n. 3, 2006.

SEGATTO, M. L. et al. Triagem e intervenção breve em pacientes alcoolizados atendidos na emergência: perspectivas e desafios. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 23, n. 8, 2007.

ROMANI, H.M., et. Al. Uma visão assistencial da urgência e emergência no sistema de saúde. São Paulo, 2009. Disponível em <http://revistabioetica.cfm.org.br/index.php/revista_bioetica/article/view/78>


SANTOS, J.L.G. – A dimensão gerencial do trabalho do enfermeiro em um serviço hospitalar de emergência. Porto Alegre, 2010. Disponível em <https://periodicos.ufsm.br/reufsm/article/view/2463>

ROCHA, T. B. Vivências do Enfermeiro no Serviço de Atendimento Móvel de Urgência: Detalhes de um Grande Desafio. Belo Horizonte, 2013. Disponível em <http://www.scielo.cl/pdf/cienf/v14n2/art12.pdf>

MONTEZELLI, J.H.; PERES, A.M., BERNARDINO E. - Demandas institucionais e de cuidado no gerenciamento de enfermeiros em um pronto socorro. Brasília, 2011. Disponível em http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S003471672011000200020

BRASIL, Lei nº7498, de 25 de Junho de 1986. Dispõe sobre a regulamentação do Exercício da Enfermagem e dá outras providências. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Brasília, 26 de jun. 1986.

BRASIL, Ministério de Saúde – Política Nacional de Atenção às Urgências. Caderno de Atenção Básica. 3ª ed. ampl. Brasília, 2006.



WEHBE, G., GALVÃO, C.M. - O enfermeiro de unidade de emergência de hospital privado: algumas considerações. São Paulo, 2001.

SANTOS, J.L.G. – A dimensão gerencial do trabalho do enfermeiro em um serviço hospitalar de emergência. Porto Alegre, 2010. Disponível em <<https://periodicos.ufsm.br/reufsm/article/view/2463>> Conselho Federal de Enfermagem. Resolução nº 311, de 12 de maio de 2007. Aprova a reformulação do código de ética dos profissionais de enfermagem. [internet]. Disponível em: http://novo.portalcofen.gov.br/wp-content/uploads/2012/03/resolucao_311_anexo.pdf.

Ministério da Saúde (BR). Cartilha da PNH - Acolhimento com Classificação de Risco. Brasília, Ministério da Saúde, 2004. [internet]. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/acolhimento.pdf>.

Brasil. Lei nº 7.498, de 25 de junho de 1986. Dispõe sobre a regulamentação do exercício da Enfermagem e dá outras providências [Internet]. Disponível em: http://novo.portalcofen.gov.br/lei-n-749886-de-25-de-junho-de-1986_4161.html

CAPÍTULO 19

ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM AO IDOSO COM DEPRESSÃO: UMA REVISÃO SITEMÉTICA DA LITERATURA

Francinete Pereira da Cunha, FMB
Luana Guimaraes da Silva, FMB

RESUMO


O presente estudo será desenvolvido através de uma revisão da literatura eletrônica bibliográfica. O objetivo deste estudo foi realizar uma reflexão sobre os efeitos benéficos do clampeamento tardio do cordão umbilical (CTCU) em bebês. O clampeamento tardio do cordão umbilical neste estudo garantem-se os efeitos benéficos à longo prazo. Os resultados encontrados no presente estudo reforçam o papel importante do CTCU no recém-nascido, sendo usado como prevenção de prováveis patologias, como medida relevante para a prevenção da anemia ferropriva.

PALAVRAS-CHAVE: Cordão umbilical, clampeamento tardio, bebês, medicina, enfermagem.

INTRODUÇÃO

Envelhecer é um processo natural que acontece com todo e qualquer ser humano promove diversas modificações morfológicas e fisiológicas no organismo, tal processo dá-se início no nascimento, com o passar do tempo, leva o corpo a falir, esse fenômeno é chamado de “morte natural”. O envelhecimento apesar de ser um fenômeno universal tem características variadas de acordo com cada indivíduo ou um determinado grupo. Tais diferenças provém da herança genética, estilo de vida, nutrição e ambiente em que se vive

O aumento da população idosa vem ocorrendo à níveis mundiais ao longo das últimas décadas, tanto em países desenvolvidos quanto naqueles que estão em desenvolvimento (WHO, 2007). Segundo o IBGE (2010), no Brasil espera-se que até 2025 o país seja o sexto do mundo com maior número de pessoas idosas, tendo como expectativa de vida uma estimativa 81,3 anos para o ano de 2050. Com isso, a tendência é que aumente a prevalência de morbidades associadas ao envelhecimento, dentre elas a depressão.



A depressão é uma doença que não escolhe sexo e nem idade, pode ser desencadeada por vários motivos, dentre eles a perda de um ente querido, fim de um relacionamento ou mesmo a solidão. É uma patologia de difícil diagnóstico e mensuração dos reais estágios, sendo um problema de saúde de grande importância e atenção na terceira idade, principalmente porque o suicídio está entre as dez causas de morte entre idosos e a prevalência de estado depressivo em pessoas idosas seria de quatro vezes maior do que na população em geral (VIEIRA,1996).

Para o tratamento da depressão, a pessoa busca ajuda médica, dentre eles o profissional que se destaca é o enfermeiro, que se coloca em um papel importante e relevante, pois não atua somente na saúde social e psicológica, trata também da saúde biológica do paciente. A atuação da equipe de enfermagem possibilita a implementação de cuidados específicos e cruciais para o restabelecimento da saúde do indivíduo, isso se dá pelo fato dos profissionais de enfermagem se relacionarem diretamente com os indivíduos que carecem de atenção a sua saúde.

1. Objetivo Geral e Específico

1.1.Objetivo Geral

Analisar a contribuição da assistência dos profissionais de enfermagem perante ao idoso com depressão.

1.2.Objetivos Específicos

- Examinar as ferramentas usadas pelos enfermeiros no tratamento do idoso com depressão;
- Identificar as equipes de multiprofissionais que trabalham em conjunto;
- Investigar as causas que levam o idoso a depressão.
- Pesquisar artigos da literatura que corroboram com o tema proposto.

2. METODOLOGIA

A metodologia do estudo será baseada em uma revisão sistemática da literatura, utilizando descritores como “assistência da enfermagem”, “idoso”, “depressão”. Para a pesquisa bibliográfica serão utilizadas as bases Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), Nacional Library of Medicine - MEDLINE/PubMed, Literatura Latino-americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), Scientific Electronic Library (SciELO).

Os critérios de inclusão vão ser trabalhos em português e inglês, artigos publicados de 2000 a 2020, dissertações de doutorado e mestrado. Os métodos de exclusão serão os artigos que não se encaixavam nos filtros posteriormente citados.

3. DESENVOLVIMENTO

O idoso com o passar do tempo, começa a apresentar alguns transtornos de saúde devido a idade avançada e/ou algum trauma que possa vim a ocorrer em sua vida, isso por muitas das vezes, requer atenção e cuidados específicos, dentre os principais transtornos presentes na população idosa, destacam-se as demências e os depressivos. A depressão ocupa o quinto lugar como o problema de saúde com maior prevalência em todo mundo, segundo a OMS chega a afetar 130 milhões de pessoas. (GARRIDO, 2002).

A depressão no idoso passa despercebida de forma frequente através da barreira de isolamento social pelo qual a pessoa se encontra, somadas a queixas somáticas e pessimismo diante da própria existência, nesses casos, a patologia de forma errônea é classificada como parte do processo normal de envelhecimento, o que leva a um agravamento da doença e desânimo por parte da pessoa com depressão (MALDONATO, 2006).

Na velhice, a depressão envolve vários aspectos biológicos, psicológicos e sociais nos quais afeta a vida da pessoa de forma significativa, causa fragilidade na saúde devido a doenças crônicas, ou isolamento social, perda de um ente querido como esposa, por exemplo, afeta a área social, tal como: escolaridade pobreza e solidão (DJERNES, 2006).

Diante desse cenário, o idoso depressivo muitas das vezes é tratado exclusivamente por um psiquiatra, porém, a enfermagem tem muito a contribuir com a saúde física e mental do idoso, pois, segundo Berkow et al. (2002), o tratamento deve ser feito por um equipe

multidisciplinar, podendo ser incluídos os psicólogos clínicos, os assistentes sociais, os enfermeiros, alguns conselheiros religiosos e muitos profissionais paramédicos.

Para o tratamento da depressão no idoso, o sistema de saúde conta com profissionais qualificados e preparados para atender tal público, como médicos, psiquiatras, assistentes sociais, terapeutas, psicólogos e enfermeiros.

Para a atuação adequada do enfermeiro no tratamento específico para o idoso depressivo, o profissional tem que estar atualizado sobre a depressão e os cuidados que competem a área da enfermagem. Englobando uma formação mais completa possível, deve desenvolver capacidades para trabalhar com aspectos físicos, sociais e psicológicos, em prol de realizar um trabalho com maior eficácia e de fato mais humano ao paciente.

O idoso por apresentar necessidades diferentes aos demais pessoas adultas, algo que é inerente ao processo natural do envelhecimento, requer atenção qualificada e resolutiva aos seus problemas de saúde, com isso, faz-se necessário a formação de profissionais qualificados como o enfermeiro. Estes têm que ser devidamente preparados para identificar a tenacidade do processo patológico na pessoa idosa, que podem mudar o status da pessoa de independente para dependente (SILVA, 2001).


4. DISCUSSÃO E RESULTADOS

As enfermeiras contam com um importante papel no desenvolvimento e preservação da saúde da pessoa idosa, uma vez que se destacam na equipe de saúde, tornando uma importante ferramenta no atendimento médico ao público. O vínculo idoso-enfermeiro retrata a relevância do trabalho do profissional para desenvolver o trabalho de atendimento integral, inserindo família comunidade e amigos na atenção à saúde.

5. REFERENCIAS

BERKOW, R. et al (Ed.). Depressão e mania. In: BERKOW, R. et al. (Ed.). *Manual Merck de informação médica. Tradução Fernando Gomes do Nascimento*. Barueri: Manole, Cap. 84. p. 444- 452, 2002.

Djernes JK. *Prevalence and predictors of depression in populations of elderly: a review. Acta Psychiatr Scand.* 2006;113(5):372-87.



Estatística da Saúde Médico - Sanitária. *Perfil dos Idosos Responsáveis pelo Domicílio no Brasil*. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística IBGE, 2010.

Garrido R, Menezes PR. *O Brasil está envelhecendo: boas e más notícias por uma perspectiva epidemiológica*. Rev Bras Psiquiatr 2002; 24 (supl 1): 3-6.

GOTTLIE M. G. V; et al. *Aspectos genéticos do envelhecimento e doenças associadas: uma complexa rede de interações entre genes e ambiente*. Rev. Bras. Geriatr. Gerontol. Rio de Janeiro, v.10, n.3, 2007.

MALDONATO, M. *Os Aposentos Vazios da Depressão*. Rev. Viver Mente & Cérebro, n. 160, p. 38- 45, 2006.

SILVA MJ, DUARTE MJRS. *O autocuidado dos idosos: intervenção de enfermagem e melhor qualidade de vida*. Rev Enfem UERJ. 2001;9(3):248-53.

VIEIRA, E. B. *Manual de gerontologia: um guia teórico prático para profissionais, cuidadores e familiares*. Rio de Janeiro: Revinter, 1996.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. *National Health Accounts*. 2007.

CAPÍTULO 20

IDEAÇÃO SUICIDA EM ADOLESCENTES: Diagnóstico de enfermagem, através de um rastreamento de indicadores de risco para o suicídio utilizando II Taxonomia NANDA - revisão integrativa

Edivone do Nascimento Marques, FMB
Luana Guimaraes da Silva, FMB

RESUMO

OBJETIVO: Identificar na literatura específica acerca dos fatores de risco de Suicídio em adolescentes. **MATERIAL E MÉTODOS:** Trata-se de uma revisão integrativa da literatura realizada em junho de 2019 nas bases de dados Scielo, Google acadêmico, Ministério da saúde, Organização Mundial da saúde. Foram selecionados 13 artigos **RESULTADOS E DISCUSSÕES:** Após a seleção dos Artigos foram organizados em quadros para melhor compreensão, quadro 1: Descrição do Título, Autores, Periódico de publicação e Ano dos artigos revisados. 2014. quadro 2: Objetivos, metodologia e resultados; quadro 3: Diagnósticos de Enfermagem ao Risco de suicídio quadro 4: Diagnósticos de Enfermagem ao Risco de Ideação suicida. **CONSIDERAÇÕES FINAIS:** O estudo identificou alguns fatores de risco relacionados a essa temática, por isso é relevante que esse tema seja cada vez mais pesquisado na intenção de criar instrumentos para um diagnóstico precoce e para implementação de programas que possam minimizar o suicídio e comportamentos de ideação suicida em adolescentes, uma vez que o suicídio é um grave problema de saúde pública.

PALAVRAS-CHAVE: suicídio, diagnostico de enfermagem, adolescentes, ideação suicida e comportamento

INTRODUÇÃO

A Organização Mundial da Saúde (OMS) relata que no ano de 2020 o índice de suicídio será de 1,5 milhões de pessoas, uma preocupação mundial o suicídio é considerado um grande problema de saúde pública, sendo a segunda causa de morte no mundo entre pessoas na idade de 15 a 29 anos. Em relatório divulgado pela OMS estima-se que cerca de 800 mil pessoas por ano cometem suicídio no mundo (uma em cada 40 segundos). O Brasil ocupou o segundo lugar entre os países latino-americanos em número de suicido nos anos de 2000 a 2012 (FREIRE, 2017).

A adolescência é uma fase de muitas mudanças, um momento transitório que muitas vezes não é compreendido pelos adultos que também já foram adolescentes. A formação da personalidade se inicia na infância e é na adolescência que ela se fixa. Mesmo em meio a grandes conflitos tanto de ordem emocional quanto psíquica, este é um momento muito importante durante o adolecer. As transformações sociais, culturais e psicológicas são muito marcantes até que o adolescente chegue à idade adulta (ALMEIDA,2014).

O suicídio é uma das principais causas de morte entre adolescentes no mundo todo, por ser um período da vida de transformações comportamentais, essa classe de pessoas sofre muita pressão no meio social, escolar, familiar, sendo muitas vezes obrigados a se isolar do mundo e das pessoas como forma de refúgio em meio a tanto sofrimento. Sendo assim os adolescentes ficam vulneráveis ao suicídio, incluindo a ideação suicida, bem como ao planejamento e a tentativa do suicídio, fazendo-se necessário que pesquisas sobre esse tema seja de suma importância para se rastrear padrões de comportamento suicida entre adolescentes (AZEVEDO et al., 2014).

DESENVOLVIMENTO


Segundo Ministério da Saúde (2017):

O suicídio é um fenômeno que ocorre em todas as regiões do mundo. Estima-se que, anualmente, mais de 800 mil pessoas morrem por suicídio e, a cada adulto que se suicida, pelo menos outros 20 atentam contra a própria vida. Segundo dados da Organização Mundial da Saúde (OMS), o suicídio representa 1,4% de todas as mortes em todo o mundo, tornando-se, em 2012, a 15 causa de mortalidade na população geral; entre os jovens de 15 a 29 anos, é a segunda principal causa de morte (MINISTERIO DA SAÚDE, 2017).

De acordo com dados da OMS (2019):

O suicídio se tornou um problema de saúde pública que requer um olhar significativo, o número de óbitos tem crescido a cada ano, a OMS diz que nesse ano de 2020 o número será de 1,5 milhões de pessoas que cometerão o suicídio. Pensando nisso que OMS elaborou um plano de ação para reduzir essa estatística para 10% dos casos até 2020 (MINISTERIO DA SAUDE, 2019).

Dados levantados pelo Ministério da Saúde (MS) revelam que em 2002 a 2012 houve um crescimento de 40% de suicídio entre crianças e adolescentes e de 33,5% em idades de 15 a 19 anos, uma estimativa que vem preocupando cada vez mais as autoridades de saúde em todo o mundo (OMS,2014).



O comportamento suicida entre jovens e adolescentes são de alta complexidade, podendo incluir humor depressivo, uso de substâncias psicoativas, rejeição familiar, negligência, sociais, biológicas, entre outros (SCHLICHTING, 2018).

De acordo com Veronez e Almeida (2017) a adolescência pode ser marcada por crises, dificuldades, mal-estar e angústia, que sofrem alterações psicológicas que muitas vezes pode levá-los a rebeldia e a não aceitação da nova condição. No entanto, acreditam que por outro lado essa rebeldia possibilita a construção de identidade, sendo um fator importante para o desenvolvimento humano.

Segundo Oliveira, et al. (2016), para alguns adolescentes a vida não vale mais à pena, e que a intenção de suicídio está relacionada as dificuldades enfrentadas por estes e, que a morte seria uma forma de acabar com esse sofrimento, revelando que eles não têm um discernimento entre a vida e a morte.

Por esta razão é de suma importância, não só a descoberta desses pensamentos, mas a compreensão dos motivos que os levaram a ter esses pensamentos e das características típicas desse período de vida.

A complexidade dessa problemática, o suicido vem se tornando um desafio para as autoridades no mundo, pois o número de adolescentes que vem tendo comportamento suicida cresceu para 33,5% nas idades de 15 a 19 anos (OMS,2014).

Um problema que a OMS em estudos relata que os adolescentes sendo um grupo de pessoas mais vulneráveis no que diz respeito ao suicídio, requer que o quanto antes for diagnosticado pelos profissionais da saúde esses comportamentos suicidas, a chance de minimizar o estrago que isso causa em âmbito social e na saúde pública é de extrema importância (OMS,2014).

Justificando assim a importância dessa pesquisa como um meio de rastrear padrões de comportamento suicida em adolescentes na faixa etária de 15 a 19 anos. O estudo contribuirá para que através da semiologia desses comportamentos pode-se identificar precocemente e intervir na tentativa de suicídio na adolescência. Conclui-se que esse estudo é relevante para abordarmos os fatores pessoais, emocionais, sociais e biológicos que levam os adolescentes a cometerem ou idealizarem o suicídio.

OBJETIVO

Identificar na literatura específica acerca dos fatores de risco de Suicídio de maior incidência em adolescentes e diagnosticar-los conforme a II TAXONOMIA NANDA.

MATERIAL E MÉTODOS

Trata-se de uma revisão integrativa da literatura elaborada a partir da proposta de Ganong. A primeira fase, referente à pergunta condutora, teve o seguinte questionamento: quais os fatores associados ao diagnóstico de enfermagem Risco de suicídio em Adolescentes? Posteriormente, seguiu-se para a segunda fase denominada: seleção dos estudos. A busca dos artigos ocorreu nas bases de dados: Scielo, Google acadêmico, Ministério da saúde, Organização Mundial da saúde. Utilizaram-se os seguintes descritores: ideação suicida, suicídio, diagnóstico de enfermagem, adolescentes e comportamento.

O levantamento dos estudos ocorreu no mês de junho de 2019. Adotaram-se os seguintes critérios de inclusão: artigos que respondam à temática, publicados em português, espanhol ou inglês, sem limite temporal e disponíveis integralmente online. A pesquisa nas bases de dados resultou em 2.018 artigos, os quais passaram por uma pré-seleção por meio da leitura dos títulos e dos resumos. Ao término dessa fase foram pré-selecionados 45 artigos que foram lidos na íntegra, resultando em 13 artigos. Os motivos da exclusão foram por não se tratar dos fatores relacionados a ideação suicida. Os estudos relevantes para construção desse trabalho encontram-se descritos na Tabela 1 e 2.

RESULTADO E DISCUSSÃO

Após a seleção dos artigos, fez-se a leitura e análise dos dados com vistas a identificar informações como: título, revista de publicação, formação dos autores, ano de publicação, objetivo, tipo de estudo, local da investigação, população, principais resultados e conclusões dos artigos.

Para melhor visualização na totalidade dos diferentes aspectos dos artigos revisados, organizou-se o Quadro 1, o qual explicita sobre o título, os autores, o ano e o periódico de publicação; Quadro 2 Objetivos, metodologia e resultados; Quadro 3: Diagnósticos de

Enfermagem ao Risco de suicídio e Quadro 4 Diagnósticos de Enfermagem ao Risco de Ideação suicida.

A coleta de referencial bibliográfico foi de junho de 2019 até a escrita final deste trabalho.

Quadro 1: Descrição do Título, Autores, Periódico de publicação e Ano dos artigos revisados. 2014.

TÍTULO	AUTORES	PERIÓDICOS	NO
Ideação suicida e sintomatologia depressiva em adolescentes(<i>Art. 1</i>)	AZEVEDO, A; MATOS AP.	Psicologia, Saúde & Doenças.	014
Depressão na adolescência: contribuições da terapia cognitivo-comportamental. (<i>Art. 2</i>)	VERONEZ, J.H; ALMEIDA, H.R.A.	Scielo	014
Suicídio na adolescência: reflexão sobre o mal-estar na atualidade. Psicologia, O portal dos psicólogos. (<i>Art. 3</i>)	FREIRE, V.C.R	Psicologia.pt	017
Mortalidade por suicídio na adolescência: uma revisão. (<i>Art. 4</i>)	SCHLICHTING, C.A; MORAES, M.C.L	Revista família, ciclos de vida e saúde no Contexto Social	018
Suicídio em jovens e adolescentes: uma revisão acerca do comportamento suicida, sua principal causa e considerações sobre as formas de prevenção(<i>Art. 5</i>)	BATISTA, M.D. et al.	Revista Multidisciplinar e de psicologia	018
Depressão na adolescência e comportamento suicida: uma revisão integrativa. (<i>Art. 6</i>)	RAMOS, A.S.M.B. et al.	Centro Científico Conhecer	018
Suicídio na adolescência: Um descompasso na vida. (<i>Art. 7</i>)	MORAIS, A.R; LIMA, V.H.B.	Cadernos de psicologia	019
Comportamento suicida entre adolescentes: Revisão integrativa da literatura nacional (<i>Art. 8</i>)	OLIVEIRA, A.M. et al.	Revista oficial do núcleo de estudos da saúde do adolescente / UERJ	019

Ideação suicida e fatores associados entre escolares adolescentes (<i>Art. 9</i>)	SOUZA,C.M.S.et al	Revista de Saúde pública	020
Suicídio e depressão na adolescência: fatores de risco e estratégias de prevenção (<i>Art. 10</i>)	PASINI, A.L.W. et al	Research, Society and Development	020
Violência no contexto escolar e ideação suicida na adolescência (<i>Art. 11</i>)	BEZERRA,M.A. et al	Rev. Enferm. UFSM	020
Assistência de enfermagem na atenção primária à saúde de adolescentes com ideações suicidas (<i>Art. 12</i>)	PESSOA, D.M.S et al	REME-Revista Mineira de enfermagem	020
Ideação suicida em adolescentes escolares: não fechar os olhos para suas dores (<i>Art. 13</i>)	PARREIRA,L.C.F. et al	Enfermagem Brasil	020

Os artigos selecionados foram realizados com adolescente, que estavam em fase escolar, com média de faixa etária entre 15 a 19 anos. Apenas 3 artigos, não delimitaram a idade dos adolescentes que foram discutido no estudo, um dos estudos utilizou a abordagem qualitativa do tipo descritivo-exploratório, e utilizou para coleta de dados a entrevista, seguindo um roteiro norteador com 8 enfermeiros, e realizou a técnica de análise de conteúdo de Bardin, com o objetivo de identificar como ocorre a assistência à saúde, prestada pelos enfermeiros na atenção primária aos adolescentes com ideações suicidas.

Os estudos foram organizados de acordo com o ano de publicação, em ordem crescente.

Quadro 2: Descrição do Objetivo, Metodologia, Resultados.

Artigo	Objetivos	Metodologia	Resultados
<i>Art. 1</i>	Avaliar a presença de ideação suicida em adolescentes da população geral e analisar a relação entre a ideação suicida medida pelo <i>Suicidal Ideation Questionnaire</i> (SIQ, Reynolds, 1988; versão portuguesa de Ferreira & Castela, 1999) e a sintomatologia depressiva avaliada pelo <i>Children's Depression Inventory</i> (CDI, Kovacs, 1985; versão portuguesa de Marujo, 1994).	A amostra do estudo foi constituída por 233 alunos de escolas da região Centro de Portugal, que responderam aos questionários, em sala de aula, no âmbito de um estudo mais alargado sobre o tratamento da depressão na adolescência	Os resultados indicam que a ideação suicida se relaciona com a sintomatologia depressiva. Estes resultados suportam a existência de uma relação entre ideação suicida e sintomatologia depressiva e alertam para a presença de ideação suicida nos adolescentes portugueses da população geral.

Art. 2	Objetivo é contribuir com o esclarecimento relacionado à fase da adolescência e as causas associadas para a manifestação da depressão nos jovens, enfatizando o risco de suicídio e as estratégias utilizadas pela abordagem cognitivo-comportamental.	Este artigo trata-se de uma pesquisa qualitativa cujo levantamento foi realizado diante das palavras chaves: adolescência, depressão, suicídio e psicoterapia cognitivo-comportamental.	Pode se constatar que a depressão na adolescência se tornou um problema de saúde pública, devido ao alto índice de prevalência, sendo que não afeta apenas o indivíduo, mas causa sofrimento a todos os familiares, amigos e entes queridos.
Art. 3	O presente artigo pretende suscitar reflexões sobre o suicídio na adolescência, analisar a relação entre o contexto social contemporâneo e o sofrimento psíquico, e como o produto dessa relação pode contribuir para que sujeitos com idade entre 15 a 29 anos decidam se matar.	Trata-se de uma revisão de literatura que para ser realizada contou com pesquisa em livros e artigos que tratassem do tema em questão.	Este estudo teve como objetivo contemplar o problema do suicídio entre adolescentes, destacando a importância do estabelecimento de vínculos afetivos e do laço social na construção da identidade desse sujeito.
Art. 4	Objetivo deste conhecer a produção científica acerca do suicídio em adolescentes no período de 1996 a 2013	Esta é uma revisão integrativa considerando o período de 1996 a 2013, por meio das bases de dados	Os resultados sugerem associações com transtornos mentais, questões afetivas/emocionais, histórico familiar, problemas socioeconômicos. A maior prevalência de casos ocorre em indivíduos do sexo feminino, na faixa etária entre 15 e 19 anos.
Art. 5	Este estudo. Comenta criticamente a situação de suicídio de jovens no Brasil, à luz da literatura disponível	Revisão bibliográfica	Os resultados nos levam a crer que, as ações nas esferas social, familiar e profissional, precisam ser mais estimuladas, para que seja possível o desenvolvimento de estratégias com o fim último de preservar a saúde mental dos indivíduos
Art. 6	Buscou-se responder a seguinte questão norteadora: Quais são as evidências científicas nacionais publicados nos últimos dez anos que contribuem para a compreensão da sintomatologia depressiva manifestada na adolescência e sua associação com o comportamento suicida?	Revisão Integrativa de Literatura com busca na base de dados: Scientific Electronic Library Online (SciELO) através dos descritores: depressão e adolescentes.	Concluiu-se também que deverão ser realizados novos estudos sobre a temática para que se possa implementar medidas de prevenção aos transtornos depressivos e do suicídio com vistas a identificar precocemente e intervir para uma melhor qualidade de vida dos adolescentes.
Art. 7	O objetivo deste estudo é compreender a psicodinâmica do sujeito que pratica o ato autodestrutivo, por acreditar ser essa sua única opção, e possibilitar discussões concernentes ao trabalho de prevenção com adolescentes e jovens	Inicialmente, foi realizado um percurso histórico sobre o tema, perpassando pela descrição da adolescência, focando os dados de suicídio no Brasil e situando as possíveis prevenções que podem ser realizadas	O descompasso vivenciado pelo adolescente e o jovem não pode culminar numa passagem ao ato bem sucedida. É preciso dar voz a eles.
Art. 8	Buscar evidências científicas que contribuam para a compreensão do comportamento suicida na adolescência.	Revisão integrativa da literatura com busca nas bases de dados: Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde e National Library of Medicine através dos descritores: suicídio, tentativa de suicídio e adolescente.	Em função do próprio processo de adotar, pode ocorrer à busca de soluções imediatas por meio de comportamentos agressivos e suicidas. O comportamento suicida presente no adolescente retrata um pedido de ajuda frente a um sofrimento intenso
Art. 9	Analisar a prevalência de ideação suicida	Estudo transversal de base escolar	A prevalência de ideação

	e fatores associados em adolescentes escolares.	com 674 estudantes de escolas públicas e privadas em Teresina, Piauí, em 2016. Realizou-se análise bivariada com o teste do qui-quadrado e análise múltipla pelo modelo de regressão de Poisson para estimar as razões de prevalência (RP) e intervalos de confiança de 95% (IC95%).	suicida em adolescentes escolares foi associada ao sexo feminino, não residir com os pais e ter sido vítima de violência sexual na escola.
Art. 10	Discorrer sobre os fatores de risco que podem causar depressão e culminar no suicídio entre adolescentes e jovens, e as manifestações associadas a esses eventos	Trata-se de um estudo de revisão narrativa da literatura, feito num período de quatro meses, nos quais se utilizaram artigos, livros e boletins epidemiológicos que abrangessem o assunto delimitado	Concluímos, ao final do estudo, que para prevenção destes fatores é necessário não só a escuta ativa, mas também, o desenvolvimento de projetos que promovam saúde, vigilância e atenção integral à saúde.
Art. 11	Analisar a violência escolar sofrida e praticada e a sua associação com a ideação suicida, entre adolescentes com 12 a 18 anos.	Pesquisa realizada com 643 adolescentes, matriculados em escolas estaduais da cidade do Recife, Pernambuco, Brasil. Foram aplicados dois questionários: “Global School-based Student Health Survey” e “Violência na Escola”	Os resultados apontam para a necessidade de ações de saúde, que visem fortalecer os fatores de proteção e prevenção das situações de risco para a violência e ideação suicida.
Art. 12	Compreender como se dá a assistência à saúde prestada pelos enfermeiros na atenção primária aos adolescentes com ideações suicidas.	Abordagem qualitativa, realizada em oito unidades básicas de saúde (UBS), de um município de médio porte do Nordeste brasileiro	É necessário que o enfermeiro da atenção primária conheça o território e o perfil de saúde dos adolescentes
Art. 13	Subsidiar outras investigações científicas no contexto de qualidade de vida de adolescentes escolares. Eles não são apenas crianças virando adultos, ou os estigmatizados “aborrecentes”, têm muitas dores da “alma” que não podem ser negligenciadas	Projeto de Pesquisa e revisão da bibliografia científica	Identificamos que ainda são incipientes os estudos e investigações no Brasil que tratam da ideação suicida de adolescentes e jovens escolares, menos ainda com uma abordagem também sociopedagógica.

Após os estudos dos artigos pode se observar os fatores de maior incidência ao risco de Suicídio e Ideação suicida, são fatores relacionados ao uso de substâncias psicoativas, depressão, frustrações, conflitos familiares, problemas socioeconômicos, problemas relacionados a imagem corporal e conflitos sociais.

Com relação ao gênero, os resultados foram unânimes em afirmar que as mulheres são as que mais apresentam ideações suicidas, no entanto são os homens que efetivam o suicídio em maior proporção.

Na busca de artigos para este estudo foi evidenciado que a depressão, a desesperança e a ideação suicida são importantes fatores de risco de suicídio.

Quadro 03 – Diagnósticos de Enfermagem ao Risco de suicídio

Risco de suicídio – NANDA

Este diagnóstico de enfermagem é segundo o Nanda 2018-2020.

Risco de suicídio - Aprovado em 2000 • revisado em 2013, 2017

Definição: Suscetibilidade a lesão auto infligida que ameaça a vida.

<i>Populações em risco:</i>	Adolescência Sexo masculino Adolescentes que vivem em locais não tradicionais
<i>Encontrados nos artigos</i>	Etnia caucasiana História de abuso na infância História familiar de suicídio Jovens homossexuais História de tentativa de suicídio
Fatores de risco	
<i>01 – Comportamentais</i>	Acúmulo de medicamentos armazenados Impulsividade - Mudança acentuada de comportamento Mudança acentuada na atitude Mudança acentuada no desempenho escolar Recuperação eufórica repentina de depressão profunda
<i>02 – Psicológicos</i>	Abuso de substâncias Culpa
<i>03 – Situacionais</i>	Perda de autonomia Perda de independência Sociais Apoio social insuficiente Desamparo Desesperança Isolamento social Perda de relacionamento significativo Pesar Problemas disciplinares Solidão Vida familiar problemática
<i>04 – Verbais</i>	Ameaça matar-se Relata desejo de morrer


<i>Risco de violência direcionado a si mesmo</i>	Não consta	Não consta
<i>Autonegligência</i>	Falta de adesão a atividades de saúde	Abuso de substâncias
<i>Risco de vínculo prejudicado</i>	Não consta	Não consta

Os fatores de risco de Suicídio com maiores incidência em adolescentes, foram identificados a partir da análise dos artigos e diagnosticado conforme a II TAXONOMIA NANDA. O quadro 3 e 4 aborda os diagnósticos Risco de Suicídio que está classificado no domínio 11(segurança/proteção) e classe 3 (violência). Que tem como definição a vulnerabilidade a lesão autoinfligida que ameaça a vida. E o Risco de Idealização Suicida com diagnostico de enfermagem para: Risco de vinculo prejudicado; Autonegligência; Risco de violência relacionado a si mesmo; Risco de suicídio; desesperança; Isolamento social; Sofrimento espiritual; Desesperança; Risco de distúrbio na identidade pessoal; Risco de dignidade humana comprometida; Risco de baixa autoestima situacional; Sofrimento espiritual.

A população em risco identificadas nos artigos foram organizadas na tabela acima.

Contudo os resultados do presente estudo evidenciam que o desenvolvimento emocional dos adolescentes ocorrem em etapas, e a construção da sua identidade levam em consideração a cultura e o meio em que ele está inserido (VERONEZ ALMEIDA, 2014; FREIRE, 2017) Alterando durante esse processo a sua situação de atual dependência, para de futura e relativa independência, colaborando para sua reorganização psíquica, ocasionando dúvidas e incertezas, que costumam causar dores consideradas intoleráveis (OLIVEIRA et al, 2017)

De acordo com Moraes e Lima(2019) ao escrever sobre a adolescência é preciso abranger os estados afetivos e de humor capazes de alterar as suas ações, pois, devido à dificuldade de verbalizar e dizer o que sente, muitas vezes por não entender o que está



sentindo, o adolescente interioriza essa sensação e penetra com ações impulsivas, que estão frequentemente envolvidas com os atos suicidas.

Identificar os sintomas que antecedem os atos suicidas é de importante relevância para o estudo em questão, e portanto são destacados quatro indicadores que pode estar presente na pessoa que comete o ato suicida são eles: depressão, desesperança, desamparo e desespero (PESSOA et al, 2020)


No estudo de Azevedo e Matos(2014) os resultados obtidos demonstraram que a ideação suicida está principalmente relacionada com a sintomatologia depressiva, na amostra da pesquisa foram incluídos 233 adolescentes com idade entre 14 e 18 anos, onde 86 (36,9%) do gênero masculino e 147 (63,1%) do gênero feminino. 26 (10,7%) adolescentes apresentaram ideação suicida (pontuação acima do ponto de corte de Reynolds, 1988), dos quais 76,9% eram do sexo feminino.

A ideação suicida é considerada um fato que antecipa o ato do suicídio, e por isso é necessária a detecção imediata dos pensamentos, para que seja compreendido os fatores causadores para o seu aparecimento e as características frequentes que envolvem esse período (OLIVEIRA et al, 2017)

Parreira e Soler (2020) afirmam que o pedagogo institucional tem um papel relevante para identificar o início dessa condição de saúde, que podem estar relacionado com a dificuldade escolar, insatisfação pessoal e familiar devido a um problema no âmbito escolar mal resolvida ou abordada de forma inadequada.

A Pesquisa Nacional da Saúde do Escolar de 2015, apresentou evidências sobre o envolvimento de adolescentes em fase escolar em brigas e agressão física, tanto no âmbito educacional e familiar, e que as consequências foram os riscos de desenvolver ansiedade, depressão, transtorno alimentares, abuso de drogas, ideações suicidas e o ato suicida (BESERRA et al, 2019)

O comportamento suicida de acordo com Pessoa et al (2019) é considerado multicausal com várias definições, isso ocorre, pois, os vários fatores de riscos são relacionados a proteção que interagem entre os sujeitos, devido a essa gama de fatores que se relacionam, os profissionais de enfermagem devem orientar na sua prática a assistência do paciente de forma que consiga abranger a integralidade, e ampliar o conceito de saúde.



O suicídio nos adolescentes e jovens de acordo com Morais e Lima(2019) é preocupante, pois, sua incidência tem aumentado de forma exacerbada. Durante o seu desenvolvimento complexo no adolecer, diversos hábitos considerados de risco, pode ser apresentado pelos adolescentes dentre eles o comportamento suicida (SOUSA et al, 2019)

O sexo masculino está relacionado com maior propensão para o suicídio e distúrbios psiquiátricos na infância (AZEVEDO MATOS, 2014; BATISTA MARANHÃO OLIVEIRA, 2018) De acordo com Oliveira et al (2017) os fatores de risco abrangem condições econômicas extremas.

Birdan ressalta que a configuração social contemporânea é permeada com a valorização do exibicionismo, isso quer dizer que a estética vale mais que a essência, portanto essa inversão de valores, faz com que as relações sejam objetificadas e perturbadoras na atualidade (FREIRE, 2017)

A ausência de afeto e convívio familiar pode gerar no adolescente o sentimento de abandono e insegurança, a base familiar é um importante requisito para o bom desenvolvimento social e mental do adolescente (SOUSA et al, 2019)

Os autores Batista Maranhão e Oliveira (2018) apresentam que o indivíduo que tentou em algum momento da sua vida a tentativa de suicídio, possui chances 100 vezes maior de concluir o suicídio

O estudo de Moraes e Lima (2019) evidencia que o suicídio é um ato democrático e está presente em qualquer família, independente de raça e etnia, no entanto o artigo apresenta que a prevalência do suicídio é de maior vulnerabilidade em índios, e que há uma elevada taxa de suicídio em adolescentes negros. Além de destacar que pesquisas atuais americanas, detectaram que a chance de um homossexual cometer o ato suicida é cinco vezes maior do que do heterossexual.

O abuso sexual, apesar de pouco evidenciado na literatura, de acordo com Sousa et al (2019) é um importante precursor da ideação suicida entre os adolescentes.

Dentre os fatores apresentados, a “depressão pode aparecer como um sintoma secundário de alguma doença” (RAMOS et al, 2018) o histórico familiar é um fator de risco de acordo com Pasini et al (2020), pois estressores ambientais influenciam para o seu aparecimento.

De acordo com os estudos é preciso identificar os sinais do comportamento suicida e as pistas que ele apresenta, pois a partir delas é possível que o suicídio seja evitado, pois é preciso atenção ao suicídio, visto que ele é irreversível quando consumado (SCHLICHTING e MORAES, 2018; SOUSA et al, 2019)

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A adolescência é uma fase da vida repleta de conflitos, transformações, em virtude disso, o adolescente acaba ficando vulnerável a algumas situações conflitantes no seu convívio social e com si mesmo. Levando-os muitas vezes ao isolamento e a depressão, logo, ficam suscetíveis a pensamentos de ideação suicida. O estudo identificou alguns fatores de risco relacionados a essa temática, por isso é relevante que esse tema seja cada vez mais pesquisado na intenção de criar instrumentos para um diagnóstico precoce e para implementação de programas que possam minimizar o suicídio e comportamentos de ideação suicida em adolescentes, uma vez que o autocídio é um grave problema de saúde pública. Sendo de suma importância que o profissional saiba classificar corretamente cada diagnóstico para que possa ser feita uma intervenção o mais precoce possível e evitar possíveis danos futuros. Para concluirmos este trabalho ressaltamos a necessidade de aumentar a atenção através de programas de prevenção do suicídio para adolescentes. O esforço para promoção da saúde mental requer estratégia de comunicação, informação e sensibilização de todos os setores, em âmbito global. Uma vez que o suicídio pode ser evitável.

REFERENCIAS

AZEVEDO, A; MATOS AP. **Ideação suicida e sintomatologia depressiva em adolescentes. Psicologia, Saúde & Doenças. 2014.**

BATISTA, M.D. et al. **Suicídio em jovens e adolescentes: uma revisão acerca do comportamento suicida, sua principal causa e considerações sobre as formas de prevenção. Id on Line Revista Multidisciplinar de psicologia, 2018.**

BESERRA, M.A. et al., **Violência no contexto escolar e ideação suicida na adolescência. Rev. Enferm. UFSM – REUFSM. Santa Maria, RS, v. 10, e71, p. 1-18, 2020.**

FREIRE, V.C.R. **Suicídio na adolescência: reflexão sobre o mal-estar na atualidade. Psicologia, O portal dos psicólogos. 2017.**

MINISTÉRIO DA SAÚDE: **Boletim Epidemiológico, Secretaria de Vigilância em Saúde-MS. Volume 48. 2017.**

MINISTÉRIO DA SAÚDE: **Boletim Epidemiológico, Secretaria de Vigilância em Saúde-MS. Volume 50. 2019.**

MORAIS, A.R; LIMA, V.H.B. **Suicídio na adolescência: Um descompasso na vida. Cadernos de Psicologia-CESJF. 2019.**

OLIVEIRA, A.M. et al. **Comportamento suicida entre adolescentes: Revisão integrativa da literatura nacional. Adolescência & Saúde. 2019.**

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. **Prevenção do suicídio: um instrumento para professores e outros funcionários institucionais. OMS. 2014.**

PASINI, A.L.W. et al., **Suicídio e depressão na adolescência: fatores de risco e estratégias de prevenção.** Research, Society and Development, v. 9, n. 4, e36942767, 2020.

PESSOA, D.M.S et al.,**Assistência de enfermagem na atenção primária à saúde de adolescentes com ideações suicidas.** REME rev. min. enferm; 24: e-1290, fev.2020.

RAMOS, A.S.M.B. et al. **Depressão na adolescência e comportamento suicida: uma revisão integrativa. Centro Científico Conhecer. 2018.**

SCHLICHTING, C.A; MORAES, M.C.L **Mortalidade por suicídio na adolescência: uma revisão. REFACS. 2018.**

SOUSA, C.M.S. et al., **Ideação suicida e fatores associados entre escolares adolescentes.**Rev Saúde Publica. 2020

VERONEZ, J.H; ALMEIDA, H.R.A. **Depressão na adolescência: contribuições da terapia cognitivo-comportamental.** 2014.

PARREIRA, L.C.F., Sperli, Z.A., SOLER, G. **Ideação suicida em adolescentes escolares: não fechar os olhos para suas dores.** Enfermagem Brasil v. 19, n. 1 (2020).

DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM DA NANDA-II: **definições e classificação 2018-2020 [recurso eletrônico] / [NANDA Internacional];** tradução: Regina Machado Garcez; revisão técnica: Alba Lucia Bottura Leite de Barros... [et al.]. – 11. ed. – Porto Alegre: Artmed, Editado como livro impresso em 2018.

PARREIRA, L.C.F. et al., **Ideação suicida em adolescentes escolares: não fechar os olhos para suas dores.** Enfermagem Brasil, 2020.

SOBRE A ORGANIZADORA

LUANA GUIMARÃES DA SILVA



Leader Nurse. Possui graduação em Enfermagem - FACESA, Possui pós graduação em Terapia Intensiva adulto e neonatal, Atualmente Docente do curso de Graduação de Enfermagem na Instituição de Ensino e Pesquisa Faculdade Mauá. Docente na pós Graduação em enfermagem da Faculdade Anhanguera, Idealizadora do Projeto Café (com) Ciências.

www.editorapublicar.com.br
contato@editorapublicar.com.br
@epublicar
facebook.com.br/epublicar

LUANA GUIMARÃES DA SILVA
(ORGANIZADORA)

Neotecnologia em saúde, a centralidade da enfermagem nas diferentes dimensões do cuidar



2020

www.editorapublicar.com.br
contato@editorapublicar.com.br
@epublicar
facebook.com.br/epublicar

LUANA GUIMARÃES DA SILVA
(ORGANIZADORA)

Neotecnologia em saúde, a centralidade da enfermagem nas diferentes dimensões do cuidar



2020