

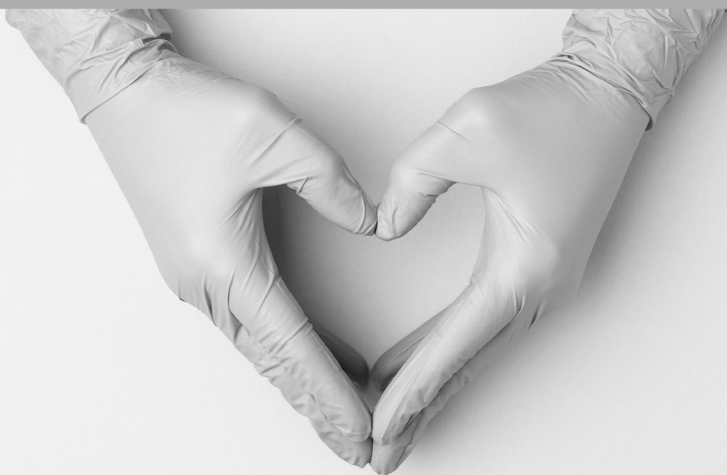
A Enfermagem e o Gerenciamento do Cuidado Integral 7



Silene Ribeiro Miranda Barbosa
(Organizadora)

 **Atena**
Editora
Ano 2020

A Enfermagem e o Gerenciamento do Cuidado Integral 7



Silene Ribeiro Miranda Barbosa
(Organizadora)

 **Atena**
Editora
Ano 2020

Editora Chefe

Profª Drª Antonella Carvalho de Oliveira

Assistentes Editoriais

Natalia Oliveira

Bruno Oliveira

Flávia Roberta Barão

Bibliotecária

Janaina Ramos

Projeto Gráfico e Diagramação

Natália Sandrini de Azevedo

Camila Alves de Cremo

Luiza Alves Batista

Maria Alice Pinheiro

Imagens da Capa

Shutterstock

Edição de Arte

Luiza Alves Batista

Revisão

Os Autores

2020 by Atena Editora

Copyright © Atena Editora

Copyright do Texto © 2020 Os autores

Copyright da Edição © 2020 Atena Editora

Direitos para esta edição cedidos à Atena Editora pelos autores.



Todo o conteúdo deste livro está licenciado sob uma Licença de Atribuição *Creative Commons*. Atribuição-Não-Comercial-NãoDerivativos 4.0 Internacional (CC BY-NC-ND 4.0).

O conteúdo dos artigos e seus dados em sua forma, correção e confiabilidade são de responsabilidade exclusiva dos autores, inclusive não representam necessariamente a posição oficial da Atena Editora. Permitido o *download* da obra e o compartilhamento desde que sejam atribuídos créditos aos autores, mas sem a possibilidade de alterá-la de nenhuma forma ou utilizá-la para fins comerciais.

Todos os manuscritos foram previamente submetidos à avaliação cega pelos pares, membros do Conselho Editorial desta Editora, tendo sido aprovados para a publicação.

A Atena Editora é comprometida em garantir a integridade editorial em todas as etapas do processo de publicação. Situações suspeitas de má conduta científica serão investigadas sob o mais alto padrão de rigor acadêmico e ético.

Conselho Editorial

Ciências Humanas e Sociais Aplicadas

Prof. Dr. Alexandre Jose Schumacher – Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia do Paraná

Prof. Dr. Américo Junior Nunes da Silva – Universidade do Estado da Bahia

Prof. Dr. Antonio Carlos Frasson – Universidade Tecnológica Federal do Paraná

Prof. Dr. Antonio Gasparetto Júnior – Instituto Federal do Sudeste de Minas Gerais

Prof. Dr. Antonio Isidro-Filho – Universidade de Brasília

Prof. Dr. Carlos Antonio de Souza Moraes – Universidade Federal Fluminense
 Profª Drª Cristina Gaio – Universidade de Lisboa
 Prof. Dr. Daniel Richard Sant'Ana – Universidade de Brasília
 Prof. Dr. Deyvison de Lima Oliveira – Universidade Federal de Rondônia
 Profª Drª Dilma Antunes Silva – Universidade Federal de São Paulo
 Prof. Dr. Edvaldo Antunes de Farias – Universidade Estácio de Sá
 Prof. Dr. Elson Ferreira Costa – Universidade do Estado do Pará
 Prof. Dr. Eloi Martins Senhora – Universidade Federal de Roraima
 Prof. Dr. Gustavo Henrique Cepolini Ferreira – Universidade Estadual de Montes Claros
 Profª Drª Ivone Goulart Lopes – Istituto Internazionale delle Figlie de Maria Ausiliatrice
 Prof. Dr. Jadson Correia de Oliveira – Universidade Católica do Salvador
 Prof. Dr. Julio Candido de Meirelles Junior – Universidade Federal Fluminense
 Profª Drª Lina Maria Gonçalves – Universidade Federal do Tocantins
 Prof. Dr. Luis Ricardo Fernandes da Costa – Universidade Estadual de Montes Claros
 Profª Drª Natiéli Piovesan – Instituto Federal do Rio Grande do Norte
 Prof. Dr. Marcelo Pereira da Silva – Pontifícia Universidade Católica de Campinas
 Profª Drª Maria Luzia da Silva Santana – Universidade Federal de Mato Grosso do Sul
 Profª Drª Paola Andressa Scortegagna – Universidade Estadual de Ponta Grossa
 Profª Drª Rita de Cássia da Silva Oliveira – Universidade Estadual de Ponta Grossa
 Prof. Dr. Rui Maia Diamantino – Universidade Salvador
 Prof. Dr. Urandi João Rodrigues Junior – Universidade Federal do Oeste do Pará
 Profª Drª Vanessa Bordin Viera – Universidade Federal de Campina Grande
 Prof. Dr. William Cleber Domingues Silva – Universidade Federal Rural do Rio de Janeiro
 Prof. Dr. Willian Douglas Guilherme – Universidade Federal do Tocantins

Ciências Agrárias e Multidisciplinar

Prof. Dr. Alexandre Igor Azevedo Pereira – Instituto Federal Goiano
 Profª Drª Carla Cristina Bauermann Brasil – Universidade Federal de Santa Maria
 Prof. Dr. Antonio Pasqualetto – Pontifícia Universidade Católica de Goiás
 Prof. Dr. Cleberton Correia Santos – Universidade Federal da Grande Dourados
 Profª Drª Daiane Garabeli Trojan – Universidade Norte do Paraná
 Profª Drª Diocléa Almeida Seabra Silva – Universidade Federal Rural da Amazônia
 Prof. Dr. Écio Souza Diniz – Universidade Federal de Viçosa
 Prof. Dr. Fábio Steiner – Universidade Estadual de Mato Grosso do Sul
 Prof. Dr. Fágner Cavalcante Patrocínio dos Santos – Universidade Federal do Ceará
 Profª Drª Girlene Santos de Souza – Universidade Federal do Recôncavo da Bahia
 Prof. Dr. Jael Soares Batista – Universidade Federal Rural do Semi-Árido
 Prof. Dr. Júlio César Ribeiro – Universidade Federal Rural do Rio de Janeiro
 Profª Drª Lina Raquel Santos Araújo – Universidade Estadual do Ceará
 Prof. Dr. Pedro Manuel Villa – Universidade Federal de Viçosa
 Profª Drª Raissa Rachel Salustriano da Silva Matos – Universidade Federal do Maranhão
 Prof. Dr. Ronilson Freitas de Souza – Universidade do Estado do Pará
 Profª Drª Talita de Santos Matos – Universidade Federal Rural do Rio de Janeiro
 Prof. Dr. Tiago da Silva Teófilo – Universidade Federal Rural do Semi-Árido
 Prof. Dr. Valdemar Antonio Paffaro Junior – Universidade Federal de Alfenas

Ciências Biológicas e da Saúde

Prof. Dr. André Ribeiro da Silva – Universidade de Brasília
Profª Drª Anelise Levay Murari – Universidade Federal de Pelotas
Prof. Dr. Benedito Rodrigues da Silva Neto – Universidade Federal de Goiás
Profª Drª Débora Luana Ribeiro Pessoa – Universidade Federal do Maranhão
Prof. Dr. Douglas Siqueira de Almeida Chaves -Universidade Federal Rural do Rio de Janeiro
Prof. Dr. Edson da Silva – Universidade Federal dos Vales do Jequitinhonha e Mucuri
Profª Drª Eleuza Rodrigues Machado – Faculdade Anhanguera de Brasília
Profª Drª Elane Schwinden Prudêncio – Universidade Federal de Santa Catarina
Profª Drª Eysler Gonçalves Maia Brasil – Universidade da Integração Internacional da Lusofonia Afro-Brasileira
Prof. Dr. Ferlando Lima Santos – Universidade Federal do Recôncavo da Bahia
Profª Drª Gabriela Vieira do Amaral – Universidade de Vassouras
Prof. Dr. Gianfábio Pimentel Franco – Universidade Federal de Santa Maria
Prof. Dr. Helio Franklin Rodrigues de Almeida – Universidade Federal de Rondônia
Profª Drª Iara Lúcia Tescarollo – Universidade São Francisco
Prof. Dr. Igor Luiz Vieira de Lima Santos – Universidade Federal de Campina Grande
Prof. Dr. Jefferson Thiago Souza – Universidade Estadual do Ceará
Prof. Dr. Jesus Rodrigues Lemos – Universidade Federal do Piauí
Prof. Dr. Jônatas de França Barros – Universidade Federal do Rio Grande do Norte
Prof. Dr. José Max Barbosa de Oliveira Junior – Universidade Federal do Oeste do Pará
Prof. Dr. Luís Paulo Souza e Souza – Universidade Federal do Amazonas
Profª Drª Magnólia de Araújo Campos – Universidade Federal de Campina Grande
Prof. Dr. Marcus Fernando da Silva Praxedes – Universidade Federal do Recôncavo da Bahia
Profª Drª Maria Tatiane Gonçalves Sá – Universidade do Estado do Pará
Profª Drª Mylena Andréa Oliveira Torres – Universidade Ceuma
Profª Drª Natiéli Piovesan – Instituto Federaci do Rio Grande do Norte
Prof. Dr. Paulo Inada – Universidade Estadual de Maringá
Prof. Dr. Rafael Henrique Silva – Hospital Universitário da Universidade Federal da Grande Dourados
Profª Drª Regiane Luz Carvalho – Centro Universitário das Faculdades Associadas de Ensino
Profª Drª Renata Mendes de Freitas – Universidade Federal de Juiz de Fora
Profª Drª Vanessa Lima Gonçalves – Universidade Estadual de Ponta Grossa
Profª Drª Vanessa Bordin Viera – Universidade Federal de Campina Grande

Ciências Exatas e da Terra e Engenharias

Prof. Dr. Adélio Alcino Sampaio Castro Machado – Universidade do Porto
Prof. Dr. Carlos Eduardo Sanches de Andrade – Universidade Federal de Goiás
Profª Drª Carmen Lúcia Voigt – Universidade Norte do Paraná
Prof. Dr. Douglas Gonçalves da Silva – Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia
Prof. Dr. Eloi Rufato Junior – Universidade Tecnológica Federal do Paraná
Profª Drª Érica de Melo Azevedo – Instituto Federal do Rio de Janeiro
Prof. Dr. Fabrício Menezes Ramos – Instituto Federal do Pará
Profª Dra. Jéssica Verger Nardeli – Universidade Estadual Paulista Júlio de Mesquita Filho
Prof. Dr. Juliano Carlo Rufino de Freitas – Universidade Federal de Campina Grande
Profª Drª Luciana do Nascimento Mendes – Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia do Rio Grande do Norte

Prof. Dr. Marcelo Marques – Universidade Estadual de Maringá
Profª Drª Neiva Maria de Almeida – Universidade Federal da Paraíba
Profª Drª Natiéli Piovesan – Instituto Federal do Rio Grande do Norte
Profª Drª Priscila Tessmer Scaglioni – Universidade Federal de Pelotas
Prof. Dr. Takeshy Tachizawa – Faculdade de Campo Limpo Paulista

Linguística, Letras e Artes

Profª Drª Adriana Demite Stephani – Universidade Federal do Tocantins
Profª Drª Angeli Rose do Nascimento – Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro
Profª Drª Carolina Fernandes da Silva Mandaji – Universidade Tecnológica Federal do Paraná
Profª Drª Denise Rocha – Universidade Federal do Ceará
Prof. Dr. Fabiano Tadeu Grazioli – Universidade Regional Integrada do Alto Uruguai e das Missões
Prof. Dr. Gilmei Fleck – Universidade Estadual do Oeste do Paraná
Profª Drª Keyla Christina Almeida Portela – Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia do Paraná
Profª Drª Miranilde Oliveira Neves – Instituto de Educação, Ciência e Tecnologia do Pará
Profª Drª Sandra Regina Gardacho Pietrobon – Universidade Estadual do Centro-Oeste
Profª Drª Sheila Marta Carregosa Rocha – Universidade do Estado da Bahia

Conselho Técnico Científico

Prof. Me. Abrãao Carvalho Nogueira – Universidade Federal do Espírito Santo
Prof. Me. Adalberto Zorzo – Centro Estadual de Educação Tecnológica Paula Souza
Prof. Dr. Adaylson Wagner Sousa de Vasconcelos – Ordem dos Advogados do Brasil/Seccional Paraíba
Prof. Dr. Adilson Tadeu Basquerote Silva – Universidade para o Desenvolvimento do Alto Vale do Itajaí
Prof. Me. Alexsandro Teixeira Ribeiro – Centro Universitário Internacional
Prof. Me. André Flávio Gonçalves Silva – Universidade Federal do Maranhão
Profª Ma. Andréa Cristina Marques de Araújo – Universidade Fernando Pessoa
Profª Drª Andreza Lopes – Instituto de Pesquisa e Desenvolvimento Acadêmico
Profª Drª Andrezza Miguel da Silva – Faculdade da Amazônia
Profª Ma. Anelisa Mota Gregoleti – Universidade Estadual de Maringá
Profª Ma. Anne Karynne da Silva Barbosa – Universidade Federal do Maranhão
Prof. Dr. Antonio Hot Pereira de Faria – Polícia Militar de Minas Gerais
Prof. Me. Armando Dias Duarte – Universidade Federal de Pernambuco
Profª Ma. Bianca Camargo Martins – UniCesumar
Profª Ma. Carolina Shimomura Nanya – Universidade Federal de São Carlos
Prof. Me. Carlos Antônio dos Santos – Universidade Federal Rural do Rio de Janeiro
Prof. Ma. Cláudia de Araújo Marques – Faculdade de Música do Espírito Santo
Profª Drª Cláudia Taís Siqueira Cagliari – Centro Universitário Dinâmica das Cataratas
Prof. Me. Clécio Danilo Dias da Silva – Universidade Federal do Rio Grande do Norte
Prof. Me. Daniel da Silva Miranda – Universidade Federal do Pará
Profª Ma. Daniela da Silva Rodrigues – Universidade de Brasília
Profª Ma. Daniela Remião de Macedo – Universidade de Lisboa
Profª Ma. Dayane de Melo Barros – Universidade Federal de Pernambuco
Prof. Me. Douglas Santos Mezacas – Universidade Estadual de Goiás

Prof. Me. Edevaldo de Castro Monteiro – Embrapa Agrobiologia
 Prof. Me. Eduardo Gomes de Oliveira – Faculdades Unificadas Doctum de Cataguases
 Prof. Me. Eduardo Henrique Ferreira – Faculdade Pitágoras de Londrina
 Prof. Dr. Edwaldo Costa – Marinha do Brasil
 Prof. Me. Eliel Constantino da Silva – Universidade Estadual Paulista Júlio de Mesquita
 Prof. Me. Ernane Rosa Martins – Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia de Goiás
 Prof. Me. Euvaldo de Sousa Costa Junior – Prefeitura Municipal de São João do Piauí
 Profª Ma. Fabiana Coelho Couto Rocha Corrêa – Centro Universitário Estácio Juiz de Fora
 Prof. Me. Felipe da Costa Negrão – Universidade Federal do Amazonas
 Profª Drª Germana Ponce de Leon Ramírez – Centro Universitário Adventista de São Paulo
 Prof. Me. Gevair Campos – Instituto Mineiro de Agropecuária
 Prof. Me. Givanildo de Oliveira Santos – Secretaria da Educação de Goiás
 Prof. Dr. Guilherme Renato Gomes – Universidade Norte do Paraná
 Prof. Me. Gustavo Krah – Universidade do Oeste de Santa Catarina
 Prof. Me. Helton Rangel Coutinho Junior – Tribunal de Justiça do Estado do Rio de Janeiro
 Profª Ma. Isabelle Cerqueira Sousa – Universidade de Fortaleza
 Profª Ma. Jaqueline Oliveira Rezende – Universidade Federal de Uberlândia
 Prof. Me. Javier Antonio Alborno – University of Miami and Miami Dade College
 Prof. Me. Jhonatan da Silva Lima – Universidade Federal do Pará
 Prof. Dr. José Carlos da Silva Mendes – Instituto de Psicologia Cognitiva, Desenvolvimento Humano e Social
 Prof. Me. Jose Elyton Batista dos Santos – Universidade Federal de Sergipe
 Prof. Me. José Luiz Leonardo de Araujo Pimenta – Instituto Nacional de Investigación Agropecuaria Uruguay
 Prof. Me. José Messias Ribeiro Júnior – Instituto Federal de Educação Tecnológica de Pernambuco
 Profª Drª Juliana Santana de Curcio – Universidade Federal de Goiás
 Profª Ma. Juliana Thaisa Rodrigues Pacheco – Universidade Estadual de Ponta Grossa
 Profª Drª Kamilly Souza do Vale – Núcleo de Pesquisas Fenomenológicas/UFPA
 Prof. Dr. Kárpio Márcio de Siqueira – Universidade do Estado da Bahia
 Profª Drª Karina de Araújo Dias – Prefeitura Municipal de Florianópolis
 Prof. Dr. Lázaro Castro Silva Nascimento – Laboratório de Fenomenologia & Subjetividade/UFPR
 Prof. Me. Leonardo Tullio – Universidade Estadual de Ponta Grossa
 Profª Ma. Lilian Coelho de Freitas – Instituto Federal do Pará
 Profª Ma. Liliani Aparecida Sereno Fontes de Medeiros – Consórcio CEDERJ
 Profª Drª Livia do Carmo Silva – Universidade Federal de Goiás
 Prof. Dr. Lucio Marques Vieira Souza – Secretaria de Estado da Educação, do Esporte e da Cultura de Sergipe
 Prof. Me. Luis Henrique Almeida Castro – Universidade Federal da Grande Dourados
 Prof. Dr. Luan Vinicius Bernardelli – Universidade Estadual do Paraná
 Prof. Dr. Michel da Costa – Universidade Metropolitana de Santos
 Prof. Dr. Marcelo Máximo Purificação – Fundação Integrada Municipal de Ensino Superior

Prof. Me. Marcos Aurelio Alves e Silva – Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia de São Paulo
Profª Ma. Maria Elanny Damasceno Silva – Universidade Federal do Ceará
Profª Ma. Marileila Marques Toledo – Universidade Federal dos Vales do Jequitinhonha e Mucuri
Prof. Me. Ricardo Sérgio da Silva – Universidade Federal de Pernambuco
Profª Ma. Renata Luciane Polsaque Young Blood – UniSecal
Prof. Me. Robson Lucas Soares da Silva – Universidade Federal da Paraíba
Prof. Me. Sebastião André Barbosa Junior – Universidade Federal Rural de Pernambuco
Profª Ma. Silene Ribeiro Miranda Barbosa – Consultoria Brasileira de Ensino, Pesquisa e Extensão
Profª Ma. Solange Aparecida de Souza Monteiro – Instituto Federal de São Paulo
Prof. Me. Tallys Newton Fernandes de Matos – Faculdade Regional Jaguaribana
Profª Ma. Thatianny Jasmine Castro Martins de Carvalho – Universidade Federal do Piauí
Prof. Me. Tiago Silvio Dedoné – Colégio ECEL Positivo
Prof. Dr. Welleson Feitosa Gazel – Universidade Paulista

Editora Chefe: Profª Drª Antonella Carvalho de Oliveira
Bibliotecária: Janaina Ramos
Diagramação: Camila Alves de Cremona
Correção: Vanessa Mottin de Oliveira Batista
Edição de Arte: Luiza Alves Batista
Revisão: Os Autores
Organizadora: Silene Ribeiro Miranda Barbosa

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)

E56 A enfermagem e o gerenciamento do cuidado integral 7 /
Organizadora Silene Ribeiro Miranda Barbosa. – Ponta
Grossa - PR: Atena, 2020.

Formato: PDF

Requisitos de sistema: Adobe Acrobat Reader

Modo de acesso: World Wide Web

Inclui bibliografia

ISBN 978-65-5706-669-0

DOI 10.22533/at.ed.690200912

1. Enfermagem. 2. Saúde. I. Barbosa, Silene Ribeiro
Miranda (Organizadora). II. Título.

CDD 610.73

Elaborado por Bibliotecária Janaina Ramos – CRB-8/9166

Atena Editora

Ponta Grossa – Paraná – Brasil

Telefone: +55 (42) 3323-5493

www.atenaeditora.com.br

contato@atenaeditora.com.br

DECLARAÇÃO DOS AUTORES

Os autores desta obra: 1. Atestam não possuir qualquer interesse comercial que constitua um conflito de interesses em relação ao artigo científico publicado; 2. Declaram que participaram ativamente da construção dos respectivos manuscritos, preferencialmente na: a) Concepção do estudo, e/ou aquisição de dados, e/ou análise e interpretação de dados; b) Elaboração do artigo ou revisão com vistas a tornar o material intelectualmente relevante; c) Aprovação final do manuscrito para submissão.; 3. Certificam que os artigos científicos publicados estão completamente isentos de dados e/ou resultados fraudulentos.

APRESENTAÇÃO

A coleção “Enfermagem e o Gerenciamento do Cuidado Integral 3” retrata em cinco volumes a produção científica sobre as diversas formas de gerenciar o cuidado. As produções apresentam, de forma multidisciplinar, as diferentes questões que envolvem o cuidado, desde o profissional até o cliente.

O objetivo principal foi categorizar os diversos estudos, ações e propostas das diversas instituições de ensino e de assistência do país, a fim de compartilhar as ofertas de cuidado. A condução dos trabalhos contextualizou desde farmacologia, saúde básica, educação sanitária, imunologia, microbiologia até o gerenciamento das áreas correlatas.

A diversificação dos temas organizados em cinco volumes favorecerá a leitura e o estudo permitindo que acadêmicos e mestres que se interessarem por essa viagem científica possam usufruí-la.

O avanço do tema “cuidar” impulsionou a organização deste material diante da situação de saúde a qual vivemos atualmente. Ressalto, contudo a importância do profissional atentar com o comprometimento necessário para que o resultado seja o mais digno possível dentro do processo do cuidar.

A proposta dos cinco volumes resultou nas unificações dos assuntos, sendo divididos: Gerenciamento do Cuidado da Assistência da Atenção Primária, Gerenciamento do Cuidado na Assistência Hospitalar, Gerenciamento do Cuidado com o profissional de saúde, Gerenciando o Processo Educacional na Saúde e por fim, e não menos importante, o Gerenciamento da Gestão do Cuidar. Assim sendo, a diversidade das discussões enfatizam a necessidade de compreender o cuidado como uma ciência, e, portanto, o estudo contínuo se faz necessário para que possamos constantemente ofertar dignos cuidados.

Façamos essa viagem científica buscando aprimorar os conhecimentos em questão.

Silene Ribeiro Miranda Barbosa

SUMÁRIO

CAPÍTULO 1..... 1

A IMPORTÂNCIA DA NOTIFICAÇÃO DE EVENTOS ADVERSOS PARA A SEGURANÇA DO PACIENTE

Beatriz Gerbassi de Aguiar Costa
Gicélia Lombardo Pereira
Vera Lúcia Freitas
Heloisa Andreia Silva dos Santos
Liszety Guimarães Emmerick
Daniela de Oliveira Matias
Patrícia Aparecida Tavares Mendes
Bianca Cristina Marques Gindre Laubert
Brenda Maia dos Nascimento
Tamires Zêba Guimarães
Vanessa Oliveira Ossola da Cruz
Júlya de Araújo Silva Monteiro

DOI 10.22533/at.ed.6902009121

CAPÍTULO 2..... 10

A IMPORTÂNCIA DO ENFERMEIRO NA PREVENÇÃO DA DEPRESSÃO PÓS PARTO

Paulo Henrique Santana Feitosa Sousa
Jéssica Carmem Santos Silva
Thaynara Fontes Almeida
Ruth Cristini Torres
Marcel Vinicius Cunha Azevedo

DOI 10.22533/at.ed.6902009122

CAPÍTULO 3..... 22

ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM A GESTANTE COM ANEMIA FALCIFORME

Joyce Ibiapina de Vasconcelos
Maria José da Silva Carrias
Valéria da Silva Carvalho
Maria Tamires Alves Ferreira
Bruna de Abreu Sepulveda Reis
Adriana Rodrigues Alves de Sousa
Aclênia Maria Nascimento Ribeiro
Rosana Serejo dos Santos
Alanne Késsia de Souza Paiva
Luciana Ribeiro de Carvalho
Ellen Maria de Sousa Santos
Fernanda Mendes Dantas e Silva

DOI 10.22533/at.ed.6902009123

CAPÍTULO 4..... 33

DESAFIOS E SENTIDO PARA O CUIDADO RESPEITOSO À PESSOA COM

IDEIAS SUICIDAS À LUZ DA ANÁLISE EXISTENCIAL FRANKLIANA

Maricarla da Cruz Santos

Laisa Silva Santos

Adriana Braitt Lima

Elaine Guedes Fontoura

DOI 10.22533/at.ed.6902009124

CAPÍTULO 5..... 45

DESAFIOS ENFRENTADOS PELAS GESTANTES PORTADORAS DA DOENÇA FALCIFORME

Daniela Silva Calado

DOI 10.22533/at.ed.6902009125

CAPÍTULO 6..... 55

EFICÁCIA DA AROMATERAPIA NO TRABALHO DE PARTO E PARTO

Orácio Carvalho Ribeiro Junior

Lívia Fabiana Santos de Castro

Raiane Nunes Costa da Silva

Mayara Alice Pereira de Melo

Michele Lima Albuquerque dos Santos

Tatiane Silva de Araújo

Suzana Maria da Silva Ferreira

Lucas Luzeiro Nonato

Renilson de Souza Ribeiro

Eliane Magalhães Farias

Luciane Cativo Brasil

Eloysa Maria Oliveira Rêgo

Rodolfo Martins Magalhães Neto

Marcos Rafael Campos Lopes

Jociane Martins da Silva

Daniella da Costa Sales

Christopher Cruz Palmeira

DOI 10.22533/at.ed.6902009126

CAPÍTULO 7..... 66

EMAGRECENDO NA UNIVERSIDADE: INCENTIVANDO MUDANÇAS E PROMOVENDO A SAÚDE DOS SERVIDORES

Daliana de Avila Gonçalves

Eloisa da Fonseca Rodrigues

Carmen Carballo Dominguez

Nidia Farias Fernandes Martins

DOI 10.22533/at.ed.6902009127

CAPÍTULO 8..... 71

EXPECTATIVAS E SENTIMENTOS DA MULHER EM RELAÇÃO À RECONSTRUÇÃO DA MAMA

Livia Maria Felipe Pereira

Leidiléia Mesquita Ferraz

Jusselene da Graça Silva
Vitória Alves de Rezende
Áurea Cúgola Bernardo
Ana Claudia Sierra Martins
Simone Meira Carvalho
Jaqueline Ferreira Ventura Bittencourt

DOI 10.22533/at.ed.6902009128

CAPÍTULO 9..... 84

HOMENS JOVENS E SUAS VULNERABILIDADES DE SAÚDE

Elizabeth Rose Costa Martins
Andressa da Silva Medeiros
Karoline Lacerda de Oliveira
Letícia Guimarães Fassarella
Paula Costa de Moraes
Thelma Spindola

DOI 10.22533/at.ed.6902009129

CAPÍTULO 10..... 93

MANEJO PRÉ-HOSPITALAR DAS EMERGÊNCIAS CLÍNICAS: EXPERTISE DO SERVIÇO DE ATENDIMENTO MÓVEL DE URGÊNCIA DO ESPÍRITO SANTO

Daniel Rocha Ramos
Edson Arruda Júnior
Isabela Meriguete Araújo
Alexandre Lorenzo Brandão
Roberto Ramos Barbosa
Julianna Vaillant Louzada Oliveira
Caio Duarte Neto

DOI 10.22533/at.ed.69020091210

CAPÍTULO 11 106

O CUIDADO DE ENFERMAGEM AO IDOSO INSTITUCIONALIZADO COM DEMÊNCIA: RELATO DE EXPERIÊNCIA DE OFICINAS TERAPÊUTICAS

Natália Rosa de Paula
Lívia Lencione Gonçalves
Allan de Moraes Bessa
Thays Cristina Pereira Barbosa
Suelen Silva Araújo
Amanda Ribeiro Campos
Fernanda Marcelino de Rezende e Silva
Kellen Rosa Coelho

DOI 10.22533/at.ed.69020091211

CAPÍTULO 12.....117

O PAPEL DO PROFISSIONAL ENFERMEIRO NO GERENCIAMENTO DAS UNIDADES DE TERAPIA INTENSIVA: UMA REVISÃO INTEGRATIVA

Fernanda Luiza Soares Ramos

DOI 10.22533/at.ed.69020091212

CAPÍTULO 13..... 126

O PROCESSO DE CONSTITUIÇÃO DE UMA REDE DE CUIDADOS EM SAÚDE MENTAL EM UM MUNICÍPIO DO INTERIOR DE PERNAMBUCO A PARTIR DA PERSPECTIVA DE GESTORES DE SAÚDE

Juliane da Silva Pereira
Valquíria Farias Bezerra Barbosa
Ana Carla Silva Alexandre
Silvana Cavalcanti dos Santos
Rebeca Cavalcanti Leal

DOI 10.22533/at.ed.69020091213

CAPÍTULO 14..... 131

PERCEPÇÃO DOS SERVIDORES DA FUNDAÇÃO DE MEDICINA TROPICAL DO AMAZONAS EM RELAÇÃO À HIGIENIZAÇÃO DAS MÃOS

Jessica Bianca Vieira de Abreu

DOI 10.22533/at.ed.69020091214

CAPÍTULO 15..... 165

PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DA INTOXICAÇÃO EXÓGENA EM UM ESTADO BRASILEIRO

Aclênia Maria Nascimento Ribeiro
Francisca Maria Pereira da Cruz
Nayara Vanele Ribeiro Pinto
Illana Silva Nascimento
Cyane Fabiele Silva Pinto
Leonardo Teles Martins Mascarenhas
Pâmela Caroline Guimarães Gonçalves
Marília Silva Medeiros Fernandes
Maria do Socorro Rego de Amorim
Maria Elizabete de Freitas Rocha
Luzia Fernandes Dias
Ana Caroline Escórcio de Lima

DOI 10.22533/at.ed.69020091215

CAPÍTULO 16..... 174

PROCESSO DE REVELAÇÃO DO DIAGNÓSTICO DE CRIANÇAS COM SÍNDROME DE DOWN: UMA REVISÃO NARRATIVA

Tayná Bernardino Coutinho
Rafaela Márcia Gadonski
Gabriela Gaio
Crhis Netto de Brum
Thaís Natali Lopes
Caroline Sbeghen de Moraes
Susane Dal Chiavon
Camila Olinda Giesel
Eduarda Antonia Sartoretto
Tassiana Potrich
Samuel Spiegelberg Zuge

Ana Lucia Lago

DOI 10.22533/at.ed.69020091216

CAPÍTULO 17..... 186

PRONTO-ATENDIMENTO: UM ESTUDO DO TERMO “DESCASO” SOBRE O PRISMA DA ENFERMAGEM

Natana Honorato

Ediani Mara Pires Santos

Lais Cassiana Fagundes Vargas

Ana Lucia de Faria

Eliana de Fatima Almeida Nascimento

Milva Figueiredo de Martino

Teresa Celia de Mattos Moraes dos Santos

DOI 10.22533/at.ed.69020091217

CAPÍTULO 18..... 193

SEGURANÇA DO PACIENTE COMO NORTEADOR PARA O CUIDADO: RELATO DE EXPERIÊNCIA

Lucas de Sousa Braz

Adriana de Moraes Silva

Aline Dantas Guntzel de Azevedo

Crislaine Siqueira de Sousa

Giovanna Angélica Sousa Santana

Lorena da Silva

Rodrigo Ribeiro Cardoso

Wallace dos Santos Braga

Amanda Costa Melo

Janine Araújo Vale Montefusco

Manuela Costa Melo

DOI 10.22533/at.ed.69020091218

CAPÍTULO 19..... 200

SUICÍDIO RELACIONADO A DEPRESSÃO EM PROFISSIONAIS DA ENFERMAGEM

Francisca Janiele Martins da Costa

Assunção Gomes Adeodato

Érica Priscila Costa Ramos

Nicolau da Costa

Francisco Mateus Rodrigues Furtuoso

Diego Jorge Maia Lima

Jéssica Luzia Delfino Pereira

Francisco Walter de Oliveira Silva

DOI 10.22533/at.ed.69020091219

CAPÍTULO 20..... 212

TECNOLOGIA GERENCIAL PARA O CUIDADO DE PACIENTES COM ÚLCERAS VENOSAS CRÔNICAS

Fabiana Lopes Joaquim

Zenith Rosa Silvino

DOI 10.22533/at.ed.69020091220

CAPÍTULO 21..... 236

ÚLCERA TERMINAL DE KENNEDY: UMA REVISÃO INTEGRATIVA DE LITERATURA

Fernanda Santos

Geysiane Bernardo da Silva

Iêda da Silva Câmara

Gabrielly Laís de Andrade Souza

DOI 10.22533/at.ed.69020091221

CAPÍTULO 22..... 244

VALORES DE FAMÍLIA E FÉ NO TRATAMENTO DO CÂNCER: UMA REVISÃO INTEGRATIVA DA LITERATURA

Juliane Silva Soares

Cristiane Silva Soares

DOI 10.22533/at.ed.69020091222

CAPÍTULO 23..... 255

VIOLÊNCIA COMO AGRAVO DE SAÚDE À POPULAÇÃO NEGRA: A PERCEPÇÃO DE PROFISSIONAIS DE SAÚDE

Roberta Pereira Coutinho

Jéssica de Souza Celestino

Iuri Bastos Pereira

Genesis Barbosa

Gunnar Glauco de Cunto Carelli Taets

Christian Marx Carelli Taets

DOI 10.22533/at.ed.69020091223

CAPÍTULO 24..... 264

VIVÊNCIA DO CUIDADOR FAMILIAR SOBRE A REVELAÇÃO DO DIAGNÓSTICO DA CRIANÇA COM DOENÇA ONCOLÓGICA

Luana Patrícia Valandro

Chris Netto de Brum

Tassiana Potrich

Samuel Spiegelberg Zuge

Gabriela Gaio

Caroline Sbeghen de Moraes

Vitoria Pereira Sabino

Joslaine Bicigo Berlanda

Tayná Bernardino Coutinho

Rafaela Márcia Gadonski

Susane Dal Chiavon

Bruna Albani

DOI 10.22533/at.ed.69020091224

SOBRE A ORGANIZADORA..... 277

ÍNDICE REMISSIVO..... 278

CAPÍTULO 1

A IMPORTÂNCIA DA NOTIFICAÇÃO DE EVENTOS ADVERSOS PARA A SEGURANÇA DO PACIENTE

Data de aceite: 01/12/2020

Beatriz Gerbassi de Aguiar Costa

Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro

Gicélia Lombardo Pereira

Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro

Vera Lúcia Freitas

Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro

Heloisa Andreia Silva dos Santos

Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro

Liszety Guimarães Emmerick

Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro

Daniela de Oliveira Matias

Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro

Patrícia Aparecida Tavares Mendes

Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro

Bianca Cristina Marques Gindre Laubert

Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro

Brenda Maia dos Nascimento

Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro

Tamires Zêba Guimarães

Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro

Vanessa Oliveira Ossola da Cruz

Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro

Júlya de Araújo Silva Monteiro

Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro

Trabalho de Conclusão do Curso de Especialização Enfermagem em Terapia Intensiva, como exigência para obtenção do título de Especialista em Terapia Intensiva, pela Escola de Enfermagem Anna Nery/ UFRJ.

RESUMO: A segurança do paciente é de extrema importância e relevância, pois um dos objetivos é a redução do risco de danos desnecessários relacionados aos cuidados de saúde para um mínimo aceitável. Partindo desse princípio o objetivo do estudo é destacar a importância da dissolução da cultura do medo e da culpa na ocorrência de alguma falha no ambiente hospitalar, e a importância de prevenir possíveis erros ou danos através da educação continuada prezando sempre pela segurança do paciente. Trata-se de uma revisão integrativa na qual foram incluídos os estudos de 2014 a 2018 cuja abordagem dizia respeito à importância da notificação de eventos adversos na segurança do paciente. A busca eletrônica foi realizada nas plataformas (LILACS), Banco de Dados em Enfermagem (BDENF) na coleção *Scientific Electronic Library Online (SCIELO)*. Através do estudo foi possível evidenciar as principais características dos trabalhos divulgados em

artigos científicos onde os dados encontrados indicaram que há uma necessidade de mais divulgação acerca do tema, e pôr em prática estratégias na tentativa de encorajar os profissionais de saúde a prática de notificação de EA.

PALAVRAS- CHAVE: Segurança do paciente, eventos adversos e Enfermagem.

ABSTRACT: Patient safety is of utmost importance and relevance, as one of the objectives is to reduce the risk of unnecessary harm related to healthcare to an acceptable minimum. Based on this principle, the objective of the study is to highlight the importance of dissolving the culture of fear and guilt in the occurrence of any failure in the hospital environment, and the importance of preventing possible errors or damages through continuing education, always cherishing patient safety. This is an integrative review in which studies from 2014 to 2018 were included, whose approach concerned the importance of reporting adverse events in patient safety. The electronic search was performed on the platforms (LILACS), Nursing Database (BDENF) in the Scientific Electronic Library Online collection (SCIELO). Through the study it was possible to highlight the main characteristics of the works published in scientific articles where the data found indicated that there is a need for more dissemination on the topic, and to put in practice strategies in an attempt to encourage health professionals to practice AE notification.

KEYWORDS: Patient safety, adverse events and Nursing.

INTRODUÇÃO

Um dos grandes desafios no que diz respeito a gestão em saúde é a avaliação dos indicadores de qualidade da mesma e o impacto que podem gerar na segurança do paciente. O objetivo da segurança do paciente é a redução do risco de danos desnecessários relacionados aos cuidados de saúde para um mínimo aceitável, as falhas na segurança do paciente causam sofrimento humano e aumento significativo dos custos hospitalares. Entre os diversos fatores que podem influenciar na segurança do paciente internado evidenciam-se os incidentes e eventos adversos. ¹

Eventos adversos (EA) são incidentes indesejáveis, porém preveníveis, que ocorrem durante a prestação do cuidado a saúde e que resultam em danos ao cliente, podendo gerar um comprometimento da estrutura ou função do corpo e/ou algum efeito nocivo, como doença, lesão, incapacidade ou morte, podendo este ser de caráter físico, social e/ou psicológico. ²

De acordo com a classificação da Organização Mundial de Saúde (OMS, 2014), incidentes de segurança do paciente são eventos ou circunstâncias que poderiam resultar, ou resultam em complicações desnecessárias ao paciente decorrentes do cuidado a saúde. ³

Algumas situações predis põem ao risco de EA, tais como: avanço tecnológico com incompatibilidade do aperfeiçoamento pessoal necessário, distanciamento das ações próprias de cada profissional, desmotivação, ausência ou limitação da

sistematização e documentação do cuidado de enfermagem, delegação de cuidados sem supervisão adequada e sobrecarga de serviço. ⁴

Sendo assim se faz necessário uma reavaliação dos erros humanos, visto que os profissionais de saúde tendem a relacioná-los a desatenção, desmotivação e treinamento insuficiente e não o assumem por vergonha, medo e punições. Quando o evento ocorre, todas as atenções são voltadas para a descoberta do culpado, perdendo-se a chance de identificá-lo de forma ética e resolutiva com o intuito de ajudá-lo a prevenir novas ocorrências. ⁴

A relevância dessa pesquisa se dá no intuito de contribuir positivamente para que a cultura do erro, que na maioria das vezes é vista de forma pejorativa e não como ponto de melhoria e crescimento, seja trabalhada nos ambientes de saúde de modo que os profissionais de enfermagem se sintam seguros a notificar e falar sobre os mesmos sem julgamentos ou condenações. A questão norteadora se deu a partir da seguinte pergunta: por que os profissionais ainda são resistentes a notificar a ocorrência de eventos adversos?

Os objetivos são: analisar as publicações em periódicos sobre segurança do paciente e eventos adversos, buscando as evidências acerca da importância da dissolução da cultura do medo e da culpa na ocorrência de alguma falha no ambiente hospitalar, e a importância de prevenir possíveis erros ou danos através da educação continuada prezando sempre pela segurança do paciente.

METODOLOGIA

Para a operacionalização desta revisão integrativa foram seguidos os seguintes passos: identificação do tema e seleção da questão norteadora; definição das informações a serem extraídas dos estudos selecionados e categorização dos estudos; avaliação dos estudos incluídos na revisão integrativa e, por fim, a interpretação dos resultados e apresentação da revisão.

A estratégia utilizada na seleção dos artigos foi a busca de publicações existentes em estudos indexados que foram consultados nas bases de dados internacionais Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciência da Saúde (LILACS), Banco de Dados em Enfermagem (BDENF) na coleção *Scientific Electronic Library Online (SCIELO)*. Para busca na Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), foram encontrados 181 artigos com os descritores: segurança do paciente, eventos adversos e Enfermagem. Como critérios de inclusão, foram elencados: ser artigo original, ter resumo completo em suporte eletrônico, ser publicado em português, tratar do objeto de estudo desta revisão integrativa e estar disponível gratuitamente e na íntegra, em formato eletrônico e ter sido publicado nos últimos cinco anos. Após análise e a partir dos critérios de inclusão e exclusão foram selecionados 86 artigos

e após leitura criteriosa foram selecionados 05 a serem utilizados nos resultados, que foram obtidos no período de agosto a outubro de 2018.

RESULTADOS E DISCUSSÕES

Foram encontrados 181 artigos e após análise criteriosa e a partir dos critérios de inclusão e exclusão foram selecionados 05 artigos para discussão, cujo objetivo é analisar as publicações em periódicos sobre segurança do paciente e eventos adversos. A partir da leitura dos artigos foi possível identificar as precariedades ainda existentes sobre a temática. A descrição dos 5 artigos selecionados foram apresentadas no quadro a seguir, sendo posteriormente realizado análise e discussão dos resultados.

Titulo do Artigo	Autores	Objeto de Estudo	Resultados	Recomendações/ Conclusões
Artigo 1: Erros e eventos adversos: a interface com a cultura de segurança dos profissionais de saúde.	Verusca Soares de Souza; Andressa Morello Kawamoto; João Lucas Campos de Oliveira; Neisi Salete Tonini; Luciana Magnani Fernandes; Anair Lazzari Nocila.	Adquirir conhecimento dos eventos adversos ocorridos na unidade de pediatria. Tipo de estudo: Estudo descritivo.	Os profissionais reconhecem que a falta de comunicação efetiva favorece o desencadeamento de erros reduzindo a adesão à notificação de eventos adversos, diante disso 72,5% dos profissionais consideram que seus erros podem ser usado contra eles, 65% afirmam ter medo que seus erros podem ser usados contra eles.	Existe uma considerável necessidade de maior respaldo aos profissionais em relação aos erros e eventos adversos por parte dos líderes, já que a cultura de segurança pode ser um reflexo da gestão do serviço. Além disso, o apoio da instituição pode significar estímulo para que os erros possam ser notificados, analisados e corrigidos, impedindo assim sua repetição.
Artigo2: Conhecimento dos profissionais de saúde sobre eventos adversos em unidade de terapia intensiva.	Isadora Alves Moreira; Ana Lúcia Queiroz Bezerra; Tathianny Tanferri de Brito Paranaguá; Ana Elisa Bauer de Camargo Silva; Francino de Machado de Azevedo Filho.	Analisar o conhecimento dos profissionais de saúde sobre a ocorrência de eventos adversos em unidade de terapia intensiva. Tipo de estudo: Pesquisa de campo Descritivo.	45,94% dos profissionais demonstraram conhecimento sobre o significado de evento adverso, porém, com superficialidade.	Constatou-se que os profissionais possuem conhecimento superficial sobre o conceito dos eventos adversos, mas identificam e reconhecem o evento como parte da assistência à saúde quando esta não é realizada com qualidade.

Artigo3: Conhecimento do enfermeiro sobre evento adverso e os desafios para sua notificação.	Jamully Santos Araujo, Hertaline Menezes Nascimento, Anny Giselly Milhome da Costa Farre, Rosângela de Oliveira Brito, José Paulo dos Anjos Santos, Talmay Tavares Santos Vasconcelos.	Investigar o conhecimento e a percepção dos enfermeiros sobre os eventos adversos, suanotificação e os fatores que limitam a sua realização. Tipo de estudo: Descritivo Quantitativa Pesquisa de campo.	Quanto à realização da notificação de EA, a grande maioria dos profissionais tem consciência dos benefícios desta, sendo que 96% afirmaram que notificariam e 4% afirmaram não realizar a notificação. 18% dos pacientes reconhecem que a ocorrência da notificação traz melhorias na qualidade da assistência. 28% referem ter medo de punições, represálias de serem responsabilizados e ter seu nome comprometido por ter cometido um erro.	Muitos profissionais ainda desconhecem o que é um evento adverso. Também que o número reduzido de notificações é decorrente da falta de conhecimento atrelada à cultura punitiva. É relevante que existe a necessidade da implantação das ações educativas, juntamente com mediadas que respaldem os profissionais em relação à ocorrência dos eventos adversos, ao mesmo tempo em que estimulem esses profissionais a notificarem os EA, a fim de analisa-los, corrigi-los e preveni-los.
Artigo4: Eventos adversos e segurança na assistência de enfermagem.	Sabrina da Costa Machado Duarte; Marluci Andrade Conceição Stipp; Marcelle Miranda da Silva; Francimar Tinoco de Oliveira.	Identificar as publicações científicas sobre os eventos adversos na assistência de enfermagem em pacientes adultos hospitalizados e discutir os principais eventos adversos na assistência de enfermagem. Tipo de estudo: Revisão integrativa.	Foi observado que a notificação de eventos adversos ainda é negligenciada socialmente a cultura primitiva existente. Teme-se o castigo e a incompreensão social.	Evidenciou-se a necessidade de compreensão por parte dos profissionais da equipe de enfermagem acerca dos eventos adversos, bem como da adoção de uma cultura não punitiva frente ao evento instalado.
Artigo 5: Eventos adversos em uma unidade de internação cirúrgica: estudo descritivo.	Bruna Telemberg Sell; Lúcia Nazareth Amante; Tatiana Martins; Camilla Telemberg Sell; Fabiana Minati de Pinho; Renata da Silva.	Verificar a ocorrência de infecção do sítio cirúrgico, perda ou infecção do acesso venoso e quedas em pacientes internados em unidade de internação cirúrgica. Tipo de estudo: descritivo, quantitativo.	Faz-se necessário que ocorram nos ambientes hospitalares algumas mudanças, a saber: mudar a busca de erros como falhas do sistema; mudar de um ambiente punitivo para uma cultura na qual a notificação do erro é estimulada; evitar o sigilo evidenciando a transparência.	A promoção de uma cultura de segurança deve ser estabelecida entre os profissionais para que a notificação dos incidentes, erros e eventos adversos, não denote caráter punitivo ao profissional, mas sim entendimento de que o erro é multifatorial e não de responsabilidade de um único profissional.

Artigo 1. - O estudo aponta que a falta de comunicação efetiva favorece o desencadeamento de erros reduzindo a adesão à notificação de eventos adversos, ou seja, que os profissionais reconhecem a importância da notificação, porém não

a fazem.

Neste estudo o autor faz referência a necessidade de maior domínio do enfermeiro em relação aos possíveis erros e reações adversas que podem ocorrer no desenvolvimento do cuidado e destaca a importância da instituição que apresenta como filosofia de sua gestão o apoio ao seu corpo profissional.

Artigo 2.- já o estudo 2 aponta que 45,94% dos profissionais demonstraram conhecimento sobre o significado de EA, porém, com superficialidade. Levando-nos a crer que essa superficialidade é um fator preocupante visto que o conhecimento parcial sobre a temática permite falhas na comunicação e na continuidade eficaz do cuidado prestado, dificultando a compreensão da real importância de notificar os EA.

Contudo apesar desse estudo os profissionais possuem conhecimento superficial sobre o conceito dos eventos adversos, os mesmos identificam e reconhecem o evento como parte da assistência à saúde quando esta não é realizada com qualidade, nos levando a compreender que os mesmos reconhecem que quando não notificado esses eventos comprometem a continuidade e eficácia do cuidado em saúde.

Artigo 3- Quanto ao estudo 3 foi possível constatar que a grande maioria dos profissionais tem consciência dos benefícios da notificação de EA, e ao analisar o artigo foi possível observar que um quantitativo de 96% afirmaram que notificariam e 4% afirmaram não realizar a notificação. 18% dos pacientes reconhecem que a ocorrência da notificação traz melhorias na qualidade da assistência. 28% referem ter medo de punições, represálias de serem responsabilizados e ter seu nome comprometido por ter cometido um erro.

Artigo 4- já neste estudo foi possível verificar que a notificação de EA ainda é negligenciada socialmente a cultura punitiva existente. Teme-se o castigo e a incompreensão social.

Sendo assim é correto afirmar que o profissional ainda tem receio em notificar os eventos adversos, pois consideram que seus erros podem ser usados contra eles ou referem medo de punições, represálias de serem responsabilizados e ter seu nome comprometido por ter cometido o mesmo. Reiterando mais uma vez a necessidade de compreensão por parte dos profissionais da equipe de enfermagem acerca dos EA, bem como da adoção de uma cultura não punitiva frente ao evento instalado.

Artigo 5 – Descreve a necessidade de mudanças nos ambientes hospitalares ressaltando algumas delas que seriam: mudar a busca de erros como falhas do sistema; mudar de um ambiente punitivo para uma cultura na qual a notificação do erro é estimulada; evitar o sigilo evidenciando a transparência.

Promover uma cultura de segurança deve ocorrer através do compromisso entre os profissionais para que a notificação dos incidentes, erros e eventos adversos,

não denote caráter punitivo, mas sim entendimento de que o erro é multifatorial e não de responsabilidade de um único profissional.

A educação para a segurança do paciente e redução de EA é uma recomendação da OMS, que sugere a inclusão da temática nas grades curriculares de todos os cursos da área da saúde. Um aspecto importante é que os futuros profissionais tendem a ser preparados para acertar, pois partem da premissa de que o trabalho desenvolvido será livre de erros, incorporando a noção de que errar é algo inaceitável. Esse aspecto precisa ser revisto com urgência no ensino da saúde.

6

Visto que a segurança do paciente necessita ser problematizada e discutida de forma séria e responsável, sendo indispensável instrumentalizar os futuros profissionais para a prevenção de eventos adversos e desenvolver neles a cultura da segurança do paciente.⁶

Em relação à criação de estratégias que incentivem a notificação dos EA, Claro et al (2011) destaca a necessidade de traçar estratégias que promovam e garantam a cultura de segurança do profissional objetivando o incentivo a notificação de eventos adversos destacando-se a notificação anônima na tentativa de identificar o erro do processo para que os mesmos sejam minimizados oferecendo uma assistência mais segura e de qualidade.⁷

Ao discorrer sobre a temática Fassarella et al (2012), aborda a relevância da educação continuada estando o profissional sempre atualizado em relação as questões técnicas com a intenção de melhor atender o cliente. Considerando dessa forma proporcionar possibilidades de encorajamento sem medo de represálias priorizando as anotações dos registros afim de reduzir as falhas.⁸

Sendo assim tão importante quanto notificar é a qualidade dos registros. Já que após análise de alguns estudos detectou-se que aproximadamente 80% dos registros foram classificados como ruins e regulares e somente 20% foi classificado como de boa qualidade.⁹

Acredita-se que de acordo com FIGUEIREDO et al (2017) a incorporação da questão da qualidade do cuidado e da segurança dos pacientes na agenda governamental e acadêmica das instituições sejam elas de ensino ou hospitalares é fundamental, assim como a capacitação e atualização de profissionais, quanto à importância do registro fidedigno e completo nos sistemas de informação em saúde.

Os artigos corroboram que se faz necessário condutas de políticas e estratégias na tentativa de encorajar os profissionais de saúde as práticas de notificação de EA sem represálias tornando dessa forma um ambiente mais seguro. Além disso, percebeu-se a necessidade da capacitação adequada dos profissionais visto que assegurar uma assistência de qualidade e que traga segurança ao paciente é de grande importância.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O estudo nos possibilitou perceber e analisar a atuação da equipe de enfermagem e a importância da notificação de eventos adversos para a segurança do paciente. Concluímos a partir da análise que mesmo com todas as dificuldades e hesitações existentes no que diz respeito a notificação de eventos adversos as equipes reconhecem a contribuição positiva que as mesmas trazem para a segurança do paciente e para o processo de trabalho.

Reiterando que EA são incidentes indesejáveis, porém preveníveis, que ocorrem durante a prestação do cuidado a saúde e que resultam em danos ao cliente, podendo gerar um comprometimento da estrutura ou função do corpo e/ou algum efeito nocivo, como doença, lesão, incapacidade ou morte, podendo este ser de caráter físico, social e/ou psicológico. ²

Em síntese, os EA servem como indicadores de resultados já que são ferramentas que quando utilizadas de forma correta apontam aspectos do cuidado que podem ser melhorados tornando a assistência livre de riscos e falhas e, portanto mais segura para o profissional e principalmente para o paciente.

REFERÊNCIAS

1. NOVARETTI, Marcia Cristina Zago et al . Sobrecarga de trabalho da Enfermagem e incidentes e eventos adversos em pacientes internados em UTI. **Rev. bras. enferm**, Brasília, v. 67, n. 5, p. 692-699, Oct. 2014. Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S003471672014000500692&lng=en&nrm=iso>. Access on 10 agos. 2018. <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167.2014670504>.
2. CARNEIRO, Fernanda Salermo et al. Eventos Adversos na Clínica Cirúrgica de um hospital universitário instrumento de avaliação da qualidade. **Rev.enf.UERJ**, Rio de Janeiro, v1, p.201-204, Mar.2011. <http://www.facenf.br/v19n2/v19n2a06.pdf>. Acess em:21 agos .2018.
3. Organização Mundial de Saúde. Estrutura conceitual da classificação internacional sobre segurança do doente [Internet]. Lisboa: OMS; 2011. Disponível em: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/70882/4/WHO_IER_PSP_2010_2_por.
4. BECCARIA, Lucia Marinilza et al . Eventos adversos na assistência de enfermagem em uma unidade de terapia intensiva. **Rev. bras. ter. intensiva**, São Paulo, v. 21, n. 3, p. 276-282, Aug. 2009 . Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103507X2009000300007&lng=en&nrm=iso>. Access on 12 Oct. 2018. <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-507X2009000300007>.
5. DUARTE, Sabrina da Costa Machado et al . Eventos adversos e segurança na assistência de enfermagem. **Rev. Bras. Enferm.**, Brasília , v. 68, n. 1, p. 144-154, Feb. 2015 . Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672015000100144&lng=en&nrm=iso>. access on 21 Oct. 2018. <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167.2015680120p>
6. WEGNER, William et al . Educação para cultura da segurança do paciente: Implicações para a formação profissional. **Esc. Anna Nery**, Rio de Janeiro , v. 20, n. 3, e20160068, 2016 . Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-814520160003000212&lng=en&nrm=iso>. access on 15 Nov. 2018. Epub June 07, 2016. <http://dx.doi.org/10.5935/1414-8145.20160068>.

7. CLARO, Carla Matilde et al . Eventos adversos em Unidade de Terapia Intensiva: percepção dos enfermeiros sobre a cultura não punitiva. **Rev. esc. enferm. USP**, São Paulo , v. 45, n. 1, p. 167-172, Mar. 2011 . Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342011000100023&lng=en&nrm=iso>. access on 15 Nov. 2018. <http://dx.doi.org/10.1590/S0080-62342011000100023>.
8. FASSARELLA, Cintia Silva et al. Segurança do paciente no ambiente hospitalar: os avanços na prevenção de eventos adversos no sistema de medicação. **Rev. rede. de.cuidados. em.saúde** Rio de Janeiro,v1 , p.1-8, 2013 Disponível em: <<http://publicações.unigranrio.edu.br.br/index.php/rcs/article/view/1897/>>. Acesso em:15nov.2018.
- 9.FIGUEIREDO, Mirela Lopes de; D'INNOCENZO, Maria. Eventos adversos relacionados con las prácticas asistenciales: una revisión integradora. **Enferm. glob.**, Murcia , v. 16, n. 47, p. 605-650, 2017 . Disponible en <http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1695-61412017000300605&lng=es&nrm=iso>. accedido en 15 nov. 2018. Epub 01-Jul-2017. <http://dx.doi.org/10.6018/eglobal.16.3.256091>.
10. MOREIRA, Isadora Alves et al. Conhecimento dos profissionais de saúde sobre eventos adversos em unidade de terapia intensiva [Health professionals' knowledge regarding adverse events in the intensive care unit]. *Revista Enfermagem UERJ*, [S.I.], v. 23, n. 4, p. 461-467, set. 2015. ISSN 0104-3552. Disponível em: <<http://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/enfermagemuerj/article/view/5158/14237>>. Acesso em: 14 out. 2018. doi:<https://doi.org/10.12957/reuerj.2015.5158>.
11. SOUZA, Verusca Soares de et al. Erros e eventos adversos: a interface com a cultura de segurança dos profissionais de saúde. *Cogitare Enfermagem*, [S.I.], v. 20, n. 3, set. 2015. ISSN 2176-9133. Disponível em: <<https://revistas.ufpr.br/cogitare/article/view/40687>>. Acesso em: 14 out. 2018. doi:<http://dx.doi.org/10.5380/ce.v20i3.40687>.
12. ARAUJO, Jamilly Santos et al. Conhecimento dos enfermeiros sobre evento adverso e os desafios para a sua notificação. *Cogitare Enfermagem*, [S.I.], v. 21, n. 4, nov. 2016. ISSN 2176-9133. Disponível em: <<https://revistas.ufpr.br/cogitare/article/view/45404>>. Acesso em: 13 out. 2018. doi:<http://dx.doi.org/10.5380/ce.v21i4.45404>.
13. SELL, Bruna Telemberg et al. Eventos adversos em uma unidade de internação cirúrgica: estudo descritivo. *Rev. SOBECC*, São Paulo. JUL./SET. 2016; 21(3): 146-153>. Acesso em 13 out.2018.
14. PEREIRA ROCHA, Judite et al . Eventos adversos identificados nos relatórios de enfermagem em uma clínica pediátrica. **Cienc. enferm.**, Concepción , v. 20, n. 2, p. 53-63, agosto 2014 . Disponible en <https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-95532014000200006&lng=es&nrm=iso>. accedido en 21 oct. 2018. <http://dx.doi.org/10.4067/S0717-95532014000200006>
15. TOFFOLETTO, Maria Cecilia et al . Comparação entre gravidade do paciente e carga de trabalho de enfermagem antes e após a ocorrência de eventos adversos em idosos em cuidados críticos. **Texto contexto - enferm.**, Florianópolis , v. 27, n. 1, e3780016, 2018 . Available fro<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072018000100323&lng=en&nrm=iso>. access on 21 Oct. 2018. Epub Mar 22, 2018. <http://dx.doi.org/10.1590/0104-070720180003780016>.
16. ORTEGA, Daniela Benevides et al . Análise de eventos adversos em pacientes internados em unidade de terapia intensiva. **Acta paul. enferm.**, São Paulo , v. 30, n. 2, p. 168-173, abr. 2017 . Disponível em <http://www.revenf.bvs.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-21002017000200168&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em 21 out. 2018. <http://dx.doi.org/10.1590/1982-0194201700026>.

CAPÍTULO 2

A IMPORTÂNCIA DO ENFERMEIRO NA PREVENÇÃO DA DEPRESSÃO PÓS PARTO

Data de aceite: 01/12/2020

Paulo Henrique Santana Feitosa Sousa

Centro Universitário Estácio de Sergipe
Aracaju – Sergipe
<http://lattes.cnpq.br/8452353012372043>

Jéssica Carmem Santos Silva

Centro Universitário Estácio de Sergipe
Aracaju – Sergipe
<http://lattes.cnpq.br/8346267776362236>

Thaynara Fontes Almeida

Universidade Federal de Sergipe
São Cristóvão – Sergipe
<http://lattes.cnpq.br/4261972880758586>

Ruth Cristini Torres

Centro Universitário Estácio de Sergipe
Aracaju – Sergipe
<http://lattes.cnpq.br/7562394165413794>

Marcel Vinicius Cunha Azevedo

Centro Universitário Estácio de Sergipe
Aracaju – Sergipe
<http://lattes.cnpq.br/2060828553696114>

RESUMO: O parto e a gestação representam etapas únicas na vida da mulher, gerando grandes expectativas não só nela, mas em toda a família. As mulheres são os indivíduos mais propensos a serem afetados pela depressão, podendo esta ter início no começo do processo de ser mãe, o que altera, significativamente, as relações com a família. Dessa forma, objetivou-se, com este estudo, ressaltar a importância da enfermagem frente à prevenção da Depressão

Pós-Parto. Trata-se de uma revisão integrativa de literatura de caráter descritivo onde foram utilizadas publicações científicas de enfermagem, indexadas através da Base de Dados em Enfermagem (BDENF), Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS) e Sistema Online de Busca e Análise de Literatura (MEDLINE). A partir das análises feitas para a construção desta revisão, foram totalizados 15 artigos que se encaixaram nos critérios de inclusão. Foi possível entender que o enfermeiro tem papel significativo na detecção da Depressão Pós-Parto, devendo esta ocorrer o mais breve possível. Além disso, a educação em saúde é um fator crucial no desenvolvimento de estratégias profiláticas e de tratamento para as puérperas. Sendo assim, espera-se que este estudo possa contribuir para a prevenção das características da DPP e suas consequências para a mãe e para o bebê.

PALAVRAS-CHAVE: Depressão Pós-parto. Mulher. Cuidados de enfermagem. Período Pós-parto. Saúde Mental.

THE IMPORTANCE OF NURSES IN PREVENTING POST DEPRESSION

ABSTRACT: Childbirth and pregnancy represent unique stages in a woman's life, generating high expectations not only for her, but for the whole family. Women are the individuals most likely to be affected by depression, which can begin at the beginning of the process of being a mother, which significantly changes relationships with the family. Thus, the objective of this study was to highlight the importance of nursing in the prevention of Postpartum Depression. This is an integrative

literature review of a descriptive nature where scientific nursing publications indexed through the Nursing Database (BDENF), Latin American and Caribbean Literature in Health Sciences (LILACS) and Online Search System were used. and Literature Analysis (MEDLINE). From the analyzes made for the construction of this review, there were a total of 15 articles that met the inclusion criteria. It was possible to understand that the nurse has a significant role in the detection of Postpartum Depression, which should occur as soon as possible. In addition, health education is a crucial factor in the development of prophylactic and treatment strategies for postpartum women. Therefore, it is hoped that this study can contribute to the prevention of the characteristics of PPD and its consequences for the mother and baby.

KEYWORDS: Depression. Postpartum. Women. Psicológico. Nursing Care. Postpartum Period. Mental Health.

INTRODUÇÃO

O parto e a gestação representam etapas únicas na vida da mulher, gerando grandes expectativas não apenas nela, mas em toda a família. Todos aguardam somente por alegrias com o advento de mais um membro para a família. No entanto, dificuldades surgem, concomitantemente, às mudanças, algo que contraria a idealização da maternidade utópica construída pela sociedade (CORRÊA; SERRALHA *et al.*, 2015; SERRATINI, INVENÇÃO, 2019).

O período puerperal é representado como uma fase delicada da vida da mulher por trazer mudanças biológicas e mentais que influenciam de forma direta a saúde e o bem-estar psíquico. Aumenta-se, assim, o risco de se desenvolver graves transtornos psiquiátricos (ABUCHAIM *et al.*, 2016).

A Organização Mundial da Saúde (OMS) afirma que cerca de 10% das mulheres grávidas e 13% das puérperas apresentam um transtorno mental e a depressão pós-parto pode atingir de 10 a 20% das puérperas (WHO, 2017).

De acordo com um estudo realizado por pesquisadores da Fundação Fio Cruz, cerca de 25% das puérperas brasileiras sofrem com a Depressão Pós-Parto (DPP) (FIOCRUZ, 2016).

A depressão é classificada como um transtorno de humor, enquanto doença, segundo o Manual Diagnóstico de Transtornos Mentais (DSM-V, 2013). A depressão com início no pós-parto, transtorno depressivo no pós-parto ou depressão pós-parto materna (DPP-M) é aquela que ocorre nas primeiras quatro semanas após o parto, tendo, frequentemente, início durante a gestação (CAMPOS *et al.*, 2015).

Porém, há autores que trazem um especificador diferente, substituem “com início no pós-parto”, para os transtornos depressivos e bipolares, “com início periparto”. Essa mudança ocorreu porque, segundo a American Psychiatric Association, 50% dos episódios de depressão que ocorrem no puerpério se

desenvolveram no início da gravidez. Os sintomas se assemelham aos transtornos depressivos existentes em outros períodos da vida, além de poder afetar a relação e a qualidade da interação entre a díade mãe-filho (APS, 2014; LETOURNEAU *et al.*, 2012).

As mulheres são os indivíduos mais propensos a serem afetados pela depressão, podendo esta ter início no começo do processo de ser mãe, o que altera, significativamente, as relações com a família. Percebe-se, então, que o auxílio do pai nesse momento ajuda na melhoria da interação mãe-bebê (ALVARENGA *et al.*, 2016).

A maternidade exige da mulher uma adaptação e a falta de preparo psicológico para o enfrentamento da maternidade pode levar algumas mães a apresentarem dificuldades ao assumir esse papel, sentindo-se incapaz de cuidar do recém-nascido (GREINERT; MILANI, 2015).

Além das mudanças mentais e corporais da gestação, existem alterações no meio socioeconômico, tendo em vista que as mulheres detêm atividades laborais e/ou sociais que não lhe garantem dedicação exclusiva para a maternidade, o que pode levar a um aumento da tensão sentimental (MANETE; RODRIGUES, 2016; SERRATINI, INVENÇÃO, 2019).

Entre os fatores socioeconômicos associados à DPP estão: idade precoce, baixa escolaridade, multiparidade e morar com o parceiro (HARTMAN; SASSI; CESAR, 2017).

A dificuldade de se lidar com sentimentos, geralmente está associada às variações hormonais, mudanças no humor, alterações no cotidiano e a fatores relacionados ao puerpério. No entanto, a partir do momento que essas dificuldades permanecem e interferem nos cuidados e no relacionamento com o bebê, é preciso a intervenção dos profissionais de saúde (CAMPOS *et al.*, 2015).

A justificativa para esta pesquisa surgiu a partir da identificação na literatura do impacto que a depressão pós-parto pode causar sob a puérpera e o recém-nascido. Acredita-se que esta pesquisa possa contribuir para subsidiar uma assistência de enfermagem humanizada e eficaz, estimulando a identificação de sinais que caracterizem a doença, precocemente, evitando agravos para a mulher durante o puerpério e para o recém-nascido no momento em que ele mais precisará da sua genitora.

Dessa forma, o proposto estudo objetiva ressaltar a importância da enfermagem frente a prevenção da Depressão Pós-Parto, bem como relacionar os principais fatores da sintomatologia depressiva.

METODOLOGIA

Trata-se de um estudo de revisão integrativa da literatura realizado no primeiro semestre de 2019. Para a elaboração do estudo as seguintes etapas foram percorridas: 1) definição do problema com a questão norteadora e os objetivos da pesquisa, 2) seleção da amostra a partir do estabelecimento de critérios de inclusão e exclusão das publicações, 3) busca na literatura, 4) análise dos estudos, 5) apresentação e discussão dos resultados (CROSSETTI, 2012). Para nortear as ações de pesquisa desse estudo, foi formulada a seguinte questão: Qual o papel do enfermeiro na prevenção da DPP?

Os critérios de inclusão utilizados para compor a amostra do estudo foram artigos originais, completos, publicados entre os anos de 2014 a 2019, baseados nos descritores: depressão pós-parto, mulher, cuidados de enfermagem, período pós-parto e saúde mental. Os critérios de exclusão foram artigos incompletos, monografias e teses.

A coleta dos dados foi realizada durante o período de julho a setembro de 2019, por meio da busca das publicações indexadas nas seguintes bases de dados, vinculadas à Biblioteca Virtual em Saúde (BVS): Base de Dados em Enfermagem (BDENF), Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS) e no Medical Literature Analysis and Retrieval System Online (MEDLINE). Foi utilizado o operador boleado AND no cruzamento dos seguintes descritores: Depressão Pós-parto, Mulher, Cuidados de enfermagem, Período Pós-parto e Saúde Mental.

Elaborou-se um instrumento para a coleta das informações composto pelos seguintes itens: autor/ano, título do artigo, objetivo, material e método, e resultados.

Após a leitura das pesquisas selecionadas, foram realizadas as análises e organização das temáticas e assim, os artigos foram categorizados e inseridos em um quadro. Para a análise descritiva dos resultados, foi utilizado um quadro elaborado por meio do programa Microsoft Office Word versão 2013, de acordo com o instrumento elaborado para coleta de dados (Quadro 1).

Foram encontrados 135 artigos, 120 desses foram excluídos, pois não respeitavam os critérios de inclusão: 20 não se enquadravam na temática, 35 eram artigos de revisão e 65 com ano de publicação inferior a 2014. Logo, a amostra foi constituída por 15 estudos que se enquadravam nos critérios exigidos neste artigo (Figura 1).

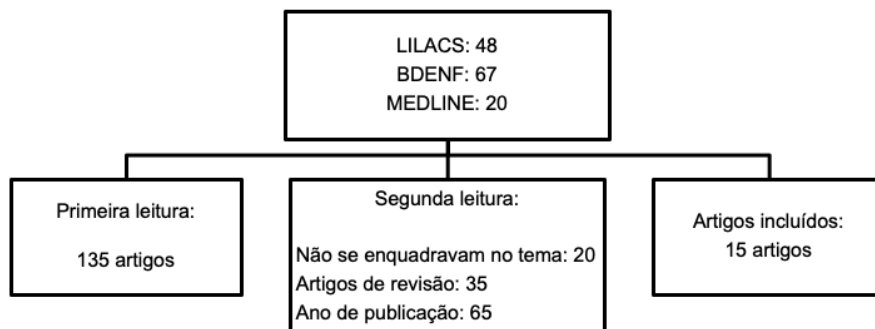


Figura 1 - Fluxograma de identificação, seleção e inclusão dos estudos da revisão integrativa. Aracaju, Sergipe, 2020.

Fonte: Elaborado pelos autores.

Por se tratar de uma pesquisa bibliográfica, os dados obtidos por meio desta, seguirão princípios éticos como também as normas da NBR 10520 que especificam as características exigíveis para a apresentação de citação. A NBR 6023 que estabelece o que será incluído nas referências e a Lei dos direitos autorais 12.853/13 que dispõe em seu Art. 1º. Esta Lei regula os direitos autorais, entendendo-se sob esta denominação os direitos de autor e os que lhes são conexos.

RESULTADOS

A partir das análises feitas para a construção desta revisão, foi elaborado um instrumento para coleta de informações, a fim de responder às questões norteadoras, em ordem decrescente do ano de publicação, composto pelos seguintes itens: título do artigo, objetivo, metodologia, autor e ano de publicação (**Quadro 1**).

Nº	TÍTULO	OBJETIVO	METODOLOGIA	AUTOR(ES)	ANO
1	Influência do Parto Sobre o Desmame no Puerpério	Analisar a influência do parto sobre o desmame no puerpério	Estudo observacional, descritivo, transversal, de caráter quantitativo	VIEIRA <i>et al.</i>	2019
2	Impacto da saúde mental materna na interação mãe-bebê e seus efeitos sobre o desenvolvimento infantil	Investigar o impacto da saúde mental da mãe em seus comportamentos durante a interação com o bebê	Estudo quali-quantitativo	ALVARENGA <i>et al.</i>	2018
3	A relação mãe-bebê no contexto da depressão pós-parto: Estudo qualitativo	Analisar como a sintomatologia depressiva em mulheres no período pós-parto influencia na relação mãe-bebê.	Pesquisa qualitativa	GREINERT <i>et al.</i>	2018

4	Necessidades de autocuidado no período pós-parto identificadas em grupos de puérperas e acompanhantes	Identificar as necessidades de autocuidado no pós-parto em grupos de puérperas e acompanhantes.	Estudo descritivo e exploratório	BARBOSA <i>et al.</i>	2018
5	Percepção de gestantes e puérperas primíparas sobre maternidade	Investigar a percepção de gestantes e puérperas primíparas sobre maternidade.	Estudo exploratório-descritivo, de abordagem qualitativa	DEMARCHI <i>et al.</i>	2017
6	Depressão pós-parto e tipo de parto: perfil de mulheres atendidas em um hospital-escola	Descrever a prevalência de depressão pós-parto e verificar a associação com o tipo de parto.	Estudo transversal	BISCEGLI <i>et al.</i>	2017
7	Conhecimento de profissionais da Estratégia Saúde da Família sobre depressão pós-parto	Investigar o conhecimento de profissionais da Estratégia Saúde da Família quanto ao tratamento da depressão pós-parto	Pesquisa descritiva e qualitativa	OLIVEIRA <i>et al.</i>	2016
8	Tecnologia educacional sobre cuidados no pós-parto: construção e validação	Construir e validar uma tecnologia educacional sobre cuidados no pós-parto	Estudo exploratório-metodológico	TEIXEIRA <i>et al.</i>	2016
9	Vivência de puérperas adolescentes quanto à gravidez e trabalho de parto	Caracterizar dados de puérperas adolescentes	Estudo exploratório, descritivo-transversal, com abordagem quantitativa	OLIVEIRA <i>et al.</i>	2016
10	Depressão pós-parto e autoeficácia materna para amamentar: prevalência e associação	Identificar a prevalência de sintomas de depressão pós-parto e o nível de autoeficácia para amamentar, entre puérperas atendidas num Centro de Incentivo ao Aleitamento Materno.	Estudo transversal	ABUCHAIM <i>et al.</i>	2016
11	Saúde mental materna e estado nutricional de crianças aos seis meses de vida	Analisar se saúde mental materna associa-se ao estado nutricional infantil no sexto mês de vida.	Estudo seccional	HASSAN <i>et al.</i>	2016
12	Identificação de sintomas depressivos no período pós-parto em mães adolescentes	Determinar a prevalência de sintomas depressivos em mães adolescentes	Estudo Observacional, Descritivo e transversal	CARDILLO <i>et al.</i>	2016
13	Depressão Pós-Parto Materna: Crenças, Práticas de Cuidado e Estimulação de Bebês no Primeiro Ano de Vida	Descrever e relacionar o índice de depressão pós-parto apresentado por mães de bebês e as práticas e crenças sobre cuidado primário e estimulação	Estudo Descritivo	CAMPOS; RODRIGUES.	2015

14	Alojamento conjunto em um hospital universitário: depressão pós-parto na perspectiva do enfermeiro	Conhecer o entendimento dos enfermeiros do alojamento conjunto sobre depressão pós-parto; e identificar a percepção desses enfermeiros relativa à importância das orientações sobre depressão pós-parto às puérperas.	Pesquisa descritiva, exploratória, de natureza qualitativa	FREITAS <i>et al.</i>	2014
15	O pré-natal psicológico como programa de prevenção à depressão pós-parto	Avaliar a contribuição do PNP para prevenir a DPP	Pesquisa-ação	ARRAIS <i>et al.</i>	2014

Quadro 1 - Artigos selecionados para revisão nesse estudo.

Fonte: Elaborado pelos autores.

Em relação ao tipo de metodologia, foi criado um gráfico a fim de separar, didaticamente, os estudos. Notou-se a prevalência dos estudos de caráter descritivo (36%), seguidos dos estudos exploratório-descritivos (29%) (**Figura 2**).

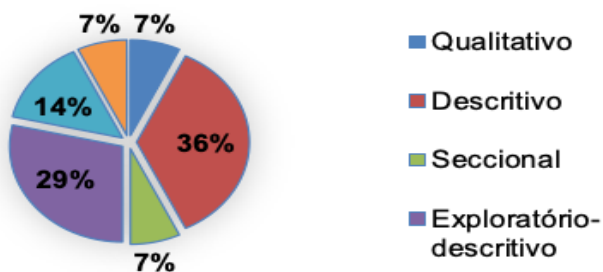


Figura 2 - Caracterização dos estudos quanto ao desenho metodológico.

Fonte: Elaborado pelos autores

De igual forma, construiu-se também a figura 3 para expressar o percentual de artigos de acordo com a região brasileira onde a pesquisa foi desenvolvida. Neste, pode-se perceber que mais da metade das pesquisas foram desenvolvidas na região Sudeste (20%).

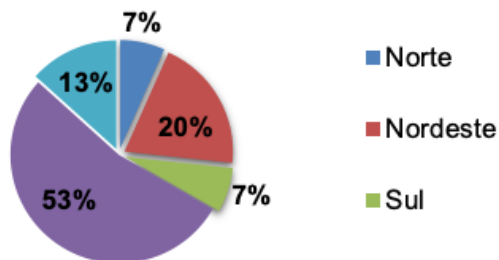


Figura 3 - Distribuição dos artigos segundo as regiões do Brasil.

Fonte: Elaborado pelos autores

DISCUSSÃO

A mulher no período da gravidez e no puerpério precisa de apoio e suporte psicológico para reconhecer, prevenir e buscar orientação acerca dos fatores que interferem na sua saúde mental e promover o desenvolvimento saudável da relação mãe-bebê. Desta forma, tem-se uma medida de prevenção à DPP (GREINERT *et al.*, 2018; OLIVEIRA *et al.*, 2016).

Em conformidade com esse pensamento, Demarchi *et al.* (2017) e Carneiro (2015) trazem que a maternidade é um desafio para a mulher, onde se multiplicam seus sentimentos e atingem-se realizações. Em contrapartida, elas enfrentam medos e dificuldades impostas pela chegada do bebê e pelos cuidados exigidos nessa nova fase da vida. A partir dessas dificuldades, podem ocorrer sentimentos negativos que geram ansiedade e/ou depressão.

Oliveira *et al.* (2016) traz em seu estudo a visão de que o enfermeiro tem papel significativo na detecção da depressão pós-parto, partindo do princípio que as unidades básicas de saúde são responsáveis pelo atendimento e acompanhamento das mulheres no pré-natal e pós-parto e o enfermeiro se torna profissional de referência para esses atendimentos.

A educação em saúde se torna, então, uma importante ferramenta para a prevenção e tratamento da DPP. Teixeira *et al.* (2016) colaboram para esta ideia demonstrando em seu estudo a relevância da implementação de tecnologias educacionais para as gestantes.

Vieira *et al.* (2019) informam também que a partir do momento em que se tem conhecimento dos principais fatores precursores, é possível criar estratégias de proteção, garantindo o cuidado à saúde da mãe e do bebê.

Faz-se necessário entender a importância de escutar as mães para saber suas necessidades e conferir se o conhecimento passado através da educação em saúde foi realmente entendido. Essa ideia de escuta ativa pode ser verificada no

estudo de Barbosa *et al.* (2018) com mães e acompanhantes.

Freitas *et al.* (2014) acrescentam ainda que é vital também que o enfermeiro esteja capacitado para o enfrentamento da DPP. A partir da pesquisa feita com enfermeiros em um hospital da cidade de Niterói (RJ), foi verificado que a falta de domínio dos profissionais em lidar com uma situação de depressão materna dificultou a correta assistência de enfermagem, trazendo prejuízos na relação do binômio mãe-filho.

Percebe-se, então, que o reconhecimento da sintomatologia depressiva deve ser feito tanto por profissionais de saúde, a exemplo do enfermeiro, visando a proteção da paciente, quanto pelas mães, visando o autocuidado (CARDILLO *et al.*, 2016).

Dentre os principais indícios da DPP podem ser citadas as falas de pacientes de que não vale a pena viver, a expressão de sentimentos de culpa, a ansiedade e a intenção de fazer mal a si (CARDILLO *et al.*, 2016). O profissional enfermeiro ocupa um papel de referência durante o pré-natal. É aquele que possui maior contato com a gestante e família. Normalmente, constrói um elo de confiança, sendo adotado como o profissional de referência no processo de matriciamento que a atenção básica adota. Logo, este profissional possui papel essencial na detecção precoce de sintomas, prevenção e tratamento da DPP.

A saúde mental da mãe também é alvo do estudo de Alvarenga *et al.* (2018). A partir deste, foi percebido que a depressão e a ansiedade da puérpera podem afetar o desenvolvimento cognitivo do bebê nos primeiros meses de vida. Foi visto que a falta de interação da mãe desestimula o filho, atrasando o seu desenvolvimento, fator este que, no futuro, pode gerar agravos à saúde.

Campos e Rodrigues (2015) desenvolveram um estudo feito com 132 mães no qual constatou que as mães deprimidas interagiam menos com os filhos, consequentemente, desestimulando-os mais. Esses dados podem servir de base para a criação de novas intervenções, a fim de proteger a criança e a mãe de forma holística.

A enfermagem desenvolve a consulta de puericultura que acompanha o crescimento e desenvolvimento da criança. Essas consultas permitem a identificação de atrasos no desenvolvimento que podem estar associadas a um quadro de depressão e ansiedade da mãe. É essencial que este profissional esteja capacitado para a identificação de alterações bem como para abordar a família de modo a estabelecer relação do atraso dos marcos do desenvolvimento com aspectos afetivos do binômio

Como forma de tratar este problema com a saúde mental das mães, Arrais, Mourão e Fragalle (2014) defendem a assistência psicológica na gestação, por meio da utilização do pré-natal psicológico como importante instrumento preventivo e que

deve ser implementado como uma política pública em unidades básicas de saúde, maternidades e serviços de pré-natal.

Em relação à influência do parto na DPP, foram encontradas divergências entre os pontos de vista dos autores. Carneiro (2015) defende o parto humanizado como garantia de preservação dos direitos da mãe e de maior proximidade com o filho, diminuindo o risco de sentimentos negativos.

Já Biscegli *et al.* (2017), contrariando essa posição, afirmam que em seu estudo feito com 120 puérperas em um hospital de São Paulo, não foram encontrados dados significativos para relacionar o tipo de parto com a DPP.

Uma outra relação também abordada foi entre a amamentação e a DPP. Abuchaim *et al.* (2016) afirmam que os sintomas depressivos dificultam a amamentação por parte da mãe, o que traz prejuízo para o bebê. Dessa forma, o enfermeiro deve estar atento a tal fator, visando desenvolver estratégias combativas como orientações acerca da importância do aleitamento materno, criação de grupos de apoio e ensino da técnica para boa pega.

Hassan, Werneck e Hasselmann (2016) ainda falam que o estado da mãe interfere diretamente no peso do bebê. Foi constatado que mães com sintomatologia depressiva tiveram filhos com menor escore de desenvolvimento (peso e tamanho) quando comparados a filhos de mães não depressivas.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O estudo busca ressaltar a importância da enfermagem frente à prevenção de Depressão Pós-Parto, visto que os números associados a essa patologia são assustadores, porém totalmente passíveis de mudanças, através de condutas precisas e emergentes.

Em resposta à questão norteadora, foi visto que o enfermeiro tem papel de destaque tanto na prevenção da DPP, através de educação em saúde, escuta ativa das necessidades maternas e acompanhamento desde o pré-natal, quanto no tratamento, através da identificação precoce, criação de rede de apoio e encaminhamento correto.

A enfermagem é a área da saúde com maior contato com o paciente, sendo responsável pela prescrição e execução dos cuidados. Além disso, o profissional enfermeiro deve estar atento aos possíveis sinais patológicos demonstrados pelos pacientes, sejam eles físicos ou psíquicos. No caso da DPP, faz-se necessário que o enfermeiro saiba identificar, corretamente, a sintomatologia da doença, agindo de forma rápida para neutralizar os dados correspondentes à relação mãe-bebê.

Durante a discussão dos resultados, foi percebido que ainda não existe um consenso entre a associação da DPP com alguns outros fatores, como o tipo de

parto. Essa divergência pode estar relacionada às características regionais onde cada pesquisa foi feita. Portanto, é de suma importância o desenvolvimento de novas pesquisas na área, visando descobrir novas formas de prevenir o aparecimento de sintomas depressivos na mãe.

Espera-se que este estudo possa contribuir para o conhecimento das características da DPP e suas consequências para a mãe e para o bebê, possibilitando então que o enfermeiro tome um posicionamento eficaz e embasado em evidências científicas.

REFERÊNCIAS

ABUCHAIM, E.S.V. *et al.* **Depressão pós-parto e autoeficácia materna para amamentar: prevalência e associação.** Acta Paulista de Enfermagem. v. 29, n. 6, p. 664-670, 2016.

ALVARENGA, P. *et al.* **As Relações entre Depressão Materna e Relatos Maternos acerca do Envolvimento Paterno: Um Estudo Longitudinal.** Temas em Psicologia. v. 24, n. 3, p. 911-925, 2016.

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. **DSM-V. Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais.** 5th ed. Porto Alegre: ARTMED; 2014.

ARRAIS, A.R.; MOURÃO, M.A.; FRAGALLE, B. **O pré-natal psicológico como programa de prevenção à depressão pós-parto.** Saúde e Sociedade. São Paulo, v. 23, n. 1, p. 251-264, 2014.

BARBOSA, E.M.G. *et al.* **Necessidades de autocuidado no período pós-parto identificadas e grupos de puérperas e acompanhantes.** Revista de enfermagem e atenção à saúde. v. 7, n. 1, p. 164-176, jan-jul, 2018.

BISCEGLI, T.S. *et al.* **Depressão pós-parto e tipo de parto: perfil de mulheres atendidas em um hospital-escola.** Cuidarte Enfermagem. v. 11, n. 1, p. 59-65, jan-jun, 2017.

CAMPOS, B.C.; RODRIGUES, O.M.P.R. **Depressão Pós-Parto Materna: Crenças, Práticas de Cuidado e Estimulação de Bebês no Primeiro Ano de Vida.** Revista Psico. Porto Alegre, v.46, n.4, p.483-492, out-dez, 2015.

CARDILLO, V.A. *et al.* **Identificação de sintomas depressivos no período pós-parto em mães adolescentes.** Revista Eletrônica de Enfermagem. Rio de Janeiro, v.18, p.1-10, 2016.

CARNEIRO, R., **“Para chegar ao Bojador, é preciso ir além da dor”: sofrimento no parto e suas potencialidades.** Sexualidade, Saúde e Sociedade. n. 20, p. 91-112, ago., 2015.

DEMARCHI, R.F. *et al.* **Percepção de gestantes e puérperas primíparas sobre maternidade.** Revista de Enfermagem da UFPE. v. 11, n. 7, p. 2663-2673, jul, 2017.

FREITAS, D.R. *et al.* **Alojamento conjunto em um hospital universitário: depressão pós-parto na perspectiva do enfermeiro.** Revista de Enfermagem da UFPE. v. 6, n. 2, p.1 202-1211, abr-jun, 2014.

GREINERT, B.R.M. *et al.* **A relação mãe-bebê no contexto da depressão pós-parto: Estudo qualitativo.** Saúde e Pesquisa. Maringá – PR, v. 11, n. 1, p. 81-88, jan-abr, 2018.

HASSAN, B.K.; WERNECK, G.L.; HASSELMAN, M.H. **Saúde mental materna e estado nutricional de crianças aos seis meses de vida.** Revista de Saúde Pública. v. 50, n. 7, p. 1-9, 2016.

LETOURNEAU, NL *et al.* **Postpartum depression is a family affair: addressing the impact on mothers, fathers, and children.** Issues Ment Health Nurs. 33(7):445-57, 2012.

OLIVEIRA, A.M. *et al.* **Conhecimento de profissionais da Estratégia Saúde da Família sobre depressão pós-parto.** Journal of Nursing and Health. v. 1, n.1, p. 17-26, 2016.

OLIVEIRA, L.F.M. *et al.* **Vivência de puérperas adolescentes quanto à gravidez e trabalho de parto.** Revista de Enfermagem da UFPE. v. 10, n. 2, p. 395-406, fev, 2016.

SERRATINI, A.P.; IVENÇÃO, A.S. **Depressão Pós-Parto.** Revista UNILUS Ensino e Pesquisa.v. 16,n.44,jul./set. 2019

TEIXEIRA, E. *et al.* **Tecnologia educacional sobre cuidados no pós-parto: construção e validação.** Revista Baiana de Enfermagem. Salvador, v. 30, n. 2, p. 1-10, abr-jun, 2016.

VIEIRA, F.S. *et al.* **Influência do Parto Sobre o Desmame no Puerpério.** Revista de Pesquisa Cuidado é Fundamental. v. 1, p. 425-431, 2019.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Mental health action plan 2013-2020** [online], 2013.

CAPÍTULO 3

ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM A GESTANTE COM ANEMIA FALCIFORME

Data de aceite: 01/12/2020

Data de submissão: 01/09/2020

Joyce Ibiapina de Vasconcelos

Faculdade Estácio
Teresina-PI

<http://lattes.cnpq.br/4780824871592085>

Maria José da Silva Carrias

Faculdade Estácio
Teresina-PI

<http://lattes.cnpq.br/1366691507005843>

Valéria da Silva Carvalho

Faculdade Estácio
Teresina-PI

<http://lattes.cnpq.br/5135172615685788>

Maria Tamires Alves Ferreira

Universidade Federal do Piauí – UFPI
Teresina-PI

<http://lattes.cnpq.br/4183905820785710>

Bruna de Abreu Sepulveda Reis

Faculdade Estácio de Sá

<http://lattes.cnpq.br/5989034263642151>

Adriana Rodrigues Alves de Sousa

Faculdade Integral Diferencial – Facid
Teresina-PI

<http://lattes.cnpq.br/0739322970622743>

Aclênia Maria Nascimento Ribeiro

Instituto de Ensino Superior Múltiplo – IESM
Timon-MA

<http://lattes.cnpq.br/5883408075990521>

Rosana Serejo dos Santos

Faculdade Estácio
Teresina-PI

<http://lattes.cnpq.br/2363823028704718>

Alanne Késsia de Souza Paiva

Faculdade Estácio
Teresina-PI

<http://lattes.cnpq.br/8628405939660770>

Luciana Ribeiro de Carvalho

Faculdade Estácio
Teresina-PI

<http://lattes.cnpq.br/8175736609238863>

Ellen Maria de Sousa Santos

Instituto de Ensino Superior Múltiplo – IESM
Timon-MA

<http://lattes.cnpq.br/7390464066416189>

Fernanda Mendes Dantas e Silva

Universidade Federal do Piauí – UFPI
Teresina-PI

<http://lattes.cnpq.br/6378722665760562>

RESUMO: Objetivo: Investigar as evidências científicas sobre os cuidados de enfermagem à gestante com Anemia Falciforme. **Metodologia:** Pesquisa do tipo revisão integrativa. A busca foi realizada nas bases: Medline, Pubmed, Scielo, Pepsic, Sistema de Bibliotecas da UFMG(S/B), Accss Medicine, Plataforma Sucupira, Lilacs e BVS-MS, utilizando os descritores como “Gestantes”, “Anemia Falciforme”, “Complicações hematológicas”, e “Cuidado de Enfermagem”. **Resultados:** Foram analisados 11 artigos e identificado que o estado gravídico acarreta o

agravamento da anemia falciforme, o que pode levar a complicações de situações pré-existentes. Também pode ocorrer restrição do crescimento fetal, parto prematuro, natimortalidade, abortamentos espontâneos, baixo peso ao nascimento, eclâmpsia, pré-eclâmpsia e até óbito. Identificou-se que a assistência de enfermagem pode atuar visando a redução de tais complicações atuando no acompanhamento na prestação de cuidados por meio de orientações durante o pré-natal, parto e cuidados com a saúde da gestante. **Considerações finais:** Apesar de poucas pesquisas sobre a atuação do enfermeiro na assistência à gestante com anemia falciforme, foi possível identificar a importância desse profissional na assistência, bem como a necessidade de qualificação.

PALAVRAS-CHAVE: Gestantes; Anemia Falciforme; Complicações hematológicas; Cuidado de Enfermagem.

NURSING ASSISTANCE TO PREGNANT WOMEN WITH FALCIFORM ANEMIA

ABSTRACT: Objective: To investigate the scientific evidence on nursing care to pregnant women with sickle cell anemia. **Methodology:** Integrative review research. The search was carried out on the bases: Medline, Pubmed, Scielo, Pepsic, UFMG Library System (S / B), Accss Medicine, Plataforma Sucupira, Lilacs and BVS-MS, using the descriptors such as “Pregnant Women”, “Sickle Cell Anemia”, “Hematological complications”, and “Nursing Care”. **Results:** 11 articles were analyzed and it was identified that the pregnancy state causes the worsening of sickle cell anemia, which can lead to complications of pre-existing situations. Fetal growth restriction, premature birth, stillbirth, spontaneous abortions, low birth weight, eclampsia, pre-eclampsia and even death may also occur. It was identified that nursing care can act to reduce such complications by acting on monitoring care provision through guidelines during prenatal care, childbirth and health care for pregnant women. **Final considerations:** Despite little research on the role of nurses in assisting pregnant women with sickle cell anemia, it was possible to identify the importance of this professional in care, as well as the need for qualification.

KEYWORDS: Pregnant women. Sickle cell anemia. Haematological complications. Nursing Care.

1 | INTRODUÇÃO

A anemia falciforme (AF), que pode ser considerada como uma patologia de cunho hereditário, além de muito recorrente no Brasil, possui cerca de 3.500 indivíduos acometidos com doença falciforme (DF) e cerca de 200.000 com indícios, ou seja, traço falciforme. (ARAÚJO, 2007).

Em uma análise dos sintomas recorrentes nos indivíduos com AF, tem-se como os mais recorrentes: as crises de dor recorrentes em ossos e articulações, a síndrome mão-pé que é responsável por momentos de dor podem acontecer nos pequenos vasos sanguíneos das mãos e dos pés, as infecções na qual podem

desenvolver pneumonias e meningites principalmente em crianças, úlceras de perna que são mais recorrentes nas proximidades dos tornozelos e também sequestro do sangue no baço no qual todo o sangue vai para o baço e deixa de circular nos demais órgãos (BRASIL, 2015).

Quando levamos a realidade da AF para as gestantes, tem-se que a gestação nesse contexto está diretamente associada a um aumento de complicações clínicas materno-fetais (SILVA; COELHO, 2018).

Em uma revisão sistemática, evidenciou-se que as mulheres com AF têm um risco aumentada de pré-eclâmpsia e morte materna, natimortos, partos prematuros e recém-nascidos pequenos para a idade gestacional (TOWNSLEY, 2013; OTENG-NTIM *et al.*, 2015). Outra pesquisa evidenciou seis eventos adversos mais relevantes na gestante com AF, são eles: crise dolorosa, síndrome torácica aguda, embolia pulmonar, complicação hematológica e infecções. Salienta-se que, o conhecimento desses riscos e dos eventos adversos contribuem para a implementação de intervenções multidisciplinares e multiprofissionais na gravidez e pós-parto, que devem ser adaptados a cada paciente (JAIN *et al.*, 2019).

Dessa maneira, o planejamento da gestação para mulheres com AF é fundamental, sendo necessário o acompanhamento do pré-natal diferenciado e iniciado o mais precocemente possível. A assistência deve ser realizada, de preferência, em centros de referência para gestação de alto risco. Desse modo, o trabalho de parto, o parto e o puerpério são períodos nos quais a atenção médica e de enfermagem são decisivas para um bom desfecho na gestação (BRASIL, 2015a)

Considerando que a AF em gestantes possui particularidades e riscos, o papel do enfermeiro no enfrentamento da doença e na oferta de uma qualidade de vida na gestação e no pré e pós-parto, torna-se relevante e está totalmente respaldado na ciência e na prática do cuidado, como uma condição de direito, pois esse trabalho implica na respeitabilidade do outro, no trato, na ética, a fim de promover a saúde (SHOJI *et al.*, 2016).

Ressalta-se que a enfermagem como integrante da equipe multiprofissional pode ajudar na diminuição da incidência das complicações com o acompanhamento da gestante em todos os períodos a fim de reduzir a mortalidade materna e perinatal. Nesse contexto, traz-se como questão norteadora da pesquisa: “Quais os cuidados de enfermagem à gestante com anemia falciforme para minimizar complicações causadas pela patologia? Nesse sentido, visando compreender melhor a problemática estudada, estabeleceu-se como objetivo, investigar as evidências científicas sobre os cuidados de enfermagem à gestante com Anemia Falciforme.

2 | METODOLOGIA

O estudo trata-se de uma revisão interativa da literatura que foi desenvolvida a partir da seguinte questão norteadora do estudo: “Quais as evidências científicas em relação aos cuidados de enfermagem à gestante com anemia falciforme para minimizar complicações?”.

Para elaboração da questão norteadora do estudo foi usada a estratégia chamada PICO (acrônimo para patient, intervention, comparison, outcomes) (TOSTES; GALVAO, 2019). Nela o P é a população, paciente ou problema (gestante com anemia falciforme), I de intervenção ou área de interesse no caso, os cuidados de enfermagem e para o elemento O (desfecho) foi considerada a minimização de complicações, conforme descrita na questão de estudo. Ressalta-se que o elemento C, não foi empregado devido ao tipo de revisão, pois não há comparação entre intervenção ou grupo.

A busca dos estudos foi realizada entre abril e junho de 2020, nas bases de dados *Medical Literature Analysis and Retrieval System Online* (MEDLINE); *National Library of Medicine National Institutes of Health* (PubMed), *Scientific Electronic Library Online* (SciELO), Portal de Periódicos Eletrônicos de Psicologia (Pepsic), Sistema de Bibliotecas da UFMG (BU/SB), **Access Medicine**, Plataforma Sucupira, Literatura Latino-Americana em Ciências da Saúde (Lilacs), e Biblioteca Virtual em Saúde MS (BVS- MS).

Para a busca dos estudos nas bases de dados selecionadas foram utilizadas todas as combinações possíveis entre os descritores em cada base, sendo os descritores controlados selecionados nos Descritores em Ciência da Saúde (DeCS) usados para as bases disponíveis na BVS e Medical Subject Headings (MeSH) para o PubMed, foram: Cuidado de enfermagem OR “Nursing Care” AND “Complicações Hematológicas” OR “Complications” OR “Hematologic” AND “Anemia “Falciforme” OR “Anemia” AND “Sickle Cell” AND Gestantes OR “ Gestantes”.

As publicações foram selecionadas segundo os seguintes critérios de inclusão: artigos disponíveis na íntegra, nas bases supracitadas no período de 2010 à 2020, publicadas nos idiomas português, inglês e espanhol. Foras excluídos teses e dissertações, artigos pagos, artigos de revisão sistemática e integrativas e publicações duplicadas.

3 | RESULTADOS E DISCUSSÃO

Foram identificados 11 artigos, em que os resultados obtidos são visualizados no quadro 1, em que são identificados o autor, ano e local de publicação, a base de dados, objetivos e os principais resultados descritos.

AUTOR/ LOCAL DE ESTUDO	BASES DE DADOS/REVISTA/ ANO DE PUBLICAÇÃO	OBJETIVOS	RESULTADOS
NOMURA, R. M. Y <i>et al.</i> , 2010 Hospital Universitário da região sudeste do Brasil.	Scielo - Revista brasileira de ginecologia e Obstetrícia, 2010.	Avaliar os resultados maternos e perinatais de gestações complicadas por doenças falciformes, comparando-as com portadoras de traço falciforme.	Gestantes portadoras de doença falciforme apresentam maior risco para morbidade materna e resultados perinatais adversos quando comparadas às portadoras de traço falciforme.
MONKEN, F. V. <i>et al.</i> , 2010	LILACS - Revista médica, 2010.	Discutir as principais complicações que podem levar a situações de urgência durante a gestação da paciente com doença falciforme.	Apesar dos avanços técnicos da abordagem da grávida e do recém-nascido com DF, há risco significativamente maior de morte nas drepanocíticas quando comparadas com as mulheres saudáveis. A gravidez associa-se com riscos de complicações que necessitam de cuidado imediato e são minimizadas com orientação correta e cuidados médicos precoce
SANTOS, S. N. <i>et al.</i> , 2011 Hospital Universitário de Campinas.	Pepsic - Revista Psicologia e Saúde, 2011.	Discutir às vivências associadas ao fenômeno da gravidez, tal como cogitado ou experiência, em entrevista com mulheres com AF	Vivências de angústias que normalmente envolvem a gravidez de mulheres com anemia falciforme, suas condições clínicas e emocionais não representaram impedimentos para a manifestação clara do desejo à maternidade.
BARBOSA, C. G. <i>et al.</i> , 2012 Laboratório de Saúde Pública do Piauí.	LILACS - Jornal de Ciências da Saúde do Hospital Universitário da Universidade Federal do Piauí, 2012.	Relatar as complicações maternas ocorridas na gravidez de adolescente de 16 anos com anemia falciforme.	O prognóstico de falência em múltiplos órgãos é criticamente pior em gestantes falcêmicas adolescentes quando comparadas a gestantes falcêmicas adultas.
DA COSTA, V. M. F., 2012. Hospital Municipal Odilon Behrens	Sistema de Bibliotecas da UFMG (BU/ SB) - Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação de Ginecologia e Obstetrícia da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Minas Gerais, 2012.	Comparar os resultados obstétricos, hematológicos e neonatais das pacientes com doença falciforme com um grupo sem a mesma, prospectivamente, no período de janeiro de 2009 a agosto de 2011	As pacientes com doença falciforme apresentam mais complicações perinatais e maternas do que a população em geral, sendo que, no subgrupo de HbSS, essas complicações foram mais frequentes. O acompanhamento em conjunto com o serviço de hematologia pode melhorar esses resultados.

XAVIER, A. S. G <i>et al.</i> , 2013	<i>SciELO</i> - Online braz j nurs [Internet], 2013.	Analisar a percepção de mulheres com anemia falciforme sobre a gestação	Opção por ter filhos, embora com risco, deve ser assegurada pelas políticas públicas com uma assistência integral à mulher com anemia falciforme envolvendo toda sua trajetória reprodutiva.
BRASIL, 2014	BVS – MS	Apresentar os protocolos definidos pelo Ministério da Saúde e fornecer subsídios para que os cuidados de enfermagem em urgência e emergência para pessoas com DF sejam padronizados.	Deve-se garantir à pessoa com DF um amplo acesso à saúde, mediante uma política de atenção integral voltada exclusivamente para ela. Essa política inicia-se pela triagem neonatal, incluindo medidas preventivas, orientações para o autocuidado e intervenções adequadas nas complicações agudas e crônicas, a cargo de uma equipe multiprofissional e multidisciplinar com efetivo conhecimento teórico e prático sobre essa doença genética.
MARQUES, D. V. <i>et al.</i> , 2014 Hospital Universitário da Universidade Federal de Mato Grosso do Sul (UFMS)	<i>SciELO</i> - Rev Enferm UFPE On Line, 2014.	Identificar as principais intercorrências gestacionais de mulheres com anemia falciforme e descrever os resultados perinatais em seus conceitos.	A morbimortalidade perinatal das gestantes e os conceitos permaneceram com resultados imprevisíveis, entretanto, sempre com intercorrências em maior quantidade quando comparadas a gestações sem a doença.
BARBOSA, A. M. R. <i>et al.</i> , 2018 Hospital Escola da Universidade Federal do Triângulo Mineiro (UFTM)	Access Medicine – Revista de Enfermagem UFPE Online, 2018.	Determinar a prevalência de hemoglobinas variantes HbS, HbC, HbD, bem como de doença falciforme entre gestantes assistida por um laboratório de saúde pública.	Mostrou a alta prevalência do traço falciforme encontrado na população de gestantes estudadas
SILVA, C. S. ; COELHO, V. A., 2018	Plataforma Sucupira - Revista de Patologia do Tocantins, 2018.	Explanar sobre a doença, apresentar o manejo correto no pré-natal dessas gestantes e discutir as principais condutas a serem tomadas	O acompanhamento do pré-natal deve ser diferenciado e iniciado o mais precocemente possível visando diminuir a incidência de complicações e tratá-las adequadamente. Além disso, a adoção de condutas adequadas se torna um ponto fundamental durante intercorrências típicas da gestação em DF. Em conjunto, todas essas medidas possibilitam a redução da morbidade e mortalidade materno-fetais nos casos de gestações em portadoras de anemia falciforme.

NANCY J. M. M.; LAURA, A. D., 2011	Pubmed - Perinatal Implications of Sickle Cell Disease, 2011.	Criar uma compreensão da DF e suas complicações perinatais e descrever como a assistência de enfermagem atende às mulheres em trabalho com DF	A enfermeira tem um papel central a desempenhar na ajuda às mulheres conseguir um nascimento seguro diante dos desafios colocados pelas uma condição crônica como SCD. Planejamento cuidadoso e execução de cuidados de enfermagem adaptados à gravidez família com DF pode ajudar a alcançar um resultado perinatal positivo.
---------------------------------------	---	---	--

Quadro 1 – Síntese das principais informações dos artigos, quanto à autor/ano/local de estudo, bases de dados, objetivos e resultados. Teresina-PI, 2020

Fonte – Elaborada pelas pesquisadoras (2020).

Dos 11 estudos selecionados, observou-se que os anos de 2010, 2011, 2012, 2014 e 2018 apresentaram o mesmo número de publicações com 2 publicações cada um (18,18%) e o ano de 2013 apenas 1 publicação (9,09%). Quanto à língua, dez estavam escritos em português e um em inglês. A Revista de Enfermagem UFPE Online foi a que apareceu mais de uma vez (duas) entre os artigos publicados, as demais apareceram apenas uma única vez.

Com a análise dos artigos, pôde-se chegar a duas linhas principais de discussão de acordo com as evidências em relação à questão norteadora e objetivo do estudo. Identificaram-se inicialmente as principais complicações na gestação de pacientes com anemia falciforme da anemia falciforme e, em seguida, os cuidados de enfermagem à gestante com anemia falciforme, visando reduzir tais complicações.

3.1 Principais complicações gestacionais em pacientes com anemia falciforme

Durante a gestação são diversas as modificações maternas que se desenvolvem, devido isso se torna importante os cuidados estabelecidos durante o pré-natal, principalmente, com a realização de exames de rotina. Esses cuidados são necessários para reduzir as taxas de mortalidade materna e neonatal.

Os cuidados com a saúde materna e infantil são orientados pelos profissionais de saúde, dentre eles o enfermeiro, desde o início do pré-natal, informando, por exemplo, os problemas que uma patologia como anemia falciforme podem acarretar na gestação, e frisar a importância de um diagnóstico precoce.

No caso da anemia falciforme, por ser uma doença crônica, aumentam as chances de agravamento patológico durante a gestação. O estudo de Costa (2012) relaciona o estado gravídico ao agravamento da anemia falciforme, o que pode levar a complicações de situações pré-existentes, como disfunção renal, hipertensão

pulmonar, colelitíase, necrose avascular do fêmur e úlcera dos membros inferiores. No estudo realizado por Barbosa *et al* (2018), Silva e Coelho (2018) corroboram com a ideia de que a gestação pode agravar o quadro de AF, levando ao a piora da anemia, aumento das crises vaso-oclusivas no pré e pós-parto, da frequência e gravidade das crises álgicas e infecções.

Também pode ocorrer restrição do crescimento fetal, parto prematuro, natimortalidade, abortamentos espontâneos, agravamento das lesões ósseas e da retinopatia, baixo peso ao nascimento, eclâmpsia, pré-eclâmpsia e até óbito (MONKEN *et al*, 2010; NOMURA *et al*, 2010; BARBOSA *et al*, 2018; SILVA; COELHO, 2018). Algumas outras complicações maternas relacionadas à AF são apresentadas por Monken *et al* (2010), tais como: síndrome torácica aguda, trombose cerebral, pielonefrite, endometrite, fenômenos tromboembólicos, ruptura prematura de membranas, descolamento de placenta, sangramento anteparto, hospitalização anteparto, hemotransfusões, pneumonia, sepse, infecção pós-parto, hipertensão pulmonar, síndrome da resposta inflamatória sistêmica.

3.2 Cuidados de enfermagem à gestante com anemia falciforme para minimizar complicações

As ameaças materno-fetais à gestantes com AF tornam necessários os cuidados com a realização do pré-natal, que necessita ser iniciado o mais rápido possível no intuito de reduzir ao máximo a incidência de complicações (SILVA; COELHO, 2018)

Dessa forma, as gestantes com anemia falciforme necessitam ser orientadas quanto a realização de exames obrigatórios e os riscos que estão propensas durante esse período, principalmente a ocorrência de abortos, crises álgicas, sinusite, bacteriúria, pré-eclâmpsias, eclâmpsias e síndrome de HELLP, nesse caso não específica da situação crônica, mas devido a ocorrência desses problemas em uma gestação normal. Quando a gestante possui uma patologia crônica esses cuidados devem ser multiplicados, tornando assim importante a função do enfermeiro no acompanhamento da saúde materna (MARQUES *et al*, 2014).

Segundo o Protocolo Nacional de Atendimento Integral, a prestação da assistência de enfermagem às mulheres com AF é um desafio, principalmente no período do parto e nascimento, com cuidados de enfermagem objetivando resultados saudáveis ao nascimento, prevenindo ou tratando manifestações da doença. Enfermeiros obstétricos são responsáveis por conhecimentos e práticas de cuidados específicos para essas mulheres, destacando a diferenciação da dor da crise das células falciformes da dor por contração e monitoramento da oxigenação materna e fetal, pois a oxigenação é comprometida no trabalho de pacientes com células falciformes (NANCY; MAC MULLEN; LAURA, 2011).

Assim, compete à equipe que acompanha a paciente, dentre os quais temos o profissional da enfermagem, orientar sobre a relevância de um acompanhamento especializado no intuito de tratar a saúde mental, frente a todo estresse e possibilidade de desânimo e até mesmo uma possível depressão que a condição pode causar (XAVIER *et al*, 2013).

Por sua vez, o apoio dos familiares e a prestação da assistência à saúde da mulher gestante com anemia falciforme promovem um estado de alívio de ansiedades, para que possam vivenciar uma gestação de forma predominantemente prazerosa. A equipe de saúde tem uma função psicossocial tradicional na cultura e assim representa um papel importante na tranquilização no período gestacional (SANTOS *et al*, 2011).

Desta forma, a existência de uma equipe de enfermagem com conhecimento sobre a AF e interessada em aprofundar o conhecimento no manejo da patologia, fará toda a diferença no atendimento de pacientes gestantes. Assim esses profissionais poderão contribuir com ações: a) levar informação às gestantes, aos seus familiares e a outros profissionais sobre a DF e AF; e b) manter os padrões de enfermagem, em termos de qualidade no atendimento e na presteza de informações às gestantes com AF (KIKUCHI, 2007).

4 | CONSIDERAÇÕES FINAIS

O estudo identificou a ocorrência de várias complicações associadas à gestação de mulheres com anemia falciforme, que aumentam o risco materno e fetal. E, nesse contexto, a assistência de enfermagem pode atuar visando a redução de tais complicações atuando no acompanhamento na prestação de cuidados por meio de orientações durante o pré-natal, parto e cuidados com a saúde da gestante.

A prestação da assistência de enfermagem às mulheres com DF é um desafio, principalmente no período do parto e nascimento, com cuidados de enfermagem. Os cuidados de enfermagem estabelecidos têm como objetivo resultados saudáveis, prevenindo ou tratando manifestações da doença, e vão desde orientação para a realização de exames, acompanhamento dos problemas associados à gestação, encaminhamento para serviços de saúde especializados devido o grau de risco gestacional materno e fetal e para atendimento psicológico, medidas para reduzir ansiedades, atuação nas complicações na hora do parto, quando há indicações de cesárea de emergência, por exemplo.

Entretanto, observa-se uma lacuna na literatura sobre estudos envolvendo especificamente a assistência de enfermagem às gestantes com AF em todos os períodos gestacionais. E a enfermagem, como integrante da equipe multiprofissional e atuante em todos os níveis assistenciais, pode ajudar na diminuição da incidência

das complicações com o acompanhamento da gestante em todos esses períodos a fim de reduzir a mortalidade materna e perinatal.

REFERÊNCIAS

- ARAÚJO, P. I. C. **O autocuidado na doença falciforme**. Rev. Bras. Hematol. Hemoter, São José do Rio Preto, v. 29, n. 3, p. 239-246, 2007. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1516-84842007000300010>. Acesso em: 11 Jun. 2020.
- BARBOSA, A. M. R. *et al.* **Prevalência de hemoglobinopatias em gestantes assistidas por um laboratório de saúde pública no Piauí**. Jornal de Ciências da Saúde do Hospital Universitário da Universidade Federal do Piauí, v. 1, p. 73-84, 2018. Disponível em: <https://revistas.ufpi.br/index.php/rehu/article/view/7140/0>. Acesso em: 19 Mai. 2020.
- BARBOSA, C. G. *et al.* **Gravidez na adolescência e sua interação com a anemia falciforme**. Rev Med Minas Gerais. v. 22, n. 2, p. 231-234, 2012. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/porta1/resource/pt/lil-684764>. Acesso em: 11 Mai. 2020.
- BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Hospitalar e de Urgência. **Doença falciforme: atenção integral à saúde das mulheres**. Brasília: Ministério da Saúde, 2015a. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/doenca_falciforme_diretrizes_basicas_linha_cuidado.pdf. Acesso em: 12 Jun. 2020.
- BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Hospitalar e de Urgência. **Doença falciforme: diretrizes básicas da linha de cuidado**. Brasília: Ministério da Saúde, 2015b. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/doenca_falciforme_diretrizes_basicas_linha_cuidado.pdf. Acesso em: 10 Mai. 2020.
- BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Hospitalar e de Urgência. **Doença falciforme: enfermagem nas urgências e emergências: a arte de cuidar**. Brasília: Ministério da Saúde, 2014. Disponível em: <https://www.nupad.medicina.ufmg.br/wpcontent/uploads/2016/12/Enfermagem-nas-Urgencias-e-Emergencias-A-arte-de-cuidar.pdf>. Acesso em: 12 Jun. 2020.
- DA COSTA, V. M. F. **Gravidez na paciente com doença falciforme: resultados maternos e perinatais**. Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação de Ginecologia e Obstetrícia da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Minas Gerais. Belo Horizonte, 2012. Disponível em: https://www.nupad.medicina.ufmg.br/wpcontent/uploads/2016/12/disserta_ao_de_mestrado_em_pdf__ufmg.pdf. Acesso em: 12 Abr. 2020.
- JAIN, D. *et al.* **Sickle Cell Disease and Pregnancy**. Mediterranean Journal of Hematology, v. 11, n. 1, p. 1-9, 2019. Disponível em: <https://www.mjhid.org/index.php/mjhid/article/view/2019.040/3654>. Acesso em: 13 Mai. 2020.
- KIKUCHI, B. A. **Assistência de enfermagem na doença falciforme nos serviços de atenção básica**. Rev. Bras. Hematol. Hemoter, v. 29, n. 3, p. 331-338, 2007. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S1516-84842007000300027>. Acesso em: 12 Jun. 2020.

MARQUES, D. V. *et al.* **Intercorrências gestacionais de mulheres com anemia falciforme e resultados perinatais.** Rev Enferm UFPE On Line, v. 8, n. 9, p. 3165-71, 2014. Disponível em: 10.5205/reuol.5960-55386-1-ED.0809201427. Acesso em: 11 Mai. 2020.

MONKEN, F. V. *et al.* **Situações de urgência na gestante com doença falciforme.** Revista médica, v. 20, n. 2, p. 73-7, 2010. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/lil-600022>. Acesso em: 20 Mai. 2020.

NANCY, J. M. M.; LAURA, A. D. **Perinatal Implications of Sickle Cell Disease**, v. 36, n. 4, July/August 2011.

NOMURA, R. M. Y. *et al.* **Resultados maternos e perinatais em gestações complicadas por doenças falciformes.** Rev. bras. ginecol. obstet, v. 32, n. 8, p. 405-411, 2010. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0100-72032010000800008>. Acesso em: 11 Mai. 2020.

OTENG-NTIM, E. *et al.* **Adverse maternal and perinatal outcomes in pregnant women with sickle cell disease: systematic review and meta-analysis.** Blood, Washington, v. 125, n. 21, p. 3316-25, 2015. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25800049>. Acesso em: 13 Mai. 2020.

SANTOS, S. N. *et al.* **Vivências sobre gravidez relatadas por mulheres com anemia falciforme em Hospital Universitário: Um Estudo Qualitativo.** Revista Psicologia e Saúde, v. 3, n. 2, p. 23-29, 2011. Disponível em: http://www.objnursing.uff.br/index.php/nursing/article/view/4289/html_19. Acesso em: 9 Jun. 2020.

SHOJI, S. *et al.* **Proposta de melhoria das condições de trabalho em uma unidade ambulatorial: perspectiva da enfermagem.** Esc. Anna Nery [online], v. 20, n. 2, p. 303-309, 2016. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.5935/1414-8145.20160041>. Acesso em: 19 Abr. 2020.

SILVA, C. S.; COELHO, V. A. O. **Gestação em pacientes portadoras de anemia falciforme.** Revista de Patologia do Tocantins, v. 5 n. 4, 2018. Disponível em: <https://sistemas.uft.edu.br/periodicos/index.php/patologia/article/view/5883>. Acesso em: 13 Jun. 2020.

TOSTES, M. F. P; GALVÃO, C. M. **Processo de implementação da Lista de Verificação de Segurança Cirúrgica: revisão integrativa.** Rev. Latino-Am. Enfermagem, v. 27, 2019. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/1518-8345.2921.3104>. Acesso em: 20 Mai. 2020.

XAVIER, A. S. G *et al.* **Percepção de mulheres com anemia falciforme sobre a gestação: estudo exploratório.** Online braz j nurs [Internet]. 2013. Disponível em: http://www.objnursing.uff.br/index.php/nursing/article/view/4289/html_42. Acesso em: 20 Mai. 2020

CAPÍTULO 4

DESAFIOS E SENTIDO PARA O CUIDADO RESPEITOSO À PESSOA COM IDEIAS SUICIDAS À LUZ DA ANÁLISE EXISTENCIAL FRANKLIANA

Data de aceite: 01/12/2020

Data de submissão: 29/09/2020

Maricarla da Cruz Santos

Universidade Estadual de Feira de Santana
Feira de Santana – Bahia
<http://lattes.cnpq.br/2841741125314872>

Laisa Silva Santos

Universidade Estadual de Feira de Santana
Feira de Santana – Bahia
<http://lattes.cnpq.br/1905318447141556>

Adriana Braitt Lima

Universidade Estadual de Feira de Santana
Feira de Santana – Bahia
<http://lattes.cnpq.br/6495371946897358>

Elaine Guedes Fontoura

Universidade Estadual de Feira de Santana
Feira de Santana – Bahia
<http://lattes.cnpq.br/6969229471478040>

RESUMO: A temática sobre autocídio tem crescido na atualidade, ao tempo que se verifica a necessidade de possibilitar o cuidado às pessoas vítimas desse problema mental de modo digno. Objetivou-se compreender os desafios e sentido para o cuidado respeitoso à pessoa com idéias suicidas. Trata-se de pesquisa qualitativa tipo relato de experiência de estudante de enfermagem que cuidou de pessoa com ideias suicidas num Hospital Público de Feira de Santana-Bahia-Brasil. Na análise utilizou-se a configuração triádica (humanística,

personalística e existencial) e análise existencial frankliana. Compreendeu-se que é possível enfrentar o medo, a insegurança e a falta de materiais no cuidado à pessoa com ideias suicidas com sentido para o cuidado respeitoso pela visão da totalidade das dimensões corpo, alma e espírito, fé na relação de vínculo, percepção da singularidade e permissão de cuidar, considerando o comprometimento, o bem estar e a responsabilidade.

PALAVRAS-CHAVE: Estudantes de Enfermagem; Tentativa de Suicídio; Cuidados de Enfermagem; Existencialismo; Valor da Vida.

CHALLENGES AND SENSE FOR CARE RESPECTFUL TO THE PERSON WITH SUICIDAL IDEAS IN THE LIGHT OF FRANKNESS EXISTENTIAL ANALYSIS

ABSTRACT: The issue of suicide has now grown, while there is a need to enable the victims of this mental problem to be cared for in a dignified way. The objective was to understand the challenges and meaning for care respectful to the person with suicidal ideas. This is a qualitative research-type report of nursing student experience that cared for person with suicidal ideation in a Public Hospital of Feira de Santana-Bahia-Brazil. In the analysis we used the triadic configuration (humanistic, personalistic and existential) and frankian existential analysis. It was understood that it is possible to face fear, insecurity and lack of materials in the care of the person with suicidal ideas with a sense of respectful care for the vision of the totality of the body, soul and spirit dimensions, faith in the relation of bond, perception of the uniqueness

and permission to take care of, considering the commitment, the well-being and the responsibility.

KEYWORDS: Nursing students; Suicide attempt; Nursing care; Existentialism; Value of Life.

1 | INTRODUÇÃO

O autocídio ou suicídio é uma temática que tem crescido na atualidade por se tratar de um sério problema de saúde pública num âmbito internacional. Dados da Organização Mundial de Saúde (2000), referem que cerca de um milhão de pessoas se suicidam por ano e preconizam que seis pessoas ligadas ao suicida são afetadas diretamente, proporcionando efeitos existenciais na vida da família dos envolvidos com o ato suicida.

A preocupação não é, apenas, com às vítimas que alcançam o ato suicida, mas, também, aos que tentam e não conseguem por fim a própria vida. Nesse sentido, estima-se para 2020 mundialmente, o quantitativo de 1.53 milhões de mortes por suicídio e o alcance de 10 a 20 vezes acima deste valor quanto ao número de pessoas que tentam mas não conseguem concluir de fato o ato (BERTOLOTE; FLEISCHMANN, 2002).

O suicídio sem sucesso torna-se marcante por se tratar de um fenômeno complexo para as pessoas que lidam com aquele que queria tirar a vida, considerando a emergência de sentimentos e reações da pessoa cuidada precisam ser observadas e consideradas, no tocante à possibilidade de ajuda que pode ser prestada. Um estudo sobre as atitudes do profissional de enfermagem quanto ao comportamento suicida, mostrou que quanto maior efetividade no manejo à pessoa cuidada com ideia suicida, melhor é o produto na diminuição dos índices de mortes devidos ao suicídio (CARMONA-NAVARRO; PICHARDO-MARTÍNEZ, 2012).

Para os estudantes de enfermagem que atuam na prática hospitalar cuidando de pessoas, a tomada de atitude e o compromisso em cuidar emergem como uma responsabilidade que considera uma visão que vai além do cuidado com o corpo numa perspectiva de atenção às necessidades psicológicas e espirituais permeada pela empatia, respeito, aceitação e compreensão da pessoa que se cuida (LIMA; SANTA ROSA, 2017).

O respeito pela pessoa é o que faz a aceitação da responsabilidade. Acolher uma obrigação livre de coerção, com liberdade e vontade, implica renúncia, e essa decisão é possível com o respeito envolvendo o sentimento de amor. Respeitar é considerar as necessidades profundas da pessoa, como as de aprovação, de atividade, de segurança, de expressão e de pertencimento, entre outras. Mesmo que pareça uma concessão ou um capricho, o respeito está distante dessas

possibilidades (MORENO, 2005).

Estudante de Enfermagem ao cuidar de pessoa vítima de tentativa de suicídio expressando ideias de suicídio, sentiu-se motivada em relatar os desafios e sentido para o cuidado respeitoso à essa pessoa durante a prática hospitalar do componente curricular Enfermagem na Saúde do Adulto e Idoso II no setor de Clínica Neurológica de uma instituição hospitalar pública na cidade de Feira de Santana - Bahia - Brasil.

Da experiência de cuidado com a pessoa com ideias suicidas, surgiram inquietações manifestadas com a seguinte questão de pesquisa, como compreendo os desafios e sentido para o cuidado respeitoso à pessoa com ideias suicidas? E, com o objetivo, compreender os desafios e sentido para o cuidado respeitoso à pessoa com ideias suicidas num hospital geral e público na cidade de Feira de Santana – Bahia à luz da análise existencial frankliana.

No tocante à enfermagem, que lida especificamente com o processo de cuidado nos cenários de atenção à saúde à pessoa e de ensino-aprendizagem, abarcar o referencial da Análise Existencial do psiquiatra austríaco Viktor Emil Frankl (1905-1997) como fundamentação teórico-filosófica é uma possibilidade de estudar a situação concreta do ser humano com ideias suicidas para o encontro de respostas frente às interrogações de pesquisa no cotidiano do cuidado à pessoa.

Frankl (2010) quando jovem, aos 23 anos de idade, viveu numa época precursora da Segunda Grande Guerra, marcada pelo índice de suicídio elevado entre os jovens com dificuldades psíquicas ao receber as notas escolares, por esse motivo em 1928, fundou centro de orientação juvenil gratuita em Viena que se disseminou, para outras seis cidades, em 1931, o índice de suicídio desapareceu.

Para a pesquisa em enfermagem, trazer a análise existencial frankliana como referencial teórico é uma possibilidade de compreensão da vivência da pessoa cuidada com estratégias que possibilitem o acesso aos canais do campo psicofísico da pessoa para a expressão da sua dimensão espiritual como despertar para encontro de sentido de vida mesmo numa situação de vulnerabilidade (LIMA; SANTA ROSA, 2016).

Não se pretendeu explorar a temática sobre o cuidado respeitoso à pessoa com ideias suicidas pelo estudante de enfermagem na sua totalidade, mas no tocante ao que emergiu da experiência vivida relacionando com o respeito no processo de cuidado que precisava ser prestado.

2 | METODOLOGIA

Trata-se de pesquisa qualitativa tipo relato de experiência de uma estudante de enfermagem, durante a prática hospitalar do componente curricular Enfermagem na Saúde do Adulto e Idoso II, na clínica neurológica de hospital público de Feira de

Santana-Bahia. Enfermagem na Saúde do Adulto II, está situada no sexto semestre do curso de enfermagem, é constituída de carga horária total de 180 horas, sendo 60 horas de aulas teóricas e 120 horas de aulas práticas no âmbito hospitalar. Os alunos passam por quatro unidades hospitalares ao longo da prática, são essas: clínica médica, clínica cirúrgica, centro cirúrgico e clínica neurológica. Foi nessa última que a estudante vivenciou o cuidado à paciente com ideias suicidas. A prática durou de 19 de setembro à 31 de outubro do ano de 2018.

Como subsídio para a obtenção do relato encaminhou-se para estudante um questionário com a questão de aproximação:

- Para você, qual o significado sobre o cuidado com a pessoa vítima de tentativa de suicídio?

E, as questões norteadoras:

- Como foi cuidar da pessoa com ideias suicidas?

- Qual situação te marcou ao cuidar desta pessoa?

Para garantir o anonimato da estudante, optou-se por intitulá-la com o nome fictício de “Luz”. O relato foi analisado seguindo os passos da Análise Compreensiva-Configuração Triádica de Vietta (1995) que consiste num processo de análise categorial e teórico-metodológico baseada em aspectos filosóficos humanistas, personalistas e existenciais, adequado à pesquisa qualitativa para a área de Saúde Mental e Enfermagem Psiquiátrica.

Nesta perspectiva, Vietta (1995) fundamentada no modelo de Amadeo Georgi elenca etapas para análise: 1. Leitura atenta do relato expresso pela estudante, 2. Releitura do conteúdo na intenção de identificar de unidades de significado compreendidas como “locuções de efeito”, 3. Identificação dos aspectos que mostram convergências de conteúdo, 4. Agrupamento das locuções ou de seus significados em categorias, 5. Organização em quadros destes agrupamentos para visualização adequada dos resultados, 6. Análise compreensiva do conteúdo significativo conforme os agrupamentos, considerando a interpretação do conteúdo, nesta última etapa se combina os resultados com a análise existencial frankliana.

3 | RESULTADOS/DISCUSSÃO

Da análise do relato emergiram subcategorias que constituíram duas categorias mostradas no quadro a seguir:

CATEGORIAS	SUBCATEGORIAS
Desafios	Expressando sentimentos de medo e impotência no cuidado à pessoa vítima de suicídio Revelando o desafio de cuidar da vida de quem não quer estar vivo e encontrando sentido sendo humano Dificuldades para prestar o melhor cuidado pela falta de materiais
Sentido para o cuidado respeitoso	Compreendendo o cuidado na dimensão espiritual Vontade de cuidar possibilita vínculo Percebendo a singularidade da pessoa cuidada e a permissão de cuidar Sentindo-se plena pelo comprometimento com o cuidado respeitoso

Tabela 1. Categorias e subcategorias dos desafios e sentido para o cuidado respeitoso à pessoa com ideias suicidas: relato de experiência de estudantes de enfermagem – Salvador, 2018.

Os resultados apontaram as categorias Desafios e Sentido para o cuidado respeitoso. A categoria Desafios surgiu das subcategorias, Expressando sentimentos de medo e impotência no cuidado à pessoa vítima de suicídio, Revelando o desafio de cuidar da vida de quem não quer estar vivo e encontrando sentido sendo humano e Dificuldades para prestar o melhor cuidado pela falta de materiais.

Expressando sentimentos de medo e impotência no cuidado à pessoa vítima de suicídio

A estudante relata o sentimento de choque, medo e impotência, durante o primeiro contato de aproximação, por não saber como a pessoa reagiria com a sua presença, considerando que neste primeiro momento, na unidade de internação, a pessoa cuidada havia tentando suicídio horas antes da sua apresentação.

No início fiquei um pouco apreensiva, e sem jeito para me aproximar da paciente. Saber que ela não queria estar ali e que seu desejo era estar morta é algo que choca um pouco. Você não sabe como se aproximar, tem medo do que vai falar pois não sabe como a pessoa pode reagir (Luz).

[...] durante o período de internação insatisfeita por não ter conseguido suicidar-se tentou novamente o suicídio dessa vez na unidade. Isso foi algo que me deixou abalada, pois não temos garantia de que ela irá restabelecer a sua saúde e o seu emocional. É algo que foge do nosso controle, nos sentimos impotentes diante da situação (Luz).

O ser humano no desenvolvimento da sua maturidade precisa vivenciar um certo nível de tensão chamada de noodinâmica, ou seja, um estado de tensão polar

entre o que se é e o que se pode vir a ser, uma ansiedade antecipatória pelo medo diante do próprio medo por recear possibilidades de consequência para a própria vida (FRANKL, 2010; FRANKL, 2015).

Revelando o desafio de cuidar da vida de quem não quer estar vivo e encontrando sentido sendo humano

Nessa subcategoria a estudante expressa questionamentos diante da situação concreta vivida na sua existência, a de cuidar de uma pessoa que não quer viver. Nessa inquietação, a resposta é alcançada pela reflexão com o pensamento de altruísmo, um caminho para o encontro de sentido transcendendo além de si e se lançando ao modo mais humano de ser para ser responsável. Os elementos de sentido configuram-se pela vontade de cuidar com sentimentos de carinho e atenção para que algum valor pela vida pudesse ser despertado naquela pessoa que almejava a finitude da sua existência.

Significa um grande desafio pois não sabemos, inicialmente, como lidar com a situação. Nos questionamos, como realizar cuidados para manutenção da vida de quem não quer estar vivo? E é nosso lado mais humano que nos direciona nos cuidados, é a vontade de fazer com que aquela pessoa repense tudo o que aconteceu, diante do nosso esforço para cuidar da sua vida que ela tanto queria tirar (Luz).

Cada dificuldade que surge na vida da pessoa é um desafio que pede por uma solução, ou seja, um problema que busca uma resposta, situação sobre a qual singularmente a pessoa, buscando um sentido para uma melhor direção, a pessoa está sendo responsável. “O ser humano é responsável por dar respostas certas às perguntas, encontrando o verdadeiro sentido de uma situação. Sentido é algo a ser encontrado e descoberto, não podendo ser criado ou inventado” (FRANKL, 2013, p. 81).

Saber que participei de forma positiva na possível evolução da paciente é algo que me faz pensar o quanto podemos fazer a diferença na vida de outras pessoas com atitudes muitas vezes mínimas. Pude perceber o quanto a atenção, o carinho, a força, o entusiasmo podem modificar as situações. Aquela pessoa não queria estar ali, queria estar morta, mas por um momento eu proporcionei a ela uma sensação prazerosa em estar viva (Luz).

“Quais são os objetos do seu ‘respeitoso’ amor? ‘respeitoso’ no sentido de que sejam honrados, considerados e preservados esses objetos de valor e – porque se preocupa com eles – se empenha por eles com todas as fibras do seu ser” Existem situações difíceis como sentir os problemas da doença, mas é possível ser “capaz de lançar um olhar, por cima da cerca, ao mundo cheio de sentido e de valores” (LUKAS, 2012, p. 118). Uma força que segue, num caminho que dá

direção, transpassando a tudo que poderia dificultar, mas que nos deixa erguido para responder questões que valem por toda uma existência perante a faculdade que se escolhe para exercer e se faz por si, marcante para todo o sempre.

A motivação pelo cuidado de maneira respeitosa e de possibilitar o bem ao ser humano surgiu como uma missão, é “força que move a capacidade humana de cuidar, evocando esta habilidade em nós e nos outros, ao satisfazer uma resposta a algo ou alguém que importa”, ampliando o potencial para cuidar (WALDOW; BORGES, 2011, p. 415).

Dificuldades para prestar o melhor cuidado pela falta de materiais

A estudante revelou a carência de materiais para a prática do cuidado como também, a negligência do técnico de enfermagem na prestação do cuidado. A estudante se sentiu desafiada em modificar a realidade percebida, se empenhando em atender a necessidade de falta de cuidado. Buscou os materiais essenciais e cuidou de modo digno e respeitoso no sentido de assim, atender a vontade de lavagem do cabelos daquela pessoa que queria tirar a vida.

A paciente estava com os cabelos sujos de vômito, no dia anterior ela havia pedido muito para lavar, mas a técnica de enfermagem que realizou o banho disse que não seria possível. No dia seguinte eu prestei cuidados integrais a paciente e no momento em que fui preparar os materiais para o seu banho no leito, providenciei também materiais para a lavagem dos cabelos. Foi um pouco difícil encontrar materiais para o banho e para lavagem dos cabelos, mas a minha vontade de prestar aquele conforto para ela era tão grande que improvisei algumas coisas, eu só queria proporcionar a ela um banho digno que pudesse restabelecer um pouco de suas energias que estavam tão esgotadas (Luz).

Na visão frankliana, é na “forma como nos posicionamos frente à dificuldade” que nos revelamos com a essência do que verdadeiramente somos, a dificuldade vivida hoje pode ser mudada no futuro, pela ideia de vir a ser modificada para melhor (FRANKL, 1990). Acreditar na possibilidade de agir diferente no futuro, na situação especificamente relatada, foi um sentido para prestar o cuidado de enfermagem de modo digno e respeitoso.

A segunda categoria foi o Sentido para o cuidado respeitoso, emergiu das subcategorias, Encontrando sentido no cuidado na visão tridimensional (corpo, alma e espírito), Vontade de cuidar possibilita vínculo, Percebendo a singularidade da pessoa cuidada e a permissão de cuidar e Sentindo-se plena pelo comprometimento com o cuidado respeitoso.

Encontrando sentido no cuidado na visão tridimensional (corpo, mente e espírito)

A estudante de enfermagem percebe que o cuidado prestado à pessoa com ideias suicidas não abrange, apenas, a preocupação à dimensão corporal, é necessário considerar as dimensões psicológicas, com atenção ao estado emocional, e espiritual, por nutrir em cada agir o máximo de dignidade, fé e esperança de recuperação apesar da situação concreta. De fato, com essa visão de totalidade, várias possibilidades podem se abrir para a recuperação do equilíbrio mental.

Acredito que tem um grande significado, pois cuidar da pessoa vítima de tentativa de suicídio exige uma grande sensibilidade. São pessoas que estão em um momento muito difícil e poder cuidar delas e ofertar o máximo de dignidade não tem preço. Não é um cuidado apenas do corpo, é um cuidado com a pessoa como um todo, principalmente com o seu emocional pois está bastante fragilizado. Dos cuidados mais simples aos mais complexos, depositamos em cada ação a fé e esperança de que aquela pessoa vai recuperar o seu equilíbrio emocional e vai compreender o quão valiosa é a sua vida (Luz).

A Análise Existencial traz o ser humano numa visão ontropológica pautada na soma das dimensões física (corpo), psíquica (mente) e espiritual. A pessoa espiritual age nos campos psicofísicos dando sentido à vida pelo valor que pode dar a uma conquista criativa (atividade), ou ao afeto à outra pessoa, ambas situações singulares. Nesse contexto, ninguém pode ser substituído por outro, esse processo é o que ilumina o sentido para ser responsável (FRANKL, 2013).

A experiência de cuidar da paciente foi algo enriquecedor, ficou comigo a certeza de que pacientes desse tipo precisam de cuidados além técnicas, é necessário nos doarmos de corpo e alma, precisamos ter uma visão além e perceber que nos detalhes e nas simples palavras, gestos e pequenas ações melhoramos o dia daquele paciente e o nosso também, ao percebermos o quanto estamos fazendo bem a alguém que já não consegue enxergar razões para viver. É uma experiência de troca, damos e recebemos (Luz).

O cuidado respeitoso é uma atitude fundamental e humana, necessária na relação interpessoal positiva entre cuidadores e pessoas cuidadas vulneráveis, pressupõe a observação e o bem estar da pessoa vulnerável com elementos como a simpatia, ou seja, faculdade humana de dividir tristezas, alegrias e sofrimentos alheios, se pondo no lugar do outro e reconhecendo o valor da pessoa, seus direitos, dignidade e atenção especial (DALL'AGNOL, 2010).

Vontade de cuidar possibilita vínculo

A subcategoria, Vontade de cuidar possibilita vínculo, traz a expressão da estudante quanto à vontade de sentido em proporcionar conforto no decorrer

dos dias de cuidado à pessoa, o que proporcionava segurança por perceber o crescimento de uma relação próxima.

No dia seguinte eu já estava muito mais segura, e com um desejo enorme de proporcionar a ela conforto e melhora no seu estado emocional. Ela estava mais à vontade comigo e conseguimos estabelecer uma relação muito legal (Luz).

O vínculo caminha junto com a liberdade, liberdade não apenas de ser livre perante ao “que sou e ao que devo ser diante de mim” [...] não diz respeito, apenas, a si mesmo: “- minhas atitudes e a própria constituição do meu ser me vinculam aos outros homens e às coisas do mundo” (ABBAGNANO, 2006, p. 15).

A estudante se sentia movida pela consciência transcendente ligada à moral e à ética, ou seja, uma vontade de sentido “de fundo inconsciente mas intuitiva e existencial de uma consciência de ser na busca de uma finalidade” (RODRIGUES, 1991, p. 98).

Queria proporcionar também um momento de relaxamento, pois ela havia tido uma noite de sono ruim. Pude perceber o quão bem ela estava sentindo-se no momento da lavagem dos cabelos, ela não dizia uma só palavra, mas o seu corpo foi capaz de responder. A sua expressão facial de relaxamento e calma que havia se instalado naquele momento foi tão grande que era impossível não perceber o quanto aquele momento estava sendo prazeroso para ela e muito gratificante para mim. Ela desejou tanto a lavagem dos seus cabelos (que era um hábito diário em sua casa), que saber que eu realizei aquele desejo me fez sentir-se realizada! (Luz).

O estabelecimento de empatia no cuidado possibilita confiança e facilita a relação de ajuda para a pessoa que apresentou comportamento suicida, nesse tocante a comunicação verbal ou não verbal, “chama atenção o fato de o enfermeiro estar atento às mensagens emitidas para uma boa compreensão e aplicação de intervenções significativas para a pessoa do cuidado” (BURIOLA et al., 2011, p. 744).

Percebendo a singularidade da pessoa cuidada e a permissão de cuidar

A estudante compreendeu a situação trágica da pessoa com ideias suicidas com tanta intensidade de respeito, que a sua permissão em deixá-la cuidar configurou como uma preocupação que tinha sentido na sua vida. A estudante percebeu que a relação se estabeleceu e o conforto foi proporcionado, mesmo com o medo e a tristeza presentes.

Saber que aquela pessoa tão fragilizada cheia de medos e pensamentos de tristeza me permitiu de forma tranquila fazer parte daquele momento tão difícil da sua vida. Poder dizer palavras positivas de força, dizer que eu estava ali com ela, mostrar que ela

era importante e que merecia todo acolhimento possível e perceber o quanto ela se sentia confortável (ainda que um pouco envergonhada) na minha presença me mostrou a importância do cuidado afetivo, falei que eu estava ali para cuidá-la, mas ela sentia-se envergonhada pela situação que a levou para aquele hospital, ao final agradeceu pelos cuidados prestados (Luz).

Sentindo-se plena pelo comprometimento com o cuidado respeitoso

Essa subcategoria configura a sensação de plenitude da estudante pelo dever cumprido, resultado do encontro de sentido ao prestar o cuidado respeitoso. A estudante ressalta o quanto foi útil pelo modo como a pessoa cuidada se expressou para com ela.

A paciente desejava muito lavar os cabelos e no momento do seu banho que foi realizado no leito eu pude realizar o seu desejo, ao longo da manhã continuei a prestar os cuidados como medicação, realização de punção venosa e auxiliar na passagem de sonda vesical. Me senti muito útil, feliz e realizada em poder cuida-la [...] aquela pessoa que tentou tirar a própria estava sorrindo pra mim e agradecendo de forma tão verdadeira o que eu pude proporcionar a ela. Isso foi tão maravilhoso, eu me comprometi a cuidar, e ao final saber que eu consegui isso é muito gratificante (Luz).

[...] após o banho, havia acabado de organizar toda a unidade e cobri-la, foi então que ela mesma com muita dificuldade fez questão de elevar a cabeça para ler o meu nome no crachá e disse: Muito obrigada Sra. Luz, muito obrigada! Aquelas palavras foram tão verdadeiras e cheias de emoção! Ela não queria agradecer apenas aquela estudante de enfermagem que estava ali prestando os cuidados, ela queria agradecer a pessoa, além da estudante. Ela queria agradecer ao ser humano que ali estava. Senti que os seus agradecimentos não eram só pelos cuidados, e sim por toda dedicação além dos cuidados. Que bom que eu pude transmitir isso para ela, pois mostrou o quanto fui verdadeira em cada ação, palavra e positividade depositada (Luz).

Estabelecemos uma atitude de respeito quando respeitamos a pessoa em sua singularidade, com seu modo único de ser. Sendo assim, estamos decidindo em ser honestos, tomando a posição de desviar o olhar de nossos interesses próprios, passando a ampliar a visão de mundo, longe da perspectiva do nosso interesse próprio, seria vermos “nos outros seres humanos e nas outras coisas mais do que aquilo que é útil” (LUKAS, 2012, p. 121).

Nessa perspectiva, identificamos que a atitude de respeito está “acima de uma necessidade de se impor uma obrigação, por exemplo, a necessidade da execução de um procedimento para a pessoa cuidada. A lei e a obrigação seriam uma consequência do sentido de cuidado e respeito. Por meio das experiências valorativas com o respeito, é possível se encontrar sentido” (LIMA, 2016, p. 143).

4 | CONCLUSÃO

Compreendemos que é um desafio cuidar de uma pessoa com idéias suicidas, mas que é possível enfrentar o medo e a insegurança com dignidade e respeito. Torna-se relevante que a educação em enfermagem reflita e busque aguçá-la a consciência do estudante de enfermagem para que esteja sensível ao sentido do cuidado respeitoso à pessoa com idéias suicidas e que amplie os olhares da academia na perspectiva de possibilitar a inclusão desta visão no planejamento das matrizes pedagógicas.

REFERÊNCIAS

ABBAGNANO, N. **Introdução ao existencialismo**. 1. ed. São Paulo: Dialética, 2006. 176 p.

BERTOLETE, J. M., FLEISCHMANN, A. A global perspective in the epidemiology of suicide. **Suicidologi**, v. 7, n. 2, p. 6–8, 2002.

BRAITT LIMA, A.; SANTA ROSA, D. DE O. Significados da responsabilização pelo cuidar/cuidado por estudantes de enfermagem: um estudo fenomenológico. **Ética de los Cuidados**, v. 19, n. 10, 2017.

BURIOLA, A. A. A. et al. Assistência de enfermagem às famílias de indivíduos que tentaram suicídio. **Esc Anna Nery Rev Enferm**, v. 15, n. 4. p. 710-6, 2011.

CARMONA-NAVARRO, M., PICHARDO-MARTÍNEZ, M. Atitudes do profissional de enfermagem em relação ao comportamento suicida: influência da inteligência emocional. **Rev Latino-Am Enfermagem**, v. 20, n. 6, 2012.

DALL'AGNOL, D. Uma análise conceitual do 'cuidado' e suas implicações éticas. **Ethic@**, v. 9, n. 3, p. 29 – 36, 2010.

Frankl, V. E. **A questão do sentido em psicoterapia**. Tradução: Jorge Mitre. Campinas: Papirus, 1990. 157 p. ISBN 85-308-0091-5.

FRANKL, V. E. **Psicoterapia e sentido da vida: fundamentos da logoterapia e análise existencial**. 5. ed. São Paulo: Quadrante, 2010. 352 p. ISBN 987-85-7465-056-2.

FRANKL, V. E. **A vontade de sentido: fundamentos e aplicações da logoterapia**. 1. ed. São Paulo: Paulus, 2013. 239 p. ISBN 978 85 394 3268 4.

FRANKL, V. E. **O sofrimento de uma vida sem sentido: caminhos para encontrar a razão de viver**. Tradução: Karleno Bocarro. São Paulo: É realizações, 2015. 128 p. ISBN 978-85-8033-209-4.

LIMA, A. B. (2016). **Sentido de tornar-se responsável pelo cuidado nas vivências dos estudantes de enfermagem**. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem, Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2016.

LIMA, A. B., SANTA ROSA, D. DE O. A Análise Existencial de Viktor Frankl e o cuidar/cuidado na enfermagem. **Atas CIAIQ, Investigação Qualitativa em Educação/Investigación Cualitativa en Educación**. v. 1, 2016.

LUKAS, E. **Psicologia espiritual: fontes de uma vida plena de sentido**. 1. ed. São Paulo: Paulus, 2012. 195 p. ISBN 978-85-349-1965-4.

MORENO, C. I. **Educar em valores**. 3. ed. São Paulo: Paulinas, 2005. 288 p.

ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD (OMS). **Prevención del suicidio**: un instrumento para trabajadores de atención primaria de salud (Spanish), 2000. Disponível em: http://www.who.int/mental_health/resources/preventingsuicide/en/index.html. Acesso em: 15 mar 2019.

RODRIGUES, R. **Fundamentos da Logoterapia**. Petrópolis: Editora Vozes, 1991. vol 1. 214 p.

VIETA, E. P. Configuração triádica, humanista-existencial-personalista: uma abordagem teórico-metodológica de aplicação nas pesquisas de enfermagem psiquiátrica e saúde mental. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**. v. 3, n. 1, p. 31 – 43, 1995.

WALDOW, V. R., BORGES, R. F. (2011). Cuidar e humanizar: relações e significados. **Revista Acta Paulista de Enfermagem**. v. 24, n. 3, p. 414-418, 2011.

CAPÍTULO 5

DESAFIOS ENFRENTADOS PELAS GESTANTES PORTADORAS DA DOENÇA FALCIFORME

Data de aceite: 01/12/2020

Data de submissão: 06/09/2020

Daniela Silva Calado

Universidade Católica do Salvador
Salvador – Bahia

<http://lattes.cnpq.br/8778703599012484>

RESUMO: **Introdução:** A gestação é um processo biológico que acarreta mudanças físicas e emocionais; para a mulher portadora da Doença Falciforme esse processo é mais complicado, pois além de lidar com essas mudanças, tem que enfrentar as complicações de uma doença crônica e as dificuldades relacionadas à patologia. **Objetivos:** Apresentar as dificuldades enfrentadas pelas gestantes portadoras da Doença Falciforme; Investigar as principais complicações clínicas que acometem as gestantes portadoras da Doença Falciforme. **Metodologia:** Trata-se de uma revisão de literatura, de caráter descritivo e abordagem qualitativa, realizada através de um levantamento de estudos científicos publicados nas bases de dados: LILACS, SciELO, no período de 2010 a 2015. **Resultados e Discussões:** As complicações mais frequentes nas gestantes com Doença Falciforme são as crises algícas, as infecções urinárias, pneumonias. A maior dificuldade enfrentada foi a dificuldade de acesso aos serviços de saúde especializados, a ausência de vagas em maternidades de referência para gestação de alto risco, e o momento da

descoberta de uma doença crônica na gestação.

Considerações Finais: Há um déficit no atendimento ofertado a gestantes portadoras da doença. Uma vez que um dos princípios que rege o SUS é a integralidade, a assistência deve ser ofertada visando o aspecto biopsicossocial.

PALAVRAS-CHAVE: Doença falciforme. Gestantes. Desafios.

CHALLENGES FACED BY PREGNANT WOMEN CARRIER SICKLE CELL DISEASE

ABSTRACT: **Introduction:** Gestation is a biological process that entails physical and emotional changes; For women with sickle cell disease, this process is more complicated because, in addition to dealing with these changes, they have to face the complications of a chronic disease and the difficulties related to the pathology. **Objectives:** To present the difficulties faced by pregnant women with sickle cell disease; To investigate the main clinical complications that affect the pregnant women with Sickle Cell Disease. **Methodology:** This is a literature review, with a descriptive character and a qualitative approach, carried out through a survey of scientific studies published in the databases: LILACS, SciELO, in the period from 2010 to 2015. **Results and Discussions:** The most common complications Common in pregnant women with sickle cell disease are painful seizures, urinary tract infections, pneumonia. The greatest difficulty was the difficulty of access to specialized health services, the absence of vacancies in reference maternity hospitals for high-risk pregnancies, and the moment of the discovery of a chronic

disease during pregnancy. **Final Considerations:** There is a deficit in the care offered to pregnant women with the disease. Since one of the principles governing SUS is completeness, care must be offered for the biopsychosocial aspect.

KEYWORDS: Sickle cell disease. Pregnant women. Challenges.

1 | INTRODUÇÃO

A Doença Falciforme (DF) de origem Africana, descrita pela primeira vez por Herrick em 1910, trazida para o Brasil através do transporte de comercialização de escravos, sendo considerada hoje a doença genética mais comum no Brasil (MS, 2013), (XAVIER, 2011).

É caracterizada como uma alteração genética causada por uma mutação no gene que produz a hemoglobina, transformando a hemoglobina normal denominada (HbA) para hemoglobina S (HbS). A hemoglobina é responsável por levar a oxigenação aos tecidos e órgãos do corpo humano, ao sofrer essa alteração ela adquire um formato de foice dificultando assim, o seu processo de oxigenação, causando lesões aos órgãos e tecidos, que consequentemente apresentam sérias complicações. (MS, 2013), (SANTOS et al, 2011).

Por possuir uma elevada morbidade e alto índice de mortalidade, tem sido apontada como uma questão de saúde pública. Segundo o Ministério da Saúde a região Nordeste do Brasil apresenta a maior incidência do gene, sendo que o estado da Bahia tem o maior índice de portadores da doença falciforme, onde a prevalência é de 5,5%, devido a grande concentração de afrodescendentes (MS, 2013), (XAVIER, 2011), (COSTA, 2012).

Portanto, além de ser a doença hereditária de maior prevalência no Brasil, a anemia falciforme ainda acarreta uma elevada morbimortalidade, visto que 78,4% dos óbitos por esta doença ocorrem até os 29 anos de idade, sendo 37,5% em menores de 09 anos, afetando diretamente a população afrodescendente. Isso a torna de grande importância epidemiológica, motivo este que a mesma foi incluída nas ações da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da População Negra, e tem como subsídio o regulamento do SUS a Portaria GM/MS Nº 2048 nos artigos 187 e 188 de 03 de setembro de 2010, que define as diretrizes da Política Nacional de Atenção Integral às Pessoas com Doença Falciforme, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), onde a Secretaria de Atenção à Saúde tem a responsabilidade de adotar todas as providências necessárias para implementação da Política Nacional de Atenção Integral às Pessoas com Doença Falciforme e outras Hemoglobinopatias, garantindo aos portadores da DF uma rede de serviços estruturada para oferecer a promoção, prevenção, diagnóstico precoce, tratamento e a reabilitação de agravos à saúde, assim como uma equipe multiprofissional especializada para atender essa

demanda (MS, 2005);(COSTA, 2012).

Além de a DF acarretar danos físicos em decorrência dos órgãos afetados, também compromete a esfera psicossocial, fatores esses que podem levar à redução significativa da qualidade de vida do doente e de seus familiares. (XAVIER, 2011).

Para as gestantes com anemia falciforme, a gravidez é uma situação grave, que pode deixá-la fragilizada e insegura. A gestação é um processo biológico que acarreta mudanças físicas e emocionais, para a mulher portadora da DF esse processo é mais complicado, pois além de lidar com essas mudanças, tem que enfrentar as complicações de uma doença crônica e as dificuldades relacionadas a patologia. Portanto vivenciar uma gestação de risco principalmente sendo portador de uma doença crônica é muito difícil.(XAVIER e SANTOS, et al, 2011).

Essa pesquisa tem como pergunta de investigação: Quais os desafios enfrentados pelas gestantes portadoras da Doença Falciforme?. Considerando que a doença falciforme é uma doença crônica, com maior prevalência na população afrodescendente, descrita como um problema de saúde pública, torna essa pesquisa de grande relevância, pois tem como objetivos: Apresentar as dificuldades enfrentadas pelas gestantes portadoras da DF, Identificar as principais complicações clínicas que acometem as gestantes portadoras da DF.

Contribui também para que os profissionais de saúde, os familiares dessas gestantes, e a população em geral, tenham um melhor entendimento acerca dessas dificuldades e complicações e assim possam ter um olhar diferenciado, uma escuta qualificada á essas mulheres, que precisam de um apoio em um momento tão sensível como a gestação. Pois assim proporcionará uma assistência mais humanizada, reduzir o sofrimento, medos e anseios e consequentemente ofertar uma melhor qualidade de vida para essas gestantes.

2 | METODOLOGIA

Trata-se de uma pesquisa de revisão de literatura, de caráter descritivo e abordagem qualitativa, realizada através de um levantamento de estudos científicos publicados nas bases de dados: LILACS (Literatura Latino-Americana em Ciências de Saúde), SciELO (Scientific Electronic Library).

A localização dos estudos nas bases de dados se deu através de uma pesquisa utilizando os seguintes descritores: Doença Falciforme, gestantes, desafios. Para obter um maior número de publicações foi necessário fazer um cruzamento entre os mesmos.

Para selecionar os estudos foram aplicados como critérios de inclusão: Estudos publicados no período de 2010 a 2015, disponibilizados na íntegra, na língua portuguesa, artigos originais, Teses e dissertações relacionadas ao tema

abordado; Assim, foram encontrados 11 estudos.

Os dados foram coletados nos meses de Julho a Novembro de 2016, analisados de forma criteriosa através de leituras sistemáticas e analíticas dos conteúdos, e interpretados os pontos mais importantes para a realização da pesquisa considerando os objetivos propostos para o estudo, posteriormente foi feito fichamentos com os pontos convergentes e divergentes entre os autores selecionados, onde emergiram as categorias de análise: Principais complicações clínicas que acometem as gestantes portadoras de DF. Dificuldades enfrentadas pelas gestantes portadoras de DF.

O estudo atendeu os princípios éticos regidos pela Resolução de número 311/2007 do Conselho Federal de Enfermagem (COFEN), que preconiza o cumprimento das questões éticas, legais e dos direitos humanos, honestidade, fidelidade, respeito ao direito das produções científicas, dos autores das obras utilizadas no desenvolvimento da pesquisa, assim como a publicação dos resultados da pesquisa a comunidade científica e a sociedade em geral.

3 | RESULTADOS E DISCUSSÕES

O resultado desse artigo foi obtido a partir das análises e discursões dos pontos convergentes e divergentes entre os autores das obras apresentadas no quadro abaixo.

Autor	Ano	Título da obra	Tipo de estudo
Amaral, Almeida Santos, Oliveira, Lanza	2015	Perfil sociodemográfico, econômico e de saúde de adultos com doença falciforme	Descritiva Quantitativa
Xavier, Ferreira, Carvalho, Araújo, Cordeiro	2013	Percepção de mulheres com anemia falciforme sobre a gestação: estudo exploratório	Descritivo Qualitativo Exploratório
Barbosa, Dias, Abreu	2012	Gravidez na adolescência e sua interação com a anemia falciforme.	Relato de caso
Costa	2012	Gravidez na paciente com Doença Falciforme: Resultados maternos e perinatais	Descritivo
Guedes	2012	Decisões reprodutivas e triagem neonatal: a perspectiva de mulheres cuidadoras de crianças com doença falciforme	Qualitativa
Cardoso	2012	Estudo das complicações e fatores determinantes de óbito materno e <i>near miss</i> em gestantes com Doença Falciforme	Segmento de corte mista

Quadro 1: Caracterização das publicações científicas selecionadas segundo autor, ano de publicação, título da obra e tipo de estudo.

Fonte: Quadro elaborado pela própria autora com base nos dados bibliográfico.

Autor	Ano	Título da obra	Tipo de estudo
Xavier	2011	Experiências reprodutivas de mulheres com anemia falciforme	Qualitativo
Santos, Chavatal, Varga, Luiz.Turato	2011	Vivências sobre gravidez relatadas por mulheres com anemia falciforme em hospital universitário	Qualitativo
Nomura, Igai,Tosta, Fonseca, Gualandro,Zugaib	2010	Resultados maternos e perinatais em gestações complicadas por Doença Falciforme	Retrospectivo e comparativo
Viana Júnior, Felix, Cipolotti	2010	Regularidade de ciclos e padrão ovulatório em jovens portadoras de anemia falciforme	Estudo de caso
Cordeiro, Ferreira	2010	Narrativas de mulheres com anemia falciforme	Descritivo Exploratório Qualitativa

Quadro 1: (cont.) Caracterização das publicações científicas selecionadas segundo autor, ano de publicação, título da obra e tipo de estudo

Fonte: Quadro elaborado pela própria autora com base nos dados bibliográficos.

Das obras que compõem o estudo foram encontrados: 08 artigos nos quais foram publicados 1 artigo em 2015, 01 artigo em 2013, 03 artigos em 2012, 01 artigo em 2011 e 02 artigos em 2010, sendo que a maior publicação de artigos que aborda a temática ocorreu no ano de 2012; 03 Dissertações de Mestrado 02 publicadas no ano de 2012 e 01 em 2011.

Em relação aos tipos de estudos o quadro apresenta: 01 do tipo descritivo, 03 do tipo qualitativo, 02 do tipo descritivo qualitativo exploratório, 01 do tipo descritivo quantitativo, 02 relatos de caso, 01 Segmento de corte mista, e 01 do tipo retrospectivo e comparativo.

Para embasamento referencial foram utilizados também dois documentos oficiais e um manual do Ministério da Saúde.

3.1 Principais complicações clínicas que acometem as gestantes portadoras de DF

A doença falciforme é a doença genética que mais prevalece no Brasil, sua causa é decorrente de uma mutação no gene da hemoglobina, originária do continente africano, trazido para as Américas através dos escravos. Atualmente encontra difundida em todo o Brasil. A hemoglobina é uma molécula responsável por levar a oxigenação aos tecidos e órgãos do corpo humano, ao sofrer a mutação a hemoglobina normal denominada (HbA) se transforma em hemoglobina S (HbS), assim o seu processo de oxigenação torna se ineficaz, causando lesões aos órgãos e tecidos, que conseqüentemente apresentam sérias complicações. (MS, 2013); (SANTOS et al, 2011).

O estado da Bahia por apresentar um maior número de afrodescentes, tem o maior contingente de nascidos vivos por ano com a doença, através de dados da triagem neonatal, pode se afirmar que a proporção é de 1:650 na Bahia, 1:1300 no Rio de Janeiro, 1:1400 em Pernambuco, maranhão minas gerais e Goiás, 1:1800 Espírito santos e 1:4000 no estado de são Paulo. Sendo que no estado da Bahia o traço falciforme está presente em 1 a cada 17 crianças nascidas vivas. Essa grande incidência de crianças com traço falciforme, possibilita que no futuro elas possam ter filhos com a doença falciforme, assim teremos uma geração imensa de crianças com a doença. Esses dados nos mostra que a doença é predominante na Bahia, e se faz necessário à implantação de suporte para atendimento dessas crianças e qualificações dos profissionais de saúde, principalmente na atenção básica, onde é realizado todo o trabalho de educação em saúde, na tentativa de ofertar uma melhor qualidade de vida a essa demanda (MS, 2013).

A DF por ser uma doença crônica, com sinais e sintomas diversos pode ocasionar diversas complicações e interfere diretamente no aspecto psicossocial dos portadores (MS, 2015).

Algumas mulheres portadoras de DF esperam apreensivas pela gestação, uma vez que a mesma não impede que a mulher possa reproduzir normalmente. Porém a gestante pode sofrer sérias complicações (XAVIER et al 2013); (VIANA et al, 2010)

Na presente categoria os autores relatam as principais complicações clínicas que as gestantes portadoras da DF enfrentam.

Gestantes com a DF sofrem com complicações crônicas que podem interferir diretamente na evolução da gestação. O índice de partos cesariano é elevado devido às complicações maternas, a gestação é interrompida principalmente em gestantes com necrose vascular da cabeça do fêmur. Portanto elas devem ser acompanhadas e monitoradas durante toda a gestação por uma equipe especializada.(COSTA, 2012).

As crises álgicas são consideradas a complicação mais prevalente em gestantes, caracterizada pela vaso-oclusão, causando fortes dores nos braços, nas pernas, nas articulações, no tórax, no abdômen e nas costas. São apontadas também como a principal causa de internamento de gestantes com doença falciforme. (COSTA, 2012); (MS, 2015).

A doença falciforme representa um elevado índice de gravidade para o organismo materno e para o feto, as complicações clínicas mais frequentes em gestantes falcemicas são as infecções urinárias, que são responsáveis por uma considerável causa das morbidades (CORDEIRO et al e NOMURA et al, 2010).

(Xavier et al, 2013) concorda que as crises álgicas e as infecções predominaram dentre as complicações sendo que, as infecções urinárias teve maior

frequência e as pneumonias dominaram o segundo lugar.

Em estudo populacional realizado nos Estados Unidos, mostrou que a chance de pielonefrite foi 30% maior em gestantes com doença falciforme em comparação com as gestantes que não apresentavam a doença. As pneumonias são a segunda infecção mais frequente nas gestantes, cerca da metade das gestantes apresentam crises álgicas durante a gestação, consequentemente as internações hospitalares destas gestantes antes do parto estão relacionadas ao tratamento das crises álgicas e do quadro infeccioso decorrentes da patologia. Pesquisa ainda revela que a complicação detectada com maior índice no momento do parto é a síndrome torácica aguda, considerada uma complicação pulmonar grave em gestantes com doença falciforme, apontada como a principal causa de morte materna da pesquisa (MS, 2015); NOMURA et al, 2010); (CARDOSO, 2012).

As crises dolorosas ocorrem geralmente no terceiro trimestre da gestação e pode se estender a ponto de não ter resolução até o parto. Portanto a gestação de mulheres portadoras da doença falciforme é marcada por grandes desafios devido ao aumento dessas complicações, que pode evoluir para óbitos maternos fetais (BARBOSA et al, 2012).

Há uma maior prevalência de abortamento, morte neonatal ou natimorto em mulheres com Doença Falciforme quando comparados com mulheres no geral. Os fatores que mais interferem de forma negativa no prognóstico materno e fetais são as crises dolorosas, infecções, anemias, hemorragias e abortos. Situação esta que compromete o estado emocional, causando medo, tristeza insegurança a essas mulheres (SANTOS et al, 2011).

Muitas vezes as complicações causam grandes impactos emocionais e psicológicos quando a gestação é interrompida por um aborto espontâneo, fato que destrói o sonho da maternidade e as levam a uma tristeza e frustração que pode desencadear uma depressão. Estudo relata que a capacidade de enfrentar os desafios da doença vem através do apoio social em especial do parceiro e familiares, isso as tornam vencedoras, capazes de lidar com as complicações da doença (XAVIER et al, 2013).

3.2 Dificuldades enfrentadas pelas gestantes portadoras da doença falciforme

Além das complicações clínicas essa categoria vem afirmar que as gestantes enfrentam também dificuldades durante todo o período gestacional, como: dificuldades de acesso aos serviços de saúde especializados, ausência de vagas em maternidades de referencia para gestação de alto risco (XAVIER et al, 2013)

As gestantes portadoras da DF fazem parte da classe socioeconômica menos favorecida e enfrentam dificuldades de acesso aos serviços de saúde especializados,

para realizar o sonho da maternidade de forma segura (SANTOS et al, 2011).

Apesar de serem implantadas novas políticas públicas para tratamento e diagnóstico da DF, no Brasil ainda há um déficit na oferta desses atendimentos, assim como a falta de estrutura e capacitação dos profissionais (GUEDES, 2012).

O Ministério da Saúde, 2013 preconiza que quando o diagnóstico é precoce a gestante deve ser encaminhada ao pré-natal de alto risco, para receber toda a orientação necessária acerca da doença, da sua condição genética, dos riscos, das complicações futuras que podem ser evitadas com o autocuidado, e ter uma assistência multiprofissional especializada. Porém em muitos casos a doença é diagnosticada tardiamente, existem mulheres que só descobriram a doença na gestação, contudo aumenta a taxa de letalidade em gestantes.

O momento de maior dificuldade dessas mulheres é a descoberta da doença, o fato de receber o diagnóstico de uma doença crônica, incurável, na gestação principalmente em uma fase em que a mulher está sensível, como a gestação, interfere diretamente no estado psicológico e na qualidade de vida pois um momento que seria de satisfação torna-se marcado por medo e insegurança. Portanto, a equipe multidisciplinar deve estar preparada para prestar uma assistência de qualidade e oferecer um apoio para essas mulheres (CORDEIRO et al, 2010).

Para facilitar esse diagnóstico foi implantado através da Portaria GM/SM nº 650/2011, a realização do exame que detecta a doença, a eletroforese de hemoglobina, no pré - natal custeado pelo SUS. Esse avanço promove a redução da taxa de morbidade e letalidade na gestação (MS, 2013).

A falta de apoio do parceiro e muitas vezes da família, o medo de ter uma criança com a doença falciforme, o déficit de estrutura do serviço de acompanhamento de crianças falcêmicas, as condições socioeconômicas do casal, são dificuldades que muitas vezes levam a decisão do aborto ilegal (XAVIER et al, 2013); (AMARAL et al, 2015).

Por outro lado mais de um terço das gestações relacionada à Doença Falciforme evolui para aborto espontâneo, morte do feto, ou até mesmo do neonato. É fato que esta problemática interfere no estado emocional e psicológico do casal (BARBOSA et al, 2012).

Essas dificuldades seriam sanadas através do aconselhamento genético, que tem como objetivo esclarecer o casal a sua condição genética, os riscos que a doença pode causar na gestação; o acompanhamento social que minimizará as dificuldades de enfrentamento da doença. Essa conduta não retira o direito de reprodução e sim esclarece e prepara para a tomada da decisão, reduzindo as taxas de abortos ilegais (GUEDES, 2012); (AMARAL et al, 2015).

4 | CONSIDERAÇÕES FINAIS

A doença falciforme é um problema de saúde pública que acomete com maior frequência as pessoas menos favorecidas, por apresentar diversas complicações crônicas essas pessoas necessitam de um atendimento especializado, a fim de minimizar o sofrimento e ter uma qualidade de vida. As gestantes falcêmicas além de sofrer com as complicações clínicas que a doença desencadeia, ainda enfrentam a falta de serviços especializados para realizar o sonho de ser mãe de forma segura.

Apesar de já existir políticas públicas que abrange a DF, ainda há um déficit no atendimento ofertado a gestantes portadoras da doença. Uma vez que um dos princípios que rege o SUS é a integralidade, a assistência deve ser ofertada visando o aspecto biopsicossocial. Portanto esses sofrimentos seriam minimizados com a implantação de novos pontos de referência, que possam atender as gestantes de alto risco de forma integral através de uma assistência multiprofissional humanizada, para tal os profissionais que estão nessa linha de cuidado devem ser treinados e capacitados, para ofertar a melhor assistência possível a essas gestantes, que muitas vezes encontram-se fragilizadas por conta das complicações clínicas e da peregrinação em busca de atendimento especializado.

Sugere-se também que os pesquisadores realizem estudos a cerca dessa temática, pois existem muitas obras abordando a Doença Falciforme, porém há poucas publicações que contextualizam a doença na gestação.

REFERÊNCIAS

Amaral JL, Almeida NA, Santos PS, Oliveira PP, Lanza FM. **Perfil sociodemográfico, econômico e de saúde de adultos com doença falciforme**. Rev Rene, 16(3):296-305, 2015.

Barbosa CG, Dias LRQ, Abreu MTCL: **Gravidez na adolescência e sua interação com a anemia falciforme**. Revista Med Minas Gerais, 22 (2) :231-234, 2012.

Brasil, Conselho Federal de Enfermagem. **Resolução 311/2007 de 08 de outubro de 2007**. Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem

Brasil. Ministério da Saúde. **Programa Nacional de Atenção Integral as Pessoas com Doença Falciforme e outras Hemoglobinopatias**. Diário Oficial da União. 2005 jul. 04; seção 1.

Brasil. Ministério da Saúde; manual **Doença Falciforme conhecer para cuidar** 2015

Brasil, Ministerio da Saude. **Nota técnica: Detecção de doença falciforme no pré- natal** 12 dezembro 2013.

Cardoso PRS: **Estudo das complicações e fatores determinantes de óbito materno e near miss em gestantes com Doença Falciforme**. Dissertação de mestrado, Faculdade de Medicina da UFMG Belo Horizonte 2012.

Cordeiro RC, Ferreira SL: **Narrativas de mulheres com anemia falciforme**

Revista Baiana de Enfermagem, Salvador, 24 (1-3): 33-42, 2010.

Costa VMF. **Gravidez na paciente com Doença Falciforme: Resultados maternos e perinatais**: Universidade Federal de Minas Gerais Faculdade de Medicina [dissertação]. Belo Horizonte 2012.

Guedes C: **Decisões reprodutivas e triagem neonatal: a perspectiva de mulheres cuidadoras de crianças com doença falciforme**. Rev Ciência & Saúde Coletiva, 17(9):2367-2376, 2012.

Nomura RMY, Igai AMK, Tosta K, Fonseca GHH, Gualandro SFM, Zugaib M :**Resultados maternos e perinatais em gestações complicadas por Doença Falciforme**. Departamento de Obstetrícia e Ginecologia, Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo. Rev Bras Ginecol Obstet, 32(8):405-11. 2010

Santos SN, Chavatal VLS, Varga CRR, Luiz FB ,Turato ER. **Vivências sobre gravidez relatadas por mulheres com anemia falciforme em hospital universitário**: um estudo qualitativo. Programa de Mestrado em Psicologia, UCDB - Campo Grande, MS Revista Psicologia e Saúde, 3 (2): 23-29, 2011.

Viana Júnior JW, Felix WO, Cipolotti R: **Regularidade de ciclos e padrão ovulatório em jovens portadoras de anemia falciforme** . Departamento de Medicina da Universidade Federal de Sergipe – UFS – Aracaju (SE), Brasil. Rev Bras Ginecol Obstet. 2010; 32(11):525-920.

Xavier ASG. **Experiências reprodutivas de mulheres com anemia falciforme**. Programa de Pós – Graduação em Enfermagem da Escola de Enfermagem da Universidade Federal da Bahia [dissertação].Salvador 2011.

Xavier ASG, Ferreira SL, Carvalho ESS, Araújo EM, Cordeiro RC : **Percepção de mulheres com anemia falciforme sobre a gestação**: estudo exploratório. Online Brazilian Journal of Nursing, 12 (4) 2013.

CAPÍTULO 6

EFICÁCIA DA AROMATERAPIA NO TRABALHO DE PARTO E PARTO

Data de aceite: 01/12/2020

Orácio Carvalho Ribeiro Junior

Universidade do Estado do Pará (UEPA)
Altamira-PA
<http://lattes.cnpq.br/0046295261211278>

Livia Fabiana Santos de Castro

Centro Universitário do Norte (UNINORTE)
Manaus-AM
<http://lattes.cnpq.br/9206950890232492>

Raiane Nunes Costa da Silva

Centro Universitário do Norte (UNINORTE)
Manaus-AM
<http://lattes.cnpq.br/1203111296598576>

Mayara Alice Pereira de Melo

Centro Universitário do Norte (UNINORTE)
Manaus-AM
<http://lattes.cnpq.br/9296381374816470>

Michele Lima Albuquerque dos Santos

Centro Universitário do Norte (UNINORTE)
Manaus-AM
<http://lattes.cnpq.br/0242784166130545>

Tatiane Silva de Araújo

Universidade Federal do Amazonas (UFAM)
Manaus-AM
<http://lattes.cnpq.br/2313899982722070>

Suzana Maria da Silva Ferreira

Universidade Federal de Roraima (UFRR)
Boa Vista-RR
<http://lattes.cnpq.br/2566956034165695>

Lucas Luzeiro Nonato

Centro Universitário do Norte (UNINORTE)
Manaus-AM
<http://lattes.cnpq.br/5502317836417147>

Renilson de Souza Ribeiro

Centro Universitário do Norte (UNINORTE)
Manaus- AM
<http://lattes.cnpq.br/1985783614935713>

Eliane Magalhães Farias

Centro Universitário do Norte (UNINORTE)
Manaus-AM
<http://lattes.cnpq.br/1995913643028323>

Luciane Cativo Brasil

Centro Universitário do Norte (UNINORTE)
Manaus-AM
<http://lattes.cnpq.br/5754463167636502>

Eloysa Maria Oliveira Rêgo

Centro Universitário do Norte (UNINORTE)
Manaus-AM
<http://lattes.cnpq.br/7504465831117523>

Rodolfo Martins Magalhães Neto

Centro Universitário do Norte (UNINORTE)
Manaus-AM
<http://lattes.cnpq.br/5809971806803097>

Marcos Rafael Campos Lopes

Centro Universitário do Norte (UNINORTE)
Manaus-AM
<http://lattes.cnpq.br/6860625910245332>

Jociane Martins da Silva

Centro Universitário do Norte (UNINORTE)
Manaus-AM
<http://lattes.cnpq.br/1816016324988252>

Daniella da Costa Sales

Centro Universitário do Norte (UNINORTE)
Manaus-AM
<http://lattes.cnpq.br/6111554261436940>

RESUMO: Objetivo: este estudo tem por objetivo analisar a eficácia do uso da aromaterapia durante o trabalho de parto e parto. **Metodologia:** trata-se de um estudo do tipo revisão Integrativa, com busca por artigos nas bases de dados Scientific Electronic Library Online (SCIELO), Base de Dados de Enfermagem (BDENF) e Literatura Internacional em Ciências da Saúde (MEDLINE) publicados no período de janeiro de 2014 a março de 2019. **Resultados:** A partir da análise de 07 artigos da amostra final do estudo evidenciou-se que a aromaterapia foi eficaz para reduzir a intensidade das contrações durante o trabalho de parto em diversos estágios da dilatação cervical, sem, no entanto, diminuir a duração e frequência das mesmas. Além disso, o uso de tal método traz maior satisfação para as mulheres com o processo de parto e nascimento. **Conclusão:** A aromaterapia é um método não-farmacológico de alívio da dor eficaz, sem danos colaterais para a mãe e para o concepto, de baixo custo e que pode ser utilizada por enfermeiros obstetras na assistência ao trabalho de parto como tecnologia assistencial para o aprimoramento do processo de trabalho em saúde.

PALAVRAS-CHAVE: Aromaterapia, Trabalho de Parto, Dor do Parto.

EFFECTIVENESS OF AROMATHERAPY IN CHILDBIRTH AND CHILD WORK

ABSTRACT: Aim: This study aims to analyze the effectiveness of aromatherapy during labor and delivery. **Method:** this is an Integrative review type study, searching for articles in the Scientific Electronic Library Online (SCIELO), Nursing Database (BDENF), and International Health Sciences Literature (MEDLINE) databases published in the period from January 2014 to March 2019. **Results:** From the analysis of 07 articles in the last sample of the study, aromatherapy was effective in reducing the intensity of contractions during labor in various stages of cervical dilation, without, however, decrease their duration and frequency. In addition, the use of such a method brings greater satisfaction to women with the process of childbirth and birth. **Conclusion:** Aromatherapy is an effective non-pharmacological method of pain relief, without collateral damage to the mother and the fetus which is low cost and can be used by obstetric nurses in assisting labor, as an assistive technology for the improvement of the health work process.

KEYWORDS: Aromatherapy, Labor, Obstetric, Labor Pain.

1 | INTRODUÇÃO

A maternidade é um importante evento no ciclo vital da mulher, para a qual

seu corpo está fisiologicamente preparado. A construção do processo que leva a maternidade inicia antes da gestação e vai até após o nascimento do concepto, onde a mulher ajusta seu corpo e a sua mente para essa marcante experiência (GREINERT; MILANI, 2015).

De acordo com Mamede et al. (2007) e Silva et al. (2018) o trabalho de parto é um processo fisiológico que ocasiona contrações uterinas e dilatação, além de somar com a pressão que o feto exerce sobre as estruturas pélvicas aumentando a intensidade da dor. Mas a dor não está somente associada a esse processo fisiológico, pois, outros fatores contribuem para a exacerbação desse quadro, como: o medo, o estresse e a tensão que na maioria das vezes estão ligados à falta de esclarecimentos sobre os eventos que envolvem o trabalho de parto, assim como, a apoio às parturientes que acaba sendo incipiente ou mesmo inexistente em diversos contextos assistenciais.

Durante o trabalho de parto a dor pode ser descrita em dois momentos. No primeiro estágio, fase da dilatação, é provocada pelas contrações uterinas e dilatação da cérvix. O segundo momento se dá no período expulsivo, no qual além desses fatores, a dor alia-se a pressão que o feto exerce nas estruturas pélvicas aumentando a sua intensidade, fato que torna a experiência de partir algo desafiador para muitas mulheres (SARTORI et al., 2011).

É relatado por Koettker, Brüggemann e Dufloth (2013) como parte desse processo fisiológico da parturição, que podem ser notadas algumas características bem específicas no que se refere ao processo da dor, sua intensidade e sua localização, fazendo-se necessário estabelecer uma forma viável e prática de avaliar o grau de dor vivenciado pela parturiente, com a finalidade de contribuir para uma assistência direcionada a esses respectivos aspectos através dos métodos não farmacológicos de alívio da dor e consequentemente relaxamento da parturiente.

Os métodos não farmacológicos usados durante o período chamado de trabalho de parto para alívio de dor são alguns métodos específicos de cuidados que englobam conhecimentos estruturados quanto ao desenvolvimento da prática de enfermagem em centro obstétrico, usado de acordo com a necessidade de cada paciente. Esses métodos, utilizados especificamente nesse período, vem desde a década de 60 sendo alvo de estudos, porém, em geral, em algumas maternidades brasileiras passaram a ser introduzidos a partir da década de 90, com o movimento de humanização do nascimento e com as recomendações do Ministério da Saúde (SARTORI et al., 2011).

Torna-se então, cada vez mais comum o uso de técnicas, que incluem o relaxamento, na tentativa de avaliar os fatores estressantes durante o trabalho de parto e parto, exemplos que tem sido utilizado são: banho terapêutico, massagens, técnica de respiração e relaxamento, aromaterapia, mudança de posição e

musicoterapia (GREINERT, MILANI, 2015).

Um dos métodos mais utilizados é a aromaterapia, que consiste em uma técnica de relaxamento através de óleos e essências aromatizadas para o alívio da dor, podendo ser estes os de camomila e erva doce, hortelã-pimenta, lavanda, dentre outros, todos com a função de amenizar a percepção da dor das contrações pelas parturientes (KOETTKER, BRÜGGEMANN, DUFLOTH, 2014).

Atualmente as questões voltadas para humanização no parto vem ganhando grande visibilidade, nesse contexto o uso da aromaterapia é considerado de grande relevância, tendo em vista que representa uma valiosa ferramenta no exercício profissional do enfermeiro, atuando como uma medida não farmacológica para alívio da dor e relaxamento durante o trabalho de parto e constitui-se como tecnologia de cuidado, inclusive recomendada pelo Ministério da Saúde do Brasil para utilização nos protocolos assistências (OSÓRIO; SILVA JÚNIOR; NICOLAU, et al. 2014).

Desta forma, evidenciar quais aromas e técnicas de uso destes estão sendo utilizados e estudados torna-se fundamental para consolidar evidências científicas a respeito do tema e qualificar ainda mais os protocolos assistenciais em obstetrícia, qualificando o processo de trabalho em saúde durante o trabalho de parto e parto.

Assim pergunta-se: Qual a eficácia da utilização da aromaterapia durante o trabalho de parto e parto?

Neste sentido, este estudo tem por objetivo analisar a eficácia do uso da aromaterapia durante o trabalho de parto e parto.

2 | METODOLOGIA

Trata-se de um estudo do tipo revisão integrativa, que estabelece uma discussão sobre uma temática desenvolvida a partir de artigos independentes no qual se busca identificar, relacionar e analisar os resultados encontrados, contribuindo, pois, para uma possível repercussão benéfica na qualidade dos cuidados prestados ao paciente. Para este estudo optou-se pelo desenvolvimento com base em seis etapas descritas na literatura (TEIXEIRA et al., 2013).

Na primeira etapa do estudo, após uma análise preliminar da literatura definiu-se a seguinte pergunta norteadora: Qual a eficácia da utilização da aromaterapia sobre o trabalho de parto e parto?

Para a busca da amostragem do trabalho foram utilizados artigos científicos de periódicos indexados nas bases de dados Scientific Electronic Library Online (SCIELO); Biblioteca de Enfermagem (BDENF), e Sistema Online de Busca e Análise de Literatura Médica (MEDLINE). Foram utilizados, para a busca dos artigos, os seguintes descritores: aromatherapy, obstetric, labor pain e obstetric labor, cruzados com o operador booleano and. Todos os descritores foram retirados do DeCS-

Descritores em Ciências da Saúde e do MeSH- Medical Subject Headings.

Quanto aos critérios de inclusão foram selecionados os artigos que estavam em texto completo, publicados em língua portuguesa ou inglesa, no período proposto de janeiro de 2014 a março de 2019 e que correspondessem ao objetivo da revisão. Os critérios de exclusão foram: estudos do tipo teses, dissertações, monografias, anais de eventos, artigos de revisão, relatos de experiência e estudo de caso.

Para a extração dos dados dos artigos selecionados, foi necessária a utilização de um instrumento previamente elaborado. Utilizou-se um quadro síntese contendo as seguintes informações dos estudos: base, revista, título, autor (es), objetivo, metodologia e ano.

Na fase de análise crítica dos estudos incluídos, realizou-se uma leitura minuciosa dos artigos a fim de compilar os principais achados e suas correlações. Foi feita leitura flutuante com posterior categorização dos achados.

Procedeu-se à discussão a partir da interpretação e síntese dos resultados, compararam-se os dados evidenciados na análise dos artigos ao referencial teórico e conceitual sobre a temática, buscando convergências e divergências entre os achados trazidos pelos autores.

Os resultados foram apresentados através de fluxograma e quadro, além das categorias temáticas, analisados segundo os objetivos propostos de forma descritiva.

Por tratar-se de um estudo de revisão, não foi necessária a submissão do projeto a um comitê de ética em pesquisa, contudo, a construção textual foi feita tendo o balizamento das normas de citação e preservação dos direitos autorais das obras consultadas.

3 | RESULTADOS

Após o processo de busca e seleção inicial, encontrou-se um total de 403 publicações, sendo: SCIELO (4), MEDLINE (253) e BDEF (146). Após leitura de resumos e do corpo textual dos trabalhos tendo por base a aplicação dos critérios de elegibilidade, selecionou-se 07 artigos para compor a amostra final deste estudo, conforme mostra a figura 1.

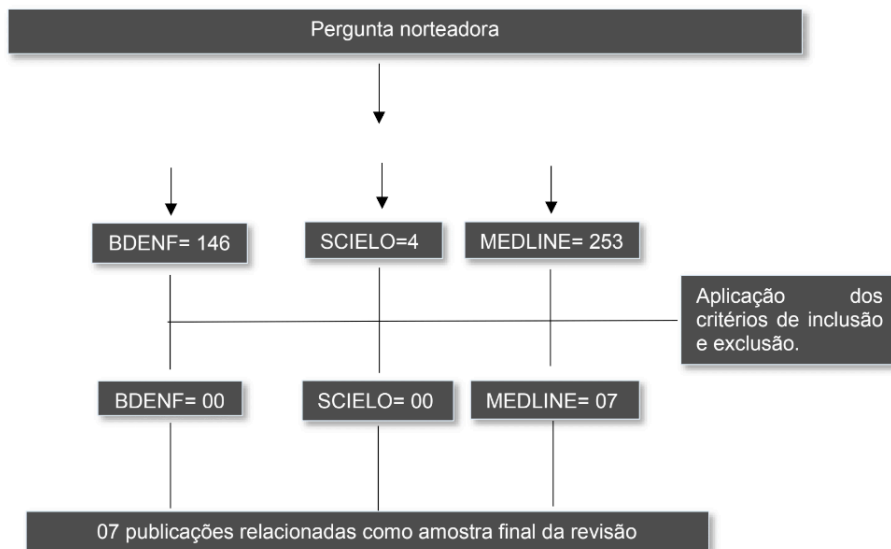


Figura 1: Fluxograma de seleção dos estudos incluídos na revisão integrativa.

Fonte: Autoria própria

Observa-se que dentre os estudos selecionados, todos são de periódicos indexados na base de dados MEDLINE e publicados nos últimos cinco anos. Isto revela que a discussão em torno da eficácia dos diversos aromas e sua utilização em parturientes tem sido objeto forte de discussão entre os pesquisadores, principalmente entre aqueles que se dedicam à obstetrícia e às terapias tradicionais.

Outro ponto relevante diz respeito ao tipo de estudo, onde os nove artigos selecionados são provenientes de ensaios clínicos randomizados, considerados como sendo os estudos primários de maior relevância para verificar a acurácia de novas formas de cuidar em ciências da saúde. Isto colabora para que tenhamos evidências fortes e aplicáveis nos diversos cotidianos assistenciais. A partir dos artigos selecionados, procedeu-se à seleção e agrupamento de algumas características destes estudos, a saber: base, título, autor (es), objetivo, metodologia e ano, conforme pode ser observado no quadro 1

Nº	Base	Título	Autor (es)	Objetivo	Metodologia		Ano
					Tipo de estudo	Abordagem	
1	MEDLINE	Efeitos da aromaterapia com Rosa damascena em mulheres nulíparas dor e ansiedade do parto durante o primeiro estágio do trabalho de parto	Hamdamian S, et al.	Identificar os efeitos da aromaterapia relacionados a dor e ansiedade em trabalho de parto	Ensaio Clínico Randomizado	Quantitativa	2018
2	MEDLINE	O efeito do odor de camomila nas contrações do primeiro estágio do parto em mulheres primíparas	Heidari-fard S, Mohammadi M, Fallah S.	Identificar os efeitos do odor de camomila sobre alguns parâmetros do trabalho de parto	Ensaio Clínico Randomizado	Quantitativa	2018
3	MEDLINE	Eficácia da aromaterapia na redução da dor durante o trabalho de parto: um estudo randomizado ensaio controlado	Tanvisut R, Traisrisilp K, Tongson G T.	Analisar a eficácia da aromaterapia na redução da dor durante o trabalho de parto	Ensaio Clínico Randomizado	Quantitativa	2018
4	MEDLINE	O efeito da aromaterapia com essência de lavanda na intensidade da dor do parto e duração do trabalho de parto em primíparas	Yazdkhasti M, Pirak A.	Investigar o efeito da inalação de essência de lavanda na intensidade da dor do parto e duração do trabalho de parto	Ensaio Clínico Randomizado	Quantitativa	2016
5	MEDLINE	Aromaterapia com óleo de citrino aurantium e ansiedade durante a primeira fase do parto	Namazi M, et al.	Determinar a eficácia da aromaterapia com o óleo citrus aurantium na redução da ansiedade durante o primeiro estágio do trabalho de parto	Ensaio Clínico Randomizado	Quantitativa	2014a
6	MEDLINE	Comparação do efeito da aromaterapia com Jasminum officinale e Salvia officinale sobre a intensidade da dor e o desfecho de parto em mulheres nulíparas	Kaviani M, et al.	Comparar os efeitos da aromaterapia com jasmim e sálvia sobre a intensidade da dor e o resultado do parto em mulheres nulíparas.	Ensaio Clínico Randomizado	Quantitativa	2014
7	MEDLINE	Efeitos do Citrus Aurantium (Laranja Amarga) na intensidade da dor do trabalho de parto no primeiro estágio.	Namazi M, et al.	Investigar os efeitos do citrus aurantium na intensidade da dor do parto em primeiro estágio em mulheres primíparas	Ensaio Clínico Randomizado	Quantitativa	2014b

Quadro 1- Caracterização dos estudos a partir dos seguintes tópicos: Base, Revista, Título, Autor (es), Objetivo, Metodologia e Ano

Fonte: autoria própria

4 | DISCUSSÃO

Segundo Hamdamian et al. (2018), em um estudo do tipo ensaio clínico randomizado realizado em um hospital de Jajarm, no Irã, com 58 participantes, divididas em 2 grupos, para verificar-se os efeitos do uso da aromaterapia com rosa

damascena durante o trabalho de parto e parto, ficou evidenciado que a utilização da aromaterapia com a Rosa damascena foi eficaz na redução da dor e a ansiedade durante a primeira fase do trabalho de parto, em comparação com o grupo que não utilizou. O estudo mostrou os efeitos positivos da terapêutica com rosa damascena nos diversos graus de dilatação cervical para a redução da dor e ansiedade, sem prejuízos para a qualidade e quantidade das contrações uterinas.

Ressalta-se no presente estudo que não houve diferenças entre os grupos no que diz respeito ao tipo de parto e nos escores de apgar dos recém-nascidos, evidenciando assim, a segurança para a mãe e para o feto no que diz respeito à utilização da rosa damascena durante o processo de parturição como tecnologia de cuidado. O alívio da dor se dá através da estimulação de neurotransmissores, que levam a diminuição da dor e consequentemente ao aumento do relaxamento. A utilização da aromaterapia levou a redução da ansiedade e aumentou a segurança, o conforto e a satisfação das participantes desse estudo, que em comparação com o grupo que não fez uso (HAMDIAN et al., 2018).

De acordo com Tanvisut, Traisrisilp e Tongsong (2018), em um estudo do tipo ensaio clínico randomizado e controlado, desenvolvido em um hospital na Tailândia, com 104 mulheres, divididas em 2 grupos, sendo um dos grupos submetido a aromaterapia e o segundo não (grupo controle), ficou evidenciado que a utilização da aromaterapia com (lavanda, gerânio rosa, cítricos e jasmim), sendo de livre escolha da parturiente, mostraram-se úteis na redução da dor na fase ativa latente e precoce, e provavelmente pode ser usado como um método adjuvante para o controle da dor do parto sem efeitos colaterais graves sendo possibilitado seu uso sem muitas restrições.

É importante enfatizar que todas as mulheres do grupo de estudo receberam o mesmo procedimento de aromaterapia, foi oferecido quatro opções do aroma favores de escolher (lavanda, gerânio rosa, cítricos e jasmim) com base em sua própria preferência, uma vez que os participantes sabiam melhor que favor era adequado para eles em termos de satisfação pessoal odor e efeitos colaterais tais como náusea, vômito, tontura, etc. A aromaterapia foi iniciada quando os participantes foram admitidos para o trabalho de parto até o final do primeiro estágio do trabalho de parto (TANVISUT; TRAIRISILP; TONGSONG, 2018).

Os autores afirmam que a aromaterapia é útil na redução da dor do parto na fase ativa latente e fase inicial, mas não é eficaz no trabalho tardio quando a dor do parto é mais intensa. Devido à ausência de efeitos colaterais sérios, provavelmente é razoável concluir que a aromaterapia é um método alternativo útil para o controle da dor, especialmente quando usado como tratamento adjuvante no início do trabalho de parto para mulheres que desejam evitar o efeito farmacológico e a analgesia regional (TANVISUT; TRAIRISILP; TONGSONG, 2018).

Segundo Namazi et al. (2014a), em um estudo do tipo ensaio clínico randomizado realizado com 126 mulheres grávidas divididas em dois grupos, no Hospital Vali-Asr, no Irã, sendo submetido 1 grupo a aromaterapia (com óleo de flor de *C. aurantium*) e outro não, através de gaze impregnada com 4 ml de *C. aurantium* solução salina destilada e normal foram anexadas ao colar de sujeitos nos grupos de aromaterapia e controle, respectivamente, no qual os dois grupos encontravam-se no mesmo nível de ansiedade, ficou evidenciado que os níveis de ansiedade em dilatações de 3-4 e 6-8 cm foram significativamente menores no grupo de aromaterapia em comparação com o grupo controle.

Os óleos essenciais são absorvidos por inalação e afetam enzimas e canais iônicos e receptores e, eventualmente, estimulam o cérebro. Eles podem, portanto, aliviar a ansiedade, ter efeitos antidepressivos e aumentar a circulação sanguínea no cérebro. A entrada do corpo através da inalação também permite que esses óleos atravessem a barreira hematoencefálica e interajam com os receptores do sistema nervoso central. Ressalta-se assim, que a aromaterapia com óleo de flor de *C. aurantium* como uma intervenção simples, barata, não invasiva e eficaz para reduzir a ansiedade durante o trabalho de parto (NAMAZI et al. 2014a).

Segundo Yazdkhasti e Pirak (2016), em um estudo do tipo ensaio clínico randomizado realizado com 120 mulheres grávidas divididas em 2 grupos, em um hospital do Irã, com 1 grupo submetido a aromaterapia com a essência de lavanda *Lavandula angustifolia*, evidenciou-se que em comparação dos escores médios de intensidade da dor pré-intervenção (dilatação 3 a 4 cm) dos dois grupos do estudo não mostrou diferença significativa entre os níveis de dor dos participantes. Mas, diferença significativa foi notada para os escores médios de intensidade da dor entre o grupo intervenção e o grupo controle em 5-10 cm de dilatação, sendo que a intensidade da dor foi diminuída no grupo intervenção conforme a dilatação ia aumentando.

Segundo Kaviani et al. (2014), em um ensaio clínico randomizado com 156 mulheres divididas em 3 grupos, no qual o primeiro era submetido a aromaterapia com sálvia, o segundo com jasmim, e o terceiro era grupo controle. Cada grupo foi submetido à aromaterapia com máscara de incenso por 15 min (água destilada para o grupo controle). A intensidade da dor foi medida antes e 30 e 60 minutos após a aromaterapia com incenso. Evidenciou-se que em comparação com os outros grupos, a intensidade da dor e a duração do primeiro e segundo estágios do trabalho de parto foram significativamente menores ($p < 0,05$) no grupo de aromaterapia da sálvia, mostrando que esta pode ser utilizada por mulheres em trabalho de parto.

Em um estudo desenvolvido em um hospital no oeste do Irã para verificar os efeitos do aroma de *Citrus aurantium* (laranja amarga) sobre a intensidade da dor em mulheres primíparas no primeiro estágio do trabalho de parto, 126 mulheres

elegíveis foram divididas em 02 grupos. O grupo intervenção recebeu aromaterapia por gases embebidas com 4 ml de água destilada com Citrus aurantium. Já o grupo controle recebeu aromaterapia por gases embebidas com 4ml de solução salina normal. O procedimento foi repetido a cada 30 minutos e a intensidade da dor foi verificada após o procedimento em dilatações cervicais 3-4, 5-7 e 8-10 cm. Os resultados mostraram que houve redução significativa ($p < 0,05$) na intensidade da dor no grupo intervenção em todos os momentos da dilatação em que houve a medida, sendo recomendada sua utilização por mulheres em trabalho de parto (NAMAZI et al., 2014b).

Outro ensaio clínico randomizado realizado com 130 primíparas de um hospital iraniano buscou verificar os efeitos do odor de camomila sobre as contrações uterinas durante o trabalho de parto. Os resultados mostram que não houve diferença nas variáveis duração e número de contrações entre o grupo intervenção e o grupo controle ($p > 0,05$). Entretanto, no grupo intervenção a intensidade das contrações foi significativamente menor, em 5-7 cm de dilatação, que no grupo controle ($p = 0,004$). Além disso, o grupo intervenção mostrou maior satisfação com o processo de parto ($p < 0,001$). Desta forma, os autores concluíram que a essência de camomila pode ser utilizada como métodos não-farmacológico durante o trabalho de parto (HEIDARI-FARD; MOHAMMADI; FALLAH, 2018).

5 | CONCLUSÃO

Os 07 estudos selecionados nesta revisão mostraram que a utilização da aromaterapia em mulheres em trabalho de parto foi eficaz para a redução da intensidade das contrações nos diversos estágios da dilatação, sem, no entanto, comprometer sua duração e frequência. Além disso, o estudo ainda mostrou que a utilização da aromaterapia traz maior satisfação para as mulheres com o processo de parto e nascimento.

Assim, é seguro é seguro dizer que os aromas estudados nesta revisão podem ser utilizados por parturientes que assim o desejarem e devem ser incluídos no conjunto das tecnologias de cuidado a serem implementadas no cotidiano assistencial do enfermeiro obstetra, para que, desta forma, o cuidado seja ainda mais qualificado.

Uma das limitações desta revisão foi o fato de não ter conseguido dados suficientes que discutissem a utilização da aromaterapia entre grupos de parturientes de baixo e alto risco, sendo, portanto, uma sugestão para a realização de estudos empíricos que possam preencher essas lacunas de conhecimento.

REFERÊNCIAS

GREINERT, Bruna Rafaela Milhorini; MILANI, Rute Grossi. **Depressão pós-parto: uma compreensão psicossocial**. Psicologia: teoria e prática, v. 17, n. 1, p. 26-36, 2015.

HAMDAMIAN, Sepideh et al. **Effects of aromatherapy with Rosa damascena on nulliparous women's pain and anxiety of labor during first stage of labor**. Journal Of Integrative Medicine, v. 16, n. 2, p. 120-125, 2018.

HEIDARI-FARD, Solmaz; MOHAMMADI, Mariam; FALLAH, Somayeh. **The effect of chamomile odor on contractions of the first stage of delivery in primipara women: a clinical trial**. Complementary Therapies In Clinical Practice, v. 32, p. 61-64, 2018.

KAVIANI, Maasumeh et al. **Comparison of the effect of aromatherapy with Jasminum officinale and Salvia officinale on pain severity and labor outcome in nulliparous women**. Iranian journal of Nursing and Midwifery Research, v. 19, n. 6, 2014.

KOETTKER, Joyce Green; BRÜGGEMANN, Odaléa Maria; DUFLOTH, Rozany Mucha. **Planned home births assisted by nurse midwives: maternal and neonatal transfers**. Revista da Escola de Enfermagem da USP, v. 47, n. 1, p. 15-21, 2013.

MAMEDE, Fabiana. Villela. et al. **O efeito da deambulação na duração da fase ativa do trabalho de parto**. Esc Anna Nery Rev Enferm, v. 11, n 3, p. 466-471, 2007.

NAMAZI, Masoumeh et al. **Aromatherapy with citrus aurantium oil and anxiety during the first stage of labor**. Iranian Red Crescent Medical Journal, v. 16, n. 6, 2014a.

NAMAZI, Masoumeh et al. **Effects of citrus aurantium (bitter orange) on the severity of first-stage labor pain**. Iranian Journal of Pharmaceutical Research: IJPR, v. 13, n. 3, p. 1011-1018, 2014b.

SARTORI, Ana Lúcia et al. **Estrategias no farmacológicas para aliviar el dolor durante el proceso del parto**. Enfermería Global, v. 10, n. 21, p. 0-0, 2011.

SILVA, Fabiana Laranjeira et al. **O Protagonismo do Enfermeiro na Política Nacional de Humanização do Parto e do Nascimento e com vistas a Erradicação de Abuso e Violência Obstétrica**. ID on line REVISTA DE PSICOLOGIA, v. 12, n. 41, p. 1068-1082, 2018.

TANVISUT, Rajavadi; TRAISRISILP, Kuntharee; TONGSONG, Theera. **Efficacy of aromatherapy for reducing pain during labor: a randomized controlled trial**. Archives Of Gynecology And Obstetrics, v. 297, n. 5, p. 1145-1150, 2018.

TEIXEIRA, Elizabeth et al. **Revisão Integrativa da Literatura passo-a-passo & convergências com outros métodos de revisão**. Revista de Enfermagem da UFPI, v. 2, n. 5, p. 3-7, 2014.

YAZDKHASTI, Mansoreh; PIRAK, Arezoo. **The effect of aromatherapy with lavender essence on severity of labor pain and duration of labor in primiparous women**. Complementary Therapies In Clinical Practice, v. 25, p. 81-86, 2016.

CAPÍTULO 7

EMAGRECENDO NA UNIVERSIDADE: INCENTIVANDO MUDANÇAS E PROMOVENDO A SAÚDE DOS SERVIDORES

Data de aceite: 01/12/2020

Daliana de Avila Gonçalves

Universidade Federal do Rio Grande
Rio Grande - RS
<http://lattes.cnpq.br/2220902769230604>

Eloisa da Fonseca Rodrigues

Universidade Federal do Rio Grande
Rio Grande - RS
<http://lattes.cnpq.br/8661311145854139>

Carmen Carballo Dominguez

Universidade Federal do Rio Grande
Rio Grande - RS
<http://lattes.cnpq.br/6304380911203642>

Nidia Farias Fernandes Martins

Universidade Federal do Rio Grande
Rio Grande – RS
<http://lattes.cnpq.br/1706886433683232>

RESUMO: A prevalência de sobrepeso e *obesidade* vem aumentando rapidamente no mundo, sendo considerada um importante problema de saúde pública tanto para países desenvolvidos como em desenvolvimento. Atualmente é considerada uma doença crônica não transmissível, progressiva e multifatorial que precisa ser tratada. A obesidade está associada a riscos para a saúde devido a sua relação com inúmeras complicações metabólicas. Com base nesses aspectos, consideramos que incentivar as pessoas a participarem de um grupo com o objetivo de monitorar sua saúde e buscar a redução do peso corporal seja fundamental

para melhorar a saúde e qualidade de vida. Nesta perspectiva, o Projeto Emagrecendo na Universidade contempla estes aspectos e oferece aos servidores da Universidade Federal do Rio Grande, uma atividade promotora de saúde justificada pela necessidade de ações que incentivem mudanças individuais e de comportamento.

PALAVRAS-CHAVE: Obesidade. Perda de Peso. Promoção da Saúde.

SLIMMING AT THE UNIVERSITY: ENCOURAGING CHANGES AND PROMOTING HEALTH

ABSTRACT: The prevalence of overweight and obesity has been increasing rapidly worldwide, being considered an important public health problem for both developed and developing countries. It is currently considered a chronic non-communicable, progressive and multifactorial disease that needs to be treated. The obesity is associated with health risks due to its relationship with numerous metabolic complications. Based on these aspects, we believe that encouraging people to participate in a group with the aim of monitoring their health and seeking to reduce body weight is essential to improve health and quality of life. In this perspective, the lose weight na University Project addresses these aspects and offers the employees of the Federal University of Rio Grande a health-promoting activity justified by the need for actions that encourage individual and behavioral changes.

KEYWORDS: Obesity. Weight Loss. Health Promotion.

1 | INTRODUÇÃO

A prevalência de sobrepeso e *obesidade* vem aumentando rapidamente no mundo, sendo considerada um importante problema de saúde pública tanto para países desenvolvidos como em desenvolvimento. Atualmente é considerada uma doença crônica não transmissível, progressiva e multifatorial que precisa ser tratada. A obesidade pode ser definida como o grau de armazenamento de gordura no organismo, associado a riscos para a saúde devido a sua relação com inúmeras complicações metabólicas ¹. Além dos danos físicos a saúde a sociedade estabelece alguns padrões de beleza e estereótipos onde não há espaço para pessoas obesas, influenciando significativamente na saúde mental. Há evidências de que em obesos o comportamento da restrição ou da compulsão alimentar parece ter um efeito rebote, podendo associar-se a perda da autoestima, mudanças de humor e distração, o que pode levar ao adoecimento psíquico e dificultar a busca e aderência ao tratamento². No Brasil, em 2016, em estudo coordenado pelo Ministério da Saúde, realizado por meio de inquérito telefônico com 53.210 pessoas com mais de 18 anos, vivendo nas capitais de todos os estados do país e do Distrito Federal revelou que 53,8% da população brasileira está acima do peso e 18,9% estão obesos. As evidências indicam que os hábitos pouco saudáveis dos brasileiros como tabagismo, alimentação inadequada, inatividade física e o consumo excessivo de bebidas alcoólicas, impactam diretamente no crescimento da obesidade e no aumento da prevalência de doenças crônicas não transmissíveis, com destaques para as doenças cardiovasculares, neoplasias, diabetes e doenças respiratórias³. Baseados nos aspectos acima descritos e no impacto negativo do excesso de peso na saúde dos indivíduos, consideramos que incentivar as pessoas a participarem de um grupo de pares com o objetivo de monitorar sua saúde e buscar a redução do peso corporal seja fundamental para melhorar a qualidade de vida das pessoas em geral. Nesta perspectiva, o Projeto Emagrecendo na Universidade contempla estes aspectos e oferece aos servidores da Universidade Federal do Rio Grande, uma atividade promotora de saúde justificada pela necessidade de ações que incentivem mudanças individuais e de comportamento.

2 | OBJETIVOS

Estimular a perda de peso, estimular a reeducação alimentar e estilo de vida ativo e incentivar a melhora da qualidade de vida.

3 | METODOLOGIA

O projeto teve sua 1ª edição em 2016. Estando vinculado à Diretoria de

Atenção à Saúde e à Pró-Reitoria de Gestão de Pessoas, esta foi responsável pelo processo de divulgação, inscrição e seleção dos candidatos. Os servidores selecionados, foram entrevistados por uma equipe multiprofissional, composta por enfermeira do trabalho, nutricionista, técnica de nutrição e psicóloga, com os objetivos de coletar dados pessoais e conhecer questões relacionadas aos hábitos alimentares e de vida destes indivíduos. Após as entrevistas, os mesmos passaram por avaliação física e clínica. Conhecendo o Índice de Massa Corporal (IMC) de cada participante, foram solicitados exames laboratoriais (hemograma, colesterol, triglicerídeos, glicemia). Os mesmos foram repetidos ao final do projeto permitindo assim a comparação dos resultados. Na etapa seguinte foram elaboradas as dietas adequadas ao perfil de cada participante, e estabelecidas as metas a serem atingidas. O cronograma desenvolveu reuniões em grupo com periodicidade quinzenal e duração aproximada de 90 minutos. Em cada encontro foram abordadas as seguintes temáticas: alimentação saudável, emagrecimento com saúde, aspectos comportamentais e emocionais como a compulsão alimentar e a ansiedade, autoestima, doenças relacionadas a obesidade como o diabetes a hipertensão e a esteatose hepática, rotulagem de alimentos, dietas da moda como as sem lactose ou glúten e suas repercussões na saúde, a importância das atividades físicas, metabolismo corporal e outros assuntos de interesse do grupo. Nos encontros foram estimuladas as trocas de experiências entre os integrantes do grupo com a finalidade de estabelecer laços de apoio para alcançar as metas estabelecidas por cada um. O projeto aconteceu entre os meses de abril e dezembro.

4 | RESULTADOS

Todas as vagas disponíveis para o curso foram ocupadas. O grupo teve início com 20 servidores e 12 concluintes ao término. Os resultados para o emagrecimento foram considerados satisfatórios, oito servidores atingiram suas metas de perda de peso. Em relação a pressão arterial, no grupo haviam quatro participantes hipertensos, sendo três severos e utilizando medicação anti-hipertensiva e um apresentou alguns picos de hipertensão no início do programa. No decorrer do projeto um dos participantes hipertensos desistiu, outros dois mantiveram a pressão arterial controlada e o uso de medicação e o que não utilizava medicação, diminuiu os índices pressóricos apenas com a mudança dos hábitos alimentares adquiridos durante o desenvolvimento do projeto. Todos os participantes concordaram em experimentar o programa de reeducação alimentar e dois efetivamente iniciaram e mantiveram atividades físicas regularmente. Todos os servidores concluintes manifestaram satisfação pela aquisição de conhecimentos sobre hábitos saudáveis e prevenção de doenças.

5 | DISCUSSÃO

No desenvolvimento do projeto, ficou evidente a necessidade de estabelecer um acompanhamento em um período mais curto, os encontros a cada 15 dias em alguns momentos diminuíram a disposição de alguns participantes. Situações como esta podem acontecer em se tratando de um projeto com período prolongado de desenvolvimento, no entanto as intervenções foram adequadas e capazes de modificar os hábitos e estilo de vida por meio de orientações para a adoção de alimentação equilibrada e estimulação para a prática de exercícios físicos regulares⁴. A redução nos níveis de pressão arterial de alguns participantes evidenciaram que um programa capaz de motivar mudanças de estilo de vida caracteriza um componente fundamental para prevenção e tratamento da hipertensão arterial sistêmica⁵.

6 | CONCLUSÃO

O projeto Emagrecendo na Universidade, atingiu seus objetivos ao promover discussões acerca do problema de excesso de peso entre seus participantes. Tanto o emagrecimento quanto a adoção de um estilo de vida mais saudável mostraram-se efetivos na recuperação da saúde das pessoas.

7 | CONTRIBUIÇÕES/IMPLICAÇÕES PARA A ENFERMAGEM

O enfermeiro inserido na atenção básica de saúde dos servidores contribui para a criação de espaços promotores de saúde. A articulação de várias áreas do conhecimento em prol da melhoria da saúde dos participantes fortalece, valoriza as ações e incentiva todos ao compromisso com a adoção de um estilo de vida mais saudável. O trabalho com grupos de pares que compartilham das mesmas experiências e expectativas mostra-se como uma tecnologia assistencial eficaz para prática da enfermagem no cuidado à saúde da comunidade.

REFERÊNCIAS

1. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Vigitel Brasil 2016: **Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico**. Brasília: Ministério da Saúde, 2017.
2. Oliveira EP, *et al.* **A variedade da dieta é fator protetor para a pressão arterial sistólica elevada**. Arq Bras Cardiol 2012;98(4):338-343. [Internet]. Acesso em 2018 mai 02. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/abc/v98n4/aop02312.pdf>
3. Silva TM, Aguiar OB, Fonseca MJM. **Associação entre sobrepeso, obesidade e transtornos mentais comuns em nutricionistas**. J Bras Psiquiatr. [Internet] 2015;64(1):24-31. Acesso 2018abr 30. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/jbpsiq/v64n1/0047-2085-jbpsiq-64-1-0024.pdf>

4. Vilarta, R. **Alimentação saudável e atividade física para a qualidade de vida.** (organizador) et. al. - Campinas, IPES Editorial, 2007. 229p.: il. [Internet]. Acesso em 02 de maio 2018. Disponível em: <http://www.alimentação Saudável e Atividade Física e Qualidade de Vida.pdf>

5. World Health Organization. **Obesity and overweight.** [Internet] cited: 2018 Apr 20. Available from: <<http://www.who.int/dietphysicalactivity/publications/facts/obesity/en/>>.

CAPÍTULO 8

EXPECTATIVAS E SENTIMENTOS DA MULHER EM RELAÇÃO À RECONSTRUÇÃO DA MAMA

Data de aceite: 01/12/2020

Data de submissão: 18/09/2020

Jaqueline Ferreira Ventura Bittencourt

Universidade Federal de Juiz de Fora

Minas Gerais

<http://lattes.cnpq.br/8032123272413172>

Livia Maria Felipe Pereira

Universidade Federal de Juiz de Fora

Minas Gerais

<http://lattes.cnpq.br/6653422482710280>

Leidiléia Mesquita Ferraz

Centro Universitário Estácio Juiz de Fora

Minas Gerais

<http://lattes.cnpq.br/9716900254174496>

Jusselene da Graça Silva

Centro Universitário Estácio Juiz de Fora

Minas Gerais

<http://lattes.cnpq.br/7289070553789138>

Vitória Alves de Rezende

Universidade Federal de Juiz de Fora

Minas Gerais

<http://lattes.cnpq.br/8724687851163963>

Áurea Cúgola Bernardo

Universidade Federal de Juiz de Fora

Minas Gerais

<http://lattes.cnpq.br/7137273911395387>

Ana Claudia Sierra Martins

Universidade Federal de Juiz de Fora

Minas Gerais

<http://lattes.cnpq.br/9350362171936942>

Simone Meira Carvalho

Universidade Federal de Juiz de Fora

Juiz de Fora – Minas Gerais

<http://lattes.cnpq.br/2502447838688845>

RESUMO: O estudo se propôs a analisar os sentimentos e expectativas das mulheres do Grupo de Acompanhamento Integrado (GAI), do Projeto De Peito Aberto, que passaram pelo processo de reconstrução da mama, no âmbito de um hospital público de Juiz de Fora, MG, com a finalidade, contribuir para uma assistência integral. Trata-se de um estudo descritivo, exploratório, de caráter qualitativo, realizado por meio documental (livro de registro). Os dados foram coletados no livro de registro das reuniões do GAI, composto por 10 mulheres em processo de reconstrução mamária, no período de junho de 2013 a junho de 2014. Para a inclusão dos dados, foram abarcados os seguintes critérios: maioria, reconstrução de mama imediata ou tardia, participação efetiva no GAI. Após assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, procedeu-se à organização dos dados coletados. Em seguida agrupou-se os achados em categorias temáticas, apresentando resultados e organizando uma breve discussão dos mesmos. Observou-se que a reconstrução da mama é importante para devolver a autoestima da mulher e a sensação de estarem completas novamente. Em grande parte, a ansiedade e sentimentos de medo são ocasionados pelo desconhecido e ocorrem por falta de apoio e informações por parte da equipe de saúde. Verificou-se necessidade de uma

educação permanente aos profissionais que atuam na área de saúde da mulher, para que seja ofertado um atendimento humanizado e direcionado às necessidades de cada indivíduo, considerando seu contexto sociocultural.

PALAVRAS-CHAVE: Mastectomia; Reconstrução da Mama; Saúde da Mulher.

WOMEN'S EXPECTATIONS AND FEELINGS REGARDING BREAST RECONSTRUCTION

ABSTRACT: The study aimed to analyze the feelings and expectations of women in the Integrated Monitoring Group (GAI), of the Open Chest Project, who underwent breast reconstruction in a public hospital in Juiz de Fora, MG, in order to contribute to comprehensive assistance. It is a descriptive, exploratory, qualitative study, carried out by means of documents (record book). The data were collected in the GAI meetings record book, composed of 10 women undergoing breast reconstruction, from June 2013 to June 2014. For the inclusion of the data, the following criteria were covered: adulthood, reconstruction of immediate or late breast, effective participation in GAI. After signing the Free and Informed Consent Form, the collected data was organized. Then the findings were grouped into thematic categories, presenting results and organizing a brief discussion of them. It was observed that breast reconstruction is important to restore the woman's self-esteem and the feeling of being complete again. To a large extent, anxiety and feelings of fear are caused by the unknown and occur due to lack of support and information on the part of the health team. There was a need for permanent education for professionals working in the area of women's health, so that humanized care is offered and directed to the needs of each individual, considering their socio-cultural context.

KEYWORDS: Mastectomy; Breast Reconstruction; Women's Health.

1 | INTRODUÇÃO

Sabe-se que o câncer de mama é uma doença multifatorial causada por fatores internos e externos ao organismo, o primeiro causado por questões genéticas e o segundo por questões socioculturais e maus hábitos de vida. Cerca de 80% a 90% dos casos de câncer estão ligados a fatores ambientais e de comportamento. Estima-se para o triênio 2020-2022 a ocorrência de 66.000 novos casos de câncer de mama por ano no Brasil, sendo o tipo mais frequente na região sudeste no qual corresponde a taxa de incidência de 57,41 casos novos para cada 100 mil mulheres (BRASIL, 2019). Assim, para que as chances de ocorrência do câncer tornem-se mínimas, é preciso mudar hábitos inadequados de vida e detectar precocemente a doença, visando a uma possibilidade maior de cura.

Há muitos fatores de risco ligados a essa doença, como idade, exposição prologada a hormônios femininos, bebida alcoólica, hereditariedade, duração da atividade ovariana, entre outros (PEREIRA, 2019). No entanto, quando a mulher

recebe o diagnóstico de câncer de mama, começa em sua vida um longo e difícil caminho até chegar à cura da doença (CARVALHO *et al.*, 2018).

Nesta trajetória, ela terá que passar pelo processo de aceitação da doença, por mudanças importantes em seu cotidiano, adiamento de planos, tratamentos longos e difíceis e, ainda, o constante medo da morte. Nesta fase difícil de sua vida, é fundamental o apoio da família e da equipe de saúde para um melhor enfrentamento da doença. Desta forma, o tratamento deve ser abordado por uma equipe multidisciplinar, sendo realizado de forma integral e em conjunto para fornecer melhores subsídios de recuperação ao paciente (CARVALHO *et al.*, 2018; SILVA, 2018).

As modalidades de tratamento variam de acordo com o estadiamento do tumor, podendo ser feito por meio de diversas terapêuticas: a radioterapia, onde a mulher é submetida à radiação na região da mama; a quimioterapia, que traz as desvantagens de uma terapia sistêmica, causando diversos efeitos colaterais como náuseas, vômitos, fadiga e alopecia; a hormonioterapia; e a cirurgia, englobando a setorectomia, a quadrantectomia e a mastectomia, podendo a cirurgia ser acompanhada da retirada dos gânglios axilares ou linfonodo sentinela (BRASIL, 2020). Assim, frente ao diagnóstico de câncer de mama e da possibilidade de retirada da mesma, segundo Oliveira *et al.* (2019), a mulher apresenta sentimento de tristeza, medo e negação, associados à importância da mama como símbolo da feminilidade.

O presente trabalho tem como objetivo identificar as características de mulheres atendidas no Grupo de Acolhimento Integrado (GAI), inserida no Projeto de Extensão De Peito Aberto – HU/UFJF, que vivenciaram, na perspectiva da mutilação da mama, o procedimento da reconstrução mamária.

2 | MATERIAL E MÉTODOS

O presente trabalho trata-se de um estudo descritivo, exploratório, realizado por meio documental (livro de registro), de natureza qualitativa, já que o sujeito do estudo insere-se no campo da subjetividade e almeja-se compreender o significado e a intenção dos discursos das mulheres.

O estudo foi desenvolvido no Hospital Universitário (HU) da Universidade Federal de Juiz de Fora (UFJF), que atende as usuárias da rede do Sistema Único de Saúde (SUS), numa área de abrangência que engloba mais de 90 municípios da Zona da Mata Mineira e do estado do Rio de Janeiro. Este hospital desenvolve a mais de quatro décadas um trabalho de excelência na área de saúde nos níveis, secundário e terciário, em parceria com as atividades de ensino, pesquisa e extensão. Com um ensino de qualidade e atendimento humanizado à população,

o HU prepara os profissionais das mais diversas áreas (biologia, educação física, enfermagem, farmácia e bioquímica, fisioterapia, medicina, odontologia, psicologia e serviço social), seja através de assistência hospitalar (ambulatorial e cirúrgica), seja através de programas de extensão e de pesquisas científicas.

Neste seguimento, o Projeto De Peito Aberto é um dos programas de pesquisa e de extensão que contempla ações multidisciplinares que envolvem algumas das áreas correlatas, sobretudo para a prevenção e acompanhamento integrado no câncer de mama, destacando o trabalho em equipe no atendimento à saúde da mulher. Dentre as ações realizadas no Projeto estão: o acolhimento Integrado, a sala de espera, o atendimento individual, o acompanhamento pré e pós-operatório, o Grupo de Acompanhamento Integrado (GAI) e as reuniões de equipe multidisciplinar.

Convém registrar que o objetivo do GAI é oferecer apoio psicossocial e educação em saúde às mulheres acometidas pelo câncer de mama e com possibilidades de reconstrução mamária. O atendimento acontece com encontros quinzenais, às segundas feiras, no horário de 14:00 às 16:00 horas, nas dependências do HU/UFJF. O grupo é aberto e homogêneo, sendo moderado por um profissional, geralmente da área de psicologia, e acadêmicos integrantes do Projeto. Nesta atividade, há espaço para troca de experiências, discussões, esclarecimentos e momentos para abordagens de dinâmicas lúdicas. Ao final de cada reunião, são registrados em um livro próprio as falas das mulheres e os acontecimentos em geral.

Os sujeitos da pesquisa foram mulheres inseridas no GAI, que estavam passando ou que iriam passar pelo processo de reconstrução da mama. Optou-se pelos seguintes critérios de inclusão: mulheres maiores de 18 anos, reconstrução de mama imediata ou tardia, participação efetiva do GAI, e aceitar espontaneamente colaborar na pesquisa mediante assinatura do termo de consentimento livre esclarecido.

Foram avaliados todos os registros do livro de ocorrências das mulheres atendidas do GAI, umas das frentes do Projeto De Peito Aberto, do período de junho de 2013 a junho de 2014. Foram coletados os registros de dez mulheres atendidas no GAI, considerando as informações anotadas e assegurando o anonimato e a confidencialidade geral do documento e de cada participante. Quanto ao número dos sujeitos, foi delimitado segundo o número de participantes dos grupos, que girava em torno de 10 mulheres, sendo a amostra considerada de conveniência. Conforme Minayo (2015), a pesquisa qualitativa observa a profundidade do material, visando a compreensão do objeto de estudo e, portanto, não necessita de amostras numericamente representativas.

A pesquisa em questão, por ser realizada com seres humanos, segue a Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde, que aprova as diretrizes e

normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos. A coleta de dados foi iniciada após a aprovação do projeto de pesquisa pelo Comitê de Ética do referido hospital, parecer número 356/2008.

Após a coleta dos dados, procedeu-se a construção da análise temática baseada na proposta de Minayo (2015), que prevê sua realização em três etapas: pré-análise, exploração do material, tratamentos dos dados obtidos e interpretação. Ao aprofundar a análise do material coletado ampliou-se a percepção, o que levou à identificação de elementos que emergiram e integraram o corpo da análise. Em seguida, agrupou-se estes achados em categorias temáticas apresentando os resultados e organizando uma breve discussão dos mesmos, com recortes das falas ilustrativas de cada categoria abordada, dialogada com o material disponível na literatura.

3 | RESULTADOS E DISCUSSÃO

3.1 Caracterização dos achados

Para compreensão, a seguir, será apresentada uma breve discussão, com enfoque nas expectativas das mulheres em relação aos processos de reconstrução da mama.

A maioria das mulheres mastectomizadas indicou que as expectativas com relação à reconstrução mamária decorrente do tratamento cirúrgico do câncer de mama são: “o medo da recidiva”; “a perda da mama: autoimagem corporal”; “descontentamento: falta de apoio e informação por parte da equipe de saúde; e “ansiedade”.

3.2 Medo da recidiva

O medo é uma sensação ligada a um estado em que o organismo se coloca em alerta, diante de algo que se acredita ser uma ameaça (FERRARI, 2020). Segundo Carvalho *et al.* (2018) e Silva *et al.* (2010), apesar dos avanços da medicina e inovações tecnológicas no tratamento que aumentam a sobrevida, ainda assim o câncer traz uma sensação de vulnerabilidade frente à possibilidade da morte.

Entre os diversos aspectos ligados ao estresse crônico nas mulheres em recuperação dos tratamentos para o câncer mamário, o medo da recidiva é um deles (SILVA *et al.* 2010). Fato é que o diagnóstico de câncer já estabelece a dúvida com relação à possibilidade de uma recidiva ou metástases, ou seja, mulheres com câncer de mama podem vir a apresentar uma angústia muito grande, já que a perda da mama e o diagnóstico da doença são algo que fazem a pessoa experimentar sentimentos como medo, receio, preocupação, angústia, dor e luto.

Além disto, o diagnóstico do câncer de mama desencadeia uma série de

conflitos emocionais, em que a morte e a perda da mama, neste momento, passam a representar uma ameaça constante para a vida da mulher acometida (JURADO *et al.*, 2019; ALMEIDA; FILGUEIRAS, 2018). Assim, podemos perceber diante dos dados coletados, que nos relatos de seis mulheres esteve presente o desconforto vivenciado pela possibilidade da recidiva da doença:

M1... comenta do receio que tem da recidiva do câncer, está constantemente preocupada com os exames de controle (...).

M3... ao falar sobre a descoberta e tratamento do câncer, chora ao falar sobre o medo da recidiva (...).

M7... pergunta se há uma interrogação para sempre sobre uma possível volta do câncer (...).

M5... apesar de negar a possibilidade da recidiva da doença, encontra-se constantemente preocupada com seus exames de controle (...).

M8... Se diz angustiada devido ao fato do médico, que fez sua mamografia mais recente para controle, pedir para fazer outra, o que causou grande apreensão de uma possível recidiva da doença (...).

M10... diz sentir-se angustiada (...). Em seguida diz sobre o medo em relação à recidiva (...).

Os recortes das falas esboçam que a preocupação da maioria das mulheres acolhidas pelo GAI é com a sobrevivência. A mulher acometida pelo câncer convive com sentimentos contraditórios e intensos nos quais, a incerteza, a apreensão e a angústia passam a fazer parte do seu cotidiano.

O viver com uma doença estigmatizante, como o câncer de mama, conviver com sentimentos negativos ou enfrentar preconceitos dá margem a um processo de significação gerado pela percepção que as mulheres têm sobre a doença oncológica, possibilitando-lhes elaborar novos conceitos sobre ter uma enfermidade incurável. Esse processo é resultado, ainda, da interpretação da experiência de viver com o câncer e seu tratamento, o que gera sentimentos e atitudes que refletem o grau de incerteza a partir da revelação do diagnóstico e das suas concepções a respeito da doença (SILVA, 2018). Na vida social, o receio da rejeição, a queda do cabelo e a desfiguração da mama, dentre outros fatores, levam a mulher a um isolamento, prejudicando as relações com a família, amigos e o companheiro (OLIVEIRA *et al.*, 2019; ALMEIDA; FILGUEIRAS, 2018).

Desse modo, enquanto parte da equipe de saúde, deve-se encorajar a participação destas mulheres em grupos de apoio, com um espaço de escuta e fala,

no qual as participantes discutam abertamente questões relacionadas ao câncer de mama; oportuno ao compartilhamento de sentimentos, ao desenvolvimento de habilidades para enfrentamento de situações difíceis e propício à discussão de questões existenciais.

3.3 A retirada da mama: autoimagem corporal

A retirada da mama pode ser percebida como uma mutilação e pode provocar mudanças no estilo de vida e influenciar de forma negativa no comportamento das mulheres despertando sentimentos de desvalorização pessoal, deformação do autoconceito e autoestima, resultando em sentimentos de incapacidade e menos-valia para si (OLIVEIRA *et al.*, 2019). Para algumas mulheres, a mastectomia destrói a imagem corporal de maneira abrupta. Diante disso, muitas vezes, a preocupação maior é com a mutilação, do que com a própria doença, já que a mama é um órgão que representa a maternidade, a estética e a sexualidade femininas, e a sociedade ainda parece impor que a morte é fato consumado para portadores de câncer. Para outras, a incorporação da modificação corporal se dá de forma contínua e gradativa e a imagem corporal e a autoestima são construídas pelas experiências acumuladas ao longo da vida, o que demonstra a necessidade de um tempo para assimilar sua nova imagem corporal (TIMM *et al.*, 2017).

Neste contexto, no livro de registro do GAI foram encontradas algumas anotações que confirmam os sentimentos e reações das mulheres diante da retirada da mama, como pode-se verificar a seguir:

M2- *Relata não se olhar no espelho*

M1- *Se acha feia quando se olha no espelho, e se olha sentindo-se mal.*

M8- *diz que também não se olha no espelho*

M9- *‘A mama faz muita falta, quando passo a mão sinto um arrepio’(...).*

Após a mastectomia, a primeira grande dificuldade a ser enfrentada pela mulher é a sua própria aceitação, como de olhar-se no espelho e aceitar que seu corpo está diferente, sem uma parte, que culturalmente representa a feminilidade. Para Timm *et al.* (2017), a identificação da mutilação se dá pela percepção da lateralidade, da assimetria corporal e pela visibilidade da cirurgia, sendo, muitas vezes, um momento agressivo à autoimagem da mulher

Além disto, a percepção de perda da integridade corporal decorrente da mutilação da mama parece revestir a mulher de uma preocupação com a imagem corporal, com a reelaboração da vivência corporal na tentativa de resgatar sua

imagem corporal:

M7- *diz que ainda não tomou a injeção para inflar o mamilo, por isso sente-se incompleta.*

Ademais, percebe-se que a reconstrução da mama para estas mulheres pode trazer expectativas de melhora na autoestima, concede à equipe multiprofissional de saúde ferramentas necessárias para ajudar as mulheres a suportarem um dos momentos mais difíceis de suas vidas.

Outrossim, a mulher pode enfrentar inúmeras dificuldades após a mastectomia, como o comprometimento da sua autoimagem, os efeitos colaterais da quimioterapia e das demais terapêuticas. Portanto, a atuação da equipe de saúde é de extrema importância para que essas vivências negativas sejam amenizadas e enfrentadas da maneira menos traumática possível.

3.4 Descontentamento: falta de apoio e informação por parte da equipe de saúde

A importância da informação e do conhecimento sobre a doença também está presente no processo decisório que envolve o tipo de procedimento cirúrgico a ser adotado (OLIVEIRA *et al.*, 2019). Nos relatos contidos no livro de registro, algumas falas referem-se às dúvidas, à falta de apoio e de informação e, também, ao descontentamento de parte das mulheres com relação às opções cirúrgicas e as repercussões dessas em seu corpo.

Observamos nos relatos de M7, M5 e M4 uma preocupação e insegurança, geralmente, reflexos da falta de informação por parte da equipe de saúde em relação aos procedimentos a serem realizados, dentre os quais destacam-se: preocupação em relação à anestesia geral; demora em iniciar o procedimento cirúrgico; e insegurança em não fazer a reconstrução imediata.

Assim, a necessidade de maior apoio por parte da equipe de saúde surge nos recortes das falas das mulheres atendidas pelo GAI, pois a falta de apoio e atenção gerava nas mulheres expressões de dúvidas, sentimentos de insatisfação, insegurança, desolação, preocupação e tristeza:

M4- *fala que o motivo de não ter feito a reconstrução imediata foi à falta de informação, apoio e um acordo entre a equipe médica.*

M7- *relata que ficou muito nervosa no dia de sua cirurgia devido à demora em iniciar o procedimento, mas quando o médico chegou sentiu-se segura com a presença sua presença.*

M5- *se diz insegura em realizar os procedimentos necessários para dar continuidade ao processo de reconstrução da mama porque ouviu que a colega do grupo fez a cirurgia e teve complicações*

M7- *demonstra uma preocupação muito grande referente à necessidade de tomar anestesia geral.*

A pessoa com possibilidade de uma intervenção cirúrgica é acometida pelo medo da morte, da anestesia, de modificações da imagem corporal, de alterações no estilo de vida, de responsabilidades familiares e de compromissos profissionais, todos comprometidos pela internação. Assim, o contato da equipe de saúde com o paciente em pré-operatório é um momento essencial, visto que a explicação sobre os procedimentos a que será submetido e o apoio da equipe diminui o medo e a insegurança (ROCHA *et al.*, 2020).

Em relação ao fragmento de M10, transcrito logo abaixo, a questão da estética não é tão importante. Ela sentiu-se invadida por uma coisa que antes não fazia parte de seu corpo. Percebe-se que, neste caso, a reconstrução com a prótese de silicone não trouxe satisfação e sensação de estar completa novamente, mas sim de estranheza, como também pontua Carvalho *et al.* (2018).

M10- *disse que depois da mastectomia viveu normalmente consigo mesma (...) passeava, usava qualquer roupa, até biquíni, e tinha relação sexual com seu marido. O problema foi quando colocou a prótese de silicone, pois se sentiu mal pelo fato de considerar essa prótese como não pertencente ao seu corpo. “Não é questão de estética, é como se a prótese causasse uma estranheza em mim, uma invasão ao corpo”. Desde o momento da colocação da prótese ela se fechou e passou a tomar antidepressivos.*

Diante disso, pode-se refletir se foram discutidas com a mulher questões referentes aos procedimentos da cirurgia reconstrutiva, se foi-lhe dada a oportunidade de falar sobre o assunto e se houve uma percepção, por parte da equipe de saúde, da necessidade de um acompanhamento psicológico mais direcionado às suas necessidades para tempo de absorver as informações e decidir sobre a reconstrução.

Outro aspecto a ser considerado é a falta de informação por parte dos profissionais na realização da reconstrução mamária, pois, ao falar da cirurgia ou da assistência a ser recebida, não foi comentado algum esclarecimento dos profissionais sobre a realização deste procedimento. Segundo a percepção de M10, pontuada abaixo, não foi-lhe dada oportunidade de opinar acerca da colocação da prótese. Contudo, vale destacar que, para cada mulher, a cirurgia pode ser vivenciada de forma diferente, pois ainda que esteticamente o órgão seja reconstruído, a mama não é a mesma, não tem a mesma sensibilidade e, por vezes, pode não ser aceito pela mulher (VOLKMER *et al.*, 2019; CARVALHO *et al.*, 2018).

M10- *relata que os médicos conversaram entre si (...) e que não perguntaram sua opinião sobre o caso de colocar ou não a prótese de silicone. Mostraram a prótese a ela e ela disse que pensou: “vão por*

Segundo Volkmer *et al.* (2019) e Chen *et al.* (2008), é imprescindível que haja um diálogo entre médico e paciente sobre as possibilidades de reconstrução mamária e se a mulher deseja ou está preparada para receber uma prótese, já que é um corpo estranho que, ao invés de gerar satisfação com o corpo, pode causar frustrações ainda maiores, como descrito no relato.

Neste sentido, ressalta-se a importância de ouvir a paciente e, ainda, ofertar-lhe um acompanhamento com profissionais que possam esclarecer com cuidado e escuta ativa, sobre o que pode representar a reconstrução mamária, sendo necessário um tempo para absorção das informações e para elaboração da decisão final. O estudo de Volkmer *et al.* (2019), destaca que as mulheres relatam dificuldade no relacionamento com alguns profissionais, podendo ser uma barreira que dificulta a comunicação durante o processo decisório.

No que diz respeito aos relatos de M3 citados abaixo, observa-se que há um descontentamento em relação à postura da equipe médica diante dos vários cancelamentos de sua cirurgia reconstrutiva, gerando até mesmo desmotivação e pensamentos de desistência em fazer a reconstrução, apesar da insatisfação com o corpo. Isto é, no seu dizer, a mulher mastectomizada já sofre com a falta da mama e a reconstrução desta surge como um caminho para que possa recuperar sua autoestima. Todavia, a ocorrência de problemas relacionados a sua cirurgia, como cancelamentos do procedimento por parte da equipe, traz à tona sentimentos de medo, tristeza, raiva, revolta além da perda da confiança com a equipe de saúde.

M3- *fala de como se sentiu diante das três vezes que sua cirurgia plástica foi desmarcada. Fala da raiva que sentiu do médico e do descontrole emocional que lhe ocorreu logo após receber o terceiro telefonema desmarcando o procedimento. “Rasguei toda a roupa do corpo e me machuquei”. Fala do quanto se sentiu desmotivada para realizar a reconstrução apesar da insatisfação com o corpo.*

M3-... *“ por causa desses cancelamentos eu já desistir de fazer a cirurgia (...) todos os dias eu choro por causa dos cancelamentos da cirurgia”.*

No que diz respeito às estratégias de cuidado adotadas pela enfermagem às mulheres mastectomizadas, a assistência é fundamental para que elas reconheçam a situação a qual vivenciam. Torna-se possível na sua perspectiva, com o apoio da equipe multiprofissional, que deve oferecer informações e esclarecimentos em relação ao problema, intervenção cirúrgica, continuidade do tratamento, possibilidades de correções estéticas, que ajudam a diminuir os sentimentos de dúvida, medo, preocupação, gerado pela falta de apoio a estas mulheres.

3.5 Ansiedade

Conforme já exposto, a mastectomia por câncer de mama constitui como uma modalidade cirúrgica que gera forte impacto emocional na mulher, devido ao estigma de morte que cerca o diagnóstico e a alteração da imagem corporal vivenciada ao longo do processo (VOLKMER *et al.*, 2019). Em função do adoecimento e das possibilidades de tratamentos, há comprometimento nas esferas física, emocional, sexual, social e de relacionamento interpessoal, podendo a mulher apresentar ansiedade e depressão diante de sua nova realidade, prejudicando o enfrentamento e adesão às terapêuticas (JURADO *et al.*, 2019; SANTOS *et al.*, 2019).

Neste sentido, a ansiedade também foi demonstrada por estas mulheres, sendo que a maioria relatava ansiedade em relação à cirurgia de reconstrução da mama, como pode-se observar no recorte abaixo:

M3- *comenta sobre a cirurgia que fará (...). Diz estar ansiosa, só pensar neste assunto e que tem medo de não dar certo e de desmarcarem a cirurgia novamente.*

M9- *Diz sentir-se angustiada, ansiosa, com sensação de boca seca...*

Esse sentimento é muito comum, visto que a mulher deposita nesta cirurgia a possibilidade de resgatar sua autoestima, mas ao mesmo tempo, o medo do desconhecido, da anestesia, da morte eram reações imediatas e presentes. A literatura confirma isso ao dizer que quando uma pessoa vivencia uma situação de crise, além de romper com o equilíbrio físico, carece de uma estruturação psicológica para suportar este momento difícil, e quando há a necessidade de hospitalização e de uma intervenção cirúrgica essa fragilidade se potencializa, levando a sentimentos de impotência, de angústia e de ansiedade (SANTOS *et al.*, 2019; ALMEIDA; FILGUEIRAS, 2018).

Assim, cada fase do adoecimento e do tratamento traz implicações psicológicas diferenciadas para a mulher, o que se faz necessário à inclusão dos aspectos psicossociais as etapas do itinerário terapêutico. Além disto, a reconstrução mamária para a mulher, após a mastectomia por câncer, ocasiona importante impacto psicológico na vida da mulher e sofrimento emocional (ansiedade, medo, tristeza), que variam a cada etapa do tratamento, havendo necessidade de uma assistência diferenciada por parte da equipe de saúde e de ajustamento à nova realidade para reelaboração das perdas vivenciadas durante todo este processo.

4 | CONSIDERAÇÕES FINAIS

Como resultado deste estudo, observa-se ainda, a necessidade de uma

educação continuada aos profissionais que atuam na área da saúde, para que estes possam dar um atendimento humanizado e direcionado considerando o contexto sociocultural de cada pessoa. Olhar para a mulher como um todo exercendo empatia pela mesma, compreensão por parte dos profissionais dos sentimentos das mulheres que se submeterão à cirurgia reconstrutiva, sendo capazes de oferecer informações adequadas e dar o suporte necessário para que estas se empoderem das decisões em relação ao tratamento, minimizando a possibilidade de frustração de suas expectativas.

Enfim, os dados obtidos deste estudo poderão contribuir, também, para implementação de ações referente ao atendimento às mulheres mastectomizadas, incentivando os profissionais de saúde a buscarem aperfeiçoamento no atendimento as mesmas, a fim de fortalecer as ações em saúde da mulher.

REFERÊNCIAS

- ALMEIDA, T. R.; FILGUEIRAS, M. S. T. O que Narciso acha feio: corpo ideal e a imagem corporal no câncer de mama. In: FILGUEIRAS, M. S. T.; FARIA, H. M. C.; ALMEIDA, T. R. de. (Orgs). **Câncer de mama: interlocuções e práticas interdisciplinares**. Curitiba: Appris; 2018. p. 137-155. ISBN 978-85-473-1072-1.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva (INCA). **Estimativa 2020: incidência de câncer no Brasil** / Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. Rio de Janeiro: INCA, 2019.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva (INCA). Controle do câncer de mama. Ações de controle do câncer de mama. **Tratamento para o câncer de mama**. Rio de Janeiro: INCA, fev. 2020. Disponível em: <https://www.inca.gov.br/controlado-cancer-de-mama/acoes-de-controle/tratamento>. Acesso em: 10 set. 2020.
- CARVALHO, S. M. *et al.* Corpo, funcionalidade, espiritualidade e câncer de mama. In: FILGUEIRAS, M. S. T.; FARIA, H. M. C.; ALMEIDA, T. R. de. (Orgs). **Câncer de mama: interlocuções e práticas interdisciplinares**. Curitiba: Appris; 2018. p. 137-155. ISBN 978-85-473-1072-1.
- CHEN, J. Y. *et al.* Variation in Physician-patient Discussion of Breast Reconstruction. **Journal Of General Internal Medicine**, [S.L.], v. 24, n. 1, p. 99-104, 21 nov. 2008. Springer Science and Business Media LLC. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2607520/>. Acesso em 14 jun. 2020.
- FERRARI, J. S. “**Medo**”; *Brasil Escola*. [2020]. Disponível em: <https://brasilecola.uol.com.br/psicologia/medo.htm>. Acesso em 14 de setembro de 2020.
- JURADO, S. R. *et al.* Sintomas depressivos em mulheres com câncer de mama submetidas à quimioterapia e radioterapia: uma revisão integrativa. *Revista Nursing*, [São Paulo], v. 22, n. 253, p. 2967-2972, jun. 2019.
- MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento**. 14ª. Ed. São Paulo: Hucitec, 2015.

OLIVEIRA, T. R. *et al.* CÂNCER DE MAMA E IMAGEM CORPORAL: impacto dos tratamentos no olhar de mulheres mastectomizadas. **Saúde e Pesquisa**, [Marília], v. 12, n. 3, p. 345-451, 21 out. 2019. Disponível em: <https://periodicos.unicesumar.edu.br/index.php/saudpesq/article/view/7404>. Acesso em: 2 set. 2020.

PEREIRA, H. F. B. do E. S. A.; VIAPIANA, P. de S.; SILVA, K. L. T. Aspectos clínicos e patológicos do câncer de mama em mulheres jovens atendidas na FCEcon entre 2003 e 2013. **Revista Brasileira de Cancerologia**. Rio de Janeiro, v. 63, n. 2, p. 103-109, 30 jan. 2019. Disponível em: <https://rbc.inca.gov.br/revista/index.php/revista/article/view/145>. Acesso em: 2 set. 2020.

ROCHA, R. G.; et al. O impacto do cuidado de enfermeiros na redução da ansiedade em pacientes cirúrgicos. **Saúde Coletiva (Barueri)**, [S. l.], v. 9, n. 49, p. 1605 - 1609, 2020. Disponível em: <http://revistas.mpmcomunicacao.com.br/index.php/saudecoletiva/article/view/132>. Acesso em: 2 set. 2020.

SANTOS, M. S. *et al.* Implicações da mastectomia na autoestima da mulher. **Revista Eletrônica Acervo Saúde**, [S. l.], n. 29, 2019: e1124. Supl. DOI: 10.25248/reas.e1124.2019. Disponível em: <https://acervomais.com.br/index.php/saude/article/view/1124/628>. Acesso em: 15 nov. 2019.

SILVA, R. D. da. Análise de um caso de câncer de mama com recidiva. **Revista Família, Ciclos de Vida e Saúde no Contexto Social**, [S. l.], v. 6, p. 345-401, maio 2018. Disponível em: <http://seer.ufm.edu.br/revistaeletronica/index.php/refacs/article/view/1880>. Acesso em: 15 jun. 2020.

SILVA, S. É. D. da *et al.* Representações sociais de mulheres mastectomizadas e suas implicações para o autocuidado. **Revista Brasileira de Enfermagem**, [S. l.], v. 63, n. 5, p. 727-734, out. 2010. Disponível em: <https://periodicos.unb.br/index.php/rgs/article/view/10394>. Acesso em 2 set. 2020.

TIMM, M. S. *et al.* A imagem corporal na ótica de mulheres após a mastectomia / Body image in optics of women after mastectomy Ciência, Cuidado e Saúde, v. 16, n. 1, jul. 2017. Disponível em: <http://periodicos.uem.br/ojs/index.php/CiencCuidSaude/article/view/30151>. Acesso em 15 jun. 2020.

VOLKMER, C. *et al.* Reconstrução mamária sob a ótica de mulheres submetidas à mastectomia: uma metaetnografia. **Texto Contexto Enfermagem**, [online], [S. l.], v. 28, p. 1-17, 2019: e1590016. DOI: 10.1590/1980-265X-TCE-2016-0442. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/1980-265X-TCE-2016-0442>. Acesso em: 19 set. 2020.

HOMENS JOVENS E SUAS VULNERABILIDADES DE SAÚDE

Data de aceite: 01/12/2020

Data de submissão: 26/08/2020

Elizabeth Rose Costa Martins

Universidade do Estado do Rio de Janeiro
Rio de Janeiro - RJ
<http://orcid.org/0000-0001-5947-5535>

Andressa da Silva Medeiros

Universidade do Estado do Rio de Janeiro
Rio de Janeiro - RJ
<http://orcid.org/0000-0001-8677-2543>

Karoline Lacerda de Oliveira

Universidade do Estado do Rio de Janeiro
Rio de Janeiro - RJ
<http://orcid.org/0000-0001-8755-5858>

Leticia Guimarães Fassarella

Universidade do Estado do Rio de Janeiro
Rio de Janeiro - RJ
<http://orcid.org/0000-0002-3903-7383>

Paula Costa de Moraes

Universidade do Estado do Rio de Janeiro
Rio de Janeiro - RJ
<http://orcid.org/0000-0001-5482-9293>

Thelma Spindola

Universidade do Estado do Rio de Janeiro
Rio de Janeiro - RJ
<http://orcid.org/0000-0002-1785-5828>

RESUMO: Objetivos: descrever as condutas de saúde do homem jovem e discutir a vulnerabilidade dos homens jovens universitários

frente às suas necessidades de saúde.

Método: Estudo descritivo e exploratório, com abordagem qualitativa, desenvolvido com 30 jovens universitários entre 18-29 anos, numa universidade pública do Rio de Janeiro, tendo como instrumento de coleta de dados a entrevista semiestruturada. Para análise dos dados, utilizou-se a técnica de análise de conteúdo. **Resultados:** Traz a percepção de invulnerabilidade masculina, com o desconhecimento sobre suas particularidades e a ausência no serviço de saúde. As práticas adotadas pelos homens jovens para prevenção de IST, aponta o uso do preservativo como sendo casual e a responsabilidade da prevenção da gravidez, como o papel feminino. **Conclusão:** Os homens jovens, ainda percebem o cuidar como feminino, desconhecem suas particularidades, sustentam a percepção de invulnerabilidade e não procuram os serviços de saúde. Existem desafios a serem vencidos como: a visão do homem sobre o cuidar da sua saúde como forma preventiva, a busca pelos serviços de saúde, a preparação dos serviços de saúde para atender às necessidades da população jovem masculina e o desenvolvimento de estratégias que contemplem essa população.

PALAVRAS-CHAVE: Saúde do homem; Vulnerabilidade; Educação em saúde; Prevenção; Enfermagem.

YOUNG MEN AND THEIR HEALTH VULNERABILITIES

ABSTRACT: Objectives: to describe the health behaviors of young men and discuss

the vulnerability of young university men in relation to their health needs. Method: Descriptive and exploratory study, with a qualitative approach, developed with 30 young university students aged 18-29 years, in a public university in Rio de Janeiro, using semi-structured interviews as a data collection instrument. For data analysis, the content analysis technique was used. Results: It brings the perception of male invulnerability, with the lack of knowledge about its particularities and the absence in the health service. The practices adopted by young men for STI prevention, points to the use of condoms as being casual and the responsibility for preventing pregnancy, as the female role. Conclusion: Young men still perceive care as feminine, are unaware of their particularities, support the perception of invulnerability and do not seek health services. There are challenges to be overcome, such as: the man's view on taking care of his health as a preventive form, the search for health services, the preparation of health services to meet the needs of the young male population and the development of strategies that contemplate this population.

KEYWORDS: Men's health; Vulnerability; Health education; Prevention; Nursing.

LOS JÓVENES Y SUS VULNERABILIDADES EN SALUD

RESUMEN: Objetivos: describir los comportamientos de salud de los hombres jóvenes y discutir la vulnerabilidad de los jóvenes universitarios en relación a sus necesidades de salud. Método: Estudio descriptivo y exploratorio, con enfoque cualitativo, desarrollado con 30 jóvenes universitarios de 18 a 29 años, en una universidad pública de Rio de Janeiro, utilizando entrevistas semiestructuradas como instrumento de recolección de datos. Para el análisis de datos se utilizó la técnica de análisis de contenido. Resultados: Aporta la percepción de invulnerabilidad masculina, con el desconocimiento de sus particularidades y la ausencia en el servicio de salud. Las prácticas adoptadas por los hombres jóvenes para la prevención de las ITS apuntan al uso del condón como casual y la responsabilidad de prevenir el embarazo como el rol femenino. Conclusión: Los hombres jóvenes aún perciben el cuidado como femenino, desconocen sus particularidades, apoyan la percepción de invulnerabilidad y no buscan servicios de salud. Hay desafíos a superar, tales como: la visión del hombre sobre el cuidado de su salud como forma preventiva, la búsqueda de servicios de salud, la preparación de servicios de salud para atender las necesidades de la población masculina joven y el desarrollo de estrategias que contemplen esta población.

PALABRAS CLAVE: Salud del hombre; Vulnerabilidad; Educación de la salud; Prevención; Enfermería.

1 | INTRODUÇÃO

A saúde do homem ganhou relevância nas últimas décadas, devido às elevadas taxas de mortalidade e morbidade que afetam essa população, assim como a sua baixa procura pelos serviços de saúde.

Sendo que, a taxa geral de morbimortalidade entre os homens é maior que

entre as mulheres, fato que se relaciona com o ato do autocuidado. A cada três mortes de pessoas entre 20 e 53 anos, duas são de homens e a cada cinco mortes de pessoas entre 20 e 30 anos, cinco são homens, sendo as principais causas as doenças do aparelho circulatório, causas externas (violências) e neoplasias (BRASIL, 2008).

No Brasil, a saúde do homem tornou-se uma das prioridades do Ministério da Saúde a partir de 2008, concretizando-se com a criação da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem (PNAISH), lançada em 2009, cujo objetivo geral era a promoção de melhorias nas condições de saúde da população masculina no Brasil. Tal política propõe o enfrentamento racional dos riscos mediante à facilitação ao acesso, às ações e assistência integral à saúde, contribuindo, de modo efetivo, para a redução da morbidade e mortalidade dessa população (BRASIL, 2009).

Além desses aspectos, a busca pelo cuidado poderá ser interpretada como, sinal de fragilidade, não é ser homem, conforme alguns relatos durante as consultas de enfermagem. Se estão acompanhados da esposa ou mãe, eles permitem que elas relatem os sinais e sintomas que estão apresentando. Vale lembrar que o homem não tem como rotina olhar e tocar em seu corpo, enfim, buscar evitar as doenças (FERREIRA et al., 2016).

É visível a dificuldade de se expressar da população masculina, portanto o cuidado a essa população deve compreender questões com enfoque no gênero, considerando as representações sociais de masculinidade em nossa sociedade. Nesse escopo, compreende-se, ainda, que cada indivíduo tem uma perspectiva individual sobre essas questões, baseada em sua própria realidade e na realidade em que atua.

O homem, reluta em procurar atendimento de saúde preventivamente devido a questões culturais, a valores sociais e até à desinformação. O homem ainda considera a doença como sinal de fragilidade, vulnerabilidade e não como condição biológica. Essas questões contribuem para que ele se cuide cada vez menos, sendo, assim, exposto a situações de risco inconsciente de suas necessidades (LEMOS et al., 2017).

O comportamento vulnerável do homem está ligado ao se perceber imune e invulnerável acerca da maioria das situações. Isso inicia-se na infância, na qual é ensinado a não demonstrar fraquezas e a ter um comportamento contrário ao feminino, levando, muitas vezes, a tomadas de decisões impulsivas e impensadas, que podem levar à exposição a doenças (MARTINS et al., 2020).

São consideradas pessoas jovens, aquelas entre 15 e 29 anos de idade, totalizando 51 milhões de brasileiros (BRASIL, 2013). Diante desses dados, torna-se imprescindível pensar nesta população, de forma a atender às suas necessidades, com enfoque na singularidade de cada pessoa (JARDIM; SANTOS, 2012).

É na juventude que serão adquiridas habilidades sociais, atribuições dos deveres e responsabilidades e afirmação de uma identidade. Considera-se que as escolhas realizadas nessa fase possuem forte influência no futuro, ampliando ou limitando a vida adulta. A definição da população jovem é indissociável do contexto sociocultural, político e econômico, podendo-se falar na existência de “juventudes” para expressar a multiplicidade de comportamentos, hábitos e condutas característicos desta etapa (FUNDO DE POPULAÇÕES DAS NAÇÕES UNIDAS, 2010).

O ingresso na faculdade marca várias transformações em seu meio social. Quando se muda para um local totalmente novo, há o enfrentamento do desconhecido, a importância de fazer novos vínculos. Simboliza a transição para a vida adulta e, conseqüentemente, o aumento da responsabilidade que a universidade acarreta. A entrada para o meio universitário é potencialmente uma experiência estressora, tendo cada indivíduo o seu modo de adaptar-se (TEIXEIRA et al., 2008).

Portanto, as situações de risco que os jovens assumem, nos dias atuais, nos leva a refletir e discutir a temática quanto à vulnerabilidade desses indivíduos, na perspectiva de oferecer um cuidar de enfermagem que atenda às particularidades dessa população.

Esta pesquisa justifica-se, considerando a realidade e a necessidade de promover a qualidade de vida desse homem jovem, na perspectiva da promoção à saúde e à prevenção de agravos.

Diante dos dados, tem-se como objetivos: descrever as condutas de saúde do homem jovem e discutir a vulnerabilidade dos homens jovens universitários frente às suas necessidades de saúde.

2 | METODOLOGIA

Estudo do tipo descritivo, de abordagem qualitativa. A pesquisa descritiva procura conhecer e interpretar a realidade. O fenômeno é encontrado, estudado, descrito, classificado e interpretado. Procura-se conhecer a natureza, os processos que constituem o fenômeno e que neles se realizam (CYRIACOA et al., 2017).

O cenário definido foi uma unidade acadêmica da ciência da saúde, de uma universidade pública no Rio de Janeiro.

Os participantes foram 30 homens jovens universitários, sendo que este número foi determinado conforme o critério de saturação (MINAYO, 2010). Os critérios de inclusão foram homens jovens com idade entre 18 e 29 anos, com matrícula ativa na instituição.

Foram respeitados os aspectos éticos e as determinações contidas na Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde, que regulamenta pesquisas

realizadas com seres humanos, com aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa sob o nº do parecer: 3.316.951 e do CAEE 10955619.6.0000.5282.

Foi utilizado como instrumento de coleta de dados a entrevista semiestruturada. A coleta ocorreu durante suas atividades acadêmicas e com objetivo de resguardar a identidade dos participantes, foram utilizados a letra P, de participante, seguido por um número cardinal identificando a ordem das entrevistas.

As entrevistas foram gravadas em formato de áudio através de um aparelho eletrônico, para garantia da fidedignidade das informações coletadas e posteriormente transcritas.

Para análise dos dados, utilizou-se a análise de conteúdo, organizada em três etapas: pré-análise, exploração do material e tratamento dos resultados, inferência e interpretação (BARDIN, 2016).

A partir dos dados obtidos, foi possível organizar duas categorias: Homem Jovem cuidando da saúde e suas vulnerabilidades e Práticas de saúde e a prevenção de doenças.

3 | RESULTADOS E DISCUSSÃO

3.1 Homem Jovem cuidando da saúde e suas vulnerabilidades

Os homens jovens trazem o cuidar como um papel feminino, como não sendo para o homem.

[...] eu não cuido da saúde, minha mãe acaba fazendo isso por mim.
(P.3)

[...] não penso na minha saúde, pois estou bem. (P.5)

A construção da sociedade patriarcal relaciona o cuidar vinculado ao feminino, desde o período pré-industrial, as mulheres ocupavam atividades como a manutenção do lar e o bem-estar da sua família. Por ser um gênero que era relacionado diretamente à fragilidade, as mulheres eram incentivadas a se manterem sempre saudáveis. Nesta construção, o “ser homem” foi vinculado a ser o oposto do ideário feminino, completo de características reafirmadas como femininas e este pensamento perdura até hoje (Ferreira, et al., 2020).

Quanto à procura do serviço de saúde, pelo homem jovem, voltado à promoção à saúde e à prevenção de agravos, surgem as seguintes falas:

[...] eu não tenho o hábito de me cuidar, mas a mulher sim. (P.4)

[...] não procuro, pois estou bem, não preciso. (P.18)

É necessária uma mudança de paradigma sobre o cuidar; entender a expressão “gênero” é fundamental para refletir sobre as diferenças e desigualdades culturais, compreendendo de que forma quem irá interferir na postura do homem. Sob essa ótica, considerar o gênero como categoria de análise nos permite, ainda, compreender a construção social do masculino e as relações de poder entre homens e mulheres.

A procura pelos serviços de saúde ainda traz a questão de “não ter tempo”, relacionada à vida acadêmica, que requer dedicação, devoção e entrega, ficando em segundo plano, outras particularidades como família, lazer e saúde.

[...] não tenho tempo para me cuidar, o curso exige muito. (P.19)

[...] não cuido da saúde, passo o dia na faculdade e quando chego em casa quero dormir. (P. 20)

A vida acadêmica traz mudanças no dia a dia do jovem, levando novos conhecimentos, vivências, mas também traz cobranças, pressões, que acabam afetando a saúde do homem jovem.

[...] não estou bem de saúde, passo praticamente o dia na rua. Talvez pudesse ter um tempo, alimentação adequada ou praticar atividade física [...]. (P.25)

Outra situação encontrada traz a falta de conhecimento sobre questões de gênero masculino, trazendo seus problemas de saúde voltados para a próstata e como são jovens, não possuem problemas.

[...] não procuro atendimento, pois sou jovem, é muito cedo para avaliar a próstata. (P.14).

[...] quando for idoso vou atendimento, para ver a próstata. (P.15)

É importante reordenar o que a tradição biomédica construiu, enfatizando um cuidado que não seja reduzido ao aparelho ou ao sistema biológico masculino, pois tal redução cria silenciamentos e, tampouco satisfaz as necessidades da população jovem masculina.

Nesse sentido, é fundamental compreender o homem jovem como um ser integral, que pode buscar o rastreio de doenças, mas que possui anseios e necessita de informações sobre sua saúde. É importante observar, não somente ouvir, mas escutar esse homem jovem, para identificar sua real necessidade (MORAES, 2019).

A vulnerabilidade pode ser característica de quem ou do que é vulnerável, ou seja, frágil, delicado e fraco. Muitos homens têm consciência disso, porém não quer dizer que vão se pôr em estado de vulnerabilidade, já que esse papel é mais visto e

tolerado socialmente pela mulher.

[...] O ruim é que não posso demonstrar fragilidade e aí acabo tendo fatores que prejudicam minha saúde, até mental. A gente homem tem uma responsabilidade social muito grande, que nos é imposta. (E.3)

Como se perceber vulnerável, independe de gênero e sociedade; é preciso que ocorra um equilíbrio entre o bem-estar físico e mental, saber se perceber na sociedade e, também, reconhecer os limites do corpo. Por isso, todos somos vulneráveis quando colocados diante de algumas particularidades, sendo necessário quebrar essa barreira e entender que é possível se perceber dessa forma e só assim conseguirá caminhar para a mudança desse olhar.

3.2 Práticas de saúde e a prevenção de doenças

As Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST) ainda é preocupante entre a população jovem, por ser uma etapa de descobertas e, por isso, muitos se expõem a diversos fatores de risco. Como apontam as falas:

[...] eu não uso preservativos, pois já namoro há um ano e ela toma pílula. (P.21)

[...] eu uso algumas vezes o preservativo. (P.8)

Muitos homens ainda pensam no uso de preservativos, apenas para prevenir a gravidez, ignorando a possibilidade de contrair uma IST, tendo em vista que a maior via de transmissão é sexual.

Diante das ações de prevenção, acredita-se que os jovens sabem da relação existente entre o sexo (seguro ou não) e o risco de adquirir uma IST, porém continuam com as práticas inadequadas, pois se percebem (in)vulneráveis a doenças, como as falas:

[...] eu sei que deveria usar sempre o preservativo, mas não uso e nada aconteceu. (P.25)

[...] quase nunca uso preservativo e não peguei doenças.

A desconstrução desse pensamento é importante e necessária, pois permeia o desconhecimento; além disso, a maioria dos participantes acredita ser impossível adquirir uma IST, se percebendo como (in)vulneráveis.

A compreensão de que os homens jovens possuem práticas inadequadas e não se previnem contra uma IST implica pensar em uma ação educativa como eixo fundamental no que se refere ao cuidado de enfermagem e à importância de identificar ambientes pedagógicos capazes de potencializar essa prática (ACIOLI, 2008).

4 | CONCLUSÃO

O homem jovem universitário é exposto a múltiplos fatores que o torna vulnerável. O cuidado, voltado para público feminino, afasta o entendimento do homem acerca da importância de exames de rotina e do autocuidado, assim como os riscos que corre por seu comportamento liberal.

Ao se encontrar em uma universidade, o homem jovem se expõe ainda mais, visto que uma das maiores reclamações está associada ao tempo para se cuidar, seja como promoção, através de boa alimentação e exercícios físicos, ou mesmo de tempo hábil para acompanhamento médico.

O comportamento vulnerável do homem está ligado ao fato dele se perceber imune e invulnerável acerca da maioria das situações. Isso inicia-se desde cedo, quando o menino é ensinado a não demonstrar fraquezas e ter um comportamento ao contrário do feminino, acarretando, muitas vezes, a tomadas de decisões impulsivas e não pensadas que podem levar à exposição a doenças.

Percebe-se nas falas dos participantes, que o homem jovem possui maior preocupação com relação à paternidade do que as infecções sexualmente transmissíveis. A associação do uso do preservativo sempre está relacionada apenas a evitar a gravidez não planejada. Ainda assim, a maioria ainda tem relações sexuais sem o uso da camisinha devido à confiança no parceiro ou simplesmente porque alegam que a camisinha diminui a sensibilidade e o prazer. Essa prática não é comum apenas em quem não tem conhecimento sobre a temática: até os que possuem reproduzem este comportamento com a mesma justificativa. Com isso, estão expondo sua saúde e a da parceira.

É necessário incluir mais o homem na unidade básica de saúde, a fim de esclarecer suas vulnerabilidades e informá-lo de que a grande maioria das doenças que estão ligadas ao aparelho masculino são vinculadas à má higiene. Também deve ser esclarecido sobre se conhecer para identificar possíveis anormalidades e, principalmente, de levar ao entendimento tanto do profissional quanto do usuário que o homem não é ligado apenas ao câncer de próstata, mas que há diversas patologias ligadas ao seu sexo biológico em diferentes faixas etárias.

Por isso, a educação em saúde, neste momento, é fundamental para fortalecer a presença deste homem com a Estratégia de Saúde da Família, de modo a evitar que este indivíduo entre no serviço apenas quando estiver em estado grave. Tendo em vista que nem sempre este evento consegue ser completamente revertido, pode deixar sequelas que poderiam ser evitadas facilmente ou até mesmo levar à morte.

REFERÊNCIAS

ACIOLI, S. A prática educativa como expressão do cuidado em Saúde Pública. **Rev. Bras. Enferm.** Brasília, v.61, n.1, p.117-121, fev.2008.

BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. Tradução Luís Antero Reto, Augusto Pinheiro. São Paulo: Edições 70, 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem**: princípios e diretrizes. Brasília (DF): 2008.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria n. 1944, de 27 de agosto de 2009**. Institui no âmbito do Sistema Único de Saúde/SUS, a Política Nacional de Atenção Integral a Saúde do Homem. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2009.

BRASIL. **Lei n. 12.852, de 5 de agosto de 2013**. Dispõe sobre os direitos dos jovens, os princípios e diretrizes das políticas públicas de juventude e o Sistema Nacional de Juventude – SINAJUVE e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília (DF), 5 ago 2013.

CYRIACOA, A. F. F et al. Pesquisa qualitativa: conceitos importantes e breve revisão de sua aplicação à geriatria/gerontologia. **Geriatr Gerontol Aging**, Boston, v. 11, n.1, p.4-9, 2017.

FERREIRA, J. I. C. et al. Políticas públicas de atenção integral a saúde do homem: desafios para a enfermagem. **Rev. enferm. UERJ**, Rio de Janeiro, v. 6, n. 24, p. 1-5, 2016. Disponível em: <<http://www.facenf.uerj.br/v24n6/v24n6a04.pdf>>. Acesso em: 23 set. 2019.

FERREIRA, F. G. P. et al. A saúde masculina no paradoxo teoria-prática: aplicabilidade na enfermagem. **Research, Society and Development**, v. 9, n. 8, e574986155. 2020. Doi: <https://doi.org/10.33448/rsd-v9i8.6155>

FUNDO DE POPULAÇÕES DAS NAÇÕES UNIDAS. **Direitos da população jovem**: um marco para o desenvolvimento. 2.ed. Brasília: UNFPA, 2010.

JARDIM, D. P.; SANTOS, E. F. Uso del preservativo masculino por adolescentes en el inicio de la vida sexual. *Adolesc Saude*. v. 9, n. 2, p. 37-44, abr./jun. 2012.

LEMOS, A. P. J. et al. Saúde do homem: os motivos da procura dos homens pelos serviços de saúde. **Rev. enferm. UFPE**, Recife, v. 11, p. 4546-4553, nov. 2017.

MARTINS, E. R. C. et al. Vulnerabilidade de homens jovens e suas necessidades de saúde. **Escola Anna Nery**, v. 24, n. 1, e20190203, 2020.

MORAES, P. C. Percepção do autocuidado por homens com derivações urinárias: desafios para a prática de enfermagem. Dissertação (Mestrado). Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Faculdade de Enfermagem; 2019.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento**: pesquisa qualitativa em saúde. São Paulo: Hucitec, 2013. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232007000400030>. Acesso em: 22 jun. 2020.

TEIXEIRA, M. A. P et al. Adaptação à universidade em jovens calouros. **Psicol. Esc. Educ.** (Impr.) [online]. v. 12, n. 1, p.185-202, 2008. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S1413-85572008000100013>>.

CAPÍTULO 10

MANEJO PRÉ-HOSPITALAR DAS EMERGÊNCIAS CLÍNICAS: EXPERTISE DO SERVIÇO DE ATENDIMENTO MÓVEL DE URGÊNCIA DO ESPÍRITO SANTO

Data de aceite: 01/12/2020

Daniel Rocha Ramos

Escola Superior de Ciências da Santa Casa de
Misericórdia de Vitória (EMESCAM)
Vitória - ES

Edson Arruda Júnior

Escola Superior de Ciências da Santa Casa de
Misericórdia de Vitória (EMESCAM)
Vitória - ES

Isabela Merigute Araújo

Escola Superior de Ciências da Santa Casa de
Misericórdia de Vitória (EMESCAM)
Vitória - ES

Alexandre Lorenzo Brandão

Escola Superior de Ciências da Santa Casa de
Misericórdia de Vitória (EMESCAM)
Vitória - ES

Roberto Ramos Barbosa

Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande
do Sul (PUCRS)
Escola Superior de Ciências da Santa Casa de
Misericórdia de Vitória (EMESCAM)
Vitória - ES

Julianna Vaillant Louzada Oliveira

Escola Superior de Ciências da Santa Casa de
Misericórdia de Vitória (EMESCAM)
Vitória - ES

Caio Duarte Neto

Escola Superior de Ciências da Santa Casa de
Misericórdia de Vitória (EMESCAM)
Vitória - ES

RESUMO: Introdução: O Atendimento Pré-hospitalar (APH) de urgência tem como competência prestar toda a assistência fora do âmbito hospitalar, com a finalidade de dar a melhor resposta às demandas da população que busca o Sistema Único de Saúde (SUS). Dados do ministério da saúde, mostram que usuários acometidos por agravos clínicos em situações que desestabilizam sua condição vital necessitam de intervenção precoce e qualificada. No Brasil, as solicitações feitas aos Serviços de Atendimento Móveis de Urgência - SAMU 192 têm se concentrado no atendimento aos agravos clínicos. O Espírito Santo não foge à essa realidade, demonstrando uma taxa elevada de mortalidade devido a esses tipos de agravos. Objetivo: Identificar os atendimentos clínicos realizados pelo SAMU 192, em sua área de abrangência no Espírito Santo, no ano de 2015. Método: Estudo transversal, com coleta retrospectiva, dos atendimentos primários do SAMU 192 no ano 2015. Dos 51.555 atendimentos, selecionou-se amostra aleatória sistemática de 2500 pacientes. Estimou-se que dos 2.500 participantes que compõem a amostra, 60% seriam de atendimentos a ocorrências clínicas, ou seja, 1500 atendidos. Coletou-se as informações sobre sexo, idade, classificação de risco, tipo de recurso enviado, região de ocorrência, tipo de ocorrência clínica, período da semana, período do dia, classificação de risco, procedimentos realizados, destino, desfecho. Resultados: Nos 1345 atendimentos clínicos constatou-se: 51,82% homens; idade média de 59,5 anos; 29,73% no turno vespertino;

15,24% na segunda-feira; para 74,72% enviou-se USB; 21,93% em Cariacica; 57,7% classificados como amarelo. Quanto aos procedimentos realizados constatou-se: Pressão Arterial Sistólica Média de 131,7 mmHg, Pressão Arterial Diastólica Média de 86,5 mmHg, Saturação de O₂ Média de 94,1 (mediana = 96), Escala de Coma de Glasgow Média de 13,7. Foi feita Manobra de Desobstrução de Via Aérea em 5 (0,37%) pacientes, Oxigenoterapia em 191 (14,20%) pacientes, Intubação Orotraqueal em 45 (3,34%) pacientes, acesso em veia periférica em 545 (40,52%) pacientes e Ressuscitação Cardiopulmonar em 39 (2,90%). Dos 880 que foram encaminhados, 54,77% foram destinados a UPA; enquanto, dos 465 com desfecho diferente, 59,56% foram liberados no local. Quanto ao tipo de ocorrência clínica, têm-se: 31,44% foram por outros motivos e 14,35% por Queda do estado geral. Conclusão: Tendo em vista as taxas de solicitações a emergências clínicas feitas aos Serviços de Atendimento Móveis de Urgência - SAMU 192, no Brasil, e a ausência desses dados no estado Espírito Santo, este trabalho visou a descrição dos eventos clínicos e seus desfechos a partir dos atendimentos feitos pelas equipes do SAMU 192 – ES, na área de abrangência do serviço, para a melhoria das estratégias e da execução dos atendimentos. Espera-se, pois, que a pesquisa gere subsídios com o intuito da ampliação do know-how do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência no manejo das emergências clínicas no ES.

PALAVRAS-CHAVE: Serviços Médicos de Emergência, Grupos de Risco, Sistema Único de Saúde.

PRE-HOSPITAL MANAGEMENT OF CLINICAL EMERGENCIES: EXPERTISE OF THE MOBILE EMERGENCY SERVICE OF ESPÍRITO SANTO

ABSTRACT: Introduction: Emergency Pre-hospital Care (APH) has the competence to provide all assistance outside the hospital, in order to provide the best response to the demands of the population that seeks the Unified Health System (SUS). Data from the Ministry of Health, show that users affected by clinical conditions in situations that destabilize their vital condition require early and qualified intervention. In Brazil, requests made to the Mobile Emergency Care Services - SAMU 192 have focused on attending to clinical conditions. Espírito Santo does not escape this reality, showing a high mortality rate due to these types of injuries. Objective: To identify the clinical care provided by SAMU 192, in its area of coverage in the State of Espírito Santo, in 2015. Method: Cross-sectional study, with retrospective collection, of primary care provided by SAMU 192 in 2015. Of the 51,555 services, we selected a systematic random sample of 2500 patients. It was estimated that of the 2,500 participants that make up the sample, 60% would be attended to clinical events, that is, 1500 attended. Information on sex, age, risk classification, type of resource sent, region of occurrence, type of clinical occurrence, period of the week, period of the day, risk classification, procedures performed, destination and outcome were collected. Results: In the 1345 clinical cares, it was found: 51.82% men; mean age of 59.5 years; 29.73% in the afternoon shift; 15.24% on Monday; 74.72% sent Basic Care Ambulance (USB); 21.93% in Cariacica city; 57.7% classified as yellow. As for the procedures performed,

it was found: Average Systolic Blood Pressure of 131.7 mmHg, Average Diastolic Blood Pressure of 86.5 mmHg, Average O2 Saturation of 94.1 (median = 96), Glasgow Coma Scale Average of 13.7. Airway Clearing Maneuver was performed in 5 (0.37%) patients, Oxygen Therapy in 191 (14.20%) patients, Orotracheal Intubation in 45 (3.34%) patients, access in peripheral vein in 545 (40.52%) patients and Cardiopulmonary Resuscitation in 39 (2.90%). Of the 880 that were referred, 54.77% were destined to UPA; while, of the 465 with different outcomes, 59.56% were released on the spot. As for the type of clinical occurrence, there are: 31.44% were due to other reasons and 14.35% due to decline in general condition. Conclusion: Considering the rates of requests for clinical emergencies made to Mobile Emergency Services - SAMU 192, in Brazil, and the absence of these data in the state of Espírito Santo, this study aimed at describing clinical events and their outcomes from the assistance provided by the SAMU 192 - ES teams, in the service coverage area, to improve the strategies and the execution of the assistance. It is expected, therefore, that the research generates subsidies in order to expand the know-how of the Mobile Emergency Care Service in the management of clinical emergencies in ES.

KEYWORDS: Emergency Medical Services, Risk Groups, Unified Health System.

1 | INTRODUÇÃO

O Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU) foi o primeiro componente da Política Nacional de Atenção às Urgências (BRASIL, 2001) a ser implantado, sendo instituído pela Portaria GM n. 1.864/2003. Trata-se de um serviço pré-hospitalar móvel que visa conectar as vítimas aos recursos que elas necessitam e com a maior brevidade possível. É um serviço gratuito, que funciona ininterruptamente, por meio da Central de Regulação das Urgências, que realiza prestação de orientações e envio de veículos tripulados por equipe capacitada, acessado pelo número “192” (BRASIL, 2011).

Dados do ministério da saúde, mostram que usuários acometidos por agravos clínicos em situações que desestabilizam sua condição vital necessitam de intervenção precoce e qualificada. Durante as ocorrências neste setor, os profissionais precisam de planejamento e organização, porém há muitos fatores que podem interferir na segurança e no atendimento, sendo imprescindível a realização de educação permanente e medidas que otimizem a assistência (CALLOU, 2019).

O Atendimento Pré-hospitalar (APH) de urgência tem como competência prestar toda a assistência fora do âmbito hospitalar, com a finalidade de dar a melhor resposta às demandas da população que busca o Sistema Único de Saúde (SUS). O APH móvel é o que procura chegar à vítima o mais precocemente possível, sendo necessário prestar-lhe atendimento e, quando necessário, transporte adequado a um Serviço de Saúde hierarquicamente integrado ao SUS (MINAYO, 2008).

No Brasil, as solicitações feitas aos Serviços de Atendimento Móveis de

Urgência - SAMU 192 têm se concentrado no atendimento aos agravos clínicos. Essa característica foi identificada em cidades brasileiras: Ribeirão Preto – São Paulo, correspondendo a 54,9% (FERNANDES, 2006), em Olinda – Pernambuco, 57% (Cabral, 2008) e em Porto Alegre – Rio Grande do Sul, com 64,8% (PEREIRA, 2006) do total de atendimentos. Os dados têm sintonia com os indicadores de morbidade e mortalidade e fatores de risco nacionais, que evidenciam que os agravos clínicos são os mais prevalentes e responsáveis por altos índices de doença e morte (BRASIL, 2006).

O Espírito Santo não foge à essa realidade, demonstrando uma taxa elevada de mortalidade devido a agravos clínicos. No estado ocorrem anualmente cerca de 20.000 óbitos, o coeficiente de mortalidade geral oscilou entre 5,6 e 6,0 óbitos a cada mil habitantes no período compreendido entre os anos de 2000 e 2010. Os óbitos ocorreram em consequência de doenças do aparelho circulatório em primeiro lugar, principalmente decorrente do infarto agudo do miocárdio e acidente vascular encefálico agudo, seguido das causas externas, em terceiro as neoplasias e em quarto as doenças do aparelho respiratório (ES, 2011).

O presente estudo tem por objetivo identificar os atendimentos clínicos realizados pelo SAMU 192, em sua área de abrangência no Espírito Santo, no ano de 2015.

2 | MATERIAL E MÉTODOS

2.1 Tipo de estudo

Estudo descritivo do tipo transversal com coleta de dados retrospectiva.

2.2 Local do estudo

Central do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência – SAMU 192, em Vitória – ES.

2.3 Seleção da amostra

A amostra foi referente aos 51.555 atendimentos realizados pelo SAMU 192 no ano de 2015, no estado do Espírito Santo. Para a definição da quantidade de participantes da pesquisa, considerou-se a seguinte fórmula:

$$n0 = Z2 \times \delta 2 / e20$$

Em que $n0$ é o número mínimo amostral, $Z2$ o valor correspondente ao intervalo de confiança (IC) de 95%, $\delta 2$ ($\delta=1/2$, ou seja, 0,5) a proporção a encontrar e $E2$ o erro amostral tolerado ($E=0,05$) (BARBETTA, 2006). Assim, o número amostral mínimo obtido foi de 2.401, sendo ao final arredondado para 2.500, a fim de minimizar os riscos de erro e perda amostrais.

A amostra foi selecionada pelo método de amostragem aleatória sistemática,

com um intervalo de seleção pré-estabelecido. O primeiro elemento da amostra foi definido por sorteio e os demais foram selecionados pelo intervalo determinado pela fórmula:

$$k = N / n$$

Onde, k corresponde ao intervalo de seleção, N à população (51.555) e n à amostra (2.500). Obteve-se $k=20,6$ e este foi arredondado para $k=20$. Portanto, uma das vinte primeiras ocorrências foi sorteada e, a partir dessa, a cada vinte ocorrências, a vigésima foi selecionada para compor a pesquisa. Estimou-se que dos 2.500 participantes que compõem a amostra, 60% seriam de atendimentos a ocorrências clínicas, ou seja, 1500 atendidos.

2.3.1 Critérios de inclusão

Foram consideradas as fichas de pessoas com idade igual ou superior a 20 anos, homens e mulheres, apresentando agravos clínicos, que tenham recebido atendimento primário pelo SAMU 192 no estado do Espírito Santo no ano de 2015.

2.3.2 Critérios de exclusão

Foram excluídos os Boletins de Ocorrência que não constaram anotações das variáveis selecionadas e atendimentos não realizados. Além dos agravos classificados como sendo de outra natureza (não-clínicos).

2.4 Coleta de dados

Os dados de interesse para o estudo foram extraídos dos Boletins de Ocorrência dos Atendimentos Pré-Hospitalares selecionadas na amostragem e registrados em uma ficha padronizada elaborada pelos pesquisadores (APÊNDICE A).

2.4.1 Idade e sexo do paciente

Jovens adultos dos 20 aos 39 anos, adultos 40 aos 59 anos e idoso a partir de 60 anos. Sendo do sexo masculino ou feminino.

2.4.2 Local e horário da ocorrência

Município, bairro e a hora da ocorrência.

2.4.3 Recursos empenhados no APH

USA, USB, motolância, USA/USB, moto/USA, moto/USB, USB/USA, moto/USB/USA.

2.4.4 Tipos de ocorrência clínica

Dor torácica, dor abdominal, hipoglicemia, AVC, PCR, dispneia, crise convulsiva, desmaio, febre, hemorragia digestiva, queda de estado geral e outros.

2.4.5 Gravidade do paciente

Determinada de acordo com o score MEWS (APÊNDICE B).

2.4.6 Procedimentos realizados no APH

- a. Via aérea: Oximetria, manobras externas desobstrutivas, oxigenoterapia, nebulização, cânula de Guedel, intubação orotraqueal, cricotireoidostomia.
- b. Respiração: Mecânica, toracocentese, drenagem torácica, outros.
- c. Circulação: Curativo compressivo, monitor cardíaco, eletrocardiograma, RCP, desfibrilação, outros.
- d. Acesso venoso: Periférico, profundo, intraósseo, flebotomia, outros.
- e. Medicação: Caso utilizada, especificar qual.
- f. Solução cristalóide: Se foi ou não utilizada.

2.4.7 Desfecho da ocorrência

Após atendimento inicial, os pacientes podem ser encaminhados para os seguintes serviços de saúde:

- a. Rede Hospitalar: Hospital Estadual de Urgências e Emergências Médicas, Hospital Estadual São Lucas, Hospital Estadual Central, Hospital Estadual Doutor Dório Silva, Hospital Estadual Antônio Bezerra de Farias, Hospital Estadual Doutor Jayme dos Santos Neves, entre outros.
- b. Unidades de Pronto Atendimento 24 horas (UPA 24 h), Pronto Atendimentos.
- c. Outras situações: liberados no local, óbito no local ou recusa de atendimento.

2.5 Análise estatística

2.5.1 Análise descritiva

A análise descritiva foi reportada através de tabelas de frequências, para

variáveis nominais e medidas de resumo de dados como médias, desvio padrão, mínimo e máximo, para as variáveis contínuas.

2.6 Comitê de ética

O presente estudo fez parte de um projeto de pesquisa denominado “Rede de Urgência e Emergência: Estudo do SAMU 192 na Região Metropolitana do Espírito Santo” que foi aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa da Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia de Vitória (EMESCAM), através do parecer 1.748.503, no dia 27 de setembro de 2016.

3 | RESULTADOS

Do total de 2511 prontuários coletados no ano de 2015, 1345 são referentes a atendimentos clínicos adultos, representando 53,56% do total. Sendo a média de idade de 59,5 anos com a prevalência discreta do sexo masculino entre os pacientes atendidos, com 697 (51,82%) dos atendimentos.

O período do dia em que se houve maior número de atendimentos clínicos adultos foi o vespertino com 400 (29,73%) ocorrências, seguido do matutino com 390 (29,0%) ocorrências, seguido do noturno com 354 (26,31%) ocorrências. Em 201 (14,94%) das ocorrências não havia descrito o período do dia das mesmas.

O dia da semana com o maior número de atendimentos foi a segunda-feira com 205 (15,24%), seguido de sexta-feira com 204 (15,16%) e sábado com 197 (14,64%) atendimentos.

Dos tipos de recursos enviados; foram 1005 (74,72%) USB, 244 (18,14%) USA, 50 (3,71%) Motolância + USB, 30 (2,23%) USB+USA, 14 (1,04%) Motolância, 1 (0,07%) Motolância + USA, 1 (0,07%) Motolância + USB + USA.

Os municípios com o maior número de atendimentos foram Cariacica com 295 atendimentos, seguido de Vila Velha com 271 atendimentos, Vitória com 270 atendimentos e Serra com 245 atendimentos.

Quanto à classificação de risco (presumida), 776 (57,7%) dos pacientes foram classificados como amarelo, 243 (18,06%) como vermelho, 119 (8,85%) como verde e 4 (0,29%) como azul. Além disso, 203 (15,09%) das ocorrências não tiveram sua classificação descrita.

Dos procedimentos realizados nos atendimentos, têm-se os seguintes parâmetros vitais: Pressão Arterial Sistólica Média de 131,7 mmHg, Pressão Arterial Diastólica Média de 86, 5 mmHg, Saturação de O₂ Média de 94,1 (mediana = 96), Escala de Coma de Glasgow Média de 13,7. Foi feita Manobra de Desobstrução de Via Aérea em 5 (0,37%) pacientes, Oxigenoterapia em 191 (14,20%) pacientes, Intubação Orotraqueal em 45 (3,34%) pacientes, Acesso em veia periférica em 545 (40,52%) pacientes e Ressuscitação Cardiopulmonar em 39 (2,90%) do total de

pacientes atendidos.

Dos 880 (65,42%) pacientes removidos, 170 (19,31%) foram destinados a uma instituição hospitalar pública, 35 (3,97%) foram destinados a uma instituição hospitalar privada, 482 (54,77%) foram destinados à Unidade de Pronto Atendimento (UPA) 24h ou Pronto Atendimento (PA), 6 (0,68%) foram levados ao Serviço de Verificação de Óbito (SVO), 7 (0,79%) à Unidade Básica de Saúde e 213 (24,20%) a outros serviços.

Dos 465 não removidos, 277 (59,56%) foram liberados no local, 93 (20%) recusaram atendimento e houve óbito no local da ocorrência em 95 (20,43%) vítimas nesses casos.

Quanto ao tipo de solicitação para ocorrências classificadas como Clínico Adulto, encontrou-se que das 1345 solicitações, 423 (31,44%) foram por Outros motivos, 193 (14,35%) por Queda do estado geral, 146 (10,85%) por Crise convulsiva, 131 (9,74%) por Dispneia e 107 (7,95%) por Dor torácica. A **Tabela 1** descreve os tipos de solicitação dos atendimentos realizados.

Tipo solicitação (%)	(n=1345)
AVC, n (%)	26 (1,9%)
Crise convulsiva, n (%)	146 (10,8%)
Desmaio, n (%)	95 (7,1%)
Dispneia, n (%)	131 (9,7%)
Hemorr. Digest.	10 (1,5%)
Febre	26 (1,9%)
Hipoglicemia	7 (0,5%)
Queda do estado geral	193 (14,3%)
PCR	84 (6,2%)
Dor abdom., n (%)	69 (5,1%)
Dor torácica, n (%)	107 (7,9%)
Outros	423 (31,4%)
Não descrito, n (%)	28 (2,1%)

Tabela 1
Fonte: autoral.

4 | DISCUSSÃO E CONCLUSÕES

Os atendimentos clínicos adultos representam a maior parte dos atendimentos do SAMU (53,56%), o que corrobora com outros estudos (DIAS, 2016). A faixa etária média dos pacientes atendidos foi de 59,5 anos, em que esperava-se maior idade, com predominância de idosos, visto que há um envelhecimento populacional, com consequente aumento das doenças crônicas degenerativas (DIAS, 2017).

Há um maior volume de atendimento no período vespertino, o que pode estar relacionado ao período com maior trânsito de pessoas, em relação aos turnos de trabalho, com saídas ou retornos para seus domicílios, o que também foi identificado em outros estudos (DIAS, 2016), apesar de este fato poder estar mais relacionado a traumas que atendimentos clínicos.

A crise convulsiva, como em outros estudos, está entre as causas identificadas com mais atendimentos. Este fato já havia sido relatado em outros estudos (ALMEIDA, 2016) e pode representar a necessidade de políticas públicas que orientem ou regulem um fluxo de atendimento voltado para prevenção de patologias que a desencadeiam, melhor seguimento destas na atenção primária, bem como melhor orientação dos pacientes que possam já sabidamente portarem estas condições clínicas.

Houve relatos (ALMEIDA, 2016) de que estados de embriaguez seriam a etiologia que desencadearam o rebaixamento do nível de consciência, queda do estado geral, crises convulsivas ou outras situações que possam ser a causa do acionamento do atendimento. Tal fato pode estar relacionado ao aumento dos atendimentos no horário noturno e aos finais de semana (sextas-feiras e sábados), o que poderia ser evitado se houvesse pleno funcionamento dos centros de alcoolismo, abrangendo maior número de pessoas.

Versa o fluxo de atendimento do SAMU que há uma avaliação inicial e, após avaliação do regulador da central, caso julguem necessário, é encaminhado uma ambulância avançada (USA) com mais recursos. Entretanto, uso da USA representou apenas 18,14% dos recursos enviados. Infelizmente, culturalmente há um entendimento enganoso em relação à função do SAMU, em que pensa-se que serve como um meio de transporte até um serviço de saúde, com acionamento inadequado do mesmo. Este pensamento se fortalece quando se identifica que 59,56% dos não removidos foram atendidos e liberados no local e apenas 18,05% foram classificados como “vermelho” na classificação de risco, casos que realmente são julgados como emergências. Ainda, manobras avançadas para restabelecer a saúde foram necessárias em minoria dos pacientes, como Manobra de Desobstrução de Via Aérea (0,37%), Oxigenoterapia (14,20%), Intubação Orotraqueal (3,34%) e Ressuscitação Cardiopulmonar (2,90%) do total de pacientes atendidos.

O fato de 54,77% dos atendidos serem destinados à Unidade de Pronto Atendimento (UPA) 24h ou Pronto Atendimento (PA) reflete um bom funcionamento do SAMU no Espírito Santo, em que as UPAs e PAs servem como um intermediário entre as UBSs e hospitais, a fim de realizar as primeiras medidas de suporte e evitar o modelo hospitalocêntrico, como tem acontecido, de forma negativa, em outros estados estudados (ALMEIDA, 2016). Esse argumento é fortalecido quando se observa que 57,7% dos pacientes foram classificados como “amarelo” sendo esses tendo como destino previsto as UPAs.

Tendo em vista as taxas de solicitações à emergências clínicas feitas aos Serviços de Atendimento Móveis de Urgência - SAMU 192, no Brasil, e a ausência desses dados no estado do Espírito Santo, este trabalho visou a descrição dos eventos clínicos e seus desfechos a partir dos atendimentos feitos pelas equipes do SAMU 192 – ES, na área de abrangência do serviço, para a melhoria das estratégias e da execução dos atendimentos. Espera-se, pois, que a pesquisa gere subsídios com o intuito da ampliação do know-how do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência no manejo das emergências clínicas no estado, a fim de engendrar discussões para otimização dos atendimentos de natureza clínica e capacitação dos profissionais envolvidos no processo, aumentando a eficácia dos atendimentos, bem como servir como fonte de informações para embasar elaboração de políticas públicas.

O estudo teve como limitações as incompletudes e ilegibilidades de fichas de ocorrência o que as inviabilizavam para a coleta de dados e posterior uso como fonte para essa pesquisa. Agradecemos à Escola Superior da Santa Casa de Misericórdia de Vitória (EMESCAM) pelo apoio e incentivo aos programas voluntários de Iniciação Científica e ao Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU 192) por disponibilizar aos pesquisadores o espaço e os dados para a realização da pesquisa.

REFERÊNCIAS

Almeida PMV, Dell’Acqua MCQ, Cyrino CMS, Juliani CMCM, Palhares VC, Pavelqueires S. Análise dos atendimentos do SAMU 192: Componente móvel da rede de atenção às urgências e emergências. Esc. Anna Nery [Internet]. 2016 June [cited 2019 June 10]; 20(2): 289-295. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-81452016000200289&lng=en.

Callou DRS et al. Importância da organização da equipe multidisciplinar na parada cardiorrespiratória no setor urgência e emergência. Braz. J. Hea. Rev., Curitiba, v. 2, n. 6, p. 6175-6177 nov./dec. 2019

Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Mudança demográfica no Brasil no início do século XXI: Subsídios para as projeções da população. Rio de Janeiro: IBGE, 2015. 3 v.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº. 1.600, de 07 de julho de 2011. Diário Oficial da União, Brasília. 2011.

_____. Portaria nº. 737, de 16 de maio de 2001. Política Nacional de Redução de Morbimortalidade por Acidentes e Violências. Diário Oficial da União, Brasília, p. 96, seção 1, 18 mai. 2001.

_____. Secretaria Executiva. Indicadores de Mortalidade e de Morbidade. Brasília (DF) [internet] 2005 e 2006.

_____. Portaria nº 1864, de 29 de setembro de 2003. Institui o Serviço de Atendimento Móvel de Urgência – SAMU 192. Brasília: Ministério da Saúde, 2003.

_____. Sistema de Informações sobre Mortalidade. Causas de óbito no Brasil. Brasília: DATASUS; 2014.

Cabral APS, Souza WV. Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU): análise da demanda e sua distribuição espacial em uma cidade do Nordeste brasileiro. Rev. bras. epidemiol. [Internet]. 2008 Dec [cited 2019 June 10]; 11(4): 530-540. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-790X2008000400002&lng=en.

Deslandes SF, Souza ER. Atendimento pré-hospitalar ao idoso vítima de violência em cinco capitais brasileiras. Ciênc. saúde coletiva [Internet]. 2010 Sep [cited 2019 June 10]; 15(6): 2775-2786. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232010000600015&lng=en.

Dias JMC, de Lima MSM, Dantas RAN, Costa IKF, Leite JEL, Dantas DV. Perfil de atendimento do serviço pré- hospitalar móvel de urgência estadual. Cogitare Enferm. [Internet] 2016;21(1) [acesso em 10 out 2019]. Disponível: <http://dx.doi.org/10.5380/ce.v21i1.42470>.

Dias EG, Silveira AOA . Perfil dos Clientes e atendimentos Realizados pelo Serviço de Atendimento Móvel de Urgência da Macrorregião Norte de Minas. Revista Interdisciplinar (online), v. 10, p. 50-59, 2017. [acesso em 10 out 2019]. Disponível em: <https://revistainterdisciplinar.uninovafapi.edu.br/index.php/revinter/article/view/1310>

Secretaria de Saúde do Espírito Santo. Plano Diretor de Regionalização. Governo do Espírito Santo. 2011.

Fernandes RJ. Caracterização da atenção pré-hospitalar móvel da Secretaria de Saúde do município de Ribeirão Preto - SP [dissertação]. Ribeirão Preto (SP): Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo; 2004.

Lima MLC, Souza ER, Acioli RML, Bezerra ED. Análise dos serviços hospitalares clínicos aos idosos vítimas de acidentes e violências. Ciênc. saúde coletiva [Internet]. 2010 Sep [cited 2019 June 10]; 15(6): 2687-2697. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232010000600007&lng=en. <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232010000600007>.

Maués CR, Paschoal SMP, Jaluul O, França CC, Jacob Filho W. Avaliação da qualidade de vida: comparação entre idosos jovens e muito idosos. Rev Soc Bras Clín Méd 2010; 8:405-10. Disponível em: <http://files.bvs.br/upload/S/1679-1010/2010/v8n5/007.pdf>

Mesquita Filho M, Jorge MHPM. Características da morbidade por causas externas em serviço de urgência. Rev. bras. epidemiol. [Internet]. 2007 Dec [cited 2019 June 10]; 10(4): 579-591. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-790X2007000400016&lng=en. <http://dx.doi.org/10.1590/S1415-790X2007000400016>.

Minayo MCS, Deslandes SF. Análise da implantação do sistema de atendimento pré-hospitalar móvel em cinco capitais brasileiras. Cad. Saúde Pública [Internet]. 2008 Aug [cited 2019 June 10]; 24(8): 1877-1886. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2008000800016&lng=en. <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2008000800016>.

Tavares RCF, Vieira AS, Uchoa LV, Peixoto Júnior AA, Meneses FA. Validation of an early warning score in pre-intensive care unit. Rev. bras. ter. intensiva [Internet]. 2008 Jun [cited 2019 Jun 10]; 20(2): 124-127. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-507X2008000200002&lng=pt. <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-507X2008000200002>.

World Health Organization. Active Aging: A Policy Framework, WHO, Geneva, Switzerland, 2002.

_____. Young People's Health - a Challenge for Society. Report of a WHO Study Group on Young People and Health for All. Technical Report Series 731. Geneva: WHO, 1986.

APÊNDICE A – FORMULÁRIO DE COLETA DE DADOS

IDENTIFICAÇÃO		PARÂMETROS VITAIS	
Número: _____		SINAIS VITAIS: PAS _____ PAD _____ FC _____ FR _____	
Nome: _____		SAT. O2 _____ TAX _____ HGT _____ ECG _____	
Registro BO: _____		HÁLITO ETÍLICO: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Não Relatado	
Data: ____/____/____		VIA AÉREA PERMEÁVEL: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	
DADOS GERAIS		VIA AÉREA NÃO PERMEÁVEL: <input type="checkbox"/> Secreção <input type="checkbox"/> Corpo Estranho	
SEXO: <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Feminino		RESPIRAÇÃO: <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Alterada <input type="checkbox"/> Ausente	
IDADE: _____ Anos _____ meses		CIRCULAÇÃO - PULSO: <input type="checkbox"/> Carotídeo <input type="checkbox"/> Radial <input type="checkbox"/> Ausente	
TIPO RECURSO: <input type="checkbox"/> USB <input type="checkbox"/> USA <input type="checkbox"/> MOTO <input type="checkbox"/> AEROMÉDICO		CIRCULAÇÃO - PELE: <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Cianótica <input type="checkbox"/> Pálida	
<input type="checkbox"/> USB/USA <input type="checkbox"/> MOTO/USB <input type="checkbox"/> MOTO/USA <input type="checkbox"/> USA/USB		CIRCULAÇÃO - HEMORRAGIA EXTERNA: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	
<input type="checkbox"/> MOTO/USB/USA		NÍVEL DE CONSCIÊNCIA: <input type="checkbox"/> Alerta <input type="checkbox"/> Responde Chamado	
BAIRRO: _____		<input type="checkbox"/> Responde à Dor <input type="checkbox"/> Não Responde	
MUNICÍPIO: _____		PROCEDIMENTOS REALIZADOS NO APH	
PERÍODO/SOLICITAÇÃO: <input type="checkbox"/> Manhã <input type="checkbox"/> Tarde <input type="checkbox"/> Noite		REALIZAÇÃO DE PROCEDIMENTOS: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	
HORA/SOLICITAÇÃO: _____ Horas (24h)		VIA AÉREA: <input type="checkbox"/> Oximetria <input type="checkbox"/> Manobras Externas Desobst	
DIA/SEMANA: _____		<input type="checkbox"/> Oxigenoterapia <input type="checkbox"/> Nebulização <input type="checkbox"/> Cânula de Guedel	
TIPO DE OCORRÊNCIA		<input type="checkbox"/> Intubação Traqueal <input type="checkbox"/> Cricotireoidectomia <input type="checkbox"/> Ausente	
<input type="checkbox"/> Clín Adulto <input type="checkbox"/> Clín Ped <input type="checkbox"/> Gineco/Obst		RESPIRAÇÃO: <input type="checkbox"/> Mecânica <input type="checkbox"/> Toracocentese	
<input type="checkbox"/> Trauma <input type="checkbox"/> Psiquiatria		<input type="checkbox"/> Drenagem Torácica <input type="checkbox"/> Ausente	
CLÍNICO ADULTO		CIRCULAÇÃO: <input type="checkbox"/> Cur Compressivo <input type="checkbox"/> Monitor Cardíaco	
<input type="checkbox"/> Dor Torácica <input type="checkbox"/> Dor Abdominal <input type="checkbox"/> Hipoglicemia		<input type="checkbox"/> Eletrocardiogr <input type="checkbox"/> RCP <input type="checkbox"/> Desfibrilação <input type="checkbox"/> Ausente	
<input type="checkbox"/> AVC <input type="checkbox"/> PCR <input type="checkbox"/> Dispneia <input type="checkbox"/> Crise Convulsiva		ACESSO VENOSO: <input type="checkbox"/> Periférico <input type="checkbox"/> Profundo <input type="checkbox"/> Intra-Ósseo	
<input type="checkbox"/> Desmaio <input type="checkbox"/> Febre <input type="checkbox"/> Hemorragia Digestiva		<input type="checkbox"/> Flebotomia <input type="checkbox"/> Ausente	
<input type="checkbox"/> Queda do Estado Geral <input type="checkbox"/> Outros: _____		IMOBILIZAÇÃO: <input type="checkbox"/> Colar Cerv <input type="checkbox"/> KED <input type="checkbox"/> Prancha Longa	
		<input type="checkbox"/> Pelve <input type="checkbox"/> Membros <input type="checkbox"/> Ausente <input type="checkbox"/> Não Especificado	
		MEDICAÇÃO: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não NOME: _____	
		SOLUÇÃO CRISTALÓIDE: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	
		DESFECHE DA OCORRÊNCIA	
		TRANSPORTE PARA SERVIÇO DE SAÚDE: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	
		DESTINO DO PACIENTE: <input type="checkbox"/> Unidade Básica <input type="checkbox"/> PA	
		<input type="checkbox"/> UPA 24h <input type="checkbox"/> HEUEM <input type="checkbox"/> HSL <input type="checkbox"/> HC <input type="checkbox"/> HDOS <input type="checkbox"/> HDJSN	
		<input type="checkbox"/> HABF <input type="checkbox"/> HSCMV <input type="checkbox"/> HUCAM <input type="checkbox"/> HE <input type="checkbox"/> H Privado	
		<input type="checkbox"/> IML <input type="checkbox"/> SVO <input type="checkbox"/> HINSG <input type="checkbox"/> HIMABA	
		<input type="checkbox"/> Outro: _____	
		LIBERADO NO LOCAL: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	
		ÓBITO NO LOCAL: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	
		RECUSA DE TRANSPORTE: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	

APÊNDICE B – SCORE MEWS

	Scores						
	3	2	1	0	1	2	3
Heart rate (bpm)		< 40	41-50	51-100	101-110	111-120	> 120
Respiratory rate (rpm)		< 9		0-14	15-20	21-29	> 30
Systolic blood pressure (mmHg)	< 70	71-80	81-100	101-199		> 200	
Level of consciousness				Alert	Confused	Response to pain	Unconscious
Temperature (°C)		< 35		35.1-37.8		> 37.8	

Table 1 - Modified Early Warning Score (MEWS)

Fonte: TAVARES, 2008.

CAPÍTULO 11

O CUIDADO DE ENFERMAGEM AO IDOSO INSTITUCIONALIZADO COM DEMÊNCIA: RELATO DE EXPERIÊNCIA DE OFICINAS TERAPÊUTICAS

Data de aceite: 01/12/2020

Natália Rosa de Paula

Universidade Federal de São João del Rei
Divinópolis - Minas Gerais - Brasil
<http://lattes.cnpq.br/1552931382267109>

Livia Lencione Gonçalves

Universidade Federal de São João del Rei
Divinópolis - Minas Gerais - Brasil
<http://lattes.cnpq.br/9305713302345711>

Allan de Moraes Bessa

Universidade do Estado de Minas Gerais
Divinópolis - Minas Gerais - Brasil
<http://lattes.cnpq.br/6318137707583678>

Thays Cristina Pereira Barbosa

Universidade do Estado de Minas Gerais
Divinópolis - Minas Gerais - Brasil
<http://lattes.cnpq.br/4530337711076968>

Suelen Silva Araújo

Universidade Federal de São João del Rei
Divinópolis - Minas Gerais - Brasil
<http://lattes.cnpq.br/9796372985370755>

Amanda Ribeiro Campos

Universidade Federal de São João del Rei
Divinópolis - Minas Gerais - Brasil
<http://lattes.cnpq.br/1986034832199883>

Fernanda Marcelino de Rezende e Silva

Universidade do Estado de Minas Gerais
Divinópolis - Minas Gerais - Brasil
<http://lattes.cnpq.br/4585316165437143>

Kellen Rosa Coelho

Universidade Federal de São João del Rei
Divinópolis - Minas Gerais - Brasil
<http://lattes.cnpq.br/1714052367405427>

RESUMO: Objetivo: Relatar experiências vivenciadas por discentes de Enfermagem no desenvolvimento de oficinas terapêuticas no cuidado a idosos institucionalizados com demência. **Método:** Trata-se de um estudo descritivo, do tipo relato de experiência, elaborado por discentes de graduação em Enfermagem, acerca da execução de atividades extensionistas com idosos residentes em duas Instituições de Longa Permanência para Idosos (ILPI's) do município de Divinópolis-MG, no período de abril/2018 a março/2019.

Resultados e Discussão: Realizou-se ao todo 26 oficinas nas duas instituições. As oficinas terapêuticas (OT) abordaram temas inerentes ao estímulo da autoestima e autocuidado; estimulação psíquica, cognitiva e motora; à educação em saúde; interação social e lazer, com vista na qualidade de vida e bem-estar dos idosos com demência nas instituições. No idoso com demência, a estimulação cognitiva tem o objetivo de ativar as funções existentes para permitir que elas compensem as comprometidas. **Considerações Finais:**

As OT se mostraram importantes alternativas para atender a demanda de cuidado ao idoso institucionalizado com demência, no que diz respeito ao desenvolvimento de atividades que possam favorecer a estimulação psíquica, cognitiva, motora, sensorial e emocional, bem como a interação social. Os discentes puderam vivenciar na prática o manejo do cuidado à pessoa idosa com limitações funcionais, sobretudo com alterações cognitivas, em ambientes de ILPI's.

PALAVRAS-CHAVE: Saúde do Idoso;

NURSING CARE FOR THE INSTITUTIONALIZED ELDERLY WITH DEMENTIA: REPORT OF EXPERIENCE OF THERAPEUTIC WORKSHOPS

ABSTRACT: Objective: To report experiences lived by nursing students in the development of therapeutic workshops in the care of institutionalized elderly with dementia. **Method:** This is a descriptive study, of the experience report type, prepared by undergraduate nursing students, about the execution of extension activities with elderly people residing in two Long Term Care Institutions for the Elderly (ILPI's) in the city of Divinópolis – Minas Gerais - Brasil, from April / 2018 to March /2019. **Results and Discussion:** A total of 26 workshops were held at both institutions. Therapeutic workshops addressed themes inherent to the encouragement of self-esteem and self-care; psychic, cognitive and motor stimulation; health education; social interaction and leisure, with a view to the quality of life and well-being of elderly people with dementia in institutions. In the elderly with dementia, cognitive stimulation aims to activate existing functions to allow them to compensate for impaired ones. **Considerations Finais:** The development of therapeutic workshops proved to be important alternatives to meet the demand for care for institutionalized elderly people with dementia, with regard to the development of activities that can favor psychological, cognitive, motor, sensory and emotional stimulation, as well as social interaction. The students were able to experience in practice the management of care for the elderly with functional limitations, especially the ones with cognitive alterations, in nursing homes.

KEYWORDS: Health of the Elderly; Dementia; Geriatric nursing; Homes for the Aged; Quality of life.

INTRODUÇÃO

Durante a trajetória de vida, o ser humano passa por diversas alterações biopsicossociais que afetam diretamente sua capacidade intrínseca e funcional. O envelhecimento pode ser caracterizado como um processo natural, progressivo e multidimensional, no qual possui um grande impacto na qualidade de vida do indivíduo e sua interação com a sociedade (FORMIGA et al., 2017).

Com o avanço da idade e o declínio gradual da capacidade funcional do sujeito, surgem patologias relacionadas a essa fase da vida, com destaque para as demências. A demência pode ser definida como um transtorno mental orgânico que pode ser adquirido ao longo da vida e que vai resultar na perda das habilidades intelectuais de severidade suficiente para interferir com o funcionamento social e/ou ocupacional do indivíduo. Ademais, é considerada uma disfunção que pode afetar a memória, personalidade, comportamento, atenção, relações espaciais, linguagem

e/ou outras funções executivas (BVS, 2019).

Segundo estimativas da Organização Mundial da Saúde, a demência afetou mais de 47 milhões de indivíduos no ano de 2015 e para o ano de 2030 estima-se que mais de 75 milhões de pessoas serão afetadas pela doença (OMS, 2015).

Com a evolução da doença, o idoso passa a depender de cuidado integral, cada vez mais complexo, com demanda de dedicação exclusiva de um cuidador. No entanto, na maioria das vezes, a família não se encontra preparada para absorver esta demanda de cuidados, a qual acaba gerando conflitos na estruturação familiar e, conseqüentemente, a institucionalização do idoso (MARINS et al., 2016).

As Instituições de Longa Permanência para Idosos (ILPI's) atendem às necessidades do idoso, como moradia, higiene, alimentação e acompanhamento médico e multiprofissional. Porém, muitas delas não conseguem suprir todas as necessidades biopsicossociais dos idosos residentes, sobretudo daqueles com demências, interferindo nas atividades sociais e afetando a qualidade de vida e o envelhecimento saudável destes idosos (LIMA et al., 2016).

As Oficinas Terapêuticas (OT) podem ser usadas como alternativa para atender as necessidades biopsicossociais de idosos institucionalizados, pois esta modalidade de intervenção constitui-se em um espaço de elaboração da vida pessoal e coletiva, de reflexão e mudança, atuando como uma ferramenta de ressocialização e inserção individual e coletiva. Além disso, possibilita o desenvolvimento de atividades que estimulam as emoções, a confiança, a criatividade, novas habilidades e a afirmação e o fortalecimento da identidade através de uma lógica de respeito à diversidade e à subjetividade do ser humano (RABELO & NERY, 2013; IPIAPINA et al., 2017).

Quando realizadas de maneira adequada, as OT trazem diversos benefícios para os idosos institucionalizados, pois minimizam sinais de dependência funcional (SILVA et al., 2016). Além disso, as OT são uma abordagem alternativa não farmacológica, para estimulação cognitiva em idosos portadores de demências, que associadas ao tratamento medicamentoso podem auxiliar na estabilização ou resultar até mesmo em leve melhora dos déficits cognitivos e funcionais (CRUZ et al., 2015). Santos e Côrte (2016) evidenciam trabalhos que avaliam o estado cognitivo de idosos com doença de Alzheimer (DA) através da realização de OT de reabilitação cognitiva, para obter a preservação da funcionalidade e do autocuidado do idoso com demência, obtendo resultados significativos.

Neste contexto, tendo em vista o crescente envelhecimento populacional e os desafios enfrentados pela pessoa idosa no âmbito institucional, foi desenvolvido um projeto de extensão, vinculado a Universidade Federal de São João Del Rei - Campus Centro-Oeste (UFSJ/CCO) em parceria com a Universidade Estadual de Minas Gerais (UEMG/Unidade Divinópolis), com a finalidade de realizar atividades

para melhorar a qualidade de vida de idosos, sobretudo daqueles com demência, e cuidadores de duas ILPI's localizadas no município de Divinópolis, Minas Gerais/Brasil.

Neste sentido, este trabalho tem como objetivo relatar experiências vivenciadas por discentes de Enfermagem no desenvolvimento de oficinas terapêuticas no cuidado a idosos institucionalizados com demência.

MÉTODO

Trata-se de um estudo descritivo, com abordagem qualitativa, do tipo relato de experiência, elaborado por discentes dos cursos de graduação em Enfermagem da UFSJ/CCO e UEMG/Unidade Divinópolis acerca da execução de atividades extensionistas inerentes ao projeto de extensão intitulado “Promoção da Qualidade de Vida de Idosos Institucionalizados”. Este projeto foi desenvolvido no período de abril/2018 a março/2019, com o apoio financeiro da Pró-reitora de Extensão da UFSJ (PROEX/UFSJ).

As atividades foram realizadas por meio de Oficinas Terapêuticas com idosos institucionalizados que apresentavam algum tipo de demência e que residiam em duas ILPI's filantrópicas do município de Divinópolis-MG. Estas oficinas possuíam duração de duas horas cada e eram desenvolvidas em ambas instituições, com frequência semanal às sextas-feiras e mensal aos sábados. A equipe do projeto era composta por duas docentes e 22 discentes de Enfermagem, tanto da UFSJ/CCO quanto da UEMG/Unidade Divinópolis. Além disso, vale destacar, que as oficinas possuíam caráter lúdico e tiveram o intuito de promover a qualidade de vida dos idosos participantes.

Em relação à preparação e organização das atividades, anteriormente ao início das OT, os discentes foram capacitados sobre aspectos inerentes ao envelhecimento e sobre o manejo do cuidado de enfermagem ao idoso institucionalizado e com demência. Posteriormente, foi realizado o acolhimento nas ILPI's com os idosos residentes e seus cuidadores para criação de vínculos com a equipe do projeto, assim como para o conhecimento sobre a demanda de cuidado e atividades a serem abordadas nas oficinas.

Todas as OT foram previamente preparadas, sendo pautadas em conhecimento teórico-científico, baseado na literatura disponível e aplicado de forma lúdica e atrativa para alcançar os objetivos propostos, sendo realizadas em um espaço aberto e iluminado. Os materiais utilizados foram adquiridos por meio de doações e/ou recursos da própria equipe executora do projeto. Estes materiais consistiram em papéis diversos, tintas, pincéis, aparelho de som, dentre outros.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

As instituições abrigavam um total de 118 residentes, dentre eles a maioria do sexo feminino, com faixa etária entre 60 a 100 anos de idade. Grande parte dos idosos de ambas ILPI's residiam em enfermarias e eram dependentes para a realização das atividades de vida diária (AVD), sendo que destes, 61 são os idosos acometidos por algum tipo de demência.

Antes de iniciar as OT, foram realizadas diversas visitas à ILPI, em que a equipe do projeto participou do acolhimento com os idosos e seus cuidadores. Estes encontros promoveram a integração e socialização entre idosos, docentes, discentes e colaboradores das ILPI's. Acredita-se que por meio da atenção humanizada, pode-se formar relações interpessoais efetivas e estabelecer o vínculo e a responsabilidade compartilhada, possibilitando a adesão do idoso às atividades propostas pelo projeto (COSTA et al., 2016).

Ao longo do ano de execução do projeto foram realizadas ao todo 26 oficinas nas duas instituições. As OT abordaram temas inerentes ao estímulo da autoestima e autocuidado; estimulação psíquica, cognitiva e motora; educação em saúde; interação social e lazer, com vista na qualidade de vida e bem-estar dos idosos com demência na instituição. É importante ressaltar que cada um dos idosos participou de pelo menos uma oficina durante o ano do projeto.

Dentre as OT desenvolvidas destacaram-se aquelas que promoveram principalmente a estimulação psíquica, cognitiva e motora dos idosos com demência que participaram das atividades. Sendo elas: “Brincadeiras em roda”; “Bingo e Música”; “Arte de Colorir”; “Colorindo a vida”; “Jogo da Loteria”; “Dança e Alongamento”; “Baú de histórias” e “Celebrando o Natal”.

Devido à demência, todos os idosos que participaram das OT tinham algum comprometimento das suas funções cognitivas, o que afetava na sua dependência para as diversas atividades de vida diárias. De fato, as alterações cognitivas podem causar incapacidades e limitações distintas, as quais afetam a independência e autonomia do idoso (CARVALHAIS et al., 2019). Assim, o idoso com estas alterações vai perdendo a sua participação na sociedade e, como consequência, o aumento da solidão e a diminuição dos laços familiares, o que leva à institucionalização (REIS et al., 2019). Por estas e outras razões, é de extrema importância a promoção do envelhecimento ativo para a inserção do idoso no meio e na vida social, mesmo que tenha diversas limitações funcionais (REIS et al., 2019).

No idoso com demência, a estimulação cognitiva tem o objetivo de ativar as funções existentes para permitir que elas compensem as comprometidas. Objetiva-se com a estimulação cognitiva o resgate das funções comprometidas, o estímulo das áreas bloqueadas e o desenvolvimento de potenciais remanescentes do idoso.

As dinâmicas da estimulação cognitiva têm características lúdicas e o objetivo de estimular as funções cognitivas, além de fornecer suporte psicológico, dar informações pelo binômio educação-saúde e socializar o indivíduo (CHARIGLIONE et al., 2019).

Outro agravante que pode comprometer ainda mais a cognição e o comportamento dos idosos, sobretudo aqueles que já estão com algum tipo de demência, é o processo de institucionalização. Diversos estudos mostram que a institucionalização pode afetar negativamente a função cognitiva, tendo como resultado o sedentarismo ou a falta de estímulos conversacionais e físicos, ocasionando uma aceleração do envelhecimento e um prejuízo à autoestima do idoso, o que o desestimula ainda mais, acarretando um comprometimento ainda maior em um círculo vicioso (DE SOUZA MELO et al., 2019).

Diante desse contexto, o desenvolvimento das OT mencionadas se tornou uma alternativa para o manejo de cuidados aos idosos com alterações cognitivas no ambiente das ILPI's. Durante as atividades do projeto os discentes puderam perceber que é possível cuidar do idoso com demência por meio das OT.

As OT que foram realizadas durante o projeto que tiveram uma maior adesão e aceitação dos participantes foram as que envolveram jogos lúdicos de Bingo e de Loteria. Os discentes puderam perceber que esta atividade é muito popular entre as pessoas da terceira idade. E, que além de ser algo divertido, também podem proporcionar um fortalecimento da concentração, atenção e memória, estimulando o raciocínio e, sendo assim, jogar se torna uma excelente prática para manter a mente ativa (COSTA et.al., 2016).

O jogo do Bingo e da Loteria estimula a psicomotricidade, que é definida pela forma integrada das funções cognitivas, socioemocionais, simbólicas, psicolinguísticas e motoras, promovendo a capacidade de ser e agir num contexto psicossocial; desenvolve a capacidade de observação e concentração; aprimora rapidez de reação; estimula o raciocínio lógico; promove a integração social. Ademais, é importante para o desenvolvimento de atividades que estimulem e/ou mantenham os idosos ativos mentalmente, através de exercícios que envolvam a atenção, concentração, pensamento lógico e memória, baseado nas possibilidades físicas e mentais individuais (IMAGINÁRIO et al., 2017).

As atividades lúdicas vêm contribuir de forma fundamental para a melhoria da autoestima, bem como podem reduzir os fatores estressores, minimizando a ansiedade e a angústia presentes no cotidiano, pois esse tipo de atividade permite a expressão de sentimentos e a comunicação é favorecida por meio da formação de grupos. Além disso, ela pode promover vários benefícios, como trabalhar as emoções, desenvolver a afetividade, estimular a convivência e exercitar as funções psíquicas e cognitivas. É, portanto, uma importante ferramenta para preservar e

promover a saúde mental do idoso institucionalizado (GUIMARÃES et al., 2016).

Segundo Cyrino e colaboradores (2016), dentre as atividades que podem ser realizadas com os idosos institucionalizados estão os exercícios de memorização pela leitura, dança e jogos; bem como, atividades manuais de interesse (instrumentos musicais, pintura, desenho) e rodas de conversa sobre diferentes assuntos que retomem aprendizados adquiridos ao longo da vida.

Outra atividade que provocou bastante satisfação dos idosos foi à oficina “Dança e Alongamento”, a qual foi utilizada como um recurso alternativo para a comunicação não verbal entre os participantes, além da estimulação motora. Essa expressão pode trazer lembranças para os idosos em terapia, possibilitando a descoberta de habilidades e uma maior sensação de autonomia e promovendo um sentimento de autoestima (BATISTA, 2015). Com a criação de ambientes diversificados e dinâmicos para o desenvolvimento de OT, há uma estimulação na autonomia e interação social dos idosos, proporcionando uma melhoria na saúde física e principalmente cognitiva (COSTA et al., 2016).

Atividades de dança e alongamento podem também estimular a psicomotricidade, a qual considera o psíquico e o afeto, trabalhando com o indivíduo diversas vertentes, exercitando a mediação corporal, expressiva e lúdica ao mesmo tempo que estimula o potencial motor, afetivo, relacional e cognitivo. Sua área de estudo abrange o esquema de imagem corporal, equilíbrio e coordenação, envolvendo a estimulação dos sentimentos de autoestima e competência (SILVA et al., 2019).

Em relação à OT que envolveu contação de histórias, os discentes puderam perceber que os idosos com demência demonstraram total interesse na oficina. Dessa forma, foi observado que eles ficaram atentos no que era contado, vivenciando e relembando histórias adormecidas de forma a interagir com a mesma. O ato de contar histórias é uma das técnicas mais ancestrais da humanidade, criadas antes mesmo da escrita. Com ela é possível estimular a imaginação, o prazer e o encanto (FARIA et al., 2017). A contação de histórias, além disso, consegue aguçar a memória dos idosos e realizar um estímulo cognitivo, possibilitando a comunicação e interação social (COSTA et al., 2016).

As atividades em roda podem ser consideradas um espaço de estimulação a sociabilização. Quando se coloca cantigas de roda nesse espaço, ele se torna um local mais favorável e, conseqüentemente, traz estímulos que atuam na melhora da pronúncia verbal. Desta forma, a música pode atuar como uma forma de reabilitação cognitiva, ou seja, o indivíduo pode desenvolver algumas habilidades novas como forma de compensar alguns déficits existentes (SILVA et al., 2016).

Outra abordagem que as oficinas encontraram para conseguir atingir os idosos com demência foi a estimulação sensitiva através de atividades com artes, por

meio das oficinas denominadas de “Arte de colorir”, “Colorindo a vida” e “Celebrando o natal”. Todas estas podem ser enquadradas como Arteterapia, termo utilizado para descrever atividades com cunho terapêutico, por meio de expressões artísticas ou de representações plásticas, como pintura e desenhos (DIAS, 2016).

Com os princípios “processo criativo” e “expressão artística”, a Arteterapia se baseia em ajudar as pessoas a resolverem conflitos, desenvolver habilidades interpessoais, melhorar a autoestima e ter uma consciência lúcida de si mesmo. A atividade vem ganhando cada vez mais espaço, e quando o assunto é demência, vem sendo utilizado para promover saúde, qualidade de vida, prevenção de agravos e reinserção do indivíduo na sociedade (FERNANDES, 2017; BARREIRO, 2017).

A demência apresenta um conjunto de sintomas comportamentais e psicológicos onde a Arteterapia consegue atuar, gerando benefícios relacionados ao humor, a estimulação da memória e o compartilhamento de vivências e valores. As estratégias terapêuticas presentes na Arteterapia podem melhorar de modo significativo os níveis de depressão, percepção e qualidade de vida de pessoas afetadas com Alzheimer e Demências, podendo retardar o progresso da deterioração cognitiva (DOMINGUES, 2017).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

As OT se mostraram importantes alternativas para atender a demanda de cuidado ao idoso institucionalizado com demência, no que diz respeito ao desenvolvimento de atividades que possam favorecer a estimulação psíquica, cognitiva, motora, sensorial e emocional, bem como a interação social. Os discentes de enfermagem puderam vivenciar na prática o manejo do cuidado à pessoa idosa com limitações funcionais, sobretudo com alterações cognitivas, no âmbito institucional.

Ademais, ao realizar as OT com os idosos com demência, os discentes de enfermagem puderam perceber não somente as limitações físicas e cognitivas, mas também a singularidade dos sentimentos, emoções e história de cada idoso. Despertando entre os discentes sentimentos de resiliência, empatia e compaixão no ato de cuidado ao idoso com demência. Assim, os futuros profissionais enfermeiros puderam perceber que cada idoso tem um potencial para expressar sua motricidade, cognição e emoção, mesmo com as diversas limitações existentes.

Diante da importância deste contexto, durante o desenvolvimento das OT foi observado pelos discentes o quanto se faz necessário desenvolver ações que atendam às necessidades advindas do processo de envelhecimento, sobretudo da pessoa idosa com algum processo de demência já iniciado. Dentre estas ações, as atividades lúdicas destacam-se como importantes estratégias de cuidado em

saúde a serem utilizadas pelos profissionais de enfermagem, de modo a promover um envelhecimento bem-sucedido ou minimizar os danos advindos de alterações inerentes ao envelhecimento, bem como favorecer alternativas para a difícil demanda de cuidados de idosos dependentes e com demência e, consequentemente, possibilitar a qualidade de vida dos idosos institucionalizados.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA, Milena Cristina da Silva; GOMES, Camila de Moraes Santos; NASCIMENTO, Luiz Fernando Costa. Spatial distribution of deaths due to Alzheimer's disease in the state of São Paulo, Brazil. **São Paulo Medical Journal**, São Paulo, v. 132, n. 4, p. 199-204, 2014.

BARREIROS FLORES, Ángel Nicolay. **Eficacia del arteterapia como vía terapéutica para el mantenimiento de la grafomotricidad, pinza fina y oculomotricidad en los adultos mayores de 65 años con demencia tipo Alzheimer en su etapa inicial y moderada de la Fundación Trascender con Amor, Servicio y Excelencia (TASE), en el período abril-septiembre 2018.** (TRABAJO DE TITULACIÓN PREVIO A LA OBTENCIÓN DEL GRADO DE LICENCIADO EN TERAPIA OCUPACIONAL)-Universidad Central Del Ecuador, Quito, 2018.

BRASIL. Ministério da saúde. Ministério recomenda: é preciso envelhecer com saúde; 2016. Disponível em: <https://www.saude.gov.br/noticias/agencia-saude/25924-ministerio-recomenda-e-preciso-envelhecer-com-saude>. Acesso em: 28/08/2020.

CARVALHAIS, Maribel et al. Efeitos de um programa de estimulação cognitiva no funcionamento cognitivo de idosos institucionalizados. **Revista de Investigação & Inovação em Saúde**, v. 2, n. 2, p. 19-28, 2019.

CHARIGLIONE, Isabelle Patricia Freitas Soares; DA SILVA, Henrique Salmazo; VALE, Alliny Michelly Santos. Memória autobiográfica: Uma proposta de estimulação mnêmica em idosos. *Revista Psicologia-Teoria e Prática*, v. 21, n. 2, 2019. COLOMÉI, Isabel Cristina dos Santos, et al. Cuidar de idosos institucionalizados: características e dificuldades dos cuidadores. **Revista Eletrônica de enfermagem**, v.13, v.2, 2011.

COSTA, Iluska Pinto da; COSTA, Stéphyne Pereira da; PIMENTA, Cláudia Jeane Lopes; LIMA, Rubens Félix de; BRITO, Maria José Menezes. A importância das atividades lúdicas para a saúde mental do idoso institucionalizado: um relato de experiência. **Editora realize**, 2016.

COSTA, Nadia Pinheiro da; POLARO, Sandra Helena Isse; VAHL, Eloá Aparecida Caliar; GONÇALVES, Lucia Hisako Takase. Contação de história: tecnologia cuidativa na educação permanente para o envelhecimento ativo. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v.69, n.6, p.1132-1139, Dec. 2016.

CRUZ, Thiara Joanna Peçanha da; SA, Selma Petra Chaves; LINDOLPHO, Mirian da Costa; CALDAS, Célia Pereira. Estimulação cognitiva para idoso com Doença de Alzheimer realizada pelo cuidador. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v.68, n.3, p.510-516, 2015.

CYRINO, Renata Souza; DA SILVA, Lorryne Emanuela Duarte; DE SOUZA, Marise Ramos; BORGES, Cristiane José; PEREIRA, Lara Thaianne Souza. Revista Ciência em Atividades lúdicas como estratégia de educação em saúde com idosos. **Revista Ciência em Extensão**, v. 12, n. 3, p. 154-163, 2016.

DE SOUZA MELO, Gabriela ; CAROLINA CANEDO CAMPOS , Camila; GRIFFO GONÇALVES, Larissa; LOPES DORNELAS DE CARVALHO, Vitória. Perfil de alteração cognitiva em idosos institucionalizados no asilo Pastor Geraldo Sales, Caratinga-MG. Anais do Seminário Científico do UNIFACIG, n. 5, 2019.

DIAS, Daniela Filipa Machado. **Intervenção psicomotora no envelhecimento: Casa dos Professores em Carcavelos**. (Mestrado em Reabilitação Psicomotora)- Universidade Técnica de Lisboa, Carcavelos, 2016.

DOMÍNGUEZ TOSCANO, Pilar M^a; BENTICUAGA, Juan Román; MONTERO DOMÍNGUEZ, Aire . Arteterapia para enfermos con alzhéimer. **Servicio de Publicaciones de la Universidad de Huelva**, 2018.

DOMÍNGUEZ TOSCANO, Pilar M.; ROMÁN-BENTICUAGA, Juan R.; DEL AIRE MONTERO-DOMÍNGUEZ, M. Evaluación del efecto de un programa de arteterapia aplicado a personas con enfermedad de Alzhéimer u otras demencias seniles. **Arte, Individuo y Sociedad**, v. 29, n. 3, p. 255-278, 2017.

FARIA, Ingrid Graciele de; FLAVIANO, Sebastiana de Lourdes Lopes; GUIMARÃES, Maria Severina Batista; FALEIRO, Wender. A influência da contação de histórias na Educação Infantil. **Mediação**, Pires do Rio - GO, v.12, n.1, p.30-48, jan.- dez. 2017.

FERNANDES, Patricia Filipa Pinto. **A noção corporal do geronte com demência**. (Tese de Doutorado)- Universidade de Lisboa, Portugal, 2017.

FORMIGA, Laura Maria Feitosa; OLIVEIRA, Edina Araújo Rodrigues; BORGES, Elaine Moura; SANTOS, Karla Nayana Carvalho; ARAÚJO, Ana Klisse Silva; FORMIGA, Ronaldo César Feitosa. Envelhecimento ativo: **Revisão integrativa. Revista interdisciplinar ciências e saúde- RICS**, v4, n. 2, 2017

GUIMARAES, Andréa Carmen; DUTRA, Nathália dos Santos; SILVA, Geise Luziane de Sousa; SILVA, Marcos Vieira; MAIA, Brisa D'Louar Costa. Atividades grupais com idosos institucionalizados: exercícios físicos funcionais e lúdicos em ação transdisciplinar. **Pesquisa e práticas psicossociais**, São João del-Rei ,v.11, n.2, p.443-452, dez. 2016.

IBIAPINA, Aline Raquel de Sousa; MONTEIRO, Claudete Ferreira de Souza; ALENCAR, Delmo de Carvalho; FERNANDES, Márcia Astrês; FILHO, Antonio Alberto Ibiapina Costa. Therapeutic Workshops and social changes in people with mental disorders. **Escola Anna Nery**, Rio de Janeiro, v.21, n.3, 2017.

Imaginarío, C., Machado, P., Rocha, M., Antunes, C. & Matins, T. (2017). Atividades de vida diária como preditores do estado cognitivo em idoso institucionalizados. **Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental**, 18, 37-43.

LIMA, Ana Priscila Marques; GOMES, Karen Virgínia Lopes; FROTA, Natasha Marques; PEREIRA, Francisco Gilberto Fernandes. Qualidade de vida sob a óptica da pessoa idosa institucionalizada. **Revista Brasileira em Promoção da Saúde**, v. 29, n. 1, p. 14-19, jan-mar, 2016.

MARINS, Aline Miranda da Fonseca; HANSEL, Cristina Gonçalves; DA SILVA, Jaqueline. Mudanças de comportamento em idosos com Doença de Alzheimer e sobrecarga para o cuidador. **Escola Anna Nery**, v. 20, n. 2, p. 352-356, 2016.

Organización Mundial de la Salud (OMS). Informe mundial sobre o envejecimiento y la salud. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2015. Disponível em: <https://www.who.int/ageing/publications/world-report-2015/es/>. Acesso em: 18 ago. 2020.

RABELO, Dóris Firmino; NERY, Anita Liberasso. Intervenções psicossociais com grupos de idosos. **Revista Kairós: Gerontologia**, v.16, n.4, p.43-63, dez. 2013. Disponível em: <http://ken.pucsp.br/kairos/article/view/20022/14897>. Acesso em: 21 jul. 2019.

REIS, Rogério Donizeti; NAVES DIAS, Ewerton; BATISTA, Marcos Antônio; DA SILVA, José Vitor. Cuidar de idosos com doença de Parkinson: sentimentos vivenciados pelo cuidador familiar. **Enfermagem em Foco**, v. 10, n. 5, 2019.

SANTOS, Bruna Suelem Mendes dos; CÔRTE, Beltrina. O que se vem publicando sobre idosos com Doença de Alzheimer?. **Revista portal de Divulgação**, n.50, Ano VII – Set/Out/Nov - 2016, ISSN 2178-3454. Disponível em: <http://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:CFLlscFVglAJ:revistalongeviver.com.br/index.php/revistaportal/article/download/631/697+&cd=2&hl=en&ct=clnk&gl=BR>. Acesso em: 18 ago. 2020.

SILVA, Mariluce Rodrigues da.; SANTOS, Natália Prates Vieira; SANTOS, Rafaela Almeida; CUNHA, Genilton Rodrigues; TORRES, Lilian Machado. Os benefícios das oficinas terapêuticas na percepção do idoso institucionalizado. **Revista investigação Qualitativa em Saúde**. Vol.2. Belo Horizonte, 2016. DOI: 10.5020/18061230.2016.sup.p76

SILVA, Lourenny Elohenny F. da. Cantigas de roda e sua contribuição para o fortalecimento das identidades culturais nas comunidades camponesas. Jataí- GO: **Novas Epistemes e Narrativas Contemporâneas**. p.27-29, Set.2016. Disponível em: http://www.congressohistoriajatai.org/2016/resources/anais/6/1477965453_ARQUIVO_CompletoJatai.pdf. Acesso em: 18 ago. 2020

SILVA, Rodrigo Morais. **Intervenção gerontopsicomotora em idosos institucionalizados**. 2019. 98 p. Tese de mestrado (Mestrado em psicomotricidade) - Universidade de Évora, [S. l.], 2019. Disponível em: <http://dspace.uevora.pt/rdpc/handle/10174/25369>. Acesso em: 30 ago. 2020

CAPÍTULO 12

O PAPEL DO PROFISSIONAL ENFERMEIRO NO GERENCIAMENTO DAS UNIDADES DE TERAPIA INTENSIVA: UMA REVISÃO INTEGRATIVA

Data de aceite: 01/12/2020

Fernanda Luiza Soares Ramos

<http://lattes.cnpq.br/2041269833807281>

RESUMO: Este estudo teve como objetivo principal identificar o papel do profissional enfermeiro no gerenciamento das Unidades de Terapia Intensiva. Trata-se de uma pesquisa de revisão integrativa. Utilizaram-se três bases de dados para que fossem realizadas as buscas dos artigos as quais foram: BDENF, LILACS e MEDLINE, no período de 2012 a 2017. Os estudos analisados revelam que a incidência da SB entre os profissionais de enfermagem, afeta em sua maioria as mulheres, que por sua vez, precisam administrar sua vida pessoal e profissional, e são levadas ao desgaste físico/emocional, facilmente.

PALAVRAS-CHAVE: Enfermagem; Unidade de Terapia Intensiva; Gerenciamento da Prática Profissional; Administração de Serviços de Saúde; Gestão em Saúde.

ABSTRACT: This study aimed to identify the role of the nurse professional in the management of Intensive Care Units. It is an integrative review research. Three databases were used to search the articles, which were: BDENF, LILACS and MEDLINE, in the period from 2012 to 2017. The studies analyzed reveal that the incidence of SB among nursing professionals affects in their Most women, who in turn, need to manage their personal and professional lives, and are brought

to physical / emotional wear easily..

KEYWORDS: Nursing; Intensive care unit; Management of Professional Practice; Administration of Health Services; Health Management.

INTRODUÇÃO

Cenedési 2012, no trás que a enfermagem, em seus diversos cenários de atuação, busca seu verdadeiro papel na sociedade, tema amplo de discussão no contexto da qualidade do cuidado prestado. A compreensão de suas funções nas diferentes áreas permite o esclarecimento desse papel e, por conseguinte, das contribuições do enfermeiro para o cuidado de qualidade.

A temática “competência profissional” tem se constituído, ao longo dos anos, foco de atenção dos enfermeiros, bem como dos administradores dos serviços de saúde, pois o pessoal de enfermagem representa, em termos quantitativos, parcela significativa dos recursos humanos alocados nessas instituições, especialmente nos Hospitais (CAMELO, 2012).

Embora prevaleça o trabalho fragmentado, é função do enfermeiro coordenar, realizar e avaliar as atividades da enfermagem, bem como implementar e utilizar o processo de enfermagem para prescrever os cuidados a serem executados. Ou seja, deste profissional espera-se que saiba planejar, organizar e avaliar

o trabalho da equipe de enfermagem (MARTINS et. al, 2013).

O enfermeiro desempenha cinco funções essenciais no contexto das práticas em saúde: cuidar, educar, coordenar, colaborar e supervisionar. Tais funções, em muitos ambientes de trabalho, são desenvolvidas de forma integrada e concomitante. Contudo, ora são mais centradas em uma, ora em outra, ora em todas elas, ou seja, não se dissociam (CENEDÉSI et. al, 2012).

Uma unidade de terapia intensiva é criada com a finalidade de atender pacientes complexos e com risco iminente de morte, seus profissionais devem possuir conhecimentos e habilidades específicas, diferenciadas, que saibam atuar dentro de suas funções, desde a Assistência de enfermagem até o gerenciamento do setor e da equipe envolvida.

No processo de trabalho da enfermagem em unidades hospitalares, os enfermeiros têm assumido os cuidados com os pacientes mais graves, além das atividades de organização e coordenação dos serviços, desenvolvendo, de forma compartilhada, as atividades assistenciais e gerenciais (CAMELO, 2012).

METODOLOGIA

Trata-se de uma pesquisa de revisão integrativa, onde a mesma é conceituada como um método que objetiva a realização de uma avaliação crítica juntamente com a síntese de determinado assunto, sendo a composição fundamental no processo investigativo (MENDES et al., 2008).

Para o desenvolvimento desta revisão integrativa percorreu-se seis etapas, as quais foram: a primeira etapa: identificação do tema para que se fosse desenvolvido a revisão integrativa e a seleção das hipóteses; segunda etapa: estabelecimento dos critérios referentes à inclusão e exclusão dos artigos, através de buscas na literatura; terceira etapa: relaciona-se na realização da categorização e análise dos estudos; quarta etapa: avalia os estudos que se referem à revisão integrativa; quinta etapa: apresentação e discussão dos resultados; sexta etapa: 6ª etapa: demonstração e apresentação do artigo (BOTELHO et al., 2011). Utilizaram-se três bases de dados para que fossem realizadas as buscas dos artigos as quais foram: Banco de Dados em Enfermagem (BDENF), Literatura latino-americana e do caribe em ciências da saúde (LILACS), e MEDLINE, no período de 2012 A 2017. Foram utilizados os seguintes descritores de acordo com os Decs - Descritores em Ciências da Saúde: “Enfermagem”; “Unidade de Terapia Intensiva”; “Gerenciamento da Prática Profissional”; “Administração de Serviços de Saúde”; “Gestão em Saúde”. Foram utilizadas as seguintes estratégias de busca: (Enfermagem) AND (Gestão em Saúde) AND (Gerenciamento da Prática Profissional) AND (Administração de Serviços de Saúde); (Enfermagem) AND (Unidade de Terapia Intensiva) AND

(Gerenciamento da Prática Profissional) e (Enfermagem) AND (Gerenciamento da Prática Profissional) AND (Gestão em Saúde) AND (Unidade de Terapia Intensiva). Como critérios de inclusão utilizaram-se: artigos publicados entre 2012 a 2017, no idioma português e que tivessem relação com a temática escolhida. Os critérios de exclusão relacionaram-se a não utilização de artigos que não estava disponível na íntegra e teses. Os sistemas de classificação de evidências possui delineamento por forma hierárquica, dependendo do desenvolvimento metodológico que lhe será utilizado para desenvolver o estudo. Classifica-se em sete níveis a qualidade das evidências, as quais são: 1- as evidências são desenvolvidas de modo rotineiro por meio de revisões sistemáticas ou metanálise, através de diretrizes clínicas e ensaios clínicos randomizados controlados; 2- evidência originada de pelo menos um ensaio clínico randomizado; 3- evidências obtidas de ensaios clínicos sem serem randomizados; 4- evidências oriundas de estudos caso-controle e coorte delineados; 5- evidências de origem de ensaios revisões sistemáticas de estudos qualitativos e descritivos; 6- evidência obtidas de um estudo qualitativo ou descritivo; 7- evidências originadas de relatórios originários de comitê de especialistas (GALVÃO, 2006).

ESTRATÉGIA DE BUSCA	BASE DE DADOS	TOTAL DE ARTIGOS ENCONTRADOS	APÓS LEITURA		
			APÓS A LEITURA DO TÍTULO	APÓS A LEITURA DO RESUMO	APÓS A LEITURA DO ARTIGO NA ÍNTEGRA
(ENFERMAGEM) AND (GESTÃO EM SAÚDE) AND (GERENCIAMENTO DA PRÁTICA PROFISSIONAL) AND (ADMINISTRAÇÃO DE SERVIÇOS DE SAÚDE)	MEDLINE	40	0	0	0
	LILACS	5	4	4	4
	BDENF	5	1	1	1
(ENFERMAGEM) AND (UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA) AND (GERENCIAMENTO DA PRÁTICA PROFISSIONAL)	MEDLINE	22	0	0	0
	LILACS	5	3	3	3
	BDENF	5	2	2	2
(ENFERMAGEM) AND (GERENCIAMENTO DA PRÁTICA PROFISSIONAL) AND (GESTÃO EM SAÚDE) AND (UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA)	MEDLINE	3	0	0	0
	LILACS	1	1	1	1
	BDENF	2	1	1	1
Total					12
Total sem repetições					7

Tabela 1- Síntese da Estratégia de Busca, 2017.

RESULTADOS

TÍTULO DO ARTIGO	ANO DE PUBLICAÇÃO	PERIÓDICO	MÉTODO APLICADO	NÍVEL DE EVIDÊNCIA CIENTÍFICA	DESFECHO
Análise da atuação das enfermeiras em um modelo de unidades gerenciais	2014	SEMINA: CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE	Estudo Descritivo Qualitativo	VI	Identificar os espaços de atuação das enfermeiras após a implantação do modelo de Unidades Gerenciais em uma instituição hospitalar de ensino de grande porte e alta complexidade, da região sul do Brasil.
Competência profissional do enfermeiro para atuar em Unidades de Terapia Intensiva: uma revisão integrativa.	2012	REVISTA LATINO AMERICANA DE ENFERMAGEM	Revisão Integrativa	VI	Analisar as competências profissionais dos enfermeiros em Unidades de Terapia Intensiva (UTI).
Concepções de enfermeiros de um hospital universitário público sobre o relatório assistencial de custos.	2012	VER. ESC. ENFERM. USP	Estudo Descritivo Qualitativo	VI	Objetivou compreender as concepções de enfermeiros de um hospital universitário público sobre o relatório gerencial de custos.
Funções desempenhadas pelo enfermeiro em Unidade de Terapia Intensiva	2012	RENE	Estudo Exploratório Descritivo	VI	Identificar as funções desempenhadas pelo enfermeiro em Unidade de Terapia Intensiva, seguindo o referencial teórico canadense de funções do enfermeiro (cuidar, educar, coordenar, colaborar e supervisionar).
Opinião de egressos sobre o curso de residência em gerência dos serviços de enfermagem.	2014	SEMINA: CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE	Estudo Descritivo	VI	verificar a opinião de egressos sobre a residência em Gerência dos Serviços de Enfermagem da Universidade Estadual de Londrina, identificando o quanto a prática em serviço aliada a competências propostas e desenvolvidas durante o curso ampliaram a visão dos enfermeiros no gerenciamento das unidades onde atuam

Significados do gerenciamento de unidade de terapia intensiva para o enfermeiro.	2013	REV. GAÚCHA DE ENFERMAGEM	Estudo Descritivo Qualitativo	VI	Compreender o significado de ser enfermeiro em função gerencial em unidades de terapia intensiva e os sentimentos advindos desta função.
Vivência gerencial de acadêmicos de enfermagem: em pauta a sistematização da assistência de enfermagem.	2012	REV ENFERM UFSM	Relato de Experiência	VI	descrever a experiência de um grupo de acadêmicas de enfermagem em estágio de Administração em Enfermagem ao propor um processo de mudança na realização da Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE).

QUADRO SÍNTESE DOS ARTIGOS INCLuíDOS NA REVISÃO INTEGRATIVA

DISCUSSÕES

Historicamente, na saúde e na enfermagem, os processos de cuidar e de administrar quase não se tocam correndo de forma paralela nas instituições hospitalares. Tendo em vista a evolução da profissão podemos perceber que tal ideia foi superada, sendo visível a aliança entre a dimensão assistencial e gerencial de enfermagem, as quais são realidades de forma complementar, sendo ambos essenciais para a realização do cuidado de enfermagem (CECHINEL, 2012).

No trabalho da enfermagem, é possível apreender duas orientações gerais para as atividades desenvolvidas: a primeira diz respeito ao cuidado, à assistência direta, a segunda relaciona-se com a organização do serviço de enfermagem e da saúde como um todo (OLIVEIRA, 2012).

Santos, citado por Magnabosco 2015, nos trás que o enfermeiro ao assumir a liderança de equipe que presta assistência aos usuários nos serviços de saúde necessita adquirir, desenvolver e aperfeiçoar competências gerenciais. Na maioria das vezes, busca complementar e qualificar a formação obtida na graduação por meio de cursos *latu e stricto sensu*.

No processo de trabalho é responsabilidade do enfermeiro organizar o serviço de maneira a atender o usuário, os trabalhadores de saúde e a instituição. Para ele é uma realidade ter que mediar o trabalho na enfermagem e na saúde. O trabalho em equipe é um instrumento básico para o enfermeiro (MARTINS, 2013).

O procedimento técnico atrelado ao planejamento de ações, garante ao paciente o cuidado de que ele necessita, pois, ao planejar, o profissional enfermeiro determina os objetivos a serem alcançados para promover assistência de

enfermagem de forma a adequar-se às necessidades dos pacientes (HAUSMANN; PEDUZZI, 2009 citado por SEGUI, 2014).

Desde 1986, o planejamento da assistência é imposição legal e, reforçando a importância e necessidade de se planejar a assistência de enfermagem, a Resolução COFEN nº272/2002 dispõe que a implantação da Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) deve ocorrer em toda instituição de saúde, pública e privada, e que as ações privativas do enfermeiro são a implantação, planejamento, organização, execução e avaliação do processo de enfermagem (CAMELO, 2012).

Oliveira, 2012, revela em seu estudo que ao considerar que o cuidado é a marca e o núcleo do processo de trabalho da enfermagem, entende-se que as atividades gerenciais do enfermeiro deveriam ter como finalidade a qualidade do cuidado, de modo que a cisão entre a dimensão assistencial e gerencial compromete essa qualidade e gera conflitos no trabalho do enfermeiro.

Entretanto verifica-se que os debates desenvolvidos na área da saúde sobre a temática gerencial têm apontado a necessidade de realizar mudanças no modo de trabalhar em gerência, em todos os níveis das organizações de saúde. Esse processo precisa ser estimulado, tanto nas instituições de saúde, como nos programas de graduação numa tentativa de transformar os modelos tradicionais de ensino e práticas de gestão (OLIVEIRA, 2012).

Em um estudo realizado por Camelo, 2012, pôde-se verificar que o enfermeiro de UTI deve possuir diversas competências, dentre elas estão o “gerenciamento do cuidado de enfermagem”, a “tomada de decisão”, a “liderança em enfermagem”, a comunicação”, a busca constante pela “educação continuada/permanente”, bem como, também, o “gerenciamento de recursos humanos e materiais”.

O mesmo autor, ainda nos revela que a liderança é considerada como uma das principais competências a serem desenvolvidas pelos profissionais de saúde nos dias atuais, pois envolve compromisso, responsabilidade, empatia, habilidade para tomada de decisões, comunicação e gerenciamento de forma efetiva e eficaz.

Em sua pesquisa, Martins, 2013, nos diz que compete ao enfermeiro de UTIs avaliar o paciente, planejar a assistência, executar procedimentos mais complexos, supervisionar os cuidados, bem como ser o responsável por tarefas burocráticas e administrativas, ou seja, o enfermeiro é responsável não só pela coordenação ou gerência da assistência, mas também por atividades administrativas.

Durante a análise dos artigos selecionados, ainda foi possível observar no estudo realizado por Cenedési et.al, 2012, que dentro da Unidade de Terapia Intensiva, o profissional enfermeiro desenvolve diversas funções, dentre elas estão cuidar, educar, coordenar, colaborar e supervisionar.

Dentro da função coordenar, podemos citar algumas atribuições inerentes ao profissional enfermeiro dentro da UTI, como por exemplo: elaboração da escala

mensal dos funcionários de enfermagem; elaboração da escala diária de atividades; solicitação do serviço de conserto de materiais; providência de etiquetas de identificação do paciente; providência de materiais e medicações para assistência; devolução de materiais para a farmácia; liberação de materiais controlados pela farmácia; organização da unidade; reposição de materiais no posto de enfermagem; acesso aos serviços de central de materiais e radiologia; checagem dos leitos; entrada de pacientes no serviço; alta hospitalar; liberação de corpo em caso de óbito, além da coordenação clínica do setor, que envolve desde a passagem de plantão entre enfermeiros até solicitação da intervenção de outros profissionais, quando necessário (CENEDÉSI et. al, 2012).

Conforme exposto, as atividades realizadas pelos enfermeiros da UTI enquadram-se fidedignamente neste conceito de coordenação. Na coordenação funcional o enfermeiro desenvolve as atividades em busca de promover a organização do setor e facilitar a integração entre os diversos serviços prestados pela instituição.

A enfermagem desempenha um papel importante na coordenação do ambiente hospitalar, visto que possui como função a integração entre os profissionais e os setores visando um atendimento integral e de qualidade (CENEDÉSI et. al, 2012).

Sendo assim, pode-se afirmar que gerenciar a assistência compreende interligá-la aos fins da enfermagem, utilizá-la como instrumento capaz de auxiliar no desenvolvimento da enfermagem e no planejamento de suas tarefas. O enfermeiro deverá aplicar a criatividade para a tomada de decisões, para adequar os recursos materiais e humanos com a finalidade da execução de uma assistência planejada e com qualidade.

Face ao exposto, é importante pensar na responsabilidade dos cursos de graduação, em favorecer um aprofundamento da questão gerencial como uma das atribuições do enfermeiro na liderança de uma equipe de trabalho, o que exige um conhecimento adequado, muitas vezes não priorizado durante a formação, e, também posteriormente, como profissional (OLIVEIRA, 2012).

CONCLUSÃO

Após a realização da presente pesquisa, acredita-se que há necessidade de provocar reflexões nos enfermeiros que atuam em UTIs, bem como, também, dos gestores desses serviços e futuros profissionais quanto à implementação de competências para atuar nesse setor, pois fica claro que muito precisa ser pesquisado, considerando que são inúmeros as diretrizes que envolvem essa temática.

A enfermagem tem que ter uma visão mais ampla do que é a assistência,

visando não apenas um ponto específico, mas todo o aglomerado de necessidades do meio em que estar atuando. Com tudo, pode-se perceber que é uma profissão que coordena um setor, onde ele organiza e passar as tarefas, faz a ponte entre os outros profissionais, visando sempre um atendimento de qualidade e bons relacionamentos.

Um ponto que deve ser debatido é a falta de conhecimento desses profissionais quanto a parte de gestão, eles muitas vezes não são habilitados a tais tarefas ou até mesmo não tem conhecimento científico sobre, sendo assim dificulta o atendimento de qualidade. Tem-se como primordial o bem estar do paciente, mas para que isso ocorra a equipe tem que estar interagindo entre si e fazendo o possível para o melhor andamento na UTI, sendo assim esses profissionais precisam de um amplo conhecimento sobre tudo.

REFERÊNCIAS

BOTELHO, L.L R; CUNHA, C.C. A; MACEDO, M. **O método da revisão integrativa nos estudos organizacionais.** Gestão e sociedade · Belo horizonte. v. 5 · n. 11 · p. 121-136, mai./ago. 2011.

CAMELO, S. H. H. **Competência profissional do enfermeiro para atuar em Unidades de Terapia Intensiva: uma revisão integrativa.** Revista Latino Americana de Enfermagem. Ribeirão Preto. v. 20, n. 1, p. 01-09, jan./dez. 2012.

CECHINEL, C; CAMINHA, M. E. P; BECKER, D; LANZONI, G. M. M; ERDMANN, A. L. **Vivência gerencial de acadêmicos de enfermagem: em pauta a sistematização da assistência de enfermagem.** Revista de Enfermagem da UFSM. Santa Maria. v. 2, n. 1, p. 190-197, jan./abr. 2012.

CENEDÉSI, M. G; BERNARDINO, E; LACERDA, M. R; DALLAIRE, C; LIMA, K. **Funções Desempenhadas pelo Enfermeiro em Unidade de Terapia Intensiva.** Revista RENE. Curitiba, v. 13, n. 1, p. 92-102, jul./jan. 2012.

GALVÃO, C. M. Níveis de evidência. Acta Paulista de Enfermagem, 2006.

MAGNABOSCO, G; HADDAD, M. C. L; VANNUCH, M. T.O; ROSSANEIS, M. A; SILVA, L. G. C. **Opinião de egressos sobre o curso de residência em gerência dos serviços de enfermagem.** Semina: Ciências Biológicas e da Saúde. Londrina. v. 36, n. 1, p. 73-80, jul./jan. 2014.

MARTINS, J. T; ROBAZZI, M. L. C. C; MARZIALE, M. H. P; GARANHANI, M. L; HADDAD, M. C. L. **Significados do gerenciamento de unidade de terapia intensiva para o enfermeiro.** Revista Gaúcha de Enfermagem. Porto Alegre. v. 30, n. 1, p. 113-119, abr./set. 2013.

MENDES, K. D. S et al. **Revisão integrativa: método de pesquisa para a incorporação de evidências na saúde e na enfermagem.** Texto & Contexto-Enfermagem, v. 17, n. 4, p. 758-764, 2008.

OLIVERIA, W. T; RODRIGUES, A. V. D; HADDAD, M. C. L; VANNUCH, M. T. O; TALDIVO, M. A. **Concepções de enfermeiros de um hospital universitário público sobre o relatório gerencial de custos.** Rev. Esc. Enferm. USP. Londrina. v. 46, n. 5, p. 1184-1191, mar./abr. 2012.

SEGUI, M. L. H; PERES, A. M; BERNARDINO, E. **Análise da atuação das enfermeiras em um modelo de unidades gerenciais.** Semina: Ciências Biológicas e da Saúde. Londrina. v. 35, n. 2, p. 71-80, jul./dez. 2014.

CAPÍTULO 13

O PROCESSO DE CONSTITUIÇÃO DE UMA REDE DE CUIDADOS EM SAÚDE MENTAL EM UM MUNICÍPIO DO INTERIOR DE PERNAMBUCO A PARTIR DA PERSPECTIVA DE GESTORES DE SAÚDE

Data de aceite: 01/12/2020

Juliane da Silva Pereira

PPGGES/UFPE

<https://orcid.org/0000-0003-1138-8795>

Valquíria Farias Bezerra Barbosa

Universidade Federal de Santa Catarina
SC

Instituto Federal de Educação Ciência e
Tecnologia de Pernambuco, Campus Pesqueira
PE, Brasil

<https://orcid.org/0000-0002-8200-2274>

Ana Carla Silva Alexandre

IUNIR

Argentina

Instituto Federal de Educação Ciência e
Tecnologia de Pernambuco, Campus Pesqueira
PE, Brasil

<https://orcid.org/0000-0002-5754-1778>

Silvana Cavalcanti dos Santos

Fundação Oswaldo Cruz-FIOCRUZ
PE, Brasil

Instituto Federal de Educação Ciência e
Tecnologia de Pernambuco, Campus Pesqueira
PE, Brasil

<https://orcid.org/0000-0002-3154-8410>

Rebeca Cavalcanti Leal

Universidade de Pernambuco
PE

<https://orcid.org/0000-0003-0161-6918>

RESUMO: A presente pesquisa teve como finalidade analisar o papel dos gestores de saúde

no processo de implantação da Rede de Atenção Psicossocial- RAPS no município de Pesqueira, PE. Trata-se de um estudo descritivo, exploratório, de abordagem qualitativa, desenvolvido na RAPS do município mediante entrevistas semiestruturadas com profissionais que exercem ou exerceram funções de gestão direta ou indiretamente. Os principais resultados foram agrupados em 4 categorias analíticas: tratamento centrado no internamento, na medicação e no saber médico, práticas e estratégias de cuidado, configuração da rede de cuidados e modelo de gestão. Assim concluímos que a partir dos relatos analisados, percebemos que ainda existe a valorização de práticas institucionalizantes, a dificuldade no manejo à crise e ao acolhimento desses usuários nos pontos da rede, que a rede está desarticulada, e que a gestão segue um modelo vertical na tomada de decisões.

PALAVRAS-CHAVE: Atenção à saúde, Cuidado, Gestor de Saúde, Saúde Mental.

THE PROCESS OF SETTING UP A MENTAL HEALTH CARE NETWORK IN A CITY OF PERNAMBUCO FROM THE PERSPECTIVE OF HEALTH MANAGERS

ABSTRACT: This research aimed to analyze the role of health managers in the process of implementing the Psychosocial Care Network - RAPS in the city of Pesqueira, PE. This is a descriptive, exploratory study, with a qualitative approach, developed in the city's RAPS through semi-structured interviews with professionals who exercise or have exercised management functions directly or indirectly. The main results were grouped into 4 analytical categories:

treatment centered on hospitalization, medication and medical knowledge, care practices and strategies, configuration of the care network and management model. Thus, we conclude that from the analyzed reports, we realize that there is still the valorization of institutionalizing practices, the difficulty in handling the crisis and the reception of these users in the network points, that the network is disjointed, and that the management follows a vertical model in decision-making.

KEYWORDS: Care, Health Care (Public Health), Health manager, Mental Health.

1 | INTRODUÇÃO

A Reforma Psiquiátrica Mundial orienta a ressignificação da atenção à saúde mental, tendo como objetivo a superação do modelo manicomial pelo cuidado em rede com serviços de saúde substitutivos (comunitários), sustentados pelo paradigma da desinstitucionalização, e que fortalecem a reinserção social e a convivência no território (MACEDO et al., 2017).

Compete à rede substitutiva a luta contra a exclusão social e a autonomia do sujeito doente, com princípios de acolhimento e vínculo, permitindo a tomada de decisão compartilhada entre todos os que protagonizam o cuidado e compõe a rede (NOBREGA et al., 2018).

Às dificuldades relacionadas à falta de apoio da gestão com o serviço de saúde mental, aliada a preconceitos, discriminações e processos de trabalho centrados no modelo biomédico e em modelos de gestão verticalizados, prejudicam as tentativas de reabilitação e inclusão social de usuários e familiares (Azevedo et al., 2019).

Os avanços no campo da saúde mental dependem hoje fundamentalmente da capacidade dos gestores se articularem intersetorialmente, principalmente devido à crescente, diversificada e complexa demanda que obriga a permanente atualização e diversificação das formas de mobilização e articulação política, de gestão, e de construção de estratégias inovadoras de cuidado (BRASIL, 2011).

Considerando-se que no município o primeiro Centro de Atenção psicossocial-CAPS foi implantado em 2013, proporcionando a ampliação das ações de atenção à saúde mental, analisaremos o papel dos gestores de saúde neste processo de implantação da RAPS.

2 | METODOLOGIA

Trata-se de um estudo descritivo, exploratório, de abordagem qualitativa, mediante o método da análise textual discursiva (MORAES; GALIAZZI, 2011), desenvolvido na rede municipal de saúde do município de Pesqueira, PE.

Foram realizadas 09 entrevistas, de janeiro a Junho de 2016, foram

encontrados 24 códigos e a partir destes, foram identificadas 04 categorias analíticas.

O presente estudo foi submetido a avaliação por um Comitê de Ética em Pesquisa, mediante sua submissão a Plataforma Brasil e aprovado mediante o parecer consubstanciado CONEP nº 1038951.

3 | RESULTADOS E DISCUSSÃO

As quatro categorias analíticas encontradas foram descritas abaixo.

3.1 Tratamento centrado na medicação, internamento e no médico psiquiatra: da exceção ao cotidiano

E2... "Tem pacientes que a gente leva todos os dias pra fazer Haldol porque tem que estabilizar o paciente"...

Os CAPS são mais que um serviço, eles são considerados um "espaço privilegiado de geração de cuidados, subjetividades mais autônomas e de inclusão social, que articula a singularidade de cada usuário à diversidade de possibilidades de intervenções terapêuticas"(Yasui, 2007, p. 155 *apud* COSTA 2014).

3.2 Práticas e Estratégias de Cuidado: o olhar dos gestores de saúde

E7..."é feito pela equipe multiprofissional é, eles realizam também as terapias alternativas (muito forte isso com os usuários)..."

Para Ayres (2006 *apud* Barbosa *et al.*, 2016), o cuidado é uma prática que se insere no lançar-se ao mundo de tal forma que haja uma reconstrução constante entre o ser e o mundo.

3.3 Configuração da Rede de Cuidados

E1..."o objetivo deste programa é que esse paciente, ele volte pra sociedade, volte a morar com a família, então o CAPS, ele não é o lugar onde o paciente vai lá se internar e sim é o lugar onde ele será reabilitado, para voltar para o convívio social: com a família e com a sociedade."

Segundo Campos (2005), usuários não tem suas necessidades satisfeitas em serviços especializados através de suas tecnologias, mas sim, por estratégias criativas e por equipes multidisciplinares que utilizam vários recursos subjetivos, individuais, sociais e comunitários.

3.4 Modelo de Gestão: os desafios de se implantar uma gestão participativa

E5..."a gente não encontra esse apoio do gestor, sem esse apoio não funciona. Não funciona porque a gente precisa que essa rede fique fortalecida..."

Os municípios são locais privilegiados com alto grau de potencial na implantação de modelos de gestão e atenção do SUS para haver a construção de uma democracia institucional e autonomia dos sujeitos (MELO *et al.*, 2016).

O gestor protagoniza como elo fortalecedor, como apoio institucional, mas precisa desconstruir a lógica da gestão verticalizada e substituir esta por uma gestão poliárquica, horizontal e participativa, onde todos são importantes, na tentativa de dirimir os desafios que e que dificultam a eficiência integral da rede. Buscando fortalecer a rede de cuidados em saúde mental, através do modelo de atenção integral à saúde e a gestão em modelo de roda (CAMPOS, 2005).

Todos os atores envolvidos no processo de trabalho em saúde mental, como gestores, profissionais de saúde, trabalhadores, usuários e familiares criam condições, estratégias e espaços de participação, possibilitando a discussão e a problematização de todas as questões que envolvem o contexto e o cotidiano implicados no cuidado (MINOIA; MINOZZO, 2015).

4 | CONCLUSÕES

Concluimos que ainda existem práticas institucionalizantes na RAPS do município estudado, como também a recorrência do cuidado centrado no internamento, na atenção à crise e na medicalização centrada no saber médico.

Há uma desarticulação entre os pontos da rede, mas espera-se que esta lacuna seja preenchida através do matriciamento que está sendo implantado no município. Esse panorama exige dos atores dessa rede de cuidados a revisão permanente de suas práticas, modelos de gestão adotados e inclusão de todos, sejam usuários, familiares, profissionais de saúde, os demais trabalhadores do processo de cuidar e a sociedade.

Espera-se ainda que este trabalho seja força motriz para outros que busquem subsidiar a gestão em saúde, com ênfase em saúde mental, com o objetivo de fomentar a tomada de decisões e beneficiar o processo de gestão com a prática baseada em evidências.

AGRADECIMENTOS

Agradecimentos ao CNPq e ao IFPE pela concessão de bolsas de incentivo à Iniciação Científica, a Secretaria de Saúde de Pesqueira/PE pela constante parceria e aos familiares e amigos por apoiarem todos os meus sonhos.

REFERÊNCIAS

1. AZEVEDO, M.D.; SILVA, G.W.S; MIRANDA, F.A.N.; BESSA, M.S.; LINS, S.L.F.; COSTA, J.E. Percepções de profissionais de saúde sobre inclusão social em um Centro de Atenção Psicossocial. *Rev Rene*. 2019;20:e33537.
2. BARBOSA VFB.; MARTINHAGO, F.;HOEPFNER, A.M.S.; DARÉ, P.K.; CAPONI, S.N.C. O cuidado em saúde mental no Brasil: uma leitura a partir dos dispositivos de biopoder e biopolítica. *Saúde. Debate*, Rio de Janeiro, V. 40, n. 108, p. 178-189, 2016.
3. CAMPOS, G.W.S., organizadores. *Saúde Paidéia*, São Paulo: Hucitec, p.122-152, 2007. Caracas. OPAS. Brasília, novembro de 2005.
4. COSTA, M.G.S.G.; FIGUEIRÓ, R.A.; FREIRE, R.A.; FREIRE, F.H.M.A. O fenômeno da cronificação nos centros de atenção psicossocial: Um estudo de casos. *Temas em psicologia*, v.22, n.4, p.839-851,2014.
5. MELO, L.M.F.; MARTINIANO, C.S.; GUIMARÃES, J.; SOUZA, M.B.; ROCHA, P.M. Análises das diretrizes para o apoio institucional das gestões da atenção básica das capitais brasileira. *Saúde debate*, Rio de Janeiro, v.40, n. 108,p. 8-22, 2016.
6. MINÓIA, N.P.; MINOZZO, F. Acolhimento em saúde mental: operando mudanças na Atenção Primária à Saúde. *Psicol. Cienc. Prof.*, Brasília, V. 35, n.04, 2015.
7. MORAES R, GALIAZZI MC. *Análise Textual Discursiva*. 2 ed. rev. Ijuí: Editora UniJui, p. 224, 2011.
8. Macedo JP, Abreu MM, Fontenele MG, Dimenstein M. The regionalization of mental health and new challenges of the psychiatric reform in Brazil. *Saúde Soc*. 2017; 26(1):16-23.
9. NOBREGA, M.P.P.S.; SILVA, G.B.S.; SENA, A.C.R. Psychosocial rehabilitation in the west network of the municipality of São Paulo: potentialities and challenges. *Rev Gaúcha Enferm*. 2018, 39: e-2017-0231.

PERCEPÇÃO DOS SERVIDORES DA FUNDAÇÃO DE MEDICINA TROPICAL DO AMAZONAS EM RELAÇÃO À HIGIENIZAÇÃO DAS MÃOS

Data de aceite: 01/12/2020

Jessica Bianca Vieira de Abreu
UNIVERSIDADE NILTON LINS
Manaus

Trabalho de conclusão de curso de graduação apresentado à banca examinadora da Universidade Nilton Lins, como exigência parcial para obtenção do grau de Bacharel em Enfermagem.

RESUMO: O objetivo desse trabalho foi verificar a percepção dos servidores da Fundação de Medicina Tropical Dr. Heitor Vieira Dourado - FMT/HVD em relação à execução da prática de higienização das mãos. Trata-se de uma pesquisa de campo do tipo descritivo, transversal, qualitativo e prospectivo, onde foi possível avaliar, junto aos servidores da saúde, no período de junho/2014 à Julho/2015 a realização da técnica correta de higienização das mãos. Foram entrevistados 200 servidores, tanto do sexo masculino, quanto do sexo feminino, através de um questionário, contendo 15 perguntas com respostas abertas e fechadas, sendo finalizado com um teste prático sobre a higienização das mãos na técnica correta. Como forma de possibilitar uma nova compreensão na qualidade de Higienização das Mãos dos seus funcionários, proporcionando a prevenção e o controle das infecções hospitalares.

PALAVRAS-CHAVE: Controle de Infecção Hospitalar; Higienização das mãos; Educação permanente; Educação continuada.

ABSTRACT: The aim of this study was to verify the perception of the servers of Tropical Medicine Dr. Hector Vieira Golden Foundation - FMT / HVD regarding the implementation of the practice of hand hygiene. It is a field research descriptive, cross-sectional, qualitative and prospective, which could be assessed, together with the health workers, from June / 2014 to July / 2015 to carry out the correct technique for hand hygiene. They interviewed 200 servers, both male, the female, through a questionnaire containing 15 questions with open and closed questions, being finalized with a practical test on hand hygiene in the correct technique. In order to make possible a new understanding as Sanitization of your employees' hands, providing prevention and control of hospital infections.

KEYWORDS: Hospital Infection Control; Hand hygiene; Continuing education; Continuing education.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

HM – Higienização das Mãos

IH – Infecção Hospitalar

IRAS – Infecções Relacionadas à Assistência à Saúde

PAS – Profissionais da Área da Saúde

OMS – Organização Mundial da Saúde

FMT/HVD- Fundação de Medicina Tropical Dr. Heitor Vieira Dourado

EPS – Educação Permanente na Saúde

1 | INTRODUÇÃO

As infecções relacionadas à assistência à saúde (IRAS) representa atualmente uma enorme divergência, não somente pelos órgãos de saúde responsáveis, levando em consideração a questão social, ética e jurídica em face às implicações na vida dos usuários e o risco a que estes estão submetidos. Essas infecções, além de acometer os clientes, ameaçam também profissionais da área de saúde (PAS), trabalhadores dos serviços de apoio, acompanhantes e demais usuários do serviço. Nota-se que cerca de 30% dos casos de IRAS são considerados prevenível por medidas básicas, sendo a higienização das mãos, com água e sabão ou álcool a 70% (gel ou glicerinado) a medida mais simples e efetiva e de menor custo, assim, o impacto das IRAS não implicará no prolongado período de internação hospitalar, evitando gastos excessivos para o sistema de saúde, pacientes e familiares e alta mortalidade (PRIMO et al., 2010).

Segunda a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA), a higienização das mãos:

é a medida individual mais simples e menos dispendiosa para prevenir a propagação das infecções relacionadas à assistência à saúde. Recentemente, o termo “lavagem das mãos” foi substituído por “higienização das mãos” devido à maior abrangência deste procedimento. O termo engloba a higienização simples, a higienização antisséptica, a fricção antisséptica e a antisepsia cirúrgica das mãos (ANVISA, 2007, p.12).

Partindo deste princípio, Oliveira e Paul (2011), nos ensinam sobre a higienização das mãos “vem sendo reconhecida e recomendada, desde 1846, como prática obrigatória para os profissionais da área da saúde, com base na efetiva redução das infecções e, conseqüentemente, de mortalidade entre os pacientes”.

Atualmente, programas que enfocam a segurança no cuidado do paciente nos serviços de saúde tratam como prioridade o tema higienização das mãos, a exemplo da “Aliança Mundial para Segurança do Paciente”, iniciativa da Organização Mundial de Saúde (OMS), firmada com vários países, desde 2004. Embora a higienização das mãos (HM) seja a medida mais importante e reconhecida há muitos anos na prevenção e controle das infecções nos serviços de saúde, colocá-la em prática consiste em uma tarefa complexa e difícil (ANVISA, 2007).

Há uma preocupação quanto a não adesão ou realização da técnica da higienização das mãos de forma incorreta devido a diversos fatores, pois estudos sobre o tema avaliam que a adesão dos profissionais à prática da higienização das mãos de forma constante e na rotina diária ainda é insuficiente. Dessa forma, é necessária uma especial atenção de gestores públicos, administradores dos serviços de saúde e educadores para o incentivo e a sensibilização do profissional

de saúde à questão. Todos devem estar conscientes da importância da higienização das mãos na assistência à saúde para a segurança e qualidade da atenção prestada. (BRASIL, MINISTERIO DA SAÚDE, 2013).

Devido a essas circunstâncias, o estudo se faz importante, porque poderá sensibilizar os servidores da área de saúde na execução da higienização das mãos, como forma de evitar a infecção hospitalar, visando uma nova interpretação sobre o olhar e o agir dessa realidade. Tendo em vista, a importância desses profissionais para a recuperação da saúde do paciente.

2 | OBJETIVOS

2.1 Objetivo Geral

Avaliar a percepção da higienização das mãos entre os servidores de qualquer nível de escolaridade e área que tem suas ações ligadas ao contato direto com o paciente.

2.2 Objetivos específicos

- Verificar a frequência do uso da higienização das mãos entre os servidores que tem suas ações ligadas ao contato direto com o paciente;
- Analisar o motivo pelo qual esses servidores deixam de realizar a higienização das mãos;
- Analisar se os servidores tem conhecimento sobre a técnica correta da higienização das mãos.

3 | MATERIAL E MÉTODOS

O estudo foi do tipo descritivo, transversal, qualitativo, quantitativo e prospectivo, pois apresentou e identificará sistematicamente as características do fenômeno em questão, ou seja, demonstrará a percepção de 200 servidores, de qualquer nível e área que tem suas ações ligadas ao contato direto com o paciente (internado ou a nível ambulatorial) ou com objetos próximos a ele ou qualquer equipamento que possa levar contaminação.

3.1 Local do Estudo

O estudo foi realizado com servidores da Fundação de Medicina Tropical Dr. Heitor Vieira Dourado, situado na Av. Pedro Teixeira, nº 25 - Dom Pedro, Manaus – AM, por meio de um questionário contendo perguntas abertas e fechadas e finalizará com um teste prático sobre a higienização das mãos na técnica correta.

3.2 População e Amostra

Foram entrevistados 200 servidores de qualquer formação que tinham contato direto com pacientes.

3.3 Questões Éticas

Este projeto é parte integrante de um projeto maior intitulado “Monitorização da Adesão da Higienização das Mãos: Percepção de Servidores de um Hospital Especializado em Medicina Tropical quanto à técnica correta.” Aprovado dia 26/07/2014 sob o CAAE 32622614.4.0000.0005 no comitê de ética em pesquisa da Fundação de Medicina Tropical Dr. Heitor Vieira Dourado com término no dia 26/07/2015.

Oferecendo a resolução 466/12 do CONEP. O participante só poderá ser inserido na pesquisa, mediante a aceitação do convite e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (ver em Apêndice).

Para maior proteção do sujeito da pesquisa, o questionário tem como identificador, apenas um número sequencial.

3.4 Coleta e Análise de dados

Foi evidenciado *in locu* para registro, a realização correta da higienização das mãos com os participantes (servidores que tenham contato com os pacientes), conforme os padrões exigidos pela ANVISA (Portaria n. 2.616, de 12 de maio de 1998, e da RDC n. 50, de 21 de fevereiro 2002) (ver em anexo).

Após levantamento dos dados obtidos, foi realizado levantamento estatístico, sendo discutido ao longo de todo o estudo. Os dados foram mostrados através de gráficos e tabelas, inseridos em um banco de dados construídos no Programa Microsoft Excel 2010 e posteriormente transferido para o Programa Microsoft Word 2010. A apresentação dos resultados se fará de forma descritiva, quantitativa e qualitativa. Por se tratar de pesquisa com seres humanos o projeto foi submetido a análise do Comitê de Ética em Pesquisa para parecer e avaliação (ver em Apêndice).

3.5 Variáveis utilizadas

Foi elaborado um questionário com as seguintes variáveis: profissão, o tempo de atuação na área, hospitais em que trabalham, unidade que atua na FMT, se há cartazes sobre a lavagem ou antissepsia das mãos, se há cartazes descrevendo a técnica de lavagem das mãos, qual a última reciclagem sobre o tema, existe comprovação de algum treinamento, se houve algum surto infeccioso na unidade (suspeito ou confirmado) ultimamente, em caso positivo descreva, caso tenha ocorridos quais medidas foram adotadas, você acha importante a lavagem das mãos como prevenção de infecções cruzadas? Em sua opinião, o que leva

um profissional de saúde não lavar as mãos na frequência desejada? Em algum momento você deixou de lavar as mãos em virtude de algum desses motivos? Concorda em participar da pesquisa lavando suas mãos, através da técnica que você pratica.

Após responder as devidas questões, cada participante foi convidado a se dirigir até a pia mais próxima para que o mesmo higienize suas mãos na técnica. Os erros e acertos foram registrados em uma planilha própria e em seguida informados ao participante a quantidade de erros cometida a ele. Foi mostrada a forma correta, caso haja erros na execução.

Valor ideal: 100% de acertos dos entrevistados em setores de atendimento de pacientes.

3.6 Fatores Observados e Registrados Durante a Higienização das mãos

- a. Observação direta da presença de antisséptico ou sabão líquido, dispensadores do produto antisséptico ou sabão líquido, papel toalha, dispensador de papel toalha ou irregularidades.
- b. Realização correta da higienização das mãos: avaliando todos os passos corretos e incorretos (tirou joias, relógios, esfregou interdigitais, dorso, polegar, punho, unhas, entre outros).

3.7 Critérios de Inclusão

Foram incluídos na pesquisa apenas os servidores que tenham contato com pacientes, com objetos próximos a ele ou qualquer equipamento que possa levar contaminação que aceitaram e assinaram o Termo de Consentimento de Livre Esclarecimento (ver em Apêndice).

3.8 Critérios de Exclusão

Profissionais que não tiveram contato direto com o paciente e que não aceitaram participar da pesquisa.

3.9 Riscos

Esta pesquisa apresentou riscos mínimos, pois o estudo foi baseado em coleta de informações obtida por meio de um questionário contendo perguntas com respostas abertas e fechadas de múltipla escolha de um teste pratico de higienização das mãos.

3.9.1 Benefícios

Espera-se encontrar informações que sirvam como subsídio científico para nortear a implementação de novas ações para trabalhar a adesão da higienização

das mãos na instituição proposta.

4 | REVISÃO DE LITERATURA

A infecção hospitalar (IH) representa um importante problema de saúde pública, tanto no Brasil quanto no mundo e constitui risco à saúde dos usuários dos hospitais que se submetem a procedimentos terapêuticos ou de diagnóstico. Sua prevenção e controle dependem, em grande parte, da adesão dos profissionais da área da saúde às medidas preventivas (NEVES et al., 2006).

Em 1846, Ignaz Semmelweis, médico húngaro, reportou a redução no número de mortes maternas por infecção puerperal após a implantação da prática de higienização das mãos em um hospital em Viena. Desde então, esse procedimento tem sido recomendado como medida primária no controle da disseminação de agentes infecciosos (ANVISA, 2007).

Ao longo do século XX, em consequência do suporte avançado de vida e de terapias imunossupressoras, observou-se a necessidade de medidas de controle nos hospitais. Assim, as infecções hospitalares passaram a ser combatidas de forma sistemática nos países desenvolvidos. Desde meados da década de 1990, o termo “infecções hospitalares” foi substituído por “infecções relacionadas à assistência em saúde” (IRAS), sendo essa designação uma ampliação conceitual que incorpora infecções adquiridas e relacionadas à assistência em qualquer ambiente (PADOVEZEI e FORTALEZA, 2014).

Segundo a Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS- OMS), mais de um século após a descoberta de Semmelweis sobre a importância da lavagem das mãos, ainda existe uma grande dificuldade de implementa - lá. Acredita-se que os microrganismos mais associados à ocorrência das infecções são pertencentes à flora transitória, podendo ser facilmente eliminados pela higienização das mãos (OPAS – OMS, 2008).

No Brasil, estima-se que de 3% a 15% dos pacientes sob hospitalização desenvolvem alguma infecção hospitalar. O conhecimento dos mecanismos de disseminação de germes hospitalares aponta as mãos dos profissionais de saúde como importante modo de transmissão indireta, pelo estabelecimento da colonização da pele do paciente e posterior desencadeamento do processo infeccioso ou pela manipulação de trato estéril durante os procedimentos invasivos (OPAS –OMS, 2008).

As mãos constituem a principal via de transmissão de microrganismos durante a assistência prestada aos pacientes, podendo ser transmitida por contato direto (pele a pele) ou indireto (objetos e superfícies), os microrganismos de microbiota transitória podem ser eliminados pela higienização das mãos, pois os mesmos

acometem a camada superficial do tecido epitelial (ANVISA, 2007).

Ela pode ser transmitida de um paciente para outro e pode se dar através dos profissionais da saúde. Estes, além de estarem expostos a doenças dos pacientes, podem ser fonte de transmissão de microrganismos para outros pacientes ou profissionais (PEDROSA e COUTO, 1999).

A higienização das mãos é considerada a medida de maior impacto e comprovada eficácia na prevenção das infecções, uma vez que impede a transmissão cruzada de microrganismos. Estudos mostram que uma maior adesão às práticas de higienização das mãos está associada a uma redução nas taxas das infecções em serviços de saúde. Embora a ação seja simples, o não cumprimento desta prática, pelos profissionais de saúde, ainda é considerado um desafio no controle de infecção dos serviços de saúde. (OPAS – OMS, 2008).

Embora não haja dúvidas a respeito da eficácia da higienização das mãos e da simplicidade dessa prática, uma baixa adesão à HM tem sido reportada por diversos estudos em todo o mundo. Por isso, a elevação das taxas de adesão à HM durante o cuidado assistencial é considerada uma prioridade por diversos órgãos nacionais e internacionais, como também é reafirmado pela Organização Mundial da Saúde (OLIVEIRA e PAUL, 2011).

As dificuldades de adesão, por vezes, levam à descrença na possibilidade de mudança por parte de alguns profissionais que, mesmo reconhecendo a importância não aderem à sistemática do procedimento. Mesmo havendo o conhecimento teórico, a adesão à lavagem de mãos exige mudança de hábito (BLOM e LIMA, 1999).

Apesar da importância epidemiológica da higienização das mãos na prevenção das infecções hospitalares, a adesão a essa medida tem se constituído em um dos maiores desafios para as Comissões de Controle de Infecção Hospitalar – CCIH que, dentre outros aspectos, envolve os recursos humanos nos estabelecimentos de saúde, seu preparo e sua conscientização. Frequentemente, as IH são associadas à baixa adesão dos profissionais da área da saúde à higienização das mãos (NEVES et al., 2006).

A repercussão da alta frequência dessas infecções pode ser notada com o aumento da morbidade e mortalidade hospitalar, bem como com o prolongamento da internação e o aumento dos custos assistenciais. Apesar do avanço do conhecimento, verifica-se que muitos desafios ainda estão presentes no cotidiano dos controladores de infecções e dos profissionais que se dedicam à assistência direta aos pacientes (OLIVEIRA, DAMASCENO e RIBEIRO, 2009).

O Protocolo para Prática de Higienização das Mãos (2013) afirma que: Uma melhoria da higienização das mãos bem sucedida e sustentada é alcançada por meio da implementação de um conjunto de ações para transpor diferentes obstáculos e

barreiras comportamentais.

Mesmo a higienização sendo, comprovadamente, uma importante medida para o controle da infecção hospitalar, as mãos dos profissionais de saúde continua sendo a fonte mais frequente de contaminação e disseminação. Existem várias razões para dificultar a adoção das recomendações de lavagem das mãos, nos níveis individual, grupal ou institucional, que envolvem complexidade dos processos de mudança comportamental (OPS – OMS, 2008).

Em nossa trajetória profissional, deparamos- nos com algumas peculiaridades, incisivas no cotidiano, chamando a atenção os discursos muitas vezes contraditórios sobre o cuidado prestado aos pacientes, principalmente quando a tônica concentra-se na valorização das inovações tecnológicas complexas, em detrimento de condições básicas – embora não menos importantes – como é o caso da atenção que se deve ou que se deveria ter para com a lavagem das mãos. Em decorrência de posturas como estas, passou a nos inquietar os “descuidados” aos pacientes, na medida em que os profissionais da saúde pudessem estar sendo fonte/vetor de microrganismos, causadores de infecções hospitalares (MARTINI e DALL’AGNOL, 2005).

Diante das evidências científicas e da constatação de situações desafiadoras, vários questionamentos permeiam o cotidiano do controlador de infecções: *“Por que os profissionais de saúde não adotam as recomendações básicas para o controle de infecções, para a redução dos acidentes ocupacionais e para evitar a disseminação das bactérias resistentes? Por que ainda somos tão resistentes a abandonar antigas práticas que colocam em risco o paciente e o próprio profissional de saúde?”* Na verdade verificamos que são muitos os porquês, poucas as respostas e inúmeras as dúvidas. (OLIVEIRA, DAMASCENO e RIBEIRO, 2009).

Proporcional ao rol de dificuldades é comum somarem-se justificativas a não lavagem das mãos: seria o sabão? As pias? A forma de secagem? Tais aspectos já ocuparam lugar de destaque em muitas discussões e em muitos locais de trabalho. Depois, a atenção voltou – separa a tríade falta de tempo/excesso de tarefas/ superlotação, cujos argumentos também não são autossustentáveis, pois igualmente já se constatou que a prática da lavagem de mãos não se alterava, apesar de reduzir o índice de ocupação dos leitos ou as exigências quantitativas do trabalho (MARTINI e DALL’AGNOL, 2005).

Com isso os processos educativos conseguem pensar em interação, não apenas entre campos de saberes, mas entre os profissionais das diversas áreas de conhecimento. Pela reflexão e crítica num trabalho interdisciplinar, é possível construir uma nova consciência da realidade do pensar com a troca, a reciprocidade e a integração entre diferentes áreas, objetivando a resolução de problemas de forma global e abrangente (SILVA e SEIFFERT, 2009).

Assim, busca – se compreender como será possível reverter esse quadro de forma a levar os profissionais a se envolverem e exercer ativamente seu papel na contenção da situação da disseminação da resistência bacteriana, na adoção de precauções padrão e por vias de transmissão (MARTINI e DALL’AGNOL, 2005).

Mesmo a higienização sendo, comprovadamente, uma importante medida para o controle da infecção hospitalar, as mãos dos profissionais de saúde continua sendo a fonte mais frequente de contaminação e disseminação. Existem várias razões para dificultar a adoção das recomendações de lavagem das mãos, nos níveis individual, grupal ou institucional, que envolvem complexidade dos processos de mudança comportamental (OPAS – OMS, 2008).

4.1 Educação Permanente

O mundo atual do trabalho exige profissionais cada vez mais qualificados que assumam funções que requerem alto nível de conhecimento técnico e científico. Nesse contexto de transformações e mudanças da sociedade, a educação surge como instrumento para produzir um desenvolvimento quantiquantitativo associado à crescente demanda e às necessidades do mercado (HADDAD, ROSCHKE e DAVINI, 1994).

A educação permanente surge como uma exigência na formação do sujeito, pois requer dele novas formas de encarar o conhecimento. Atualmente, não basta ‘saber’ ou ‘fazer’, é preciso ‘saber fazer’, interagindo e intervindo, e essa formação deve ter como características: a autonomia e a capacidade de aprender constantemente, de relacionar teoria e prática e vice-versa, isto se referem à inseparabilidade do conhecimento e da ação (PASCHOAL, MANTOVANI e MÉIE, 2007).

A educação permanente é entendida como um processo educativo, porque possibilita o surgimento de um espaço para pensar e fazer no trabalho, destacando-se o papel fundamental das instituições de saúde no desenvolvimento permanente das capacidades dos trabalhadores, o qual contribui para o bem-estar social. Também pode ser compreendida como uma ação que possibilita ao indivíduo maior capacidade de atuar dentro do mundo do trabalho, como ser que constrói e destrói norteado por valores políticos, culturais e éticos (RICALDONI e SENA, 2006).

Atualmente a qualidade na assistência à saúde e a humanização dos serviços têm ocupado espaço na agenda da gestão municipal como meta prioritária para a consolidação do Sistema Único de Saúde (SUS). A educação permanente em saúde trabalha com ferramentas que buscam a reflexão crítica sobre as práticas de atenção, gestão e formação, sendo, por si só, um processo educativo aplicado ao trabalho, possibilitando mudanças nas relações, nos processos, nos atos de saúde e nas pessoas e uma melhor articulação para dentro e para fora das instituições

(CAROTTA, KAWAMURA e SALAZAR, 2009).

Para a Política Nacional de Educação Permanente na Saúde “a Educação Permanente é a aprendizagem no trabalho, onde o aprender e o ensinar se incorporam ao cotidiano das organizações e ao trabalho”.

A educação permanente pode ser entendida como aprendizagem-trabalho, ou seja, ela acontece no cotidiano das pessoas e das organizações. Ela é feita a partir dos problemas enfrentados na realidade e leva em consideração os conhecimentos e as experiências que as pessoas já têm. Propõe que os processos de educação dos trabalhadores da saúde se façam a partir da problematização do processo de trabalho, e considera que as necessidades de formação e desenvolvimento dos trabalhadores sejam pautadas pelas necessidades de saúde das pessoas e populações. Os processos de educação permanente em saúde têm como objetivos a transformação das práticas profissionais e da própria organização do trabalho. (Política Nacional de Saúde, 2009, p.21).

Para Ceccim & Ferla (2006), consideram que a Educação Permanente em Saúde se configura, ao mesmo tempo, como uma prática de ensino-aprendizagem e como uma política de educação na saúde. Como prática de ensino-aprendizagem, a EPS se apropria da realidade vivenciada no cotidiano do trabalho em saúde e dos problemas e experiências dos atores envolvidos, a partir dos quais se produz conhecimentos que geram mudança. Como política de educação na saúde, a EPS contribui para a construção do Sistema Único de Saúde (SUS), sendo adotada como política pública nacional no Brasil desde o ano de 2004.

Nesta proposta a educação permanente engloba a educação formal, ou seja, os cursos de atualização, especialização, mestrado e doutorado, bem como as atividades educativas desenvolvidas no ambiente de trabalho com o intuito de proporcionar o crescimento profissional. Ainda consideramos inserida neste contexto a educação informal, compreendida como o intercâmbio de conhecimentos realizado entre os profissionais integrantes da equipe, os estudantes e docentes. (AMESTOY et al., 2008).

A preparação de profissionais e estudantes de acordo com os princípios do SUS visa romper com a atual organização do trabalho desempenhado nos serviços de saúde, pois esse trabalho tem sido realizado de forma fragmentada, ou seja, a saúde coletiva separada da clínica, a gestão separada da atenção, e assim por diante. Cresce a necessidade de adotar práticas educativas que se constituam em ferramentas que permitam uma análise das experiências locais, da organização de ações em rede, da formação, da pós-graduação, da qualificação dos docentes, das modificações na gestão e atenção à saúde e, por fim, o fortalecimento da participação da população (CECCIM, 2005).

Na prática da saúde é a lógica tecnicista, cuja ênfase está no saber-fazer

em detrimento do saber-ser. Neste cenário, a execução do trabalho torna-se uma obrigação, na qual a participação ativa e prazerosa é substituída por uma ação mecanizada (MARTINS e ALBUQUERQUE, 2007).

Consequentemente, os profissionais ingressam no mercado de trabalho de uma sociedade impregnada de déficits de solidariedade e portadora de um espírito amplamente competitivo e de duvidoso valor ético. (DE SORDI e BAGNATO, 1998).

Em virtude disso, a adoção da educação permanente poderá contribuir de forma positiva para a modificação das condições de trabalho atualmente enfrentadas pelos profissionais da saúde. (AMESTOY, et al, 2008).

4.2 Educação Continuada

De acordo com o Ministério da Saúde (Brasil, 2004), Educação Continuada é um processo dinâmico de ensino-aprendizagem, ativo e permanente, destinado a atualizar e melhorar a capacitação de pessoas, ou grupos, face à evolução científico-tecnológica, às necessidades sociais e aos objetivos e metas institucionais. Assim, a educação continuada precisa ser considerada como parte de uma política global de qualificação dos trabalhadores de saúde, centrada nas necessidades de transformação da prática.

Os autores SILVA e SEIFFERT nos ensina de modo objetivo o conceito de educação continuada:

O saber fazer deve ser um saber fazer bem, que leve em conta os aspectos técnicos, políticos e éticos. Para o profissional de saúde, não basta saber é preciso articular responsabilidade, liberdade e compromisso. A interdisciplinaridade é uma condição para uma educação permanente que exige mudança de atitude individual e institucional. Assim, a Educação Continuada irá objetivar mudanças pontuais nos modelos hegemônicos de formação e atenção à saúde. Desse modo, um programa de educação voltado aos profissionais requer um planejamento dinâmico, participativo, interdisciplinar com objetivos definidos, buscando atender diretamente as necessidades da organização e dos profissionais. (SILVA e SEIFFERT, 2009, p.363).

A Necessidade de proporcionar programas de educação continuada que atendam adequadamente às carências da equipe de saúde, bem como, o uso eficiente de tecnologia avançada, tem se tornado um desafio tanto para os profissionais dessa área, como para os que atuam no setor de educação (TORRES e VIANA, 2005).

Segundo Garrido (2000), as atividades de educação continuada hoje em Hospitais, são deficientes, dada a presença da alta tecnologia e o constante desafio dos profissionais de aprendê-la prontamente.

As instituições hospitalares estão voltadas na sua essência para a promoção da saúde da população e o tratamento de seus quadros patológicos, portanto

também deve ter compromisso com a educação de seus profissionais (NETO, 2001).

Deste modo se faz necessário que esses profissionais tenham acesso a novos conhecimentos técnicos e habilidades interpessoais, é com esse objetivo que a educação permanente e continuada deve ser vista pela direção e gestores, como uma forte aliada e um veículo de comunicação para o alcance da qualidade e objetivos organizacionais, partindo de todo referencial teórico e da experiência exercida durante as práticas de cuidado (CARNEIRO et. al 2005).

O desvio dos objetivos originais de uma instituição hospitalar pode ser constatado ao observar-se, por exemplo, o nível elevado de “stress” dos profissionais, o descaso com a humanização, a falta de interação nas ações, levando o ser humano a inibir seu desenvolvimento profissional, bem como comprometer a realização de projetos pessoais e interferir nas atividades rotineiras (KURCGANT, 2001).

Portanto a educação continuada pode configurar-se como um campo de captação e propagação de conhecimentos, práticas e reflexões sobre o processo de trabalho da enfermeira e da equipe de enfermagem. Dessa forma, evidencia-se o importante papel da educação continuada na mobilização das potencialidades dos trabalhadores de saúde (BEZERRA, 2000).

Para que um serviço de saúde possa ser considerado como de qualidade, necessariamente tem que envolver seu corpo funcional em capacitações continuadas, o foco do atendimento de saúde independente se ele é público ou privado é o paciente e este deve receber sempre o cuidado melhor com menos risco a sua vida e saúde (CARVALHO e NASCIMENTO, 1999).

Sendo assim, a educação continuada é um dos caminhos para uma assistência de qualidade, respeitando-se o paciente e o profissional. Engloba programas de ensino que proporcionam aos trabalhadores oportunidades de aprendizagem e desenvolvimento de habilidades em suas ações profissionais, “... integrando o processo produtivo ao educativo, contemplando as necessidades da instituição, mas também as necessidades, as expectativas de elaboração de conhecimentos, experiências que vão além das exigências profissionais imediatas, respeitando as particularidades pessoais” (BACKES, 2005).

5 | RESULTADOS E DISCUSSÕES

Dos 200 servidores entrevistados, 116 (58%) são do sexo feminino e 84 (42%) são do sexo masculino. Consta-se acadêmicos (enfermagem, medicina, fisioterapeuta e farmácia), residentes (enfermagem e medicina), e funcionários (enfermeiros, médicos, fisioterapeutas, farmacêuticos, psicólogos, maqueiro, serviços gerais, técnicos de enfermagem e laboratório), onde foi verificado a sua percepção em relação à higienização das mãos e a frequência com que realizam.

Sendo descartados os que não aceitaram participar do questionário e optaram pela não realização da técnica.

Entretanto, houve uma grande rejeição de 50 profissionais. Destacando-se pelos profissionais de medicina, justificando a não realização, pelo simples fato de não haver tempo suficiente, além de outras justificativas, como o próprio desinteresse destes profissionais, pois entendia ser desnecessária esta pesquisa, conforme o gráfico 02.

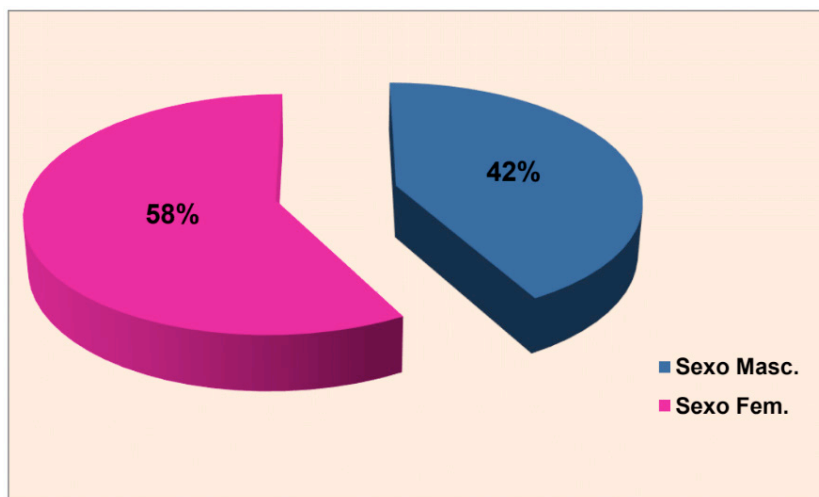


Gráfico 01: Percentual dos Servidores Entrevistados Referente ao Gênero.

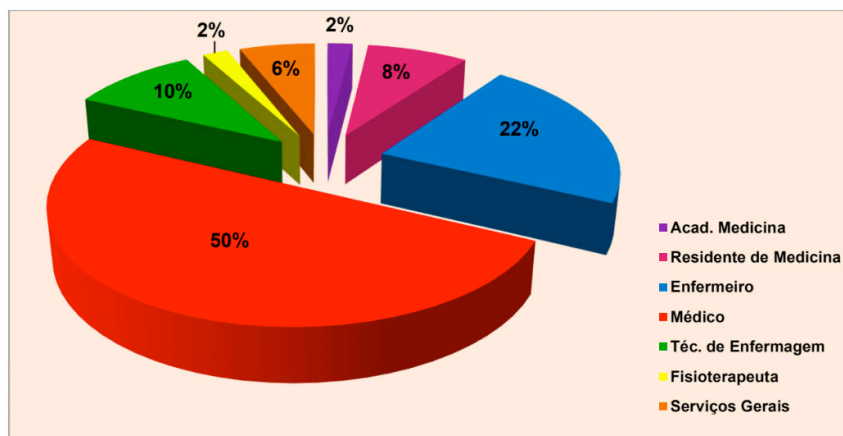


Gráfico 02: Percentual de Servidores que Não Aceitaram Participar da Pesquisa

Dentre as categorias profissionais que obtiveram mais oportunidades em

fazer parte desta pesquisa, estão as de técnico/auxiliar de enfermagem, acadêmicos de medicina e de enfermagem, serviços gerais, enfermeiros e residentes respectivamente. Dessas, destaca-se a categoria médica pela baixa adesão, pois apenas 06 médicos, participaram da pesquisa.

Um fato interessante a ser lembrado, diz respeito ao tempo de atuação de cada entrevistado, pois se entende que quanto mais anos trabalhados, mais o profissional adquire prática e conhecimento técnico dentro de sua área de atuação.

	Tempo de atuação do profissional						
	Até 1 ano	1 - 3 anos	4 - 5 anos	6 - 7 anos	8 - 9 anos	10 anos ou mais	Não Sabe
Acad. Enfermagem	3	7	0	0	0	0	13
Acad. Medicina	5	0	3	9	0	0	11
Acad. Fisioterapia	0	5	2	0	0	0	4
Acad. Farmácia	0	5	0	0	0	0	2
Residente de Enfermagem	2	0	0	0	0	0	1
Residente de medicina	6	1	1	0	1	0	1
Enfermeiro	2	1	4	4	0	7	0
Médico	0	3	0	0	0	3	0
Téc. de Enfermagem	8	5	5	2	1	15	6
Fisioterapeuta	3	2	0	0	0	4	0
Psicólogo	0	0	2	0	0	2	0
Farmacêutico	0	0	1	0	0	2	0
Téc. de Laboratório	1	1	0	1	0	0	3
Maquieiro	18	1	3	2	0	0	0
Serviços gerais	0	1	5	0	0	0	0
(%)	(24%)	(16%)	(13%)	(9%)	(1%)	(16,5%)	(20,5%)
nº	48	32	26	18	2	33	41

Tabela 01: Distribuição da Frequência Quanto ao Tempo de Atuação na Área dos Servidores.

Observando a Tabela 01, nota-se que há uma grande concentração de profissionais (16,5%) com 10 (dez) anos ou mais de tempo de serviço. Destacando-se, os técnicos de enfermagem, enfermeiros, fisioterapeutas, farmacêuticos, médicos e psicólogos. Em contra posto há um enorme número de profissionais que iniciaram seu contato com paciente por volta de 01 (um) ano (24%), como acadêmicos de enfermagem, medicina, técnicos de enfermagem, residentes de

medicina, fisioterapeutas, técnico de laboratório e serviços gerais. Destacando-se os acadêmicos de enfermagem (23) e acadêmicos de medicina (28), tendo em vista que foram os mais acessíveis a pesquisa.

Vale a pena lembrar, os casos de servidores que exercem suas atividades, em mais de uma unidade hospitalar, gerando um desgaste físico e emocional, cujo prejudicado acaba sendo o cliente. Porém o gráfico 03 mostra divergência em relação a essa problemática, pois 76% exercem sua função somente na FMT/HVD.

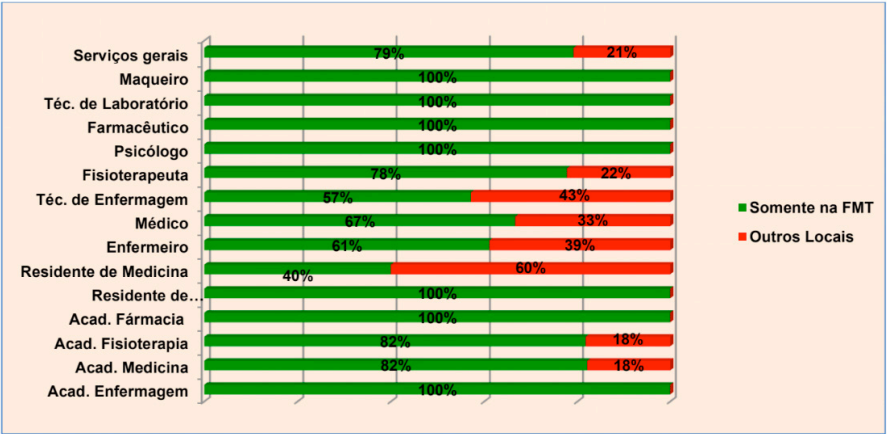


Gráfico 03: Servidores que atuam na FMT/HVD e tiram plantões em outros hospitais.

As entrevistas e o teste prático foi realizado com os servidores, ocorreu nos seguintes setores: Enfermarias Masculina e Feminina, no Pronto Atendimento, na Pediatria, no Ambulatório, na Pesclin (Enfermaria de Pesquisa Clínica), no Hospital Dia, no Isolamento, na UTI, no Laboratório/ Coleta e na área farmacêutica.

	Entrevistados/Local										
	Pronto Atendimento	Pediatria	Enf. Masculina	Enf. Feminina	Ambulatorial	Pesclin	Hospital Dia	Isolamento	UTI	Lab. / Coleta	Farmácia
Acad. Enfermagem	-	5	7	8	3	-	-	-	-	-	-
Acad. Medicina	5	3	3	4	-	3	2	5	3	-	-
Acad. Fisioterapia	-	-	5	3	-	-	-	3	-	-	-
Acad. Farmácia	-	-	-	-	-	-	-	-	-	4	3
Residente de Enfermagem	-	-	2	1	-	-	-	-	-	-	-
Residente de Medicina	1	-	3	-	6	-	-	-	-	-	-

Enfermeiro	2	1	-	2	-	3	3	2	1	-	-
Médico	2	2	-	-	-		1	1	-	-	-
Téc. de Enfermagem	3	3	9	9	4	5	3	3	3	-	-
Fisioterapeuta	-	-	3	2	-	-	-	-	4	-	-
Psicólogo	4	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Farmacêutico	-	-	-	-	-	-	-	-	-	2	1
Téc. de Laboratório	-	-	-	-	-	-	-	-	-	6	-
Maqueroiro	6	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Serviços gerais	4	3	4	5	1	2	-	-	5	-	-
(%)	(13,5%)	(8,5%)	(18%)	(17%)	(7%)	(6,5%)	(4,5%)	(7%)	(8%)	(6%)	(2%)
nº	27	17	36	34	14	13	9	14	16	12	4

Tabela 2: Demonstrativo dos setores onde os servidores foram entrevistados.

Nota-se, que os setores que onde mais houve a participação dos servidores foram as Enfermarias (35%), seguida do Pronto Atendimento (13,5%). O que levou a um resultado satisfatório, por se tratar de setores que possuem uma clientela diversificada, diante de seu alto fluxo diário de procedimentos em decorrências de diversas patologias, provenientes da própria e de outras instituições com quadro infeccioso por agentes desconhecidos.

Sendo questionados sobre a presença de cartazes alertando e descrevendo sobre a HM, o resultado foi:

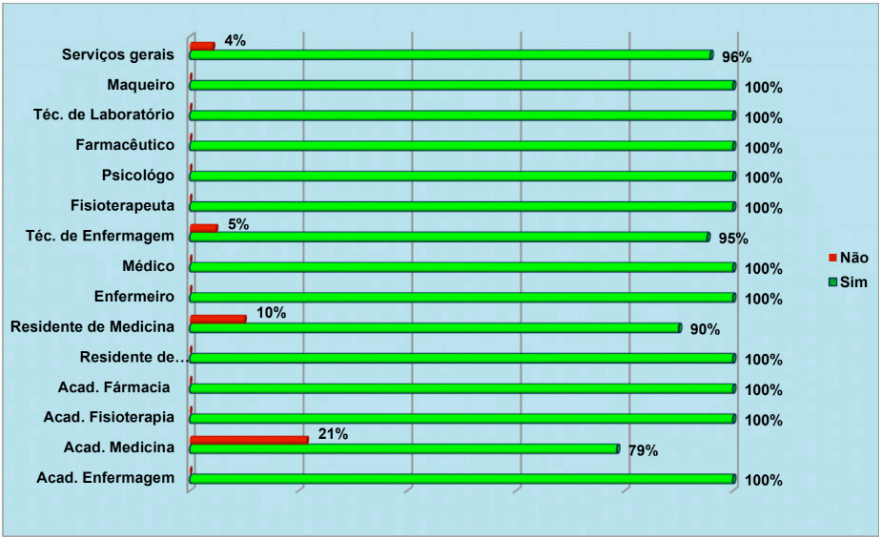


Gráfico 04: Resposta quanto a presença de cartazes alertando e descrevendo as técnicas da Higienização das mãos.

O resultado foi quase unânime, porém, os acadêmicos do curso de medicina sugeriram mais cartazes e ampla campanha para o incentivo da HM. Uma ótima proposta, tendo em vista que os profissionais devem atuar como educadores, sendo referências para a equipe influenciando-a quanto ao seu desempenho e rotinas adequadas.

Mesmo com cartazes alertando sobre a importância da H.M 94,5% não sabem higienizar as mãos na técnica correta ou simplesmente não higienizam.

Em relação à reciclagem do tema e comprovação do mesmo, pôde – se perceber que as grandes maiorias dos profissionais (80%) já fizeram ou participaram de algum treinamento sobre a HM. Entretanto não possuem comprovação da existência do mesmo (ver gráfico 06).

	Até 1 ano	1 - 3 anos	4 - 5 anos	6 - 7 anos	Não lembra	Nunca fez
Acad. Enfermagem	4	0	0	0	9	10
Acad. Medicina	11	6	2	9	6	3
Acad. Fisioterapia	7	0	0	0	3	1
Acad. Farmácia	1	0	0	0	3	3
Residente de Enfermagem	3	0	0	0	0	0
Residente de Medicina	4	2	1	0	3	0
Enfermeiro	11	2	0	4	5	0
Médico	3	0	1	0	0	2
Téc. de Enfermagem	12	6	0	2	14	10
Fisioterapeuta	4	2	0	0	3	0
Psicólogo	2	0	0	0	2	0
Farmacêutico	1	0	0	0	1	1
Téc. De Laboratório	1	1	0	1	1	3
Maqueroiro	3	0	0	2	3	0
Serviços gerais	13	1	0	0	0	10
nº	80	20	4	18	53	43

Tabela 03: Entrevistados/Tempo da Última Reciclagem sobre Higienização das mãos.

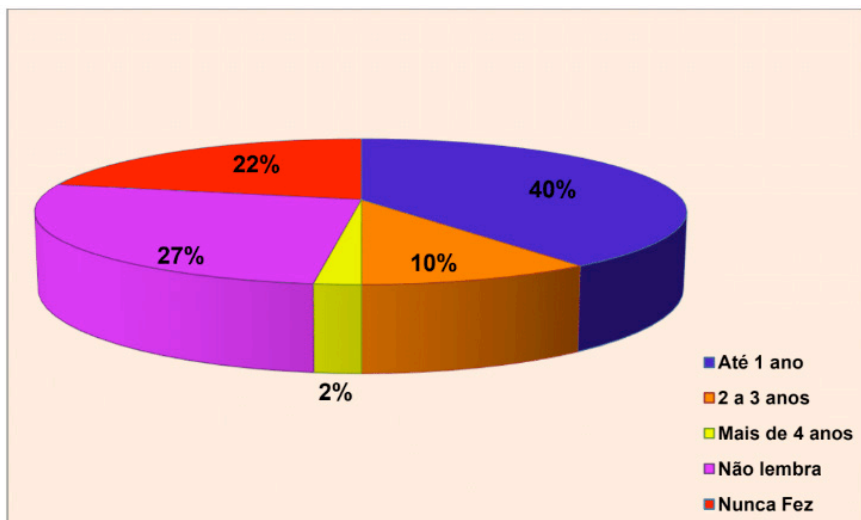


Gráfico 05: Percentual de Tempo de Reciclagem da Higienização das mãos.

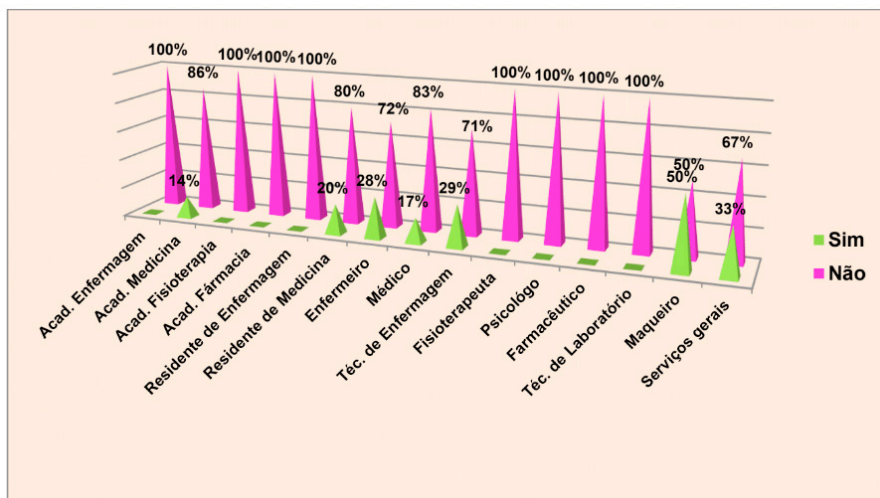


Gráfico 06: Percentual informado pelos servidores da FMT/HVD quanto à comprovação de treinamento da Higienização das mãos.

Em vista disto, foi sugerido mais treinamentos para os funcionários, a fim de mostrar estratégias por meio de dramatização e reflexão sobre o tema, além de mais divulgações como forma de conscientização da HM, haja vista ser de grande valia importância da higienização de uma forma geral.

Outra questão levantada, foi se haviam tido conhecimento ou ouviram falar sobre algum surto infeccioso ocorrido na FMT/HVD e a 96% afirma que nunca ouviu ou soube da existência de surto infeccioso. De outro modo, 4% já ouviram ou tiveram

conhecimento de surto infeccioso, porém não souberam identificar.

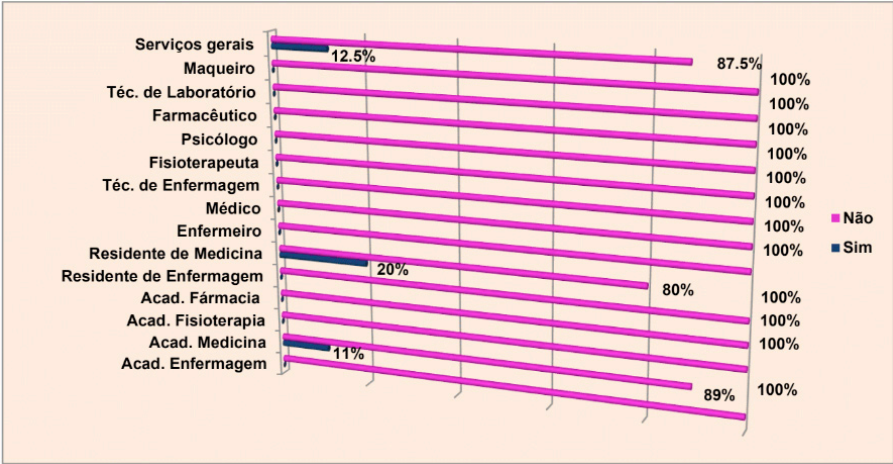


Gráfico 07: Percentual de Conhecimento Sobre Algum Surto Infeccioso Ocorrido na FMT/HVD

Quando indagados a respeito da higienização das mãos como prevenção de infecções cruzadas, 100% foram unânimes, acerca da sua importância.

Apesar do número de profissionais entre as equipes ser diferente, as opiniões sobre o que leva um profissional a não higienizar as mãos com a frequência desejada não contém muitas divergências. Muitos afirmam que a falta de tempo é o fator que mais influencia para essa não adesão, outros falam sobre as pias não estarem próximas e outros afirmam que a falta de cobrança é o mais interfere para a não realização dessa técnica. Porém a grande maioria acredita que o problema não é apenas um fator e sim vários, que contribuem para a não adesão a higienização das mãos.

	Indisposição	Falta de cobrança	Falta de tempo	As mãos ressecam	As mãos não parecem sujas	As pias não estão próximas	Falta papel	A prioridade é o paciente	OUTROS
Acad. Enfermagem	12	2	2	3	3	3	2	4	2
Acad. Medicina	18	13	5	0	4	3	2	3	3
Acad. Fisioterapia	3	0	2	3	3	2	0	0	1
Acad. Farmácia	0	4	2	0	0	2	1	1	1
Residente de Enfermagem	2	0	1	0	0	0	0	1	0

Residente de medicina	9	9	8	2	5	3	1	3	4
Enfermeiro	8	3	3	0	5	1	1	0	3
Médico	3	0	0	0	0	1	0	0	2
Téc. de Enfermagem	10	8	15	4	1	5	0	4	7
Fisioterapeuta	2	0	2	0	2	1	1	0	1
Psicólogo	3	0	2	0	2	0	0	0	1
Farmacêutico	0	3	1	0	0	1	0	0	0
Téc. de Laboratório	4	1	1	1	0	0	1	0	0
Maquero	3	0	0	0	0	0	0	0	0
Serviços gerais	3	5	10	0	0	0	2	0	4
(%)	(26,8%)	(16,1%)	(18,1%)	(4,4%)	(8,4%)	(7,4%)	(3,7%)	(5,4%)	(9,7%)
Nº de profissionais	80	48	54	13	25	22	11	16	29

Tabela 04: Informações coletadas dos participantes da pesquisa onde informam o motivo da não adesão da higienização das mãos antes e após o contato com o paciente.

Observou-se que o principal fator na opinião dos participantes da pesquisa seria a indisposição, principalmente para acadêmicos de medicina e enfermagem, seguido do técnico de enfermagem respectivamente, pois acreditam que esta seria um problema mais comum entre funcionários com maior tempo de formação ou de trabalho em serviços públicos de saúde.

Em seguida, a falta de tempo (18,1%) é o fator que mais prejudica os técnicos de enfermagem, tendo em vista que esse grupo representa o maior número de profissionais que presta assistência direta e constante aos clientes, sendo assim, a não adesão à HM por essa equipe, compromete ainda mais a qualidade e principalmente, a segurança da assistência prestada aos usuários.

Dando continuidade a falta de cobrança é o fator que mais compromete a falta de adesão segundo os acadêmicos de medicina, pois muitos acreditam que a não cobrança acaba gerando o esquecimento.

Como quarto ponto, o fator que compromete o problema em questão, seria as mãos não parecerem sujas (8,4%), deixando assim de realizar corretamente o procedimento, sendo o entendimento principalmente de enfermeiros e residentes de medicina. Entretanto, com a não lavagem das mãos, acreditando-se estarem limpas, pode acarretar no surgimento de IRAS (Infecções Relacionadas à Saúde).

Em quinto lugar, a localização das pias (7,4%), pois no entender dos técnicos de enfermagem, as pias não estão próximas do seu setor de trabalho. O que acarreta num transtorno, pois os servidores alegam que “a demanda de clientes é alta e o paciente é sempre prioridade”.

Continuando neste raciocínio, ao definir o paciente como prioridade, surge uma nova abordagem, cujos técnicos e acadêmicos de enfermagem (53,5%), alegam que a alta demanda de clientes, pode gerar um grave problema, pois são muitos pacientes para poucos profissionais da saúde, ocasionando um enorme transtorno para os servidores e principalmente, para os próprios usuários do Sistema Único de Saúde (SUS).

Outra opinião citada no questionário reflete sobre o ressecamento das mãos. Os servidores (principalmente técnicos de enfermagem) alegam que o sabão ou o antisséptico, acabam deixando as mãos ásperas, ocasionado também descamações. Dando como sugestão, a troca do produto utilizado hoje na FMT, por *“outro modelo de melhor qualidade existente no mercado”*, visando o bem estar de todos.

A falta de papel na secagem das mãos foi caracterizada, como motivo da ausência de adesão à HM, pois alegaram, os acadêmicos de enfermagem e medicina, juntamente com os servidores de serviços gerais, como maior dificuldade para se ter papéis para secar as mãos depois da lavagem, deixando muitos profissionais de realizarem a técnica.

Em último lugar, servidores acreditam que o problema é por conta do local inadequado para a higienização, pois algumas pias precisam de manutenção, alguns dispensadores de papéis e principalmente de sabão estão com problemas. E muitas das vezes a falta de sabão também compromete a realização da técnica.

Entretanto ao serem interrogados se em algum momento já deixaram de realizar a HM (33,1%) afirmam que nunca deixam de higienizar, porem (66.9%) afirmam deixar de higienizar as mãos, como mostrado no gráfico a seguir:

	Indisposição	Falta de cobrança	Falta de tempo	As mãos ressecam	As mãos não parecem suja	As pias não estão próximas	Falta papel	A prioridade é o paciente	OUTROS	Lavam sempre
Acad. Enfermagem	1	3	2	0	4	5	2	2	1	9
Acad. Medicina	3	3	9	6	0	7	3	4	0	9
Acad. Fisioterapia	4	0	1	1	0	0	0	0	1	4
Acad. Farmácia	0	0	0	0	1	0	0	0	0	2
Residente de Enfermagem	0	0	2	1	0	0	0	0	0	1
Residente de Medicina	2	1	6	1	2	2	1	1	1	1
Enfermeiro	2	2	9	0	0	5	2	4		10
Médico	0	0	0	0	0	2	1	0	2	1
Téc. De enfermagem	3	1	10	3	0	5	0	4	7	18
Fisioterapeuta	3	0	0	0	2	2	0	0	1	4

Psicólogo	0	0	0	0	0	0	0	0	0	4
Farmacêutico	0	1	1	0	0	0	0	1	0	2
Téc. de Laboratório	0	0	1	0	1	0	0	0	0	3
Maquieiro	0	0	0	0	0	0	0	0	0	6
Serviços gerais	3	4	0	1	0	0	0	1	1	9
(%)	(8,4%)	(6%)	(16,3%)	(5,2%)	(4%)	(11,2%)	(3,6%)	(6,8%)	(5,6%)	(33,1%)
nº	21	15	41	13	10	28	9	17	14	83

Tabela 05: Momento da assistência que os participantes afirmam deixar de realizar a higienização das mãos.

A grande maioria afirma que nunca deixa de lavar as mãos em nenhuma hipótese. Quase 70 % afirmam que já deixaram de higienizar as mãos por conta da falta de tempo, destacando – se os técnicos de enfermagem, pois a correria do dia, a grande quantidade de pacientes e os vários plantões, causam um cansaço exaustivo.

Com 36 % os profissionais assumem que a indisposição é um fator do qual compromete a HM. Destacando- se acadêmicos de Fisioterapia, pois durante o aprendizado em campo, a demanda de paciente e de conhecimento é muito alta, causando um desgaste.

Com 33 % temos inúmeros problemas, entre eles, situa-se o caso das pias não estarem próximas, destacando-se médicos, pois com a quantidade de pacientes que os profissionais recebem diariamente é enorme e não ter uma pia próxima acarreta em uma perda de tempo muito grande.

A falta de cobrança acaba sendo um fator pra a não adesão da HM. Destacando-se farmacêuticos, que com os afazeres do dia, acabam tendo um esquecimento por conta da falta de cobrança dos seus superiores.

A prioridade em cuidar do paciente, acaba sendo uma problemática, principalmente para enfermeiros e farmacêuticos, pois são muitos pacientes para a pouca quantidade de profissionais.

Outros motivos que não constavam na lista, tais como: esquecimento, falta de hábito, desleixo, negligência, diversos enfermos, entre outras opiniões. Sobressaindo – se médicos, com o esquecimento e a falta de hábito, pois devido à demanda do alto fluxo de clientes e a correria diária, não sobra tempo para tomar as devidas precauções.

O ressecamento das mãos, destacando-se residentes de enfermagem, pois constatarem que a constante lavagem gera ressecamento e descamação nas mãos.

Deixam de higienizar por as mãos não parecerem sujas 22% do profissionais entrevistados. Com a porcentagem maior para equipe de fisioterapia.

E o restante com 17% pela falta de papel. Elevando a esta porcentagem médicos e enfermeiros. Colocando assim em risco o bem estar de todos ali presentes (incluindo o servidor).

Sendo assim a pesquisa evidencia de forma satisfatória a frequência da HM que vem sendo realizada. Poucos são os que deixam de higienizar as mãos. Visando que esse foi um resultado bastante produtivo, principalmente para o cliente, que é o maior beneficiado, tendo em vista que este é um problema mundial.

A partir disso, foi feita uma demonstração de como cada servidor realiza a HM e os resultados foram:

Profissionais	Numero de acertos quanto à técnica correta								
	3	4	5	6	7	8	9	10	11
Acad. Enfermagem	-	-	-	3	4	5	4	4	3
Acad. Medicina	2	2	-	2	4	9	5	1	3
Acad. Fisioterapia	-	-	-	1	2	5	2	1	-
Acad. Farmácia	1	-	2	-	1	2	1	-	-
Residente de Enfermagem	-	-	-	-	-	1	2	-	-
Residente de medicina	-	1	1	1	1	3	1	1	1
Enfermeiro	-	-	-	3	2	5	3	3	2
Médico	2	-	1	1	2	-	-	-	-
Téc. de enfermagem	1	1	3	5	10	7	14	1	-
Fisioterapeuta	-	1	2	3	1	-	1	1	-
Psicólogo	-	-	1	1	1	-	-	1	-
Farmacêutico	1	-	-	-	-	2	-	-	-
Téc. de Laboratório	1	-	1	2	-	1	-	1	-
Maquero	1	-	-	1	1	2	1	-	-
Serviços gerais	5	2	2	5	-	4	2	2	2
Total	14	7	13	28	29	46	36	16	11

Tabela 06: Registro do numero de acertos durante o teste prático da técnica correta da higienização das mãos.

De acordo com a Tabela 06, compreende-se que há ausência no conhecimento com relação à técnica correta da HM. O problema em não higienizar as mãos corretamente, ocasiona um alto índice de infecções. À técnica não realizada corretamente compromete a eficácia da HM, consequentemente a segurança do cliente.

Dentre as categorias profissionais que menos obtiveram resultados

satisfatórios, destacam-se com apenas 03 (três) passos corretos: 33% dos médicos, 21% dos serviços gerais, 17% dos maqueiros e técnicos de laboratórios, 14% dos acadêmicos de farmácia, 7% dos acadêmicos de medicina e 5% dos técnicos de enfermagem.

Com 04 (quatro) passos certos: 11% dos fisioterapeutas, 10% dos residentes de medicina, 8% serviços gerais, 7% dos acadêmicos de medicina e 2% dos técnicos de enfermagem.

Com 05 (cinco) passos corretos: 29% dos acadêmicos de farmácia, 25% dos psicólogos, 22% dos fisioterapeutas, 17% dos técnicos de laboratórios e médicos, 10% dos residentes de medicina, 8% dos serviços gerais e 7% dos técnicos de enfermagem.

Com 06 (seis) passos corretos: correspondem a 33% dos técnicos de laboratórios, 25% dos psicólogos, 21% dos serviços gerais, 17% dos médicos, enfermeiros e maqueiros, 13% dos acadêmicos de enfermagem, 12% dos técnicos de enfermagem, 10% dos residentes de medicina, 09% dos acadêmicos de fisioterapia, e 07% dos acadêmicos de medicina.

Com 07 (sete passos), 33% dos médicos, 25% dos psicólogos, 24% dos técnicos de enfermagem, 18% dos acadêmicos de fisioterapia, 17% dos acadêmicos de enfermagem e maqueiros, 14% dos acadêmicos de farmácia e medicina, 11% dos enfermeiros, fisioterapeutas e 10% dos residentes de medicina.

Com 08 (oito) passos: 67% dos farmacêuticos, 45% dos acadêmicos de fisioterapia, 33% residentes de enfermagem e maqueiros, 32% dos acadêmicos de medicina, 30% dos residentes de medicina, 28% dos acadêmicos de farmácia e enfermeiros, 22% dos acadêmicos de enfermagem, 17% dos técnicos de enfermagem, laboratório e serviços gerais.

Com 09 (nove) passos: 67% dos residentes de enfermagem, 33% dos técnicos de enfermagem, 18% dos acadêmicos de medicina e fisioterapia, 17% dos acadêmicos de enfermagem, enfermeiros e maqueiros, 14% acadêmicos de farmácia, 11% dos fisioterapeutas, 10% dos residentes de medicina e 08% dos serviços gerais.

Com 10 (dez) passos: 25% dos psicólogos, 17% dos acadêmicos de enfermagem, residentes de medicina, enfermeiros, técnicos de laboratório e maqueiros, 14% acadêmicos de farmácia, 11% dos fisioterapeutas, 10% dos acadêmicos de medicina, 9% dos acadêmicos de fisioterapia, 8% dos serviços gerais e 2% dos técnicos de enfermagem.

Com os 11 (onze) passos: 13% acadêmicos de enfermagem, 11% acadêmicos de medicina e enfermeiros, 10% residentes de medicina e 8% dos serviços gerais.

No gráfico a seguir mostra-se uma estimativa de acertos quanto à realização da técnica correta da higienização das mãos.

Observa-se que foram pouquíssimas as categorias profissionais que obtiveram sucesso na HM. Os dados mostram que apenas 13% dos acadêmicos de enfermagem, 11% dos acadêmicos de medicina e enfermeiros, 10% dos residentes de medicina e 8% dos serviços gerais obtiveram sucesso quanto à técnica correta da HM. Em contra partida, as piores categorias foram os acadêmicos fisioterapia e farmácia, residentes de enfermagem, médicos, técnicos de enfermagem, fisioterapeutas, psicólogos, farmacêuticos e maqueiros, pois nenhum conseguiu realizar a técnica de forma correta.

Uma característica a ser analisada reflete no descaso com relação a HM, pois o gráfico 08 menciona que 40% dos servidores entrevistados realizaram uma reciclagem com o tema proposto, com tempo inferior ou igual ao 01 (um) ano, logo se esperava resultados mais satisfatórios quanto uso da técnica correta.

Essa má realização da técnica, consequentemente os profissionais expõe o cliente a altos riscos, principalmente por se tratarem de profissionais que diariamente se deslocam em vários setores, ocasionando a contaminação cruzada.

Esses servidores podem disseminar infecções por meio do contato direto das mãos, tendo em vista que o profissional coloca em risco não só a assistência direta aos clientes, como a sua própria proteção. Além de que é um elemento fundamental nas ações de prevenção e controle das IRAS.

Através destes dados apresentados, notamos o quanto os profissionais da saúde precisam se conscientizar sobre importância desse gesto simples chamado de higienização das mãos.

Apesar do avanço na área da saúde, onde se demonstra com uso de cartazes, em praticamente todos os setores internos de qualquer hospital no Brasil, além de ser amplamente apresentada no decorrer dos cursos de graduação de saúde, tanto na sua teoria (trabalhos e seminários) quanto na sua prática profissional, levando o profissional a uma bateria excessiva de conhecimento sobre o tema aqui discutido.

Sendo assim, podemos ver que muitos desafios ainda estão presentes no cotidiano dos renomados profissionais da área da saúde, porém é visível o desenvolvimento na capacitação destes profissionais, onde em um País que a cada dia nasce e morre uma pessoa, estes profissionais devem cada vez mais se especializar para ganhar respeito e reconhecimento por todos da sociedade.

6 | CONCLUSÃO

Sabemos que a lavagem das mãos é de extrema importância, pois através dessa técnica prevenimos a transmissão de micro-organismos para o paciente ou ambiente hospitalar. Embora a higienização das mãos seja a medida mais importante e reconhecida há muitos anos na prevenção e controle das infecções nos serviços

de saúde, porém, colocá-la em prática consiste em uma tarefa complexa e difícil.

Através desta pesquisa lançamos um alerta para os profissionais da saúde sobre a necessidade e importância da adesão às medidas higiênicas. Esse alerta não se baseia apenas nos dados obtidos neste estudo, como também em vários outros trabalhos, por se tratar de um problema de saúde pública. A infecção hospitalar tem grandes reduções com a adoção de medidas simples de higiene, como a lavagem das mãos utilizando a técnica adequada.

Trata-se de um método de baixo custo e relativa facilidade na sua execução, trazendo com benefícios a redução de gastos com hospitalizações desnecessárias, melhor assistência ao paciente dentre várias outras.

Este estudo serve de alerta para todos os profissionais da área da saúde que tenham contato com paciente, reforçando a importância da higienização adequada das mãos como forma de diminuir os prejuízos gerados por esta problemática, mostrando que a falta de medidas simples, como a higienização das mãos pode vir a desencadear.

Outro fato que demonstra a necessidade sobre este tema abordado, diz respeito, ao avanço da higienização das mãos pelos métodos criados pela Organização Mundial de Saúde (OMS) e copiados pelo Ministério da Saúde (MS), levando-se em consideração todos os seus 11 (onze) passos e estando em constante estudo, para evitar ao máximo causar enorme prejuízo aos pacientes.

Após finalizar todas as entrevistas e com o passar dos dias, surgiram comentários positivos sobre esta pesquisa, onde além dos entrevistados, diversas pessoas notaram uma melhoria sobre a higienização das mãos.

Um grande enfoque na Fundação de Medicina Tropical (FMT), na qual, houve profissionais que se manifestaram a favor da demonstração da técnica correta, criando oportunidades para realizações de palestras, além de incentivos, organizados pelos próprios servidores públicos que estavam prontamente dispostos a atender, salvo suas exceções, como já demonstrado.

O apoio institucional do Hospital, com a instalação de um maior número de pias e sempre próximas a cada setor, pois assim, facilita em praticamente 100% o uso contínuo de todos, tanto pelos profissionais quanto por seus usuários. Entretanto, vislumbra-se uma falta de prática, por diversos fatores demonstrados em toda pesquisa.

Assim, este estudo trouxe um enorme conhecimento a todos os presentes, porém, uma característica foi verificada e deixando claro que durante o decorrer da pesquisa, notavelmente surgiu inúmeros interessados em aprender e a refletir na importância da higienização, entretanto, poderia acrescentar ao regimento interno do Hospital, o seu enfoque em adquirir medidas preventivas e até mesmo repressivas (caso haja uma negligência da técnica por parte de algum profissional),

onde esta repressão, caso seja criada, possa determinar certas penalidades e com isso, fazer com que o profissional da área de saúde, não somente a ele, mais a todos os servidores públicos que atuam de modo efetivo.

Neste sentido, esta pesquisa serviu para desenvolver o conhecimento teórico e poder aprofundar na prática, além da oportunidade de atuar, pelo menos em um curto espaço de tempo, junto a estes excelentes profissionais que a cada dia, ajuda ainda mais, a desenvolver esta renomada Fundação que tanto nos orgulha, não somente a nós, Brasileiros, e sim continuando a ser referência em doenças tropicais, em níveis Nacionais e Internacionais.

DEDICATÓRIA

A minha querida e amada família por sempre acreditarem e investir em mim. Mãe, seu cuidado e sua dedicação foi e é sempre essencial. Pai, sua presença significou segurança e certeza de que não estou sozinho nessa caminhada. Obrigado pelo apoio, carinho, compreensão e amor incondicional. Essa vitória não é só minha, é nossa!

Aos meus queridos e amados avós Francisco Torres Vieira e Maria Augusta Rodrigues de Abreu *“in memoriam”* que onde quer que estejam sei que estão sempre cuidando e torcendo por mim.

AGRADECIMENTOS

Agradeço primeiramente à Deus que permitiu que tudo isso acontecesse, ao longo de minha vida, e não somente nestes anos como universitária, mas que em todos os momentos da minha vida.

Aos meus pais Alcicia Vieira de Abreu e José Carlos Rodrigues de Abreu, pelo amor incondicional e pela paciência. Por terem feito o possível e o impossível para me proporcionar sempre o melhor. Sem vocês nada seria possível.

A minha prima Larissa de Jesus Oliveira Vieira, pela paciência, boa vontade e disponibilidade em poder me ajudar.

Ao professor e orientador Arimateia Azevedo Portella, pela paciência na orientação e incentivo que tornaram possível a conclusão desta monografia.

EPÍGRAFE

“Tudo é possível àquele que crê.”

Jesus Cristo

REFERÊNCIAS

1. Agência Nacional de Vigilância Sanitária, Ministério da Saúde. Higienização das mãos em serviços de saúde. Brasília (Brasil): ANVISA/MS; 2007.
2. Associação Paulista de Estudos e Controle de Infecção Hospitalar. Guia para higiene de mãos em serviços de assistência à saúde. São Paulo: APECIH; 2003.
3. ANVISA. AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA. Resolução RDC N° 50, [online]. anvisa.gov.br/legis/resol2002_50-02rdc.pdf. (Dispõe sobre normas para construção de serviços de saúde).
4. BACKES, V.M.S. Educación continua o permanente de los profesionales de salud: el “nombre de la rosa” hace La diferencia? Revista Panamericana de Enfermería. 2005.
5. BLOM, B.C. e LIMA S.L. Lavagem das mãos. In: Couto RC, Pedrosa TMG, Nogueira JM. Infecção hospitalar: epidemiologia, controle, gestão para a qualidade. 2a ed. Rio de Janeiro: MEDSI; 1999.
6. BRASIL. AGENCIA NACIONAL DE VIGILANCIA SANITARIA – ANVISA. Ministério da Saúde. Higienização das Mãos em Serviços de Saúde. Brasília, 2007.
7. BRASIL. AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA – ANVISA. RDC n°. 42, de 25 de outubro de 2010. Dispõe sobre a obrigatoriedade de disponibilização de preparação alcoólica para fricção antisséptica das mãos, pelos serviços de saúde do país e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 26 out. 2010.
8. BRASIL. AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA – ANVISA. Assistência Segura: Uma Reflexão Teórica Aplicada à Prática. Série Segurança do Paciente e Qualidade em Serviços de Saúde. Brasília, 2013.
9. BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Portaria nº 2616, de 12 de maio de 1998 – publicada no D.O.U. nº89, 13 de maio de 1998 pg 133. Programa de Controle de Infecção Hospitalar.
10. BRASIL (2004) Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. Política de educação e desenvolvimento para o SUS: caminhos para a educação permanente em saúde: pólos de educação permanente em saúde. Brasília: Ministério da Saúde; 2004.
11. BEZERRA, A.L.Q. O contexto da educação continuada em enfermagem na visão dos gerentes de enfermagem e dos enfermeiros de educação continuada. O Mundo da Saúde. São Paulo, 2000.
12. CARNEIRO, M. S. et al. Educação permanente em saúde no desenvolvimento organizacional do serviço de enfermagem da Fundação Santa Casa de Misericórdia do Pará. Revista Paraense de Medicina. Vol. 20 (4), 2006.
13. CAROTTA, Flávia; KAWAMURA, Débora; SALAZAR, Janine. Educação Permanente em Saúde: Uma estratégia de gestão para pensar, refletir e construir práticas educativas e processos de trabalhos. Revista Saúde e Sociedade, v.18, supl.i, 2009;

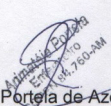
14. CARVALHO, A.V e NASCIMENTO L.P. Treinamento de Recursos Humanos. São Paulo: Pioneira; 1999
15. CECCIM, R.B. Educação permanente em saúde: descentralização e disseminação de capacidade pedagógica na saúde. Ciênc. Saúde Colet. vol.10 nº.4 Rio de Janeiro, 2005.
16. CECCIM, R.B e FERLA, A.A. Educação Permanente em Saúde. In: Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio, organizadora. Dicionário da Educação Profissional em Saúde. Rio de Janeiro: EPSJV; 2006.
17. CARVALHO AT, Souza ES, Sousa DO, Costa MHA, Bahia GC, Marsola LR. Higienização das mãos como estratégia para redução da incidência de infecções hospitalares em um hospital público. Rev Paraense Med. 2007
18. CORREA L. Prevenção e controle de infecções hospitalares em UTI. In: Knobel E. Condutas no paciente grave. 3ª ed. São Paulo: Atheneu; 2006.
19. GARRIDO M.C.F. Cotidiano da educação continuada em enfermagem: valorização do cuidar. Mundo Saúde, 2000.
20. HADDAD, J. Q.; ROSCHKE, M. A.; DAVINI, M. C. (Ed). Educación permanente de personal de salud. Washington: OPS/OMS, 1994.
21. KURCGANT, Paulina. Administração em Enfermagem. São Paulo: EPU, 2001.
22. MARTINI, A.C. e DALL'AGNOL, C.M. Por que lavar ou não as mãos? Motivos de um grupo de enfermagem. Rev. Gaúcha Enferm, Porto Alegre (RS) 2005.
23. MARTINS, J.J. e ALBUQUERQUE, G.L. A utilização de tecnologias relacionais como estratégia para humanização do processo de trabalho em saúde. Ciência Cuidado Saúde. 2007.
24. MARTINS KA, Tipple AFV, Souza ACS, Barreto RASS, Siqueira KM, Barbosa JM. Adesão às medidas de prevenção e controle de infecção de acesso vascular periférico pelos profissionais da equipe de enfermagem. CiêncCuid Saúde. 2008.
25. NETO F. J. S. L. Módulo IV – Educação/Trabalho/Profissão . Rio de Janeiro: Fundação Oswaldo Cruz. 2001
26. NEVES, Z.C.P.D. Higienização das mãos: o impacto de estratégias de incentivo a adesão entre profissionais de saúde de uma unidade de terapia intensiva neonatal. Ver Latino Am Enfermagem, 2006.
27. OGUISSO T. A educação continuada como fator de mudanças: visão mundial. Nursing (Edição Brasileira) 2000.
28. OLIVEIRA, A.C. e PAULA, A.O. Monitoração da adesão à higienização das mãos: uma revisão de literatura Acta Paul. Enferm. vol.24 nº.3 São Paulo 2011.

29. OLIVEIRA, Adriana Cristina; CARDOSO, Clareci Silva; MASCARENHAS Daniela. Precauções de contato em Unidade de Terapia Intensiva: fatores facilitadores e dificultadores para adesão dos profissionais. Rev. esc. enferm. USP. São Paulo, Março de 2010;
30. OLIVEIRA, Adriana Cristina ; DAMASCENO, Quésia Souza ; RIBEIRO, Silma M. C. P. Infecções relacionadas à assistência em saúde: desafios para a prevenção e controle. REME Revista Mineira de Enfermagem, 2009.
31. ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE – ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE - OPAS/OMS; AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA – MINISTÉRIO DA SAÚDE – ANVISA/MS. Manual para Observadores. Brasília, DF, 2008;
32. PADOVEZEL, M.C e FORTALEZA C.M.C.B. Infecções relacionadas à assistência à saúde: desafios para a saúde pública no Brasil. Rev Saúde Pública 2014.
33. PASCHOAL, Amarilis Schiavon; MANTOVANNI, Maria de Fátima; MÉIER, Marineli Joaquim. Percepção da educação permanente, continuada e em serviço para enfermeiros de um hospital de ensino. Extraído da Dissertação “O discurso do enfermeiro sobre educação permanente no grupo focal”, Programa de Pós-Graduação, Universidade Federal do Paraná, 2004;
34. Pedrosa TMG, Couto RC. Prevenção de infecção em terapia intensiva de adultos e pediátrica. In: Couto RC, Pedrosa TMG, Nogueira JM. Infecção hospitalar: epidemiologia, controle, gestão para a qualidade. 2a ed. Rio de Janeiro: MEDSI; 1999.
35. Protocolo para a prática de higiene das mãos em serviços de saúde. Ministério da Saúde/ Anvisa/ Fiocruz 2013
36. Primo, Mariusa Gomes Borges, et al.; Adesão à prática de higienização das mãos por profissionais de saúde de um Hospital Universitário. Revista Eletrônica de Enfermagem, 2010.
37. RICALDONI, C.A.C. e SENA, R.R. Educação permanente: uma ferramenta para pensar e agir no trabalho de enfermagem. Rev Lat Am Enfermagem. 2006;14(6):837-42.
38. SILVA, Giselda Monteiro da; SEIFFERT, Otília Maria L. B. Educação continuada em enfermagem: uma proposta metodológica. REBEn – Revista Brasileira de Enfermagem, 2009;
39. SORDI, M.R.L. e BAGNATO M.H.S. Subsídios para uma formação profissional crítico-reflexiva na área da saúde: desafio da virada do século. Rev Lat Am Enfermagem. 1998.
40. TORRES, S.M.S; VIANA, M.C.O. Necessidade de educação continuada para profissionais de nível médio em enfermagem em um pronto socorro infantil do município de Natal/RN. Nursing, 2005.

**Governo do Estado do Amazonas
Fundação de Medicina Tropical Doutor Heitor Vieira Dourado
Diretoria de Ensino e Pesquisa
Departamento de Pesquisa**

Declaração

Declaro para os devidos fins que sou pesquisador desenvolvendo o projeto de pesquisa na Fundação de Medicina Tropical Dr. Heitor Vieira Dourado, intitulado " Monitorização da Adesão da Higienização das mãos : percepção dos servidores de um hospital especializado em medicina tropical quanto a técnica correta" aprovado pelo comitê de ética em pesquisa desta Fundação sob o **CAAE: 32622614.4.0000.0005**, submetido dia 26-06-2014 e aprovado dia 26-07-14, e que a aluna de enfermagem **Jessica Bianca Vieira de Abreu**, matrícula 10005812, é minha orientanda neste projeto desenvolvendo uma vertente (objetivo secundário) do mesmo intitulada "**Percepção dos servidores de uma instituição especializada em medicina tropical quanto a técnica correta da higienização das mãos**" (em anexo).


Arimatéia Portela de Azevedo

Pesquisador

INDICADOR DE AVALIAÇÃO DE PRÁTICAS DE HIGIENE DAS MÃOS

Questionário de Avaliação
Ficha N _____ Data ____/____/____
Profissão _____, Tempo que atua _____
Hospitais que trabalha (citar) _____
Unidade que atua na FMT/HVD: _____ Número de Leitos: ____ Número de pias: ____
Número de pias por paciente _____
Há cartazes alertando sobre lavagem ou antissepsia de mãos? _____
Há cartazes descrevendo a técnica de lavagem de mãos? _____
Qual a última vez que você fez reciclagem sobre este tema? _____
Existe comprovação do treinamento? _____
Você tem conhecimentos se houve algum surto infeccioso nesta unidade (suspeito ou confirmado) ultimamente? _____
Você é capaz de dizer qual foi? _____
Caso tenha ocorrido, quais medidas foram tomadas? _____

Você acha importante a lavagem das mãos como prevenção da infecções cruzadas? () sim () não
Na sua opinião o que leva um profissional de saúde não lavar as mãos na frequência desejada? () indisposição () falta de cobrança () falta de tempo () as mãos ressecam () as mãos não parecem sujas () as pias não estão próximas () falta papel () a prioridade é cuidar do paciente. Outros _____
Em algum momento você deixou de lavar as mãos em virtude de algum desses motivos? () indisposição () falta de cobrança () falta de tempo () as mãos ressecam () as mãos não parecem sujas () as pias não estão próximas () falta papel () a prioridade é cuidar do paciente. Outros _____
Concorda em participar da pesquisa lavando suas mãos utilizando a técnica que você sabe? Sim () não ()
Acertou _____% da técnica da lavagem das mãos

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO – TCLE

Você está sendo convidado (a) a participar deste estudo intitulado **“Monitorização da Adesão à Higienização das Mãos: Percepção de Servidores de um Hospital Especializado em Medicina Tropical Quanto a Técnica Correta”** porque você tem perfil e preenche os critérios para, na condição de sujeito, participar desta pesquisa. *Sujeito da Pesquisa* é a expressão dada a todo ser humano que, de livre e espontânea vontade e após ser devidamente esclarecido, concorda em participar de pesquisa, doando material biológico, se submetendo a variados procedimentos invasivos ou não, ou ainda fornecendo informações.

O objetivo deste estudo é Avaliar a execução correta da técnica de lavagem das mãos entre os servidores da área de saúde que lidam com pacientes portadores

de doenças infectocontagiosas na FMT/HVD.

Você será submetido (a) a uma entrevista com o objetivo de fornecer informações para o melhor entendimento do assunto em questão, em seguida, você será conduzido (a) à uma pia onde será convidado (a) a higienizar suas mãos na técnica correta. Você terá toda autonomia para decidir entrar ou não na pesquisa. Também, você terá toda liberdade para se retirar do estudo a qualquer momento, sem prejuízo de qualquer natureza. Tanto sua pessoa quanto os dados por você fornecidos serão mantidos sob absoluta confidencialidade e, portanto, ninguém mais terá conhecimento sobre sua participação.

Embora a natureza desta pesquisa apresente risco muito baixo, você tem a garantia de indenização por parte da instituição promotora da pesquisa, do investigador e do patrocinador (quando houver) se acontecer dano(s) à sua saúde, em decorrência da pesquisa; e sua decisão de participar do estudo não está de maneira alguma associada a qualquer tipo de recompensa financeira ou em outra espécie. Entretanto, você pode ser ressarcido de eventuais despesas, tais como transporte e alimentação, quando for o caso.

Sempre que for necessário esclarecer alguma dúvida sobre o estudo, você deverá buscar contato com o coordenador da pesquisa Arimatéia Portela de Azevedo, no endereço Rua: Caetano Felix, n 5, Conjunto Cidade Nova I. Fone (92) 9122-9286 ou (92) 3342-9186. Para quaisquer informações, fica disponibilizado o endereço do CEP/FMT-HVD, sito à Av. Pedro Teixeira nº 25 – Dom Pedro, Cep 69.040-000, Manaus-Am, que funciona de 2ª a 6ª Feira, das 08:00 às 14:00 horas, telefone (92)2127-3572, e-mail: cep@fmt.am.gov.br

CONSENTIMENTO

Li, tomei conhecimento, entendi os aspectos da pesquisa e, voluntariamente, concordo em participar do estudo.

(Assinatura ou Impressão Datiloscópica do Sujeito da Pesquisa)

Fone(s): _____

Residência: _____

Data: _____ / _____ / _____

ANEXOS

HIGIENIZAÇÃO DAS MÃOS

7.2.1 Higienização Simples das Mãos

7.2.1.1 Finalidade

Remover os microrganismos que colonizam as camadas superficiais da pele, assim como o suor, a oleosidade e as células mortas, retirando a sujidade propícia à permanência e à proliferação de microrganismos.

7.2.1.2 Duração do procedimento: 40 a 60 segundos.

7.2.1.3 Técnica

- 1 Abrir a torneira e molhar as mãos, evitando encostar-se à pia.



- 2 Aplicar na palma da mão quantidade suficiente de sabonete líquido para cobrir todas as superfícies das mãos (seguir a quantidade recomendada pelo fabricante).



- 3 Enxaguar as palmas das mãos, friccionando-as entre si.



- 4 Esfregar a palma da mão direita contra o dorso da mão esquerda entrelaçando os dedos e vice-versa.



- 5 Entrelaçar os dedos e friccionar os espaços interdigitais.



- 6 Esfregar o dorso dos dedos de uma mão com a palma da mão oposta, segurando os dedos, com movimento de vai-e-vem e vice-versa.



- 7 Esfregar o polegar direito, com o auxílio da palma da mão esquerda, utilizando-se movimento circular e vice-versa.



- 8 Friccionar as polpas digitais e unhas da mão esquerda contra a palma da mão direita, fechada em concha, fazendo movimento circular e vice-versa.



- 9 Esfregar o punho esquerdo, com o auxílio da palma da mão direita, utilizando movimento circular e vice-versa.



- 10 Enxaguar as mãos, retirando os resíduos de sabonete. Evitar contato direto das mãos ensaboadas com a torneira.



- 11 Secar as mãos com papel toalha descartável, iniciando pelas mãos e seguindo pelos punhos. No caso de torneiras com contato manual para fechamento, sempre utilize papel toalha.



CAPÍTULO 15

PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DA INTOXICAÇÃO EXÓGENA EM UM ESTADO BRASILEIRO

Data de aceite: 01/12/2020

Aclênia Maria Nascimento Ribeiro

Instituto de Ensino Superior Múltiplo – IESM
Timon-MA
<http://lattes.cnpq.br/5883408075990521>

Francisca Maria Pereira da Cruz

Instituto de Ensino Superior Múltiplo – IESM
Timon-MA
<http://lattes.cnpq.br/5343894061869778>

Nayara Vanele Ribeiro Pinto

Centro de Ensino Unificado de Teresina-CEUT
Teresina – PI
<http://lattes.cnpq.br/2572599707904941>

Illana Silva Nascimento

Universidade Federal do Piauí – UFPI
Teresina-PI
<http://lattes.cnpq.br/3449158798150141>

Cyane Fabiele Silva Pinto

Centro Universitário UNINOVAFAPÍ
Teresina-PI
<http://lattes.cnpq.br/9530661566258015>

Leonardo Teles Martins Mascarenhas

Universidade Federal do Piauí – UFPI
Teresina-PI
<http://lattes.cnpq.br/6625700032925771>

Pâmela Caroline Guimarães Gonçalves

Faculdade Integrada da Grande Fortaleza – FGF
Fortaleza-CE
<http://lattes.cnpq.br/7142069740426505>

Marília Silva Medeiros Fernandes

Centro Universitário Santos Agostinho
Teresina-PI
<http://lattes.cnpq.br/1275840041264226>

Maria do Socorro Rego de Amorim

Universidade Federal do Piauí – UFPI
Teresina-PI
<http://lattes.cnpq.br/2143390691230113>

Maria Elizabete de Freitas Rocha

Faculdade Aliança
Teresina-PI
<http://lattes.cnpq.br/9649779519512545>

Luzia Fernandes Dias

Centro Universitário Maurício de Nassau
Teresina-PI
<https://orcid.org/0000-0003-4770-2782>

Ana Caroline Escórcio de Lima

Universidade Estadual do Piauí – UESPI
Teresina-PI
<http://lattes.cnpq.br/8452505065233066>

RESUMO: **Objetivo:** Descrever o perfil epidemiológico dos casos notificados de intoxicação exógena no Maranhão no período de 2015 a 2019. **Metodologia:** Trata-se de uma pesquisa epidemiológica, descritiva e com abordagem quantitativa. Os dados foram coletados por meio do tabulador de dados TABNET, disponibilizado pelo Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde. Foram utilizadas as variáveis: ano, sexo, faixa etária, agente tóxico e circunstância envolvida no agravo. **Resultados:** Os resultados epidemiológicos

demonstraram que o perfil de pessoas vítimas de intoxicação exógena no período estudado compreende mulheres e indivíduos na faixa etária de 20 a 39 anos de idade, sendo os medicamentos, o agente tóxico mais predominante nesse tipo de agravo e a tentativa de suicídio, a circunstância mais prevalente, seguida da acidental.

Conclusão: Em vista disso, percebe-se a necessidade de desenvolvimento de novos estudos epidemiológicos acerca dessa temática em outras realidades, a fim de consolidar informações que favoreça a criação e o fortalecimento de estratégias e políticas preventivas por parte dos gestores públicos.

PALAVRAS-CHAVE: Intoxicação; Notificação de doenças; Epidemiologia.

EPIDEMIOLOGICAL PROFILE OF EXOGENOUS INTOXICATION IN A BRAZILIAN STATE

ABSTRACT: Objective: To describe the epidemiological profile of reported cases of exogenous intoxication in Maranhão in the period from 2015 to 2019. **Methodology:** This is an epidemiological, descriptive study with a quantitative approach. The data were collected using the TABNET data tab, made available by the Department of Informatics of the Unified Health System. The variables used were: year, sex, age group, toxic agent and circumstance involved in the disease. **Results:** The epidemiological results showed that the profile of people victims of exogenous intoxication in the studied period comprises women and individuals aged 20 to 39 years old, with drugs being the most prevalent toxic agent in this type of disease and the attempt to suicide, the most prevalent circumstance, followed by accidental. **Conclusion:** In view of this, there is a need to develop new epidemiological studies on this topic in other realities, in order to consolidate information that favors the creation and strengthening of preventive strategies and policies by public managers.

KEYWORDS: Intoxication; Disease notification; Epidemiology.

1 | INTRODUÇÃO

As intoxicações exógenas estão incluídas na lista de doenças e agravos de notificação compulsória (BRASIL, 2016a) e muitas vezes constituem reflexos do uso indevido de substâncias químicas encontradas no ambiente ou decorrentes do uso inadequado e abusivo pela população urbana e/ou rural em seu ambiente de trabalho (BURITI et al., 2019).

Para Melo et al. (2015), a exposição frequente e excessiva a substâncias químicas pode ocasionar um efeito nocivo no organismo, comprometendo órgãos e tecidos, podendo levar a morte. Esses efeitos podem representar um desequilíbrio orgânico ou um estado patológico provocado pela interação entre o agente químico e o organismo, sendo revelado clinicamente por um conjunto de sinais e sintomas representativos da intoxicação (ANDRADE; CAMPOLINA; DIAS, 2013).

As intoxicações podem ser consideradas agudas, quando ocorre após exposição única ou repetida ao agente químico no período de até 24 horas, sendo

utilizada a inativação ou remoção do tóxico como tratamento de emergência (SANTOS; NETO; CUNHA, 2015). Já os casos de intoxicação crônica ocorrem repetidas exposições, que normalmente duram longos períodos de tempo, ocasionando graves problemas neurológicos, imunológicos, endocrinológicos, renais, malformações congênitas, hematológicos, dermatológicos, hepáticos e tumores (BRASIL, 2014). As intoxicações exógenas são ocorrências frequentes que indicam uma procura dos setores de urgência e emergência em todo o mundo (NASCIMENTO et al., 2019).

O aumento progressivo e desordenado no consumo de substâncias químicas não acompanhadas de cuidados precisos causam sérios problemas com um alto risco à saúde. Frente a isto, no Brasil destaca-se número expressivo de pessoas intoxicadas com registros de casos de intoxicação, sejam pela ingestão de alimentos contaminados, medicamentos, uso de agrotóxicos, produtos de limpeza doméstica, e outras substâncias químicas (SANTOS; LEGAY; LOVISI, 2013).

No Brasil, no ano de 2013, a incidência de intoxicações exógenas por agrotóxicos foi de 6,23 casos por 100 mil habitantes. No período de 2007 a 2014, houve um aumento de 87% dos casos notificados, sendo que o total acumulado no período alcançou 68.873 casos. Entretanto, para garantir a identificação e notificação dos casos, bem como as estratégias de prevenção e de assistência, é imprescindível a organização e o fortalecimento das ações de Vigilância em Saúde Ambiental no âmbito dos estados e dos municípios. (BRASIL, 2016b). Nesse sentido, objetivou-se com o estudo descrever o perfil epidemiológico dos casos notificados de intoxicação exógena no Maranhão no período de 2015 a 2019.

2 | METODOLOGIA

Trata-se de uma pesquisa epidemiológica, descritiva, com a abordagem quantitativa, em que os casos de casos notificados de intoxicação exógena foram caracterizados por meio de técnicas estatísticas.

Os dados foram coletados por meio do tabulador de dados TABNET, disponibilizado pelo Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde - SUS (DATASUS). Foram utilizadas as variáveis: ano, sexo, faixa etária, agente tóxico e circunstância envolvida no agravo.

Por se tratar de base de dados públicos, não houve necessidade de encaminhar essa pesquisa nos comitês de ética e de pesquisa (CEP). Os pesquisadores respeitaram a autoria das fontes pesquisadas, referenciando os autores citados no texto e nas referências bibliográficas conforme as normas exigidas.

3 | RESULTADOS E DISCUSSÃO

De acordo com os dados do Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN), no período estudado foram notificados 4.001 casos de intoxicação exógena. Durante este período foi observado que a quantidade notificada desse agravo foi crescente sendo, portanto, o ano de 2019, o ano com maior número de casos, conforme mostra a figura 1 a seguir.

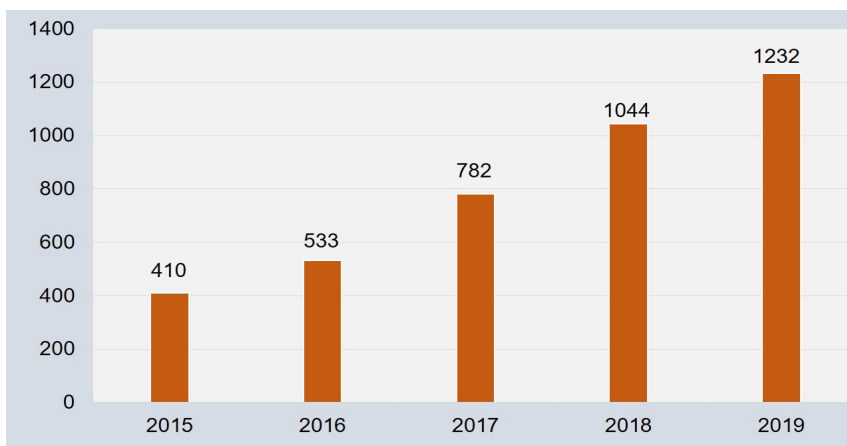


Figura 1: Distribuição dos casos de Intoxicação exógena, segundo ano de notificação: 2015 a 2019.

Em relação ao sexo, observou-se que o sexo feminino foi o mais acometido por intoxicação exógena em comparação ao sexo masculino (figura 2). Porém, segundo Veloso et al. (2017), o sexo masculino predispõe a um resultado com mais frequência de mortalidade, seja este agravo pela maior facilidade de conseguir agentes tóxicos, pelo baixo nível de escolaridade ou por uma maior dificuldade de acessar os serviços de saúde.

Diferentes são as situações que podem aumentar o risco para intoxicação exógena em ambos sexos, porém o desemprego, empobrecimento, escolaridade, abuso de substâncias, humor depressivo e problemas emocionais foram apontados por diversos autores na literatura como fatores predispostos para as ocorrências desse agravo (SILVA et al., 2014).

Tais fatores ressaltam o quanto é importante que a equipe de enfermagem trabalhe a necessidade do resgate da autoestima e da busca de valores de cada paciente avaliado, implementando assim, uma assistência de qualidade com uma visão holística a cada pessoa (PAVANATTO et al., 2015).

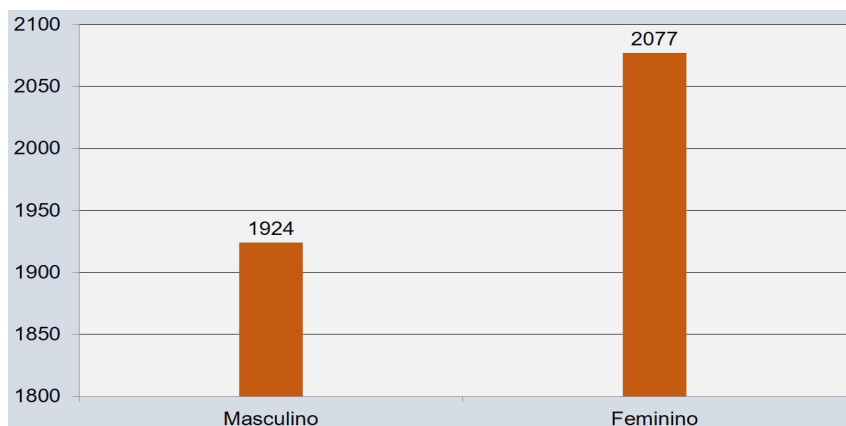


Figura 2: Distribuição dos casos de Intoxicação exógena, segundo o sexo.

Quanto à faixa etária, o maior número de casos foi observado entre jovens de 20 a 39 anos (figura 3). Esses dados corroboram com os dados da pesquisa realizada por Leão e Júnior (2020) em Pernambuco, onde foi observada predominância de intoxicação exógena nessa mesma faixa etária. Para Batista et al. (2017), esses achados podem ser justificados pelo fato de ser uma fase em que o indivíduo torna-se mais produtivo do ponto de vista trabalhista, o que expõe esse grupo etário a mais acidentes de trabalho, justificando o aumento de incidência desses casos.

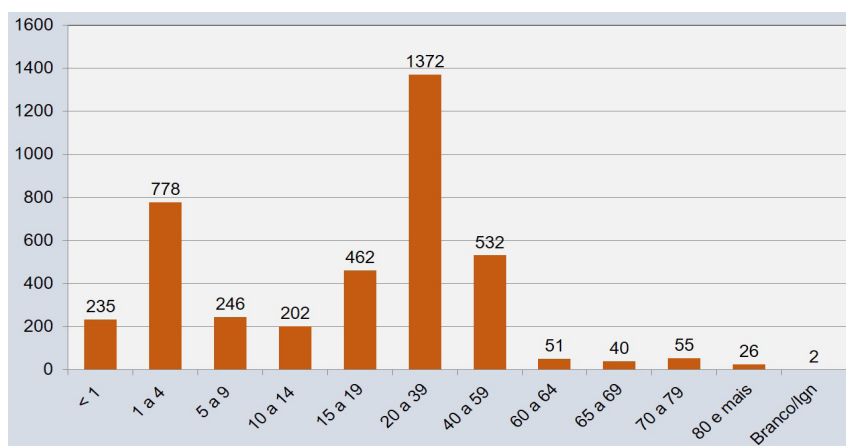


Figura 3: Distribuição dos casos de Intoxicação exógena, segundo a faixa etária.

Em relação ao tipo de agente tóxico envolvido, convém ressaltar que as intoxicações exógenas são causadas por diversos agentes tóxicos que se apresentam clinicamente por diversos efeitos nocivos, sendo prejudicial aos diferentes sistemas

devido à grande diversidade de substâncias (NASCIMENTO et al., 2019).

No presente estudo, observou-se que o agente tóxico com maior envolvimento nos casos de intoxicação exógena foram os medicamentos (figura 4). Esses dados também foram observados em uma pesquisa realizada por Nascimento et al. (2019), no qual foi verificado que o uso de medicamentos e pesticidas apresentam-se como um problema de saúde pública em consequência de sua predominância.

Estudo realizado acerca das internações hospitalares no Sistema Único de Saúde (SUS) decorrentes de violências auto infligidas por intoxicação exógena constatou que, no período de 2002 a 2013, 35.685 pacientes foram internados devido a autointoxicação por medicamentos e 23.093 por pesticidas e/ou produtos químicos (MONTEIRO et al., 2015).

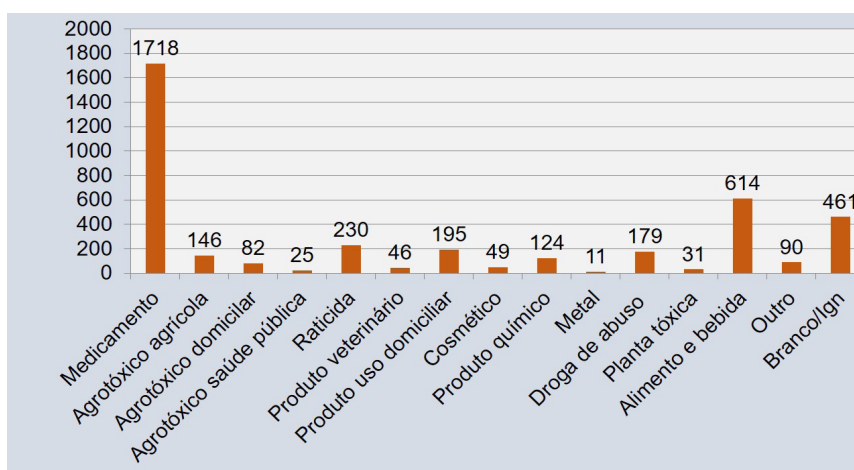


Figura 4: Distribuição dos casos de Intoxicação exógena, segundo o agente tóxico.

Após a análise das circunstâncias que desencadearam os casos de intoxicação exógena, foi possível inferir que a tentativa de suicídio ocupou o primeiro lugar no número de notificações, seguida da acidental (figura 5).

O suicídio caracteriza-se como o ato voluntário por meio do qual o indivíduo possui a intenção e provoca a própria morte. Já na tentativa de suicídio ocorre um comportamento potencialmente prejudicial auto infligido que resulta em um desfecho não fatal (MONTEIRO et al., 2015). Ambos são fenômenos complexos e multifatoriais que representam um grande problema de saúde pública em todo o mundo (CROSBY; ORTEGA; MELANSON, 2011).

Segundo Santos, Legay e Lovisi (2013) os homens totalizam um número maior do total em comparação com as mulheres que comete tentativas de suicídio com substâncias tóxicas, sendo essa população mais prejudicada devido à maior

incidência de exposição.

Reafirmando estes dados, Veloso et al. (2017) revelam que pesquisas nacionais e internacionais apresentam as intoxicações exógenas como o principal meio utilizado nas investidas de suicídio, estando entre os três principais métodos mais escolhido nos casos de violência auto infligida.

Segundo a Organização Mundial da Saúde, o suicídio é uma das três principais causas de óbitos na população jovem entre 15 e 44 anos presente em países desenvolvidos e em desenvolvimento. A taxa mundial de suicídio situa-se em torno de 11,5 óbitos por 100 mil habitantes e estima-se que cerca de 804 mil pessoas cometeram suicídio no ano 2012, o que representa uma morte a cada 40 segundos. Além disso, presume-se que até 2020 poderá ocorrer um incremento de 50% na incidência anual de mortes por suicídio em todo o mundo (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2014).

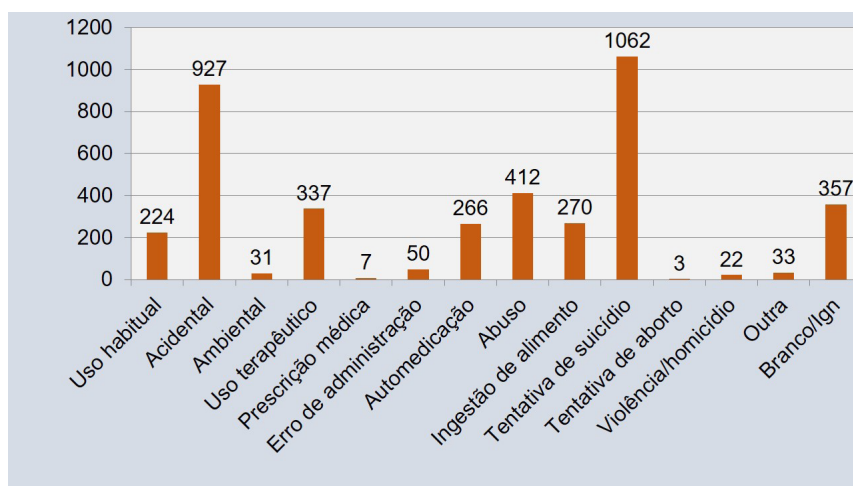


Figura 5: Distribuição dos casos de Intoxicação exógena, segundo a circunstância.

Vale salientar que as causas de intoxicação exógena proporcionam um impacto social na população afetada e os custos com os serviços de saúde também devem ser consideradas, já que muitos dos casos necessita de hospitalizações. Nesse sentido, faz-se necessário compreender melhor o tipo de ocorrência por parte da equipe de enfermagem, tornando-se de suma importância um planejamento de ação educativa eficiente com orientações de medidas que visem a restrição ao acesso a agentes tóxicos para prevenção de intoxicações (REIS et al., 2013).

Assim, diante do exposto, verifica-se que é de grande importância que o enfermeiro e a equipe de saúde estejam aptos a buscar informações relevantes

acerca do caso do paciente e tomar medida de intervenções adequadas para cada situação, utilizando como ferramenta o histórico de enfermagem que é um importante instrumento na coleta de dados, bem como também tomar medidas de proteção durante a prestação da assistência junto ao cliente (PAVANATTO et al., 2015).

4 | CONCLUSÃO

Os resultados epidemiológicos demonstraram que o perfil de pessoas vítimas de intoxicação exógena compreende mulheres e indivíduos na faixa etária de 20 a 39 anos de idade, sendo os medicamentos, o agente tóxico mais predominante nesse tipo de agravo e a tentativa de suicídio, a circunstância mais prevalente, seguida da acidental.

Em vista disso, percebe-se a necessidade de desenvolvimento de novos estudos epidemiológicos acerca dessa temática em outras realidades, a fim de consolidar informações que favoreça a criação e o fortalecimento de estratégias e políticas preventivas por parte dos gestores públicos.

REFERÊNCIAS

ANDRADE, F. A.; CAMPOLINA, D; DIAS, M. B. **Toxicologia na prática clínica**. 2. ed. Belo Horizonte: Folium, 2013.

BATISTA, L. A. et al. **Perfil epidemiológico dos casos de intoxicação notificados no Estado do Maranhão**. Rev. Investig, Bioméd. v., 9, n. 2, p. 129-137, 2017.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Guia de Vigilância Epidemiológica**. Brasília- Secretaria de Vigilância Epidemiológica, 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 204, de 17 de fevereiro de 2016. **Define a Lista Nacional de Notificação Compulsória de doenças, agravos e eventos de saúde pública nos serviços de saúde públicos e privados em todo o território nacional, nos termos do anexo, e dá outras providências**. Diário Oficial da União. Secção 1: 23-24, 2016a. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2016/prt0204_17_02_2016.htm> Acesso em: 10 dez. 2017.

BURITI, R. A. B. et al. **Perfil epidemiológico das intoxicações exógenas no município de Moreno-PE no período de 2012 a 2015**. Medicina Veterinária (UFRPE). v.13, n.1, p.49-56, 2019.

CROSBY, A. E.; ORTEGA, L.; MELANSON, C. **Self-directed violence surveillance: uniform definitions and recommended data elements. Version 1.0**. Atlanta: Centers for Disease Control and Prevention, National Center for Injury Prevention and Control; 2011.

LEÃO, M. L. P.; SILVA JÚNIOR, F. M. R. **Perfil epidemiológico dos casos de intoxicação exógena no ano de 2017 em Pernambuco, Brasil**. Research, Society and Development, v. 9, n. 6, 2020.

MELO, W. F. et al. **Assistência de Enfermagem à vítima de intoxicação exógena.** *Revista Brasileira de educação e saúde*, v. 5, n. 2, p. 26 -31, 2015.

MONTEIRO, R. A. et al. **Hospitalizações relacionadas a lesões autoprovocadas intencionalmente: Brasil, 2002 a 2013.** *Ciênc Saúde Coletiva*, v. 20, n. 3, 689-700, 2015.

NASCIMENTO, L. C. et al. **Cuidados de enfermagem nos casos de intoxicações exógenas: revisão integrativa.** *Educ. Ci. e Saúde*, v. 6, n. 1, p. 68-81, 2019.

PAVANATTO, P. A. et al. **Contribuições do cuidado lúdico em enfermagem na desintoxicação química devido ao uso de crack.** *Rev Gaúcha Enferm*, v. 36, n. 2, p. 50-5, 2015.

REIS, L. M. et al. **Saúde do homem: Internações hospitalares por intoxicação registradas em um centro de assistência toxicológica.** *Esc Anna Nery*, v. 17, n. 3, p. 505-511, 2013.

SANTOS, S. A.; LEGAY, L. F.; LOVISI, G. M. **Substâncias tóxicas e tentativas e suicídios: considerações sobre acesso e medidas restritivas.** *Cad. Saúde Colet*, v. 21, n. 1, p. 53-61, 2013.

SANTOS, R. R.; PEREIRA NETO, O.; CUNHA, C. M. **Perfil de vítimas de intoxicações exógenas agudas e assistência de enfermagem.** *Revista de Enfermagem Atenção à Saúde*, v. 4, n. 2, p. 45-55, 2015.

SILVA, J. C. S. et al. **Homens envenenados como sujeitos do cuidar e dos cuidados de enfermagem.** *Escola Anna Nery Revista de Enfermagem*, v. 18, n. 4, 2014.

VELOSO, C. et al. **Violência autoinfligida por intoxicação exógena em um serviço de urgência e emergência.** *Rev Gaúcha Enferm*, v. 38, n. 2, 2017.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (CH). **Preventing suicide: a global imperative.** Geneva: WHO; 2014.

CAPÍTULO 16

PROCESSO DE REVELAÇÃO DO DIAGNÓSTICO DE CRIANÇAS COM SÍNDROME DE DOWN: UMA REVISÃO NARRATIVA

Data de aceite: 01/12/2020

Data de submissão: 04/09/2020

Tayná Bernardino Coutinho

Universidade Federal da Fronteira Sul - UFFS
Chapecó - Santa Catarina
<https://orcid.org/0000-0001-6082-6232>

Rafaela Márcia Gadonski

Universidade Federal da Fronteira Sul - UFFS
Chapecó - Santa Catarina
<https://orcid.org/0000-0001-5056-9981>

Gabriela Gaio

Universidade Federal da Fronteira Sul - UFFS
Chapecó - Santa Catarina
<https://orcid.org/0000-0003-4173-6906>

Crhis Netto de Brum

Universidade Federal da Fronteira Sul – UFFS
Chapecó – Santa Catarina
<https://orcid.org/0000-0002-2970-1906>

Thaís Natali Lopes

Universidade Federal da Fronteira Sul - UFFS
Chapecó - Santa Catarina
<https://orcid.org/0000-0003-4457-9547>

Caroline Sbeghen de Moraes

Universidade Federal da Fronteira Sul - UFFS
Chapecó - Santa Catarina
<https://orcid.org/0000-0003-3730-2486>

Susane Dal Chiavon

Universidade Federal da Fronteira Sul - UFFS
Chapecó - Santa Catarina
<https://orcid.org/0000-0001-5656-7397>

Camila Olinda Giesel

Universidade Federal da Fronteira Sul - UFFS
Chapecó - Santa Catarina
<http://lattes.cnpq.br/2141118471362876>

Eduarda Antonia Sartoretto

Universidade Federal da Fronteira Sul - UFFS
Chapecó - Santa Catarina

Tassiana Potrich

Universidade Federal da Fronteira Sul- UFFS
Chapecó- Santa Catarina
<https://orcid.org/0000-0002-5180-5736>

Samuel Spiegelberg Zuge

Universidade Comunitária da Região de
Chapecó - Unochapecó
Chapecó – Santa Catarina

Ana Lucia Lago

Universidade Federal da Fronteira Sul – UFFS
Campus Chapecó
Universidade Comunitária da Região de
Chapecó – UNOCHAPECÓ
Chapecó – Santa Catarina
<http://lattes.cnpq.br/1671264090935034>

RESUMO: Objetivo: Avaliar na literatura científica como é realizado o processo de revelação do diagnóstico de crianças com SD. Metodologia: Trata-se de uma revisão narrativa da literatura a partir de artigos das seguintes bases de dados: na Medical Literature Analysis and Retrieval System Online, na Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde e na SciVerse SCOPUS. No formulário avançado foram inseridas seguintes as palavras-chave: revelação

da verdade ou revelação ou revelação ou diagnóstico e síndrome de down. Seguiu-se, atendendo os seguintes parâmetros de inclusão: estudos que tivessem seus resumos disponíveis nas bases de dados, na íntegra, online e gratuitos, em português, inglês ou espanhol. E os seguintes parâmetros de exclusão: teses, dissertações, monografias e seus respectivos capítulos. A coleta dos estudos ocorreu em agosto de 2020. Utilizou-se uma análise descritiva. Resultados: Houve a separação dos artigos por eixos temáticos, sendo estes: Impacto e consequências da Revelação de Diagnóstico e a importância da comunicação junto aos pais (42,0%); Mudanças na rotina das famílias de crianças com SD, sentimentos e emoções (15,0%); A importância da revelação precoce do diagnóstico pelos dos profissionais da saúde (21,0%), minimizando impactos; A necessidade de orientar a família como estabelecer interação e relação com as crianças com SD (21,0%). Conclusões: Salienta-se a necessidade do incentivo a realização de capacitações e sensibilizações acerca da revelação do diagnóstico à equipe multiprofissional, a qual irá realizar a assistência inicial e prestar diretamente os cuidados.

PALAVRAS-CHAVE: Revelação da Verdade; Síndrome de Down; Enfermagem.

DIAGNOSIS REVELATION PROCESS OF CHILDREN WITH DOWN SYNDROME: A NARRATIVE REVIEW

ABSTRACT: Objective: Evaluate in the scientific literature how the diagnosis of children with DS is carried out. Methodology: It is a narrative review of the literature based on articles from the following databases: in the Medical Literature Analysis and Retrieval System Online, in the Latin American and Caribbean Literature in Health Sciences and in the SciVerse SCOPUS. In the advanced form, the following keywords were inserted: revelation of the truth or revelation or revelation or diagnosis and down syndrome. It followed, taking into account the following inclusion parameters: studies that had their abstracts available in the databases, in full, online and free, in Portuguese, English or Spanish. And the following exclusion parameters: theses, dissertations, monographs and their respective chapters. The studies were collected in August 2020. A descriptive analysis was used. Results: There was a separation of articles by thematic axes, which are: Impact and consequences of the Disclosure of Diagnosis and the importance of communicating with parents (42.0%); Changes in the routine of families with children with DS, feelings and emotions (15.0%); The importance in the speech of health professionals when revealing the diagnosis and its precocity (21.0%), minimizing impacts; The need to guide the family on how to establish interaction and relationship with children with DS (21.0%). Conclusions: Emphasis is placed on the need to encourage training and awareness about the disclosure of the diagnosis to the multiprofessional team, which will carry out the initial assistance and directly provide care.

KEYWORDS: Revelation of Truth; Down's syndrome; Nursing.

1 | INTRODUÇÃO

A Síndrome de Down (SD) desenvolve-se em decorrência de uma alteração genética. Embora haja mais de uma conformação genética possível, a mais recorrente é a trissomia parcial, ou total, do cromossomo 21, correspondendo a 95% dos casos (DÍAZ-CUÉLLAR; YOKOYAMA-REBOLLAR; CASTILLO-RUIZ, 2016). Consoante o Ministério da Saúde, essa síndrome caracteriza-se, assim, como a cromossomopatia mais frequente na espécie humana (BRASIL, 2013).

Assim, o diagnóstico de SD pode ser realizado, ainda, durante a gestação ou no período neonatal e, sua revelação pode ser comunicada por qualquer membro da equipe de saúde, contanto, que este tenha domínio e experiência acerca da cromossomopatia, a fim de repassar informações atualizadas e adequadas, acolhendo a família e promovendo um cuidado humanizado e ético. Pois esse momento pode ter impacto e influência positiva ou negativamente na maneira como a família reagirá às mudanças no cotidiano e conduzir os cuidados com a criança (SBP, 2020).

O momento da revelação do diagnóstico é permeado por um conjunto de sentimentos e sensações. Esses, evidenciam-se pela presença de frustração, culpa, luto, insegurança, medo e desesperança, agravando-se ainda mais quando se trata de uma criança.

É conspícuo que o processo de aceitação do diagnóstico é de difícil manejo, principalmente pela parte dos pais, isso se dá pelo fato de que, muitas vezes, não possuem conhecimento acerca da doença. Por isso, é fundamental que o profissional da saúde responsável pela revelação do diagnóstico tenha conhecimento e domínio da SD, utilizando uma linguagem clara e acessível, favorecendo o esclarecimento de dúvidas e entendimento do diagnóstico, minimizando sentimentos de angústia, medo, anseio, impotência, culpa e outros sentimentos negativos advindos desse processo (PINTO *et al.*, 2016; SBP, 2020).

Barros *et al.* (2017) revelam que, apesar da evolução na partilha de tarefas entre os pais e as mães, a segunda ainda fica com as maiores responsabilidades relacionadas ao cuidado com a criança que vivencia alguma condição crônica de saúde. Destarte, é mais comum que as mães acompanhem os filhos nas consultas durante o tratamento, além de que, muitas deixam seus empregos para atender melhor às demandas apresentadas pelo infante. O processo do cuidar, mostra que muitos dos responsáveis apresentam algum problema de saúde, trazendo à tona, a sobrecarga que o processo gera, pois muitas vezes, o cuidador deixa de cuidar de sua própria saúde em prol do outro.

Crianças com SD exigem maior assistência por parte dos cuidadores familiares, visto que a cromossomopatia acompanha diversos problemas de saúde

como atraso no desenvolvimento intelectual, maior vulnerabilidade para doenças cardíacas, respiratórias e disfunções da tireoide, além de dificuldade para sucção, deglutição e linguagem, e propensão à obesidade. Esses agravos, juntamente com o diagnóstico da criança, que muitas vezes está atrelado a estigmas e preconceitos, trazem instabilidade, medo e sobrecarga aos cuidadores, uma vez que necessitam compreender e adaptar-se às demandas do infante (MIRANDA; BARRETO, 2019).

Diante do exposto, tem-se a elaboração de um estudo norteado pela seguinte questão: quais são as evidências disponíveis sobre como é realizado o processo de revelação do diagnóstico de crianças com SD? Como objetivo: Avaliar na literatura científica como é realizado o processo de revelação do diagnóstico de crianças com SD.

2 | METODOLOGIA

Trata-se de uma revisão narrativa da literatura (BRUM et al., 2015). Assim, a presente revisão se subsidiou a partir de artigos nas seguintes bases de dados: na Medical Literature Analysis and Retrieval System Online (MEDLINE), na Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS) e na SciVerse SCOPUS. No formulário avançado foram inseridas seguintes palavras-chave: revelação da verdade ou revelação ou revelação ou diagnóstico e síndrome de down.

Seguiu-se, atendendo os seguintes parâmetros de inclusão: estudos que tivessem seus resumos disponíveis nas bases de dados, na íntegra, online e gratuitos, em português, inglês ou espanhol. E os seguintes parâmetros de exclusão: teses, dissertações, monografias e seus respectivos capítulos. A coleta dos estudos ocorreu em agosto de 2020.

Foram encontrados 8.256 estudos. Destes, 293 da LILACS, 7.842 da MEDLINE e 121 da SCOPUS. Primeiramente, a seleção dos estudos deu-se pela leitura de título e resumos dos artigos, utilizados esses critérios foram elegidos ficaram 28 e após a leitura na íntegra permaneceram 19 artigos para análise. Os estudos foram codificados a partir da letra arábica 'A' seguido da numeração conforme segue: A1 a A19 conforme Quadro 1.

Código	Referência
Eixo Temático 1	
A1	SILVA FILHO, João Antonio da; GADELHA, Maria do Socorro Nunes; CARVALHO, Sandra Maria Cordeiro Rocha de. Síndrome de Down: reação das mães frente a notícia e a repercussão da intervenção fisioterapêutica da criança. <i>Revista Brasileira de Ciências da Saúde</i> , v. 21, n. 2, p. 157-164, 2017. Portal de Periódicos UFPB.
A2	TRAVASSOS-RODRIGUEZ, Fernanda; FÉRES-CARNEIRO, Terezinha. Os bebês com síndrome de Down e seus pais: novas propostas para intervenção. <i>Estudos de Psicologia</i> , Campinas, v. 29, n. 1, p. 831-840, dez. 2012. FapUNIFESP (SciELO).
A3	CARSWELL, Wendy Ann. Estudo da assistência de enfermagem a crianças que apresentam Síndrome de Down. <i>Revista Latino-Americana de Enfermagem</i> , Ribeirão Preto, v. 1, n. 2, p. 113-128, jul. 1993. FapUNIFESP (SciELO).
A4	SUNELAITIS, Regina Cátia; ARRUDA, Débora Cristina; MARCOM, Sonia Silva. A repercussão de um diagnóstico de síndrome de Down no cotidiano familiar: perspectiva da mãe. <i>Acta Paulista de Enfermagem</i> , [S.L.], v. 20, n. 3, p. 264-271, set. 2007. FapUNIFESP (SciELO).
A5	G, Lucía Torres; C, Eulalia Maia. Percepción de las madres acerca del contenido de la información del diagnóstico de Síndrome de Down. <i>Revista Chilena de Pediatría</i> , [S.L.], v. 80, n. 1, p. 39-47, fev. 2009. Sociedad Chilena de Pediatría.
A6	PAUL, María A. <i>et al.</i> ¿Cómo reciben los padres la noticia del diagnóstico de su hijo con síndrome de Down? <i>Rev Med Chile</i> , Santiago, v. 141, n. 0, p. 879-886, maio 2013.
A7	CAMARGO, Mayra Moslavacz de; SILVA, Mabile Francine Ferreira; CUNHA, Maria Claudia. Impacto do diagnóstico de Síndrome de Down em mães e suas repercussões em relação ao desenvolvimento de linguagem das crianças. <i>Distúrb Comun</i> , São Paulo, v. 24, n. 2, p. 165-172, set. 2012.
A8	NUNES, Michelle Darezzo Rodrigues; DUPAS, Giselle; NASCIMENTO, Lucila Castanheira. Atravessando períodos nebulosos: a experiência da família de crianças portadora de Síndrome de Down. <i>Revista Brasileira de Enfermagem</i> , Brasília, v. 64, n. 2, p.227-233, abr. 2011.
Eixo Temático 2	
A9	PEREIRA-SILVA, Nara Liana; DESSEN, Maria Auxiliadora. Famílias de crianças com síndrome de Down: sentimentos, modos de vida e estresse parental. <i>Interação em Psicologia</i> , Curitiba, v. 2, n. 10, p. 183-194, jul. 2006.
A10	OLIVEIRA, Rayzza Helena Sousa de <i>et al.</i> Conhecendo a vivência de mães de crianças com síndrome de Down. <i>Revista de Pesquisa: Cuidado é Fundamental Online</i> , Rio de Janeiro, v. 10, n.1, p. 276-281, 4 jun. 2018. http://dx.doi.org/10.9789/2175-5361.2018.v10i3.276-281 .
A11	BATISTA, Bruna Rafaela de; DUARTE, Márcia; CIA, Fabiana. A interação entre as pessoas com síndrome de Down e seus irmãos: um estudo exploratório. <i>Ciência & Saúde Coletiva</i> , [S.L.], v. 21, n. 10, p. 3091-3099, out. 2016. FapUNIFESP (SciELO).
Eixo Temático 3	
A12	Lizama-C, Macarena. Nacer con tres cromossomas 21 en el siglo 21. <i>Boletín del Hospital de Viña del Mar</i> , Chile, v. 71, n. 4, p. 26-29, 2015.
A13	ROSSEL-C, Katherine. El recién nacido con Síndrome de Down y el equipo de salud neonatal. <i>Revista Pediatría Electrónica</i> , Chile, v. 1, n. 1, p. 9-12, 2004.
A14	COELHO, Charlotte. A Síndrome de Down. Psicologia.Pt: o portal dos psicólogos, Porto, v. [1], n. [1], p. 1-14, mar. 2016.

A15	JACKSON, Lauren <i>et al.</i> Cómo enseñar a estudiantes de Medicina a comunicar el diagnóstico de síndrome de Down: utilidad de un programa educativo. Síndrome de Down: Vida Adulta , [S.l], n. 35, p. 1-10, fev. 2020.
Eixo Temático 4	
A16	RAMOS, Débora Adriana; GOUVÊIA, Ellen Alves. A importância da equipe multidisciplinar no preparo dos pais diante da síndrome de down: uma revisão bibliográfica de literatura . Jrg de Estudos Acadêmicos, [S.l], v. 5, n. 2, p. 370-382, 2019.
A17	ROOS, Laura; COSTA, Arlete Eli Kunz da; PISSAIA, Luís Felipe. Síndrome de down: trajetórias do seu diagnóstico para os pais. Revista Interdisciplinar de Promoção à Saúde , Santa Cruz do Sul, v. 2, n. 1, p. 8-13, jan/mar. 2019.
A18	SILVA, Nara Liana Pereira; DESSEN, Maria Auxiliadora. Síndrome de Down: etiologia, caracterização e impacto na família. Interação em Psicologia , Brasília, v. 6, n. 2, p. 167-176, nov. 2002.
A19	MIRANDA, Ane Caroline Rodrigues Lucena; BARRETO, Mayckel da Silva. Famílias com Síndrome de Down: experiências quotidianas. Repenf: Rev Par Enferm. , Maringá, v. 2, n. 1, p. 13-22, abr. 2019.

Quadro1. Corpus da Pesquisa. Processo de revelação do diagnóstico de crianças com síndrome de Down: uma revisão narrativa. 1993-2020. Chapecó. Brasil.

As informações foram extraídas mediante a utilização de uma ficha de análise documental, desenvolvida pelas autoras do estudo, com os itens: ano, procedência, metodologia, área e subárea do conhecimento sustentada na classificação da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES). Os dados foram analisados descritivamente emergindo quatro eixos temáticos. Após foram consideradas as convergência e divergências entre os autores. E em relação aos aspectos éticos, respeitaram-se as ideias, conceitos e as definições dos autores, esboçadas fidedignamente, descritas e citadas conforme as normas do periódico em questão, bem como respeitou-se a Lei nº 9.610/98 dos Direitos Autorais.

3 I RESULTADOS

Dos 19 estudos, o Brasil destacou-se como principal país de produção (68,0%), seguido do Chile (21,0%), de Portugal e dos Estados Unidos da América com 5,2% cada um. No que concerne o delineamento da pesquisa foram descritos qualitativo (73,0%), quantitativo (10,4%) e abordagem mista (15,0%).

No que se refere às áreas de conhecimento, sobressaem-se as produções de Enfermagem, Psicologia e Medicina com 21,0% cada uma, seguidas por Interdisciplinar (15,6%), Fisioterapia (10,4%), Fonoaudiologia e Educação Especial cada uma com 5,2%. Quanto aos anos de publicações, evidencia-se: 1993-1995, 5,2%; 1996-2001, 0,0%; 2002-2005, 10,4%; 2006-2009, 15,6%; 2010-2013, 26,3%; 2014-2017, 21,0% e 2018-2020, 21,0%.

Houve a separação dos artigos por eixos temáticos, sendo estes: Impacto e consequências da Revelação de Diagnóstico e a importância da comunicação junto

aos pais (42,0%); Mudanças na rotina das famílias de crianças com SD, sentimentos e emoções (15,0%); A importância da revelação precoce do diagnóstico pelos profissionais da saúde ao revelar o diagnóstico e a precocidade do mesmo (21,0%), minimizando impactos; A necessidade de orientar a família como estabelecer interação e relação com as crianças com SD (21,0%).

3.1 Impacto e consequências da Revelação de Diagnóstico: importância da comunicação junto aos pais

Os estudos de A1 à A8 consentem que para os pais, a ocasião da revelação do diagnóstico de SD é reputada como o momento mais difícil de todo o percurso, enfatizando a dificuldade da equipe em compartilhar as informações atualizadas e o despreparo da mesma para comunicar a notícia. Após a notificação da SD, os pais vivenciam sentimentos como frustração, choque, tristeza, medo e rejeição, os autores reforçam quanto a ausência de esclarecimentos primordiais adequados aos cuidadores, bem como a comunicação do diagnóstico tardio e ainda mencionam a importância de revelar o diagnóstico aos cuidadores de forma clara e objetiva, informando com honestidade todas as informações necessárias e propiciando o debate para elucidação de dúvidas. As orientações e explicações acerca da temática tendem a deixar os pais mais seguros e positivos frente a revelação do diagnóstico de síndrome de Down de seu filho.

3.2 Mudanças na rotina das famílias de crianças com SD: sentimentos e emoções

Já os trabalhos de A9 à A11 afirmam que quando a família recebe o diagnóstico de Síndrome de Down as reações e os sentimentos são diversos. Dessa forma, a vinda dessa criança origina mudanças na vida da família que requer de cada membro redefinição de papel. Assim, como todos os outros membros da família, o irmão passa por sentimentos como frustração, aceitação e culpa. Também, a mãe que muitas vezes é a cuidadora principal, acaba sendo sobrecarregada necessitando do suporte da família e de grupos de apoio.

3.3 A importância da revelação precoce do diagnóstico pelos profissionais da saúde

Os artigos de A12 à A15 indicam que no momento de revelação de diagnóstico os profissionais da saúde necessitam utilizar uma linguagem delicada e fornecer orientação efetiva e assistência emocional, ao comunicar a notícia é de suma importância respeitar as fases emocionais que os pais vivenciam. É relevante explicar aos cuidadores sobre o acompanhamento de saúde dos filhos, programas de estimulação precoce, agendamentos de exames de saúde e redes de apoio.

Pelo fato da notificação do diagnóstico de SD ser inesperado pela família, ao informá-la é imprescindível destacar a qualidade de vida que as crianças com

SD podem obter com o apoio familiar e que com a estimulação precoce o infante pode expressar sua potencialidade máxima. Todas essas informações associadas à suporte emocional aos cuidadores, auxiliam a elaboração de ferramentas para enfrentar o processo de adaptação de um filho(a) com um diagnóstico imprevisto amenizando os efeitos do processo de revelação de diagnóstico.

3.4 A necessidade de orientar a família como estabelecer interação e relação com as crianças com SD

Por fim, os estudos de A16 à A19 afirmam que está incluso na atribuição da equipe multiprofissional amparar a família para que esta, sinta-se acolhida e esclarecida sobre quaisquer implicações que a SD manifeste no transcorrer do crescimento e desenvolvimento da criança até a fase adulta. Os profissionais também possuem a incumbência de integrá-la ao ambiente familiar e social, além de colaborar no desenvolvimento neuropsicomotor.

4 | DISCUSSÃO

As crianças que vivenciam a SD demandam alguns cuidados singulares e particulares, especialmente do setor saúde. Em decorrência disso, a família precisa passar por um processo de readaptação, com o fito de atender e suprir as demandas, o qual, muitas vezes, inclui a dedicação exclusiva a criança (DIAS *et al.*, 2019; REIS *et al.*, 2017). Embora a vivência de cada família apresente-se de maneira singular, essa adaptação se inicia tão logo haja a revelação do diagnóstico da SD, uma vez que esse processo pode, inicialmente, tornar-se dificultoso, especialmente aos pais que idealizavam a concepção de um filho sem problemas de saúde (MIRANDA; BARRETO, 2019).

Nessa perspectiva, a revelação do diagnóstico da SD pode configurar-se como um processo doloroso à família. O estudo realizado por Miranda e Barreto (2019), evidenciou que esse momento é permeado por choque, dúvida, insegurança e ansiedade. Em decorrência disso, as famílias podem sentir-se despreparadas ao empregar os cuidados necessários, especialmente os voltados à realização de alguns procedimentos (REIS *et al.*, 2017).

Nesse sentido, os profissionais apresentam-se como mediadores do conhecimento e das informações relacionados à SD. No entanto, conforme o exposto de Dias *et al.* (2019), percebe-se a fragilidade e incipiência das orientações aos cuidadores familiares das crianças com necessidades especiais, por parte dos profissionais da saúde. Orientações, estas, tanto acerca dos cuidados às crianças quanto dos seus direitos. Não obstante, os resultados do presente estudo apontam que as informações fornecidas na revelação do diagnóstico são consideradas, pelos familiares e/ou cuidadores, insuficientes, suscitando sentimentos de ansiedade,

insatisfação, medo e estresse.

Na área da saúde, a revelação de alguma notícia inesperada é intrínseca à atuação profissional. Todavia, os profissionais da saúde, compreendem como uma prática difícil e que propicia sentimentos como impotência, angústia, compaixão, fracasso e nervosismo, ocasionando, por vezes, situações de abalo na relação entre família e profissional (GALVÃO; VALFREIXO; ESTEVES, 2015; KUMATA; BORGES; DUPAS, 2015). Similarmente, na pesquisa de Gonçalves *et al.* (2015), muitos profissionais relatam a existência de uma lacuna no ensino desse processo, evidenciando a fragilidade na formação acadêmica.

A partir disso, Cruz e Riera (2016) apresentam o protocolo de SPIKES, que consiste em seis passos, os quais identificam-se pelas letras de seu próprio nome, sendo assim: S (Setting Up), refere-se ao preparo para o encontro do paciente, P (Perception), relaciona-se a perceber o paciente, I (Invitation), convida o paciente para o diálogo, K (Knowledge), é direcionada à transmissão de informações, E (Emotions), para a expressão de emoções, e, por último, S (Strategy and Summary), é utilizado para resumir e organizar as estratégias (CRUZ; RIERA, 2016)

Ainda, o protocolo conta com quatro objetivos principais: saber que seu paciente e familiares entendem a situação da qual estão vivenciando; providenciar as informações conforme o paciente e sua família suportarem ouvir/saber, confortar o paciente sobre qualquer reação que possa ocorrer e, ter um plano de cuidados. O protocolo mostra-se como um novo modelo relacionado a comunicação de notícias indesejadas, haja vista que ele procura organizar tal momento, ajudando assim, os profissionais, pacientes e familiares, a manter um vínculo, bem como uma comunicação clara e aberta (CRUZ; RIERA, 2016).

Outrossim, para além do espaço acadêmico, faz-se importante o estabelecimento de estratégias nos serviços de saúde, sendo: estabelecimento de vínculo entre profissional-família-paciente (MIRANDA; BARRETO, 2019); escuta ativa das dúvidas e anseios dos cuidadores e/ou familiares (DIAS *et al.*, 2019), promovendo diálogo e apoio, tanto emocional quanto ao fornecimento de informações (SANTOS *et al.*, 2017); e considerar que cada criança e família são singulares, com suas individualidades, a fim de orientar os cuidados conforme suas demandas específicas (GALVÃO; VALFREIXO; ESTEVES, 2015; OKIDO *et al.*, 2018).

Kumata, Borges e Dupas (2015) evidenciam que a atuação multiprofissional, em momentos como este, proporciona discussão e compartilhamento de conhecimentos, e vivências, acerca de como desenvolver a abordagem familiar. Portanto, compreende-se a relevância do desenvolvimento da habilidade de comunicação por parte dos profissionais de saúde, com a finalidade de desencadear relações interpessoais de qualidade, considerando que usuários e seus familiares

são indivíduos com valores e crenças diferenciadas, importando prezar e respeitar (SANTOS, 2016).

Ainda, no momento de revelação do diagnóstico da SD, e para além dele, é imprescindível que o profissional da saúde atue de maneira ativa no compartilhamento de conhecimentos, informações e orientações acerca dos cuidados à criança com síndrome, a fim de mediar o processo de adaptação familiar (SANTOS *et al.*, 2017; DIAS *et al.*, 2019). Destarte, promovendo, e facilitando, um atendimento humanizado e qualificado.

5 | CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os estudos da pesquisa indicaram que os familiares e/ou cuidadores consideram a revelação do diagnóstico de SD inadequada e com insuficiência de informações o que causa insatisfação, ansiedade, estresse e medo. Salienta-se a necessidade do incentivo a realização de capacitações e sensibilizações acerca revelação do diagnóstico à equipe multiprofissional, a qual irá realizar a assistência inicial e prestar diretamente os cuidados.

Evidencia-se a importância da comunicação entre profissionais e família, minimizando possíveis sentimentos negativos advindos do diagnóstico, isto, por meio da escuta qualificada e do esclarecimento de dúvidas, proporcionando um ambiente acolhedor e empático, identificando e trabalhando com as potencialidades e fragilidades do contexto vivenciado por estes. Contribuindo para a informatização dos cuidadores familiares, auxiliando, conseqüentemente, para uma eficiente adaptação e integração da criança com SD, assim como dos cuidados e estímulos, possibilitando que este seja realizado o mais precocemente possível.

REFERÊNCIAS

BARROS, Alina Lúcia Oliveira *et al.* **Sobrecarga dos cuidadores de crianças e adolescentes com Síndrome de Down.** Ciência & Saúde Coletiva, v. 22, n. 11, p. 3625-3634, nov. 2017. Disponível em: <<https://www.scielo.org/pdf/csc/2017.v22n11/3625-3634/pt>>. Acesso em: 30 set. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Diretrizes de atenção à pessoa com Síndrome de Down.** 1. ed., 1. reimp. Brasília: Ministério da Saúde, 2013. 60 p. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/diretrizes_atencao_pessoa_sindrome_down.pdf>. Acesso em: 28 ago. 2020.

BRUM, C. N. de; ZUGE, Samuel Spiegelberg; RANGEL, R. F.; FREITAS, Hilda Maria Barbosa de; PIESZAK, Greice Machado. **Revisão narrativa da literatura: aspectos conceituais e metodológicos na construção do conhecimento da enfermagem** In: Metodologias de pesquisa para enfermagem e saúde: da teoria à prática. 1 ed. Porto Alegre: Moriá, 2015, p. 123-142.

CAMPOS, Carla Andréa Costa Alves de *et al.* **Desafios da comunicação em Unidade de Terapia Intensiva Neonatal para profissionais e usuários.** Saúde em Debate, v. 41, n. 2, p. 165-174, jun. 2017. Disponível em: <<https://www.scielo.br/pdf/sdeb/v41nspe2/0103-1104-sdeb-41-spe2-0165.pdf>> Acesso em: 28 ago. 2020.

CRUZ, Carolina de Oliveira; RIERA, Rachel. **Comunicando más notícias: o protocolo SPIKES.** Revista Diagnóstico e Tratamento, v. 21, n. 3, p. 106-108, 2016. Disponível em: <http://docs.bvsalud.org/biblioref/2016/08/1365/rdt_v21n3_106-108.pdf> Acesso em: 27 ago.2020.

DIAS, Beatriz Caroline *et al.* **Challenges of family caregivers of children with special needs of multiple, complex and continuing care at home.** Escola Anna Nery, v. 23, n. 1, p. 1-8, 2019. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/2177-9465-ean-2018-0127>> Acesso em: 28 ago. 2020.

DÍAZ-CUÉLLAR, S; YOKOYAMA-REBOLLAR, E; CASTILLO-RUIZ, V del. **Genómica del síndrome de Down.** Acta Pediátrica de México, v. 37, n. 5, p. 289-296, set. 2016. Disponível em: <<http://www.scielo.org.mx/pdf/apm/v37n5/2395-8235-apm-37-05-00289.pdf>> Acesso em: 28 ago. 2020.

GALVÃO, Ana; VALFREIXO, Maria; ESTEVES, Marina. **Processo comunicacional na transmissão de más notícias: revisão da literatura.** In: BRANCO, Maria Augusta Romão da Veiga (ed.). LIVRO DE ATAS DO II SEMINÁRIO INTERNACIONAL EM INTELIGÊNCIA EMOCIONAL 2015. Bragança: Instituto Politécnico de Bragança, 2015. p. 247-262.

GONÇALVES, Samantha Pelichek *et al.* **Comunicação de más notícias em pediatria: a perspectiva do profissional.** Arquivos de Ciências da Saúde, v. 22, n. 3, p. 74-78, 2015. Disponível em: <<https://doi.org/10.17696/2318-3691.22.3.2015.56>> Acesso em: 29 ago. 2020.

KUMATA, Camila Sayuri; BORGES, Amanda Aparecida; DUPAS, Giselle. **Comunicação de más notícias à família da criança hospitalizada.** Ciência, Cuidado e Saúde, v. 14, n. 4, p. 1411-1418, 2015. Disponível em: <<https://doi.org/10.4025/cienccuidsaude.v14i4.25894>> Acesso em:27 ago. 2020.

OKIDO, Aline Cristiane Cavicchioli *et al.* **Factors associated with family risk of children with special health care needs.** Revista da Escola de Enfermagem da USP, [s. l.], v. 52, p. 1-7, 2018. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/s1980-220x2017048703377>>Acesso em:29 ago. 2020

PINTO, Rayssa Naftaly Muniz *et al.* **Autismo infantil: impacto do diagnóstico e repercussões nas relações familiares.** Revista Gaúcha de Enfermagem, v. 37, n. 3, p. 1-9, set. 2016. Disponível em: <<https://www.scielo.br/pdf/rngen/v37n3/0102-6933-rngen-1983-144720160361572.pdf>>. Acesso em: 30 ago. 2020.

REIS, Kamilla Milione Nogueira *et al.* **A vivência da família no cuidado domiciliar à criança com necessidades especiais de saúde.** Ciencia y Enfermería, v. 23, n. 1, p. 45-55, 2017. Disponível em: <<https://scielo.conicyt.cl/pdf/cienf/v23n1/0717-9553-cienf-23-01-00045.pdf>>. Acesso em: 31 ago. 2020.

SANTOS, Thaisa de Farias Cavalcanti. **Comunicação de más notícias no contexto da uti neonatal.** 2016. 94 f. Dissertação (Mestrado) - Programa de Pós-Graduação em Saúde da Criança e do Adolescente, Universidade Federal de Pernambuco, Recife, 2016.

SANTOS, Ray-Anne Soares *et al.* **Estratégias de Enfermagem na Comunicação de Más Notícias: uma revisão integrativa.** In: International Nursing Congress, 2017, Aracaju. Anais, 2017. p. 1-4. Disponível em: <<https://pdfs.semanticscholar.org/0be9/93e68e3a0242bad6c4a8a6826daa2e75f5eb.pdf>>. Acesso em: 31 ago. 2020.

Sociedade Brasileira de Pediatria - SBP. **Diretrizes de atenção à saúde de Pessoas com Síndrome de Down.** Departamento Científico de Genética. [S. l.], 2020. Disponível em: <https://www.sbp.com.br/fileadmin/user_upload/22400b-Diretrizes_de_atencao_a_saude_de_pessoas_com_Down.pdf>. Acesso em: 31 ago 2020.

PRONTO-ATENDIMENTO: UM ESTUDO DO TERMO “DESCASO” SOBRE O PRISMA DA ENFERMAGEM

Data de aceite: 01/12/2020

Natana Honorato

Universidade de Taubaté
Taubaté/SP

Ediani Mara Pires Santos

Universidade de Taubaté
Taubaté/SP

Lais Cassiana Fagundes Vargas

Universidade de Taubaté
Taubaté/SP

Ana Lucia de Faria

Universidade de Taubaté
Taubaté/SP

Eliana de Fatima Almeida Nascimento

Universidade de Taubaté
Taubaté/SP

Milva Figueiredo de Martino

Universidade Estadual de Campinas/UNICAMP
Cidade Universitária Zeferino Vaz
Campinas/SP

Teresa Celia de Mattos Moraes dos Santos

Universidade de Taubaté
Taubaté/SP

RESUMO: O termo “descaso” dentro dos serviços de urgência e emergência está associado aos fatores hierárquicos de atendimento e a fatores subjetivos dos profissionais que se relacionam com os pacientes durante o processo de atendimento. **Objetivo:** Propiciar subsídios para

a busca de novas ferramentas e procedimentos que melhorem a qualidade do serviço em Unidades de Pronto Atendimento (UPA).

Métodos: Análise sistemática realizou-se uma compilação de dados, entre os meses de julho e setembro de 2011, de estudos publicados em bibliotecas virtuais como *Scientific Electronic Library Online (SciELO)* e Literatura Científica e Técnica da América Latina e Caribe (*Lilacs*) e que tivesse as palavras “pronto atendimento”, “enfermagem” e “descaso”. **Resultados:** Obteve um total de 20 trabalhos. Observou-se que a visão do “descaso” está relacionada com uma triagem prévia realizada antes do atendimento clínico. **Conclusões:** Portanto, para que haja a inibição ou término do termo descaso dentro da saúde, é necessária a ampliação dos horários e números de unidades de serviços eletivos, para que as unidades de urgência e emergência possam atender com precisão os casos de atenção imediata.

PALAVRAS-CHAVE: Descaso. Pronto atendimento. Emergência. Enfermagem.

ABSTRACT: The term "neglect" inside of the services of urgency and emergency it is associated to factors hierarchical of service and the factors subjective of the professionals what if relate to the patients during the process of service. Objective: Provide support for the search for new tools and procedures that improve the quality of service in Emergency Care Units (UPA). Methods: Systematic analysis carried out a data compilation, between the months of July and September 2011, of studies published in virtual libraries such as Scientific Electronic

Library Online (Scielo) and Scientific and Technical Literature of Latin America and the Caribbean (Lilacs) and that had the words "emergency care", "nursing" and "neglect". Results: He obtained a total of a 20 works. It was observed that the view of "neglect" is related to a previous screening carried out before clinical care. Conclusions: Therefore, for what to be inhibition or termination of the term neglect inside the health, it is necessary to expand the hours and numbers of units of elective services, so that urgency and emergency units can accurately attend to cases of immediate attention.

KEYWORDS: Neglect, Prompt Service, Emergency, Nursing.

INTRODUÇÃO

No Brasil do século XXI, ainda se discute a saúde como uma agravante para o Índice de Desenvolvimento Humano (IDH). Muito além das epidemias e doenças crônicas que aumentam as estatísticas de mortalidade e morbidade no país, estão o que se chama de “descaso”. É muito comum nos noticiários em diversos veículos de comunicação o termo “descaso dos profissionais de saúde”. Muitas das queixas estão relacionadas à ausência ou a precariedade dos atendimentos em unidades de saúde ou ainda a falta de atenção com os pacientes que buscam um atendimento de emergência, e o maior agravo, no entanto é que a maioria dos pacientes que buscam uma unidade de urgência (pronto socorro, pronto atendimento, serviço de emergência) não possui uma gravidade real que exija um atendimento de pronta atenção (ALBINO et al., 2007).

E muitos dos atendimentos ficam por conta do corpo de enfermagem (auxiliares, técnicos e enfermeiros) que tentam driblar as intempéries desse cenário para oferecer um atendimento digno aos pacientes, que também são submetidos a estados de observação (GARLET et al., 2009).

É por meio do prisma dos profissionais de enfermagem que será apresentado um quadro analítico construído baseado em estudos já publicados pela categoria, a fim de avaliar se as condições em que a população esboça seu comentário como “descaso” é ocasionado por problemas de infraestruturas, dos profissionais que estão atendendo ou uma somatória de fatores que elevam as estatísticas de insatisfação desses pacientes.

Diante deste contexto essa pesquisa tem por objetivo propiciar subsídios para a busca de novas ferramentas e procedimentos que melhorem a qualidade do serviço em UPA e inibir ou radicalizar este termo descaso dentro das unidades urgência e emergência.

METODOLOGIA

Trata-se de uma pesquisa de revisão bibliográfica, realizada com base em pesquisas publicadas entre 2004 a 2011 em revistas científicas especializadas e que

se encontram inseridas nas bibliotecas virtuais *Scientific Electronic Library Online (SciELO)* e Literatura Científica e Técnica da América Latina e Caribe (*Lilacs*). Para tanto, foram pesquisados trabalhos, entre os meses de julho a setembro de 2011, que continham as palavras “pronto atendimento” “enfermagem” e “descaso”, da qual obteve-se 20 resultados, os quais foram selecionados seis por meio de resumos que apresentavam referências sobre a gestão de enfermagem, que continham a duas ou mais palavras chaves”.

RESULTADOS

Os trabalhos selecionados serviram de parâmetro e análise para a elaboração deste artigo:

Um traz uma compilação de procedimentos para a intervenção das superlotações em serviços de emergência hospitalar (BITTENCOURT; HORTALE, 2009);

Outro estudo fala sobre o estresse no corpo de enfermagem de pronto atendimento entre os anos de 2007/2008 (FARIA et al., 2011);

Também se obteve um estudo sobre a classificação de risco dos atendimentos de emergências (ALBINO et al., 2007)

E outros três trazem um estudo sobre a organização e a sistematização dos procedimentos da enfermagem (ANDRADE; VIEIRA, 2005, MARQUES; LIMA, 2008, FARIA et al., 2011).

DISCUSSÃO

O termo descaso é mencionado sem qualquer parâmetro, somente avaliado como ausência ou um mau ou ineficiente atendimento dos profissionais da saúde. Porém é necessário esboçar um quadro que traz muito além da opinião de um paciente que busca um atendimento (ALBINO et al., 2007).

Como elucida Gilgio-Jacquemot (2005) que é uma fusão de fatores que vão desde critérios clínicos de emergência, quanto à observância dos modos da chegada do paciente à unidade, o seu grau de nervosismo, o seu poder de mobilidade, identificação de classe social, empatia e preconceitos justificam as ocorrências de descaso ou maus-tratos.

A porta de acesso a atendimentos de saúde, fora do expediente “comercial” são as unidades de emergências, aberto 24 horas. Esse conglomerado de atendimentos possui em sua maioria ocorrências de menor gravidade, ou que não necessitam de uma atenção imediata. Como relatado em estudo realizado na emergência adulta de um hospital-geral de Pernambuco (PE), que constatou que 74,5% dos atendimentos realizados eram queixas típicas da atenção básica, ou

seja, não caracterizado como urgência (GARLET et al., 2009).

Porém é necessário lembrar que o termo urgência na saúde difere de paciente para os profissionais, pois enquanto para os pacientes relacionam-se as necessidades variadas, como: aflição, angústia, abandono, miséria e que requerem uma solução imediata; para os profissionais de saúde, está relacionada à patologia que compromete a vida ou as funções vitais. O que causa dessa forma o que se chama de superlotação.

Weiss et al. (2004, p.45) superlotação é caracterizados por:

- a) 100% da ocupação dos leitos; b) pacientes nos corredores por causa da falta de leitos disponíveis; c) não recebimento de ambulâncias em razão de saturação operacional; d) sala de espera para consulta médica lotada; e) equipe do serviço de emergência encontra-se em estado limite de exaustão; f) mais de uma hora de espera para atendimento médico.

Porém essa ocorrência se dá porque os clientes acometidos de um desvio regular de sua saúde procuram as unidades de emergências para que possam passar por todo o processo clínico que vai desde a consulta médica à posologia/ internação, inclusive por exames laboratoriais. No entanto, a fim de proceder com um atendimento gradativo que valorize os níveis de emergência e não somente a ordem de chegada, foi criado um quadro de classificação de risco de níveis, que vai do não urgente a ressuscitação. Em alguns hospitais são simbolizados pela matize de cores que vão do azul ao vermelho. No Brasil, o modelo Recepção, Acolhimento e Classificação (RAC), também conhecido como triagem é baseado no modelo existente na Espanha (ALBINO et al., 2007), conforme demonstra-se no Quadro 1.

Nível	Categoria	Tempo Máximo	Cor
I	Ressuscitação	0 Minuto	Vermelho
II	Emergência	10 Minutos	Laranja
III	Urgência	60 Minutos	Amarelo
IV	Semi urgente	120 Minutos	Verde
V	Não urgente	240 Minutos	Azul

Quadro 1 – Quadro de Classificação de Nível de Risco.

Fonte: Albino et al. (2007)

A triagem é um dos procedimentos efetuados pela enfermagem, preferencialmente pelo enfermeiro, na qual são realizados os exames de sinais vitais, como a temperatura, batimentos cardíacos e pressão arterial, enquanto se verifica as queixas sintomáticas do paciente. Após essa avaliação pode-

se determinar o nível de risco a que ele se enquadra, resultando numa imediata consulta e aos demais procedimentos, como um aguardo na sala de espera, em caso de quadros não urgentes (GARLET et al., 2009).

Porém os profissionais de enfermagem estão envolvidos em toda a permanência do paciente dentro de um serviço de emergência. Indo desde a triagem, o pós-consulta médica, encaminhamento para exames laboratoriais, medicação, curativo, observação, remoção, internação e alta, ou seja, participa de todos os cuidados necessários para recuperação e manutenção da saúde do usuário (MARQUES; LIMA, 2008).

Outro fato que muitas vezes impede um atendimento qualitativo é o sucateamento do serviço público de saúde, refletido na falta ou a precariedade de equipamentos e materiais, nas filas de esperas por atendimentos ou por vagas em hospitais que, muitas vezes, levam os pacientes ocuparem leitos nas salas de observação, podendo ficar até a sua recuperação total, impedindo que demais clientes possam ter seu atendimento concluído.

Mas os resultados nos serviços de saúde, muitas vezes, não são visíveis como prescreve a organização de trabalho que é constituído dos elementos: objeto de trabalho, meios de produção e o trabalho humano, assim como as relações técnicas, sociais de produção. Já que o resultado final deste processo é automaticamente absorvido pelo paciente e indissociável que o produziu e à própria realização da atividade (GARLET et al., 2009).

O que muitas vezes leva ao abatimento físico e psíquico dos profissionais de enfermagem, que trabalha dentro deste setor da saúde pública. O que vale lembrar que a enfermagem é considerada a quarta profissão mais estressante no setor público, onde além das doenças e procedimentos rotineiros, ocasionados pela busca a atendimentos eletivos, ainda convivem com quadros de emergência (FARIA et al., 2011).

No Brasil, hoje é totalizado cerca de 1,5 milhão de profissionais de enfermagem divididos entre auxiliares (19,81%), técnicos (43,18%) e enfermeiros (36,80%). Esse número ocupa funções em setores da saúde básica, programas como a Saúde da Família (PSF), hospitais, clínicas, asilos, Homecare e em unidades de urgência e emergência.

No entanto, devido às baixas remunerações e constante oferta de empregos, muitos profissionais se submetem há terem dois ou mais empregos, levando ao quadro de estresse, já que independente do cenário e das atividades propostas, na enfermagem, o cotidiano não apresenta monotonia, ou seja, há sempre ocorrência que lhe exige uma maior dedicação.

Diante desse quadro é preciso relembrar que o atendimento numa unidade de emergência, muitas vezes, não se constitui de um processo, que se pode

dizer rápido, já que alguns pacientes necessitam de um acompanhamento mais prolongado, como os quadros de observação.

No estudo realizado numa unidade de urgência e emergência de um hospital no interior do Rio Grande do Sul (RS), mostra um cenário real em quase todas as unidades de atendimentos de urgência, a sala de observação torna-se ambiente de internação, ou seja, enquanto os pacientes em observação, aqui abordados com poli traumas, doenças crônicas e neoplasias em estados terminais que necessitam de um cuidado diferenciado, ficam no aguardo de uma remoção ou de uma vaga para internação, e tem seu atendimento quase ou totalmente realizado dentro desta unidade (GARLET et al., 2009).

O que leva a um contexto, nos quais, mencionados pelos profissionais de enfermagem, além dos direitos às necessidades básicas, integridade e privacidade dos pacientes violados, estes ainda correm o risco com a falta de um atendimento mais cautelar, já que em uma UPA há sempre uma nova ocorrência emergencial, o que favorece a um descuido momentâneo (ANDRADE; VIEIRA, 2005).

Outro agravante que essa pesquisa é a falta de infraestrutura física, tecnológica, falta de equipamentos, número escasso de profissionais para o número de atendimentos; baixa cobertura de atendimento pré-hospitalar móvel, e a insuficiência de retaguarda para a transferência de pacientes para as unidades de internação (BITTENCOURT; HORTALE, 2009).

Quando mencionado o número reduzido de profissionais que ocasiona o que se chama de acúmulo de funções, é nítido o cenário no qual os auxiliares e técnicos de enfermagem prestam os atendimentos básicos aos usuários, enquanto o enfermeiro tem além das suas funções intrínsecas aos dos médicos, ainda são responsáveis pela reposição de medicamentos e insumos; orientação de pacientes e acompanhantes; serviços administrativos; orientação de usos e cuidados de equipamentos e limpeza salas de procedimentos e atendimentos das unidades de urgência e emergência (MARQUES; LIMA, 2008).

Verificou-se que uma superlotação ocasionada pela busca de atendimentos eletivos ou de não urgência em prontos-socorros agregada à indisposição de pacientes e de seus acompanhantes, aumenta o estado de tensão entre os profissionais que prestam atendimento. Pois cabe lembrar que o corpo de enfermagem além dos cuidados com os clientes, ainda está envolvido nos setores de reposição de insumos e materiais, a preparação dos ambientes de procedimentos, zelo dos equipamentos. O que pode ser interrompido com a ocorrência de uma emergência que toma a atenção de todo, ou quase, toda a equipe.

CONCLUSÃO

Quando é dito o termo “descaso”, automaticamente, se remete à imagem dos profissionais de enfermagem, já como foi descrito são os que estão envolvidos quase que integralmente aos processos de cuidado do paciente, indo desde a sua entrada até a saída (alta/ remoção/ óbito) de uma unidade de urgência e emergência.

Baseado nesses estudos contata-se que apesar da imagem da enfermagem estar envolvida diretamente com o termo descaso, há outros fatores de cunho administrativo, social, político e de infraestrutura dentro do sistema de saúde que constroem esse cenário de impressões dos pacientes. Porém sugere-se, como alternativa para diminuição da superlotação e resultando num melhor atendimento dentro das unidades de urgência e emergência, a instalação de centros de atendimentos de menor gravidade 24 horas, que atendam aos casos eletivos ou que exijam uma avaliação médica sem grande teor emergencial. Assim os pacientes terão suas necessidades clínicas atendidas e os profissionais de enfermagem, aos poucos perderão este rótulo emblemático de “descaso da saúde”.

REFERÊNCIAS

ALBINO, R. M.; GROSSEMAN, S.; RIGGENBACH, V. Classificação de risco: uma necessidade inadiável em um serviço de emergência de qualidade: relato de caso. **ACM arq. catarin. med.** v. 36, n. 4, p. 70-75, 2007.

ANDRADE, J. S.; VIEIRA, M. J. Prática Assistencial de enfermagem: problemas, perspectivas e necessidades de sistematização. **Rev. bras. enferm.** v. 58, n. 3, p. 261-265, 2005.

BITTENCOURT, R. J.; HORTALE, V. A. Intervenções para solucionar a superlotação nos serviços de emergência hospitalar: uma revisão sistemática. **Cad. saúde pública.** v. 25, n. 7, p. 1439-1454, 2009.

FARIA, S. M.; TEIXEIRA, O. L. C.; MOREIRA, W. et al. Caracterização dos sintomas físicos de estresse na equipe de pronto atendimento. **Rev. bras. enferm.** v. 45, n. 3, p. 722-729, 2011.

GARLET, E. R.; LIMA, M. A. D. S.; SANTOS, J. L. G. et al. Organização do trabalho de uma equipe de saúde no atendimento ao usuário em situações de urgência e emergência. **Texto & contexto enferm.** v. 18, n. 2, p. 266-272, 2009.

GILGIO-JACQUEMOT, A. **Urgência e Emergência em Saúde Pública.** 1ª ed. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2005.

MARQUES, G. Q.; LIMA, M. A. D. S. Organização tecnológica do trabalho em um pronto atendimento e a autonomia do trabalhador de enfermagem. **Rev. Esc. Enferm. USP.** v. 42, n. 1, p. 41-47, 2008.

WEISS, S. J.; DERLET, R.; ARNDAHL, J. et al. Estimating the degree of emergency department overcrowding in Academic Medical Center: results of National ED Overcrowding Study (NEDOCS). **Acad. emerg. med.** v. 11, v.1, p. 38-50, 2004.

CAPÍTULO 18

SEGURANÇA DO PACIENTE COMO NORTEADOR PARA O CUIDADO: RELATO DE EXPERIÊNCIA

Data de aceite: 01/12/2020

Data de submissão: 26/09/2020

Lucas de Sousa Braz

Escola Superior de Ciências da Saúde
Brasília, DF, Brasil
<https://orcid.org/0000-0002-1854-6592>

Adriana de Moraes Silva

Escola Superior de Ciências da Saúde
Brasília, DF, Brasil
<https://orcid.org/0000-0003-2750-0796>

Aline Dantas Guntzel de Azevedo

Escola Superior de Ciências da Saúde
Brasília, DF, Brasil
<https://orcid.org/0000-0001-8692-4834>

Crislaine Siqueira de Sousa

Escola Superior de Ciências da Saúde
Brasília, DF, Brasil
<https://orcid.org/0000-0001-6200-1568>

Giovanna Angélica Sousa Santana

Escola Superior de Ciências da Saúde
Brasília, DF, Brasil
<https://orcid.org/0000-0002-5565-0057>

Lorena da Silva

Escola Superior de Ciências da Saúde
Brasília, DF, Brasil
<https://orcid.org/0000-0003-2447-4262>

Rodrigo Ribeiro Cardoso

Escola Superior de Ciências da Saúde
Brasília, DF, Brasil
<https://orcid.org/0000-0002-8588-3193>

Wallace dos Santos Braga

Escola Superior de Ciências da Saúde
Brasília, DF, Brasil
<https://orcid.org/0000-0003-1909-7079>

Amanda Costa Melo

Secretaria de Saúde do Estado da Bahia
(SESBA)
Salvador-BA
<http://orcid.org/0000-0002-3282-5918>

Janine Araújo Vale Montefusco

Secretaria de Estado de Saúde do Distrito
Federal, Hospital Regional da Asa Norte
Brasília, Distrito Federal, Brasil
<https://orcid.org/0000-0002-3155-3359>

Manuela Costa Melo

Escola Superior de Ciências da Saúde
Brasília, DF, Brasil
<http://orcid.org/0000-0002-2018-1801>

RESUMO: A segurança do paciente possui princípios fundamentais na garantia da qualidade do cuidado. Este estudo teve o objetivo de descrever a reflexão de estudantes da vivência no Núcleo da Segurança do Paciente de um hospital público do Distrito Federal. Reflexão foi realizada por acadêmicos de Enfermagem, em atividades desenvolvidas entre fevereiro a abril de 2019. Foi possível refletir os níveis de segurança e de cuidados ofertados, sendo os protocolos desenvolvidos uma das medidas para favorecer a segurança do paciente. Espera-se que esta reflexão contribua no auxílio da atuação dos profissionais, e dessa maneira valorizar ações relacionadas às práticas seguras.

PALAVRAS-CHAVE: Cuidados de Enfermagem; Assistência à saúde; Gestão da segurança; Gestão de riscos.

PATIENT SAFETY AS A GUIDE FOR CARE: EXPERIENCE REPORT

ABSTRACT: Patient safety has fundamental principles in ensuring the quality of care. This study is aimed to describe the reflection of students' experience in the Patient Safety Center of a public hospital of the Federal District, Brazil. Reflection was carried out by nursing students, in activities developed between February and April 2019. It was possible to reflect the levels of safety and care offered, and the protocols were developed as one of the measures to favor patient safety. It is expected that this reflection will contribute to help the work of professionals and thus, value actions related to safe practices.

KEYWORDS: Nursing Care; Delivery of Health Care; Security management; Risk management.

1 | INTRODUÇÃO

A segurança do paciente tem sido uma temática continuamente abordado nas discussões da área da saúde, no Brasil e no mundo, visto que é um dos princípios fundamentais na garantia da qualidade do cuidado (MARTINS, 2014). Denota-se, no contexto atual, a necessidade de proporcionar aos gestores, educadores e profissionais de saúde uma síntese da importância das ações voltadas à implementação das práticas seguras, evidenciadas por pesquisas científicas, as quais visam evitar, prevenir ou melhorar os resultados adversos originados no processo da assistência em saúde (BRASIL, 2016; SILVA *et al*, 2016; SHEIKH *et al*, 2019).

Evidências científicas têm apresentado o impacto de erros relacionados às práticas aplicadas em unidades de saúde, o que tem afetado de maneira negativa a economia, assim como a vida de pacientes de todas as idades. Eventos adversos relacionados à medicação são relatados na literatura como um dos erros mais frequentes, e geram, de maneira mundial, despesa de aproximadamente US \$42 bi de dólares por ano. Estudos realizados em países desenvolvidos, 1 em cada 10 pacientes é prejudicado ao receber cuidados hospitalares, e em países em desenvolvimento o risco é ainda 20 vezes maior (AITKEN e GOROKHOVICH, 2012). No Brasil, a incidência de erros, associados à assistência em saúde, também é alta, onde estima-se que a ocorrência de eventos adversos no país é de 7,6% dos quais 66% são considerados evitáveis (BRASIL, 2016).

De acordo com a publicação “Errar é Humano” do *Institute of Medicine* (IOM) (BRASIL, 2014), dos Estados Unidos, existe uma cultura de ciclo de passividade em relação aos erros médicos cometidos pelos profissionais de saúde aos pacientes.

Essa premissa de que o profissional de saúde não comete erros, está enraizado na cultura social, inclusa no âmbito dos profissionais de saúde, os quais desde o processo de formação acadêmica possuem essa percepção.

Para evitar o erro e mitigar os eventos adversos, faz-se necessário criar mecanismos, reconhecendo que faz-se necessário mudar a busca de erros como falhas individuais e passar a entendê-los como causados por falhas do sistema, ou seja evidencia a relevância do caráter interdisciplinar da segurança do paciente. Sendo assim, deve-se ocorrer mudança nos modelos de cuidado pautados em uma primazia de ações individuais e independentes, para modelos de cuidado realizados por equipes profissionais interdependentes, cooperativo e interprofissional (BRASIL, 2014).

Diante do exposto, este relato de experiência, justifica-se em valorizar o trabalho desenvolvido pelo Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP), instituído pelo Ministério da Saúde, portaria 529/2013 (BRASIL, 2014), que confere competências para garantir o resguardo do paciente durante o seu processo de cuidado em todos os estabelecimentos de saúde do território nacional.

Portanto, determinamos a seguinte questão norteadora: como os acadêmicos de enfermagem entendem sobre as ações desenvolvidas no núcleo de segurança do paciente de um hospital público? E em busca de responder essa questão, elaboramos o seguinte objetivo, descrever a reflexão de estudantes de enfermagem sobre a vivência do grupo no decorrer das atividades desenvolvidas no Núcleo da Segurança do Paciente de um hospital público do Distrito Federal.

2 | MATERIAL E MÉTODO

Trata-se de um relato de experiência realizada por oito acadêmicos da segunda série do curso de Enfermagem da Escola Superior de Ciências de Saúde (ESCS) no decorrer dos encontros das atividades acadêmicas desenvolvidas no ciclo clínico da saúde da criança e do adolescente, realizadas no período de fevereiro a abril de 2019, no qual tiveram a oportunidade de conhecer o trabalho desenvolvido pelos profissionais do Núcleo de Segurança do Paciente (NSP) do Hospital Regional da Asa Norte, Distrito Federal.

Utilizou-se como norteador teórico os princípios do Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP) (BRASIL, 2014), instituído pelo Ministério da Saúde brasileiro.

No decorrer das atividades, buscou-se discutir estudos na temática da segurança do paciente que contemplassem a interdisciplinariedade. Essa discussão ocorreu entre os estudantes, docente e profissionais do NSP e pontutou a construção deste relato. Sendo assim, essa discussão, é apresentada na temática: “Reflexões

acerca da relevância do núcleo da segurança do paciente na formação acadêmica”.

3 | RESULTADOS E DISCURSÃO

Reflexões acerca da relevância do núcleo da segurança do paciente na formação acadêmica

Desde de 2004, a Organização Mundial da Saúde (OMS), reforça sobre os serviços de saúde prestados aos pacientes. A partir disso, vários estudos, trazem o PNSP, que foi instituído pelo Ministério da Saúde e regido na RDC/Anvisa nº36/2011, como uma ferramenta essencial para efetivar o sistema de saúde, combater erros e danos e instituir ações de segurança ao paciente. Além, de poupar recursos da saúde, esta medida, vem com intuito de diminuir incidentes e eventos adversativos, associados muitas vezes, aos cuidados de saúde, que chegam a representar elevados casos de morbidade e mortalidade em grande parte do mundo (BRASIL, 2018).

No entanto, os níveis de segurança e de cuidados ofertados durante o atendimento, refletem diretamente na saúde e resolubilidade do problema em que o paciente está apresentando. Uma das medidas para que isso ocorra de maneira adequada, são os Protocolos de Segurança do Paciente, instrumentos científicos e preconizados pela RDC nº 36/2013, que contribuem para processo de cuidado mais seguro, ao utilizar fluxos, procedimentos e indicadores adequados para cada processo. Retratam temas como, higiene das mãos, cirurgia segura, prevenção de lesão por pressão, identificação do paciente, prevenção de quedas, segurança na prescrição e uso correto de administração de medicamentos (BRASIL, 2014).

Além disso, com o propósito de combater e amenizar casos com incidentes, a Resolução da Diretoria Colegiada (RDC nº 36/2013), recomenda que os episódios com danos ou eventos adversos ocorridos em serviços de saúde devem ser notificados. Essas notificações, realizadas, por meio de queixas, documentos ou formulário disponibilizados, são fundamentais para que o próprio serviço de saúde e o Sistema de Notificações de Vigilância Sanitária (SNVS), identifiquem os problemas, padrões e tendências, sobre a segurança do paciente, a fim de promover a aprendizagem contínua, evitar acidentes e propor soluções que melhorem a qualifiquem a segurança do paciente nos atendimentos disponibilizados (BRASIL, 2014).

Outro sistema, que vem com objetivo de assegurar o paciente, é o Sistema Nacional de Notificação de Eventos Adversos, que faz parte do Sistema de Notificações de Vigilância Sanitária (NOTIVISA) (BRASIL, 2014). Estes sistemas, trabalham com situações e fatores que resultam em eventos adversos aos pacientes

durante o atendimento, hospitalização ou procedimentos em estabelecimentos de saúde. Alguns fatores, como a própria assistência à saúde, medicamentos, produtos, sangue, hemoderivados e infecções, podem culminar em situações adversas.

Quando isso acontece, de acordo com a RDC nº 36/2013, é relevante que o ocorrido seja repassado ao Núcleo de Segurança do Paciente (NSP), seja por meio dos profissionais, pacientes, familiares, acompanhantes, segurança, cuidadores, voluntários, podendo ser em total sigilo. As notificações possuem um prazo para serem efetuadas, em torno de 72 horas, dividida em 10 etapas: o tipo de notificação, características do incidente, as consequências, características do paciente, fatores contribuintes, consequências organizacionais, detecção, fatores atenuantes do dano, ações de melhoria e ações de redução do risco. Em seguida, ocorre a análise do incidente cabendo a gestão a tomada de decisões cabíveis ao caso (BRASIL, 2014).

Nesse contexto, é fundamental que este tema seja abordado nos diversos âmbitos e níveis do ensino, sendo indispensável para a construção da cultura de segurança e para o desenvolvimento de competências ao longo de qualquer formação, compreendendo desde cedo, que falhas são propícias a acontecer, mas aprender com elas é a estratégia essencial na promoção da segurança, ou seja, ter atitudes e práticas proativas precocemente, possibilitam prevenir a ocorrência de incidentes durante a prestação do cuidado (CAUDURO *et al*, 2017).

Portanto, os futuros e os atuais profissionais da saúde, estão em uma posição de destaque para promover e incentivar o serviço humanizado, seguro e diferenciado, pois além do cuidado, tem a função de oferecer instrução aos usuários. Isso, torna-se relevante para reduzir a possibilidades de incidentes e riscos que atingem os pacientes, elencando assim, ações e detecção precoces que minimizem agravos.

Sendo assim, faz-se necessário reforçar o resultado de pesquisas na temática da segurança do paciente, para uma adequada compreensão de lacunas entre o conhecimento produzido e o utilizado, e dessa maneira transladar o conhecimento produzido, e assim transformar políticas e práticas para fortalecer a qualidade da assistência. A diminuição dos riscos e prejuízos e a inclusão de ações executadas de maneira correta contribuem para eficácia do trabalho, bem como garantir a proteção da saúde e integridade física e mental dos mesmos. Essa melhoria na assistência liga-se a necessária transformação de hábitos dos profissionais para a segurança do paciente, além do uso de indicadores e qualidade nos cuidados, ajustados à política de segurança do paciente estabelecida nacionalmente e internacionalmente.

Nesse sentido, a translação do conhecimento é uma das estirpes no desenvolvimento teórico da segurança do paciente e, assim, molda sua implementação nas práticas no sistema de saúde. Falhas entre a integração de evidências científicas

e tomada de decisões ocorrem em todos níveis de cuidados de saúde, inclui os profissionais de saúde e, até mesmo, os responsáveis pelo desenvolvimento de políticas públicas, aspectos que torna-se de extrema preocupação. Por isso é um processo que implementa um alto conhecimento e prática, mudando a qualidade do atendimento ao paciente, a prática profissional, o sistema de saúde e a comunidade (KHODDAM *et al*, 2014; STRAUS, TETROE E GRAHAM, 2009)

4 | CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este relato de experiência evidenciou que a assistência de enfermagem é essencial ao desenvolvimento da segurança do paciente, as atuações efetivas da assistência de enfermagem e a PNPS que insere inserção de protocolos de assistência, notificação de eventos adversos, uso do checklist da cirurgia segura, higienização das mãos, segurança na verificação da prescrição, no uso e na administração de medicamentos e utilização dos diagnósticos de enfermagem culmina na redução de riscos.

Cabe salientar a relevância da segurança do paciente na formação acadêmica é de extrema importância, pois possibilita benefícios ao paciente e aos profissionais da saúde que são fundamentais no processo de trabalho e asseguram os recursos indispensáveis para o fornecimento de uma assistência de qualidade. Em vista disso, estudos científicos norteados nessa área devem ser priorizados no aprendizado para um aumento da segurança do paciente nas instituições.

REFERÊNCIAS

AITKEN, M. e GOROKHOVICH, L. Advancing the responsible use of medicines: applying levers for change. **IMS Institute for Healthcare Informatics**, 2012. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.2139/ssrn.2222541>.

BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA). **Implantação do Núcleo de Segurança do Paciente em Serviços de Saúde: Segurança do Paciente e Qualidade em Serviços de Saúde**. Agência Nacional de Vigilância Sanitária ANVISA, Brasil. Jan./2014. Disponível em: <http://www.saude.pr.gov.br/arquivos/File/0SEGURANCA_DO_PACIENTE/modulo6.pdf>. Acesso em: 5 jul. 2019.

BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA). **Implantação do Núcleo de Segurança do Paciente em Serviços de Saúde – Série Segurança do Paciente e Qualidade em Serviços de Saúde/Agência Nacional de Vigilância Sanitária – Brasília: Anvisa, 2016**. Disponível em: <http://portal.anvisa.gov.br/documents/33852/3507912/Caderno+6+-+Implanta%C3%A7%C3%A3o+do+N%C3%BAcleo+de+Seguran%C3%A7a+do+Paciente+em+Servi%C3%A7os+de+Sa%C3%BAde/cb237a40-ffd1-401f-b7fd-7371e495755c>

BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **Segurança do Paciente**. CONSENSUS. 2018. Vol.8, n.26, p.1-48. Disponível em: <https://www.conass.org.br/biblioteca/pdf/revistaconsensus_26.pdf>.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 529, de 1º de abril de 2013. **Documento de referência para o Programa Nacional de Segurança do Paciente** / Ministério da Saúde; Agência Nacional de Vigilância Sanitária. – Brasília: Ministério da Saúde, 2014. Disponível em: <http://www.saude.mt.gov.br/upload/controle-infeccoes/pasta2/portaria-msgm-n-529-de-01-04-2013.pdf>.

CAUDURO GMR et al. Segurança do paciente na compreensão de estudantes da área da saúde. **Revista Gaúcha de Enfermagem**; vol.38, n.2, p.e64818. 2017. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/1983-1447.2017.02.64818>.

KHODDAM H. et al. Knowledge translation in health care: a concept analysis. Medical Journal of the Islamic Republic of Iran (MJIRI): **Iran.**; vol. 28, n.98, p.1-15. 2014. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25664299>

MARTINS, M.. Qualidade do cuidado em saúde. In: Sousa, P., and Mendes, W., orgs. **Segurança do paciente: conhecendo os riscos nas organizações de saúde** [online]. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ; n., p.24-38. 2014. Disponível em: 10.7476/9788575415955.003.

SHEIKH, A. et al. Agreeing on global research priorities for medication safety: an international prioritisation exercise. **Journal of health global**; vol.9, n.1, p.010422. 2019 Disponível em: <http://doi:10.7189/jogh.09.010422>.

SILVA, A.C.A. et al. Patient safety in the hospital context: an integrative literature Review. **Cogitare Enfermagem.**; vol.21, n.5, p.1-9. 2016. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.5380/ce.v21i5.37763>.

STRAUS S, TETROE J, GRAHAM I. Defining knowledge translation. Canadian Medical Association. **Canada.**; vol. 181, n.3-4, p.165–168. 2009. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2717660/>

SUICÍDIO RELACIONADO A DEPRESSÃO EM PROFISSIONAIS DA ENFERMAGEM

Data de aceite: 01/12/2020

Data de submissão 29/10/2020

Francisca Janiele Martins da Costa

Faculdade de terra Nordeste-FATENE
<https://orcid.org/0000-0002-5467-4540>

Assunção Gomes Adeodato

Faculdade de terra Nordeste-FATENE
<https://orcid.org/0000-0002-5312-9815>

Érica Priscila Costa Ramos

Faculdade de Terra Nordeste-FATENE
<https://orcid.org/0000-0001-7684-0813>

Nicolau da Costa

Universidade Federal do Ceará
<http://orcid.org/0000-0001-9845-7292>

Francisco Mateus Rodrigues Furtuoso

Faculdade de terra Nordeste-FATENE
<https://orcid.org/0000-0001-5747-3085>

Diego Jorge Maia Lima

Faculdade de Terra Nordeste-FATENE
<http://orcid.org/0000-0003-4708-3088>

Jéssica Luzia Delfino Pereira

Escola de Saúde Pública Ceará
<https://orcid.org/0000-0002-4940-6525>

Francisco Walter de Oliveira Silva

Faculdade de terra Nordeste-FATENE
<https://orcid.org/0000-0001-5349-8314>

RESUMO: A depressão é um distúrbio mental caracterizado por tristeza persistente ou perda

de interesse em atividades, prejudicando significativamente o dia a dia, as causas possíveis incluem uma combinação de origens biológicas, psicológicas e sociais de angústia. O suicídio é o ato intencional de matar a si mesmo, os fatores de risco incluem perturbações mentais e/ou psicológicas como depressão, outros suicídios resultam de atos impulsivos devido ao stress e/ou dificuldades econômicas, problemas de relacionamento. Objetiva-se através desse estudo proporcionar o debate sobre o tema especificado, elencando os fatores predisponentes bem como suas consequências para a categoria e a sociedade. Trata-se de uma revisão bibliográfica. A busca dos artigos foi desenvolvida nos meses de abril a setembro de 2019. Para a seleção dos artigos incluídos na revisão foi utilizado às bases de dados Scielo (Scient Electronic Library Online), Periódico Índex e Ministério da Saúde. Através dessa revisão de literatura, observou-se que o suicídio relacionado à depressão em profissionais da enfermagem este intimamente ligado à jornada de trabalho desgastante, ao stress ocupacional, ao tempo de exercício da função e a relação interpessoal.

PALAVRAS-CHAVE: Depressão. Suicídio. Enfermagem.

SUICIDE RELATED TO DEPRESSION IN NURSING PROFESSIONALS

ABSTRACT: Depression is a mental disorder characterized by persistent sadness or loss of interest in activities, significantly impairing everyday life, possible causes include a combination of biological, psychological and social origins of distress. Suicide is the intentional

act of killing yourself, risk factors include mental and/or psychological disorders such as depression, other suicides result from impulsive acts due to stress and/or economic difficulties, relationship problems or bullying. The objective is through this study to provide the debate on the specified theme, electing the predisposing factors as well as its consequences for category and society. This is a bibliographic review. The search for the articles was developed from April to September 2019. For the selection of the articles included in the review, the SciELO (Scientific Electronic Library Online), Journals Index and Ministry of Health databases were used. Through this literature review, it was observed that suicide related to depression in nursing professionals is closely linked to exhausting working hours, occupational stress, function exercise time and interpersonal relationships.

KEYWORDS: Depression. Suicide. Nursing.

1 | INTRODUÇÃO

A depressão é um distúrbio que gera sentimentos de profunda tristeza, perda de interesse generalizada, falta de animo, de apetite, ausência de prazer e oscilações de humor que podem acabar em pensamentos suicidas. Suicídio é o ato intencional de tirar a própria vida. Em especial destacaremos aqui os profissionais de enfermagem que sofrem silenciosamente, cuidam de tantos necessitados de assistência e deixam de cuidar de si mesmo (BRASIL, 2019).

A enfermagem é considerada uma ciência com objetivo da implementação de tratamentos e o cuidado integral e humanizado do ser humano, convivendo com grades desafios diretamente, com a alta responsabilidade com a vida e saúde do próximo, onde falhas, erros e inseguranças não são permitidas, refletindo em um fator de risco determinante acrescido para o desenvolvimento de distúrbios psíquicos, pois a pressão feita sobre o trabalho bem feito, e sem erros é enorme, desencadeando uma possível depressão (GOMES, 2015).

A profissão de Enfermagem é exposta diariamente a situações estressantes que contribuem para o desenvolvimento da ansiedade e depressão. Segundo OLIVEIRA *et al* (2015) estes profissionais são encarregados de desempenhar os cuidados diretos, assistências a pacientes graves, funções burocráticas, somando a isso uma grande parcela ainda mantém mais de um vínculo empregatício.

Devido à atuação dos profissionais de enfermagem em hospitais onde vivenciam juntamente com os pacientes, sentimentos de dor, sofrimento e desespero. Esses profissionais estão cotidianamente sujeitos a tensão e ao estresse que, aliados a jornadas longas de trabalho contribuem para o desenvolvimento do estresse ocupacional (MURASSAKI, 2012).

A Organização Mundial de Saúde (OMS) estima que a depressão é responsável por 4,3% da carga global das doenças e está entre as maiores causas

de incapacidade no mundo, particularmente para as mulheres. Também refere que o suicídio é um fenômeno universal, sendo a principal causa de morte entre adolescentes de 15 a 19 anos. Somente em 2012 ocorreram 804.000 suicídios em todo o mundo, o que representa uma taxa de 11,4 por 100.000 habitantes (15,0 em homens e 8,0 nas mulheres) (SILVA, 2015).

De acordo com a Organização Mundial da Saúde, para o ano 2020 ocorrerão, aproximadamente, um milhão e meio de suicídios em todo o mundo, ou seja, uma morte a cada vinte segundos. Assim, percebe-se que a depressão é uma doença mental incapacitante, pois leva ao surgimento de várias comorbidades e é um dos principais fatores de risco para o suicídio. Isso é particularmente preocupante ao se observar que grupos economicamente ativos, são mais vulneráveis a outros tipos de violências em nosso meio que podem levar ao suicídio (BARBOSA, 2012).

Alguns profissionais são mais suscetíveis aos problemas de saúde mental, entre eles, o enfermeiro e o médico por interagirem, na maior parte do tempo, com pessoas que necessitam de ajuda. Inclusive, alguns fatores estressores, como clima de trabalho negativo, papéis ambíguos e a falta de clareza em relação às tarefas a serem executadas e às expectativas têm efeitos adversos na saúde mental desses profissionais (BARBOSA, 2012).

Na Enfermagem alguns fatores relacionados ao processo de trabalho como: setores de atuação, relacionamento interpessoal, turno de trabalho, sobrecarga, problemas na escala, autonomia e execução de tarefas, a assistência ao paciente, o desgaste, o suporte social, a insegurança, o conflito de interesses, e as estratégias de enfrentamento da mesma maneira que fatores externos ao trabalho como: sexo, idade, carga de trabalho doméstico, suporte e renda familiar, estado de saúde e características individuais estão relacionados aos fatores desencadeantes da depressão (ALVES, 2019).

Vários estudos mostram que o adoecimento psíquico vem aumentando em vários tipos de profissões, mas nos mostram também que esse adoecimento está intimamente ligado com o tipo de profissão que é exercida. A área da saúde é uma categoria grandemente afetada, principalmente a Enfermagem, que por ser a linha de frente, acaba sendo exposta a situações de estresse e sobrecarga (ARAÚJO *et al*, 2014). Quando um profissional da Enfermagem entra em depressão, causa toda uma sorte de problemas à instituição a qual ele presta os serviços, além do absenteísmo e de um provável esvaziamento da equipe de trabalho.

O sentimento de culpa por fracasso de onipotência, impostos pelos limites de realidade, favorecem o surgimento de quadros depressivos e de ideação suicida, que são evidenciados por dados epidemiológicos da literatura, de incidência e prevalência, principalmente com os médicos, como mais elevado do que em toda a população. Por ideação suicida podemos entender como todo processo e causas de

morte provocadas por uma ação da própria vítima com a percepção do seu resultado (BARBOSA, 2012).

Ressalta-se a importância da prevenção e boa manutenção da saúde mental, através da rede de atenção psicossocial (RAPS) e outros serviços como por exemplo, o CAPS onde é possível um acompanhamento terapêutico e medicamentoso. Destacamos a lei nº 10.216 de 06 de abril de 2001, que ficou também conhecida como a lei da reforma psiquiátrica. Esta lei representou, no Brasil, um marco ao estabelecer a necessidade de respeito à dignidade humana das pessoas com transtornos mental. Ela dispõe ainda sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental, que são assegurados sem discriminação quanto à raça, cor, sexo, orientação sexual, religião, opção política, nacionalidade, idade, família, recursos econômicos e ao grau de gravidade ou tempo de evolução de seu transtorno, ou qualquer outra (BRASIL, 2001).

A Raps tem como objetivos ampliar o acesso da população em geral, promover o acesso das pessoas com transtornos mentais e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas e suas famílias aos pontos de atenção, garantir a articulação e integração dos pontos de atenção das redes de saúde no território (BRASIL, 2013).

Diante dessa realidade vivida pelos profissionais de enfermagem nos vem as seguintes questões: Qual a relação entre a depressão e o suicídio em profissionais dessa categoria? Como podemos reconhecer e ajudar um profissional nessa circunstância? Quais os desafios enfrentados pelas instituições para reconhecer tal quadro? Justifica-se o presente estudo pela importância da relação entre trabalho e sofrimento vivenciados pela equipe de enfermagem. A depressão é considerada um dos maiores problemas que ocorre em pessoas de todas as idades, sexos e origens e está entre as principais causas de absenteísmo e incapacidades. Na enfermagem, alguns fatores relacionados ao processo de trabalho como setores de atuação, relacionamento interpessoal, sobrecarga de trabalho e problemas da escala estão entre os fatores desencadeadores de depressão e apresentam risco aumentado para o suicídio.

A relevância se dá através da percepção de que os profissionais da enfermagem são mais vulneráveis a depressão e consequentemente ao suicídio quando jovens, casados, realizando trabalhos noturnos e com vários empregos, possuem alto nível de escolaridade, baixa renda familiar, sobrecarga de trabalho, alto nível de stress, insuficiência na autonomia, sensação de insegurança profissional, conflito familiar e conflitos no ambiente de trabalho. Os profissionais da enfermagem estão no grupo dos mais propensos aos problemas mentais, dentre os quais a depressão e o suicídio, isso ocorre porque os profissionais da enfermagem lidam

diretamente e quase que diariamente com a dor e o sofrimento humano.

O presente estudo tem por objetivo identificar o perfil de profissionais da enfermagem com ideação suicida e depressão e promover o debate acerca do tema abordado.

2 | METODOLOGIA

Trata-se de uma revisão bibliográfica, que são aquelas que se valem de publicações científicas anteriores, com o objetivo da realização de leitura minuciosa para resumir toda a informação existente sobre um fenômeno de maneira completa, a fim de responder os questionamentos sobre a temática (BRASILEIRO, 2013).

A forma descritiva é uma das classificações da pesquisa científica, na qual seu objetivo é a descrição de um determinado público e situação, além de estabelecer também uma relação entre as variáveis propostas no objeto de estudo em análise (BRASILEIRO, 2013).

Caráter qualitativo, que envolve uma abordagem interpretativa do mundo, sendo um método de investigação científica que enfoca o caráter subjetivo, estudando de forma narrada coisas em cenário naturais, e envolvendo pensamentos e opiniões seguindo a linha de raciocínio (AUGUSTO, 2013).

A pesquisa foi realizada através da BVS (Biblioteca Virtual em Saúde), pelos bancos de dados Scielo (Scientific Eletronic Library), e nos periódicos Index e Ministério da Saúde, no período compreendido entre agosto e novembro de 2019. Utilizou-se como critérios de inclusão as publicações com cronologia dos últimos 5 anos, completos, escritos em língua portuguesa, e que respondesse ao objetivo proposto, sendo excluídos os demais que não se enquadravam.

Após a leitura minuciosa foi realizado a seleção criteriosa dos artigos onde foram inseridos (17) artigos dos (30) encontrados.

Para a realização desta pesquisa foi levado em considerações às observâncias éticas preconizadas pela Resolução 311/2007 do COFEN, que disciplina o código de ética dos profissionais de enfermagem e seu papel como pesquisador. Os direitos autorais dos estudos expostos neste trabalho foram respeitados, ao tempo em que as devidas referências foram realizadas seguindo as normativas vigentes.

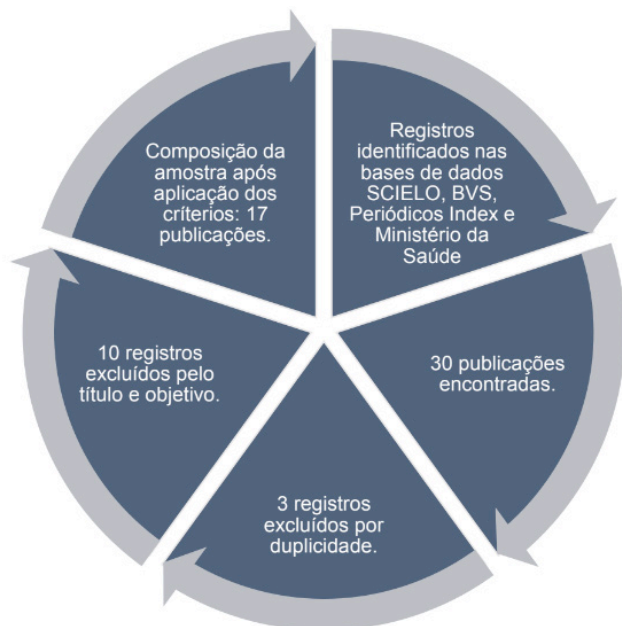


Figura - 1. Fluxograma: caracterização do número de artigos pesquisados nas bases
 Autoria própria.

3 I ANÁLISE DOS RESULTADOS E DISCUSSÃO

Segue a tabela descritiva com dados referente aos resultados da pesquisa bibliográfica referente ao perfil dos profissionais com ideação suicida e depressão e promover o debate acerca do tema abordado.

	Autores	Título	Resultados	Ano
01	MELO, M, V. SILVA, T, P.; MENDES, M, L.	Estresse dos profissionais de saúde nas unidades hospitalares de atendimento em urgência e emergência.	Além da existência de outros fatores estressores tais como, o número reduzido de profissionais, excesso de trabalho, relações interpessoais complexas entre outros, fazendo com que o profissional de enfermagem tenha uma carga de trabalho muito desgastante, levando-os a uma situação com inúmeros pontos de tensão. Os profissionais de saúde se desgastam não só pela alta demanda de carga de trabalho como, também, pelas tarefas árduas que tem que desempenhar, principalmente nas unidades de emergência, que se caracterizam por receber pacientes com cuidados mais específicos.	2013

02	FREITAS, A. P. A.; BORGES, L. M.	Tentativas de suicídio e Profissionais de Saúde: significados possíveis.	O suicídio não afeta exclusivamente a pessoa e sim aqueles que estão ao seu torno, sejam familiares, amigos e conhecidos.	2014
03	SANTANA, K. S.; ROCHA, S. T. S.	Suicídio na Voz dos Profissionais de Saúde: Uma Compreensão Fenomenológica.	Entender e lidar com o outro em sofrimento é necessário.	2014
04	BOTEGA, N. J.	Comportamento Suicida: Epidemiologia	O suicídio figura entre as três principais causas de morte de pessoas que têm de 15 a 44 anos de idade. Segundo os registros da Organização Mundial de Saúde (OMS), ele é responsável anualmente por um milhão de óbitos (o que corresponde a 1,4% do total de mortes). Essas cifras não incluem as tentativas de suicídio, de 10 a 20 vezes mais frequentes que o suicídio em si	2014
05	BARBOSA, K. K. S.; VIEIRA, K. F. L.; ALVES, E. R. P.; VIRGINIO, N. A.	Sintomas depressivos e Ideação Suicida em Enfermeiros e Médicos da Assistência Hospitalar.	Os profissionais da área de Saúde precisam estar atentos para que a presença de transtornos mentais seja detectada e enfrentada antes que cause prejuízos ao seu desempenho profissional. Devem-se identificar os problemas psíquicos entre enfermeiros e médicos, com o fim de formular programas educacionais e	2012
06	SILVA, D. S. D.; TAVARES, N. V. S.; ALEXANDRE, A. R. G.; FREITAS, D. A.; BRÊDA, M. Z.; ALBUQUERQUE, M. C. S.; MELO, V. L. N.	Depressão e Risco de Suicídio entre Profissionais de Enfermagem.	Lentidão nas atividades, desinteresse, redução da energia, apatia, dificuldade de concentração, pensamento negativo e recorrente, com perda da capacidade de planejamento e alteração do juízo de verdade são evidências de sofrimento humano que sinalizam para depressão e possível risco de suicídio.	2015
07	GOMES, R. S. M.; ALENCAR, C. T.; WALLAU, I.; CATRO, U. R.	Transtornos depressivos em profissionais de enfermagem.	Pretende ilustrar os motivos da alta prevalência de transtornos depressivos em profissionais de saúde e levantar soluções para a prevenção e enfrentamento de tais enfermidades que impactam financeira e socialmente nestes profissionais.	2015
08	AGUIAR, S. M. M. T.	Depressão na enfermagem: uma revisão bibliográfica.	Identificar quais os fatores que contribuem para o desenvolvimento da depressão em profissionais de Enfermagem e quais são suas repercussões.	2017
09	ALVES, A. CARVALHO, V. C. S.; SANTOS, M. S.; OLIVEIRA, J. A. A.; GOMES, M. F. P.; RETICENA, K. O.; BRAVO, D. S.; OLIVEIRA, J.	Depressão entre profissionais de enfermagem no contexto hospitalar: Uma revisão de literatura.	Conhecer os sintomas e identificar as principais causas geradoras da depressão nos profissionais de enfermagem dentro do contexto hospitalar.	2019

Quadro 1. Apresenta a organização de acordo com autores, título, objetivo do estudo e ano de publicação, Caucaia-ce 2019

Autoria própria.

A análise dos objetivos dos artigos encontrou que a maioria dos estudos busca identificar, compreender ou refletir sobre os principais fatores que contribuem para o adoecimento mental dos profissionais da enfermagem. As publicações são do ano de 2012 a 2019, onde o ano de 2014 teve maior publicação, observando-se assim a necessidade de tornar atual o debate sobre o tema.

Observou-se também que o perfil dos profissionais com ideação suicida e depressão estão relacionadas com vários fatores importantes que contribuem para o desenvolvimento de doenças mentais como a depressão e que estão intimamente relacionadas as questões relativas ao seu ambiente de trabalho, bem como relacionamento familiar, idade, grau de instrução e múltipla jornada de trabalho (SILVA, 2015).

Analisando também as inúmeras consequências que essa depressão pode acarretar nesses profissionais, como crise de ansiedade, uma tristeza profunda, insatisfação com a vida e trabalho, refletindo em problemas de saúde graves, e levando até ao suicídio (ALVES, 2013).

3.1 Fatores que contribuem para a depressão e o suicídio na enfermagem

Silva *et al* (2015) traz em seu estudo que as emoções modificam o comportamento do ser humano, com isso os profissionais de enfermagem são as pessoas mais susceptíveis de desenvolver problemas psíquicos, refletindo em uma má qualidade de vida, pois convivem diretamente com o sofrimento do próximo, a dor, a tristeza, o luto, alegria, ofertando ajuda aqueles que necessitam de seus cuidados.

Para Alves *et al* (2019) á inúmeros fatores que contribuem para uma depressão sendo eles o excesso de trabalho, baixa remuneração, conflitos no ambiente de trabalho com outros profissionais, e até com os pacientes, além da falta de reconhecimento, refletindo em uma depressão a longo prazo.

Melo *et al* (2013) pontua que além da existência de outros fatores estressores tais como: O número reduzido de profissionais, carga horária exorbitante, relações interpessoais complexas entre outras, fazem com que o profissional de enfermagem tenha uma carga de trabalho muito desgastante, levando-os a uma situação com inúmeros pontos de tensão, até um trabalho realizado de forma negativa prejudicando ao paciente.

Para Freitas e Borges (2014) os profissionais de enfermagem se desgastam não só pela alta demanda da carga de trabalho como também pelas tarefas árduas que tem que desempenhar, principalmente nas unidades de Emergências que se caracterizam por receber pacientes com cuidados mais específicos.

Silva *et.al* (2015) afirma que a lentidão nas atividades, desinteresse,

redução da energia, apatia, dificuldade de concentração, pensamentos negativos e recorrentes, com perda da capacidade de planejamento e alterações de juízo de verdade são evidências claras de que o sofrimento humano sinaliza para depressão e possível risco de suicídio.

3.2 Consequências do quadro de depressão no profissional da enfermagem

Segundo a OMS, a depressão é um grave problema de saúde pública que afeta negativamente como você se sente, como pensa e como age, possuindo várias etiologias como genética, bioquímica cerebral e eventos vitais, refletindo em diversas consequências, repercutindo até em um suicídio. Os profissionais de enfermagem por conviverem em diversos eventos vitais como fatores estressores desencadeiam uma possível depressão.

O estudo de Aguiar (2017) aponta que a consequência da depressão é evidenciada na incapacidade de sentir alegria, a ausência de satisfação no ambiente que se vive, além da falta de concentração, fadiga, irritabilidade, crise de ansiedade, o pânico, capacidade de aprendizagem fraca, a memória reduzida, e a falta motivação para trabalhar, desencadeando em outros problemas de saúde, como infecções.

O desgaste emocional ocupacional tem sido uma preocupação do setor de saúde levando seus profissionais às ausências no trabalho. O absenteísmo entre os profissionais de saúde apresenta altos índices em todo Brasil e configura-se como um fator de risco organizacional (MINIEL *et al*, 2013)

Alves (2019) relata em seu estudo a existência do Manual Diagnóstico e Estatístico do Transtorno Mental, onde é estabelecido os critérios de depressão, consistindo em episódios de depressão leve até episódios de depressão grave com efeitos psicóticos, destacando várias consequências e uma delas é o suicídio.

De acordo com o Compêndio de psiquiatria: ciência do comportamento e psiquiatria clínica 15% dos profissionais deprimidos comete suicídios, e 2% apenas cogitam cometê-lo, e Pacientes que foram hospitalizados recentemente por tentarem contra sua própria vida, ou por simplesmente pensarem em fazê-lo correm um risco mais alto de praticarem um suicídio bem-sucedido (ALVES *et al*, 2019, p. 2).

Segundo Santana e Rocha (2014) é uma das mais graves consequências da depressão em profissionais da Enfermagem é o risco real de suicídio, que é caracterizado pelo ato de cessar a própria vida. Esse fato é visto como um desconforto emocional, originando então o ato suicida. Santana e Rocha (2014) diz ainda que falar sobre suicídio principalmente relacionados aos profissionais da Enfermagem está mistificada por várias crenças, já que o profissional da enfermagem é um ser incapacitado e impotente frente.

4 | CONSIDERAÇÕES FINAIS

Observou-se através dessa revisão bibliográfica que a depressão e o suicídio são fenômenos complexos que trazem intenso sofrimento na vida das pessoas acometidas, de seus familiares, amigos e comunidade. Estes dois fenômenos coexistem e se influenciam mutuamente, e ambos são considerados significativos problemas de saúde pública.

Assim o estudo, identificou que entre os trabalhadores da saúde, os profissionais de enfermagem estão no grupo dos mais propensos aos problemas de saúde mental, dentre os quais a depressão e o risco de suicídio, porque lidam com o sofrimento humano, a dor, a alegria, tristeza e necessitam ofertar ajuda àqueles que necessitam de seus cuidados. Destacou-se, ainda, outros fatores comumente encontrados, como as condições difíceis de trabalho e a falta de reconhecimento profissional.

A partir da análise dos estudos, constatou-se a deficiência de pesquisas voltadas para identificar, diagnosticar e intervir nesses fatores e com esse público específico, a fim de evitar a evolução para quadros depressivos severos e, posteriormente, para alto risco de suicídio.

Portanto, este estudo pode ter implicações para a prevenção, identificação precoce, tratamento e reabilitação psicossocial do profissional de enfermagem, que em seu cotidiano profissional encontram fatores para apresentar depressão e risco para o suicídio.

REFERÊNCIAS

AGUIAR, Sonia Maria de Mello Tavares. **Depressão em enfermagem: uma revisão bibliográfica**. Universidade Federal de Roraima. Boa Vista, 2017. http://ufr.br/enfermagem/index.php?option=com_phocadownload&view=category&download=299:2017-sonia-maria-de-mello-tavares-depressao-na-enfermagemuma-revisao-bibliografica&id=19:trabalho-de-conclusao-de-curso&Itemid=315

ALVES, Ariane. CARVALHO, Valéria Cristina dos Santos. SANTOS, Mariana Souza. OLIVEIRA, José Aparecido Alves. GOMES, Maria Fernanda Pereira. RETICENA, Kesley Oliveira. BRAVO, Daiane Suele. OLIVEIRA, Joselaine. **Depressão entre profissionais de enfermagem no contexto hospitalar: uma revisão de literatura**. Brazilian Journal of Surgery and Clinical Research – BJSCR. São Paulo. Agosto, 2019. <https://docplayer.com.br/153280477-Depressao-entre-profissionaisdeenfermagem-no-contexto-hospitalar-uma-revisao-de-literatura.html>

AUGUSTO, Cleiclei Albuquerque. SOUZA, José Paulo. DELLAGNELO, Eloise Helena do Livramento. CARIO, Silvio Antônio Feraz. **Pesquisa qualitativa: rigor metodológico no tratamento da teoria dos custos de transação em artigos apresentados no congresso de Sober**. Revista Econômica Sociologia Rural. Brasília, 2013. http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S010320032013000400007&script=sci_abstract&tlng=pt

ARAÚJO, G.S *et al.* **Perfil de trabalhadores de Enfermagem acompanhados por equipe multiprofissional de saúde mental.** Revista Rene, v.15, n.2, p. 257-63. 2014. <http://periodicos.ufc.br/rene/article/view/3134>

BARBOSA, Khivia Kiss Silva. VIEIRA, Kay Francis Leal. ALVES, Estela Rodrigues Paiva. Virginio, Nereide Andrade. **Sintomas depressivos e ideação suicida em enfermeiros e médicos da assistência hospitalar.** Revista de Enfermagem UFSM. Dez. 2012. <https://periodicos.ufsm.br/reufsm/article/view/5910>

BRASIL, Ministério da Saúde. **Redes de atenção psicossocial.** Brasília, 2013. http://bvsms.saude.gov.br/bvs/folder/conheca_raps_rede_atencao_psicossocial

BRASIL, Ministério da Saúde. **Depressão: causas, sintomas, tratamentos, diagnóstico e prevenção.** Brasília. 2019. [http://www.saude.gov.br/busca?ordering=newest&limit=20&areas\[0\]=contenttags&searchword=depress%C3%A3o](http://www.saude.gov.br/busca?ordering=newest&limit=20&areas[0]=contenttags&searchword=depress%C3%A3o)

BRASIL, Decreto-Lei Nº 10.216, de 6 de abril de 2001. **Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental.** Diário Oficial da União, Brasília, 2001. <https://www2.camara.leg.br/legin/fed/lei/2001/lei-10216-6-abril-2001-364458-publicacaooriginal-1-pl.html>

BRASILEIRO, Ada Magaly Matias. **Manual de produção de textos acadêmicos e científicos.** Editora Atlas. São Paulo, 2013. <https://www.grupogen.com.br/manual-de-producao-de-textos-academicos-e-cientificos>

BOTEGA, Neury José. **Comportamento suicida: epidemiologia.** col. USP. São Paulo, 2014, vol.25, n.3, pp.231-236. <http://www.scielo.br/pdf/pusp/v25n3/0103-6564-pusp-25-03-0231.pdf>

COFEN. **Regulamentação para 30h: Entenda o PL 2295/00.** Disponível em: <http://www.cofen.gov.br/regulamentacao-para-30h-entenda-o-pl229500_19105.html>. http://www.cofen.gov.br/jornada-de-30-horas-congresso-tem-uma-divida-com-os-profissionais-de-enfermagem_70199.html

FREITAS, Ana Paula Araújo. BORGES, Luciene Martins. **Tentativas de suicídios e profissionais de saúde: significados positivos.** Universidade Federal de Santa Catarina – UFSC, Florianópolis, Santa Catarina. Agosto, 2014. http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S180842812014000200010

GOMES, Rafael Sanches Moreno. ALENCAR, Camila Temporim. WALLAU, INGRID. CASTRO, ULYSSES RODRIGUES. **Transtornos depressivos em profissionais de saúde.** Revista de Medicina e Saúde de Brasília. Brasília, 2015. <https://portalrevistas.ucb.br/index.php/rmsbr/article/view/5670>

MELO, Márcio Vieira. SILVA, Tiago Pedro. NOVAIS, Zenilda Gondim. MENDES, Maria Luiza Maciel. **Estresses dos profissionais de saúde nas unidades hospitalares de atendimento em urgência e emergência.** Cadernos de Graduação em enfermagem. Recife. v. 1. n. 2. p. 35-42. Nov. 2013. <https://www.mastereditora.com.br/download-3096>

MINIEL, V.A. *et al*; Cargas de trabalho, processos de desgaste e absenteísmo doença em Enfermagem. Rev. Lat-Am. Enfermagem, São Paulo, v.21, n. 6, p. 1290-7. 2013. http://www.scielo.br/pdf/rlae/v21n6/pt_0104-1169-rlae-21-06-01290.pdf

MURASSAKI, Ana Cláudia Yassuko. VERSA, Gelena Lucineia Gomes da Silva. INOUE, Kelly Cristina. MELO, William Augusto. MATSUDA, Laura Misue. **Estresse em enfermeiro intensivistas e a condição chefe e não chefe de família.** Cienc Cuid Saúde. Paraná, 2011; http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672013000500013

OLIVEIRA, F.P. *et al.* **Sintomas de depressão e fatores intervenientes entre enfermeiros de serviço hospitalar de emergência.** Acta Paul Enferm, v.28, n.3, p.209-15. 2015. Disponível em: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=307039760004>

SILVA, Darlan dos Santos Dámasio. TAVARES, Natália Vieira da Silva. ALEXANDRE, Alicia Reina Gomes. FREITAS, Daniel Antunes. ALBUQUERQUE, Cícera dos Santos, NETO, VALFRIDO LEÃO DE MELO. **Depressão e risco de suicídio entre profissionais de enfermagem: revisão integrativa.** Revista da escola de enfermagem na USP. São Paulo, 2015. <http://dinis2.linguateca.pt/acesso/tokens/lista.formas.totalbr.PROP.txt>

REISDORFER, Nara. ARAÚJO, Graciela Machado. HILDEBRANDT, Leila Mariza. GEWEHR, Taciana Raquel. NARDINO, Janaine. LEITE, Marinês Tambara. **Suicídio na voz de profissionais de enfermagem e estratégias de intervenção diante do comportamento suicida.** Revista de enfermagem UFSM. Jun, 20

TECNOLOGIA GERENCIAL PARA O CUIDADO DE PACIENTES COM ÚLCERAS VENOSAS CRÔNICAS

Data de aceite: 01/12/2020

Fabiana Lopes Joaquim

Universidade Federal Fluminense (UFF)
Niterói - Rio de Janeiro, Brasil
<https://orcid.org/0000-0003-1344-2740>

Zenith Rosa Silvino

Universidade Estadual do Rio de Janeiro
(UERJ)
Universidade Federal Fluminense (UFF)
Niterói - Rio de Janeiro, Brasil
<https://orcid.org/0000-0002-2848-9747>

RESUMO: Este estudo teve como objetivo apresentar a tecnologia gerencial construída e validada para o cuidado a pessoas com úlceras venosas crônicas atendidas em ambulatorios especializados no cuidado de feridas no contexto hospitalar. Trata-se de um estudo metodológico desenvolvido com 60 participantes, tendo como campo de investigação o ambiente virtual e desenvolvida de agosto de 2018 a julho de 2019. Os instrumentos de coleta foram: formulário de dados de identificação dos participantes da pesquisa e roteiro de identificação de cuidados a pessoas com úlceras venosas crônicas. Os resultados evidenciam que a tecnologia gerencial foi construída pautando-se nos cuidados instrumentais e os expressivos descritos pelos expertises como relevantes ao gerenciamento do cuidado, sendo a validação realizada na fase Delphi I e aprimorada na Delphi II. Frente o exposto, conclui-se que a tecnologia construída e validada norteia e direciona as ações de cuidado

forneendo visibilidade aos profissionais que podem corroborar com a assistência.

PALAVRAS-CHAVE: Tecnologia; Úlcera Varicosa; Pacientes; Gerenciamento Clínico; Pesquisa em Administração de Enfermagem.

MANAGEMENT TECHNOLOGY FOR THE CARE OF PATIENTS WITH CHRONIC VENOUS ULCERS

ABSTRACT: This study aimed to present a management technology built and validated for the care of people with chronic venous ulcers treated in outpatient clinics specialized in wound care in the hospital context. This is a methodological study developed with 60 participants, with the virtual environment as a field of investigation and developed from august 2018 to july 2019. The collection instruments were: identification data form of the research participants and identification script of care for people with chronic venous ulcers. The results show that the managerial technology was built based on instrumental care and the expressive care described by the experts as relevant to care management, with the validation performed in the Delphi I phase and improved in Delphi II. Given the above, it is concluded that the technology built and validated guides and directs the care actions providing visibility to professionals who can corroborate with the assistance.

KEYWORDS: Technology; Varicose Ulcer; Patients; Disease Management; Nursing Administration Research.

1 | INTRODUÇÃO

As úlceras venosas são lesões associadas à insuficiência venosa crônica que acometem os membros inferiores e apresentam tratamento dispendioso, necessitando a assistência ser prestada por profissionais capacitados e sistematizada por intermédio de protocolos (COSTA *et al*, 2015).

Os protocolos nas unidades de saúde, destinados a assistência das pessoas que apresentam as referidas lesões são construídos enfocando os sinais e sintomas clínicos por seguirem o modelo de cuidado pautado no pensamento cartesiano. Frente o exposto, torna-se necessário o desenvolvimento de uma tecnologia para este público, contribuindo para o cuidado clínico no que concerne ao gerenciamento do cuidado, em suas ações instrumentais e expressivas (CHRISTOVAM; PORTO; OLIVEIRA, 2012).

O problema de pesquisa ancora-se na premissa de que as inovações tecnológicas constituem-se em processos de concepção ou agregação de novas funcionalidades ou características de um produto/método de produção (CUBAS, 2009), contribuindo para a qualidade, eficácia, efetividade e segurança do cuidado (SALVADOR *et al*, 2012). Destarte, ao pensarmos em inovação tecnológica em saúde, devemos ter em mente que o cuidar ocorre através de processos de conhecimento e instrumentos que fundamentam e delimita o modo como o cuidado é proporcionado aos que necessitam (SÁ NETO; RODRIGUES, 2010).

Frente o exposto, o que se objetivou no desenvolvimento deste trabalho foi utilizar-se da tecnologia gerencial, mas especificamente da tecnologia leve-dura para o aprimoramento do cuidado, revendo a abordagem cartesiana instaurada na assistência a este público.

Trata-se de um estudo relevante, pois possibilita que o cuidado prestado aos pacientes que apresentam as úlceras venosas crônicas perpassasse pelas esferas biopsicossocial e espiritual, instaurando a integralidade do cuidado e do processo de trabalho no que se refere à dimensão gerencial, evitando a cisão do cuidado direto e indireto, promovendo a valorização das ações instrumentais e expressivas da gerência do cuidado de enfermagem e corroborando com ações multiprofissionais que visem à assistência de qualidade.

Diante o exposto, o objetivo deste estudo é apresentar a tecnologia gerencial construída e validada para o cuidado a pessoas com úlceras venosas crônicas atendidas em ambulatórios especializados no cuidado de feridas no contexto hospitalar.

2 | METODOLOGIA

Trata-se de um estudo do tipo metodológico, desenvolvido com vistas à construção e validação de tecnologia gerencial para o cuidado de pacientes com úlceras venosas crônicas. Adotou-se o estudo metodológico, pois por intermédio deste é possível obter e organizar dados com o intuito de desenvolver instrumentos de validação e da avaliação de ferramentas e métodos de pesquisa (POLIT; BECK, 2011).

O campo de pesquisa foi o ambiente virtual e o recrutamento do primeiro participante ocorreu por intermédio da Plataforma Lattes, selecionando no modo de busca o item assunto e incluindo neste o descritor “úlceras varicosas”, bases: doutores e demais pesquisadores de nacionalidade: brasileira.

Houve a verificação dos critérios de inclusão do estudo dos pesquisadores listados pelo sistema de busca e o primeiro pesquisador que se enquadrou foi convidado a integrar a pesquisa.

Os critérios de inclusão foram: profissionais especialistas e relevantes na área de enfermagem, que apresentassem pesquisas e publicações com a temática das úlceras venosas crônicas, bem como experiência em metodologia científica e pesquisa baseada em evidência.

Com o convite aceito, foi solicitado que o pesquisador indicasse dois pesquisadores, com vistas a compor a amostragem do estudo que ocorreu por intermédio do método não probabilístico denominado *Snowball sample* (COSTA, 2018).

Participaram do estudo 60 juízes expertises, sendo estes divididos aleatoriamente, em dois grupos de quantitativos iguais, sendo um grupo responsável pela construção do protocolo e outro pela validação.

Foram utilizados para a coleta de dados os seguintes instrumentos: formulário de dados de identificação dos participantes da pesquisa e o roteiro de identificação de cuidados a pessoas com úlceras venosas crônicas, ambos elaborados e adaptados para o Google Docs®.

O período de coleta de dados referente à construção da tecnologia (primeira etapa da pesquisa) ocorreu de agosto a dezembro de 2018. Os dados referentes à validação (segunda etapa) no que diz respeito ao Delphi I foram coletados de janeiro a abril de 2019 e o Delphi II de junho a julho de 2019.

Na primeira etapa foi solicitado às expertises, por intermédio do roteiro de identificação de cuidados a pessoas com úlceras venosas crônicas, informar quais os cuidados eles consideram relevantes serem prestados as pessoas com úlceras venosas crônicas, sendo requerida a indicação de cuidados que priorizem as condutas clínicas e as esferas biopsicossociais e a justificativa da indicação das

demandas referenciadas.

Na segunda etapa ocorreu a validação do conteúdo elaborado na primeira etapa da pesquisa. A validação foi realizada por expertises que não participaram da primeira etapa e ocorreu por intermédio da técnica Delphi, visto que esta permite que um grupo de pessoas trabalhe anonimamente para chegar a uma decisão, para desenvolver ideias e/ou reunir conhecimento sobre um tópico (PI, 2015).

O tratamento dos dados se deu mediante validade do conteúdo adotando-se a taxa de concordância (TC) e o índice de validade de conteúdo (IVC), sendo estabelecida a concordância de no mínimo 80,0 % entre especialistas, sendo necessária nova rodada Delphi caso os índices avaliados obtiver valor menor que 0,80. Neste estudo foram considerados os aspectos de composição do protocolo os itens que apresentaram índice Kappa (K) $\geq 0,81$ (ótimo).

O estudo atende a Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012, do Conselho Nacional de Saúde, Ministério da Saúde; o protocolo de pesquisa foi submetido à Plataforma Brasil, com CAAE: 93548618.0.0000.5243, obtendo parecer de aprovação número 2.820.289.

Os resultados apresentados neste estudo foram extraídos da pesquisa de pós-doutorado intitulada “Tecnologia gerencial para o cuidado de pacientes com úlceras venosas crônicas” com apoio financeiro da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior - Brasil (CAPES) - Código de Financiamento 001

3 | RESULTADOS E DISCUSSÃO

Construção da tecnologia: a caracterização das expertises que participaram da construção da tecnologia (N=30) identificou que 83,3% são do sexo feminino, com idade variando de 24 a 60 anos, sendo a predominância de adultos (24 -39 anos), o que equivale a 70%. Quanto ao Estado de residência dos participantes, evidenciase variedade, sendo 76,6% do Rio de Janeiro; 6,7% igualmente evidenciada pelos Estados de Minas Gerais, Rio Grande do Norte e Paraíba, e 3,3% relacionada a expertises do Estado de São Paulo.

Sobre o tempo de formação os pesquisados apresentam média de 11,3% de anos de formados, sendo 63,4% dos participantes mestres, 13,3% doutores, 10,0 % mestrands, 10,0% especialistas e 3,3% pós-doutores.

Com relação à instituição de trabalho, há o predomínio de profissionais atuantes em universidades (43,3%), seguido de 36,7% atuando em hospitais, 10,0% atuantes como enfermeiros em prefeituras, 6,7% em instituições militares e 3,3% atuam em home care. Quanto ao tempo de experiência atuando junto a pacientes com úlceras venosas, a média ficou em 7,7 anos.

As respostas inerentes ao roteiro de identificação de cuidados a pessoas

com úlceras venosas crônicas, permitiram a imersão das seguintes categorias para a construção da tecnologia: dados sociodemográficos, anamnese, exames, exame físico, cuidados com a lesão, aspectos nutricionais, aspectos psicológicos, aspectos sociais, medidas para prevenção de recidivas, orientações em saúde e aspectos da espiritualidade. As referidas categorias são formadas por elementos inerentes às ações instrumentais e expressivas importantes para o gerenciamento do cuidado.

No que tange as ações instrumentais 60,0% dos pesquisados apontaram a realização de exames (sangue, cultura, índice tornozelo- braço, entre outros) como importante no cuidado e fundamentais para o direcionamento da conduta assistencial, esta menção corrobora com um estudo (DANTAS *et al*, 2016) onde o pesquisador aponta ser importante ter no protocolo de assistência aos portadores de úlceras venosas crônicas a presença de dados referentes à solicitação, realização e resultados de exames.

Exames bioquímicos, dosagens de proteínas, bem como a avaliação dos níveis de albumina e transferrina também são apontados como exames relevantes no direcionamento de ações assistenciais a este público (SMS - RIBEIRÃO PRETO, 2011).

Quanto aos cuidados com a lesão, 100 % dos participantes apontam ser importante prestar ações assistenciais, corroborando com estudo (DANTAS *et al*, 2016) que demonstra ser importante que no protocolo voltado aos cuidados de úlceras venosas crônicas haja a presença de informações sobre os cuidados prestados a área perilesional e a lesão.

O referido estudo (DANTAS *et al*, 2016) também aponta que ao cuidar da lesão os profissionais devem descrever a técnica realizada para limpeza, bem como realizar o registro de informações inerentes aos produtos utilizados, indicação de cobertura e frequência de troca do curativo, sendo esta caracterizada pelo número de vezes na semana.

No que diz respeito aos aspectos nutricionais, 50,0 % dos pesquisados apontaram que a identificação das informações nutricionais é relevante ao cuidado. Torna-se importante destacar que a hipertensão venosa e hipertensão capilar, responsáveis pelo desenvolvimento das úlceras venosas, provocam a diminuição de nutrientes por intermédio do espaço intersticial, levando a pele a quadros de desnutrição (CASEY, 2004).

Outro ponto que merece destaque sobre o estado nutricional é a influencia que este apresenta sobre a reparação tecidual, em decorrência da quantidade de proteínas, minerais e calorias exigidas no transcorrer do processo (BRANDÃO; LACERDA, 2011).

Portanto, os profissionais de saúde devem estar atentos à presença destes déficits e as patologias de base do indivíduo assistido, com vista à elaboração um

plano nutricional adequado às demandas necessárias ao paciente a sua realidade financeira (BRANDÃO; LACERDA, 2011).

Frente o exposto, os resultados descritos apontam que as ações instrumentais apresentam relação dialética entre o saber fazer-gerenciar e o saber-fazer cuidar, mas embora os resultados vislumbrados durante a coleta de dados apontem esta relação, ainda evidencia-se a priorização do cuidado direto. Esta priorização deve-se aos profissionais acreditarem que os procedimentos desenvolvidos durante a prática assistencial merecem maior atenção por estar diretamente relacionado ao paciente (CHRISTOVAM, 2009).

Destarte, evidencia-se que os cuidados presentes neste estudo encontram-se relacionados às ações instrumentais inerentes a gerencia do cuidado por estarem relacionadas à prestação de assistência das necessidades biológicas, perpassando pelo cuidado físico (CHRISTOVAM; PORTO; OLIVEIRA, 2012).

Com relação aos cuidados relevantes a serem prestados aos pacientes com úlceras venosas que se identifica como ação expressiva, aponta-se por 53,3% dos pesquisados a necessidade de averiguar os aspectos psicológicos dos pacientes.

A preocupação dos pesquisados apresenta evidencia científica visto que as úlceras venosas promovem implicações de cunho psicológico e social extensíveis às esferas familiar e social, por consequência das alterações físicas e encargos financeiros que as lesões geram (DIAS *et al*, 2013). Deste modo, as pessoas que apresentam as referidas lesões apresentam repercussões sobre a esfera psíquica por consequência das implicações físicas, das características clínicas da enfermidade, do afastamento das atividades laborais para a realização do acompanhamento clínico e do aspecto estético que a lesão apresenta, o que tende a provocar isolamento social (JOAQUIM *et al*, 2018), e o desenvolvimento de ansiedade e depressão que tendem a promover atrasos no processo cicatricial (FINLAYSON *et al*, 2014). Logo, torna-se necessário que os pacientes sejam atendidos através de acolhimento humanizado, escuta sensível, e tenham apoio emocional e psicológico durante todo o tratamento (JOAQUIM *et al*, 2018) com vistas à melhora do quadro clínico.

Os aspectos sociais representaram 40,0% dos cuidados, estando esta questão relacionada com como o viver com a lesão leva os pacientes a se afastarem do convívio social, bem como a vivenciarem repercussões econômicas em decorrência dos elevados custos do tratamento e do afastamento laboral, podendo este afastamento estar relacionado ao tratamento prolongado e a ausência do serviço para comparecer as consultas (JOAQUIM *et al*, 2018). Logo, ao realizarmos apoio social, estaremos criando, adaptando e transformando o modo de cuidar com vistas à emancipação do sujeito, bem como obtendo informações adicionais sobre as condições de vida deste, sua dinâmica familiar e seu estilo de vida, sendo este levantamento importante para a qualidade dos cuidados prestados, contribuindo no

aspecto rentável dos que sofrem de doenças crônicas (THEILE *et al*, 2011).

Quanto a medidas de prevenção de recidivas, 56,6% dos participantes apontaram questões que integram esta categoria, sendo esta porcentagem inferior ao que se almeja dos profissionais de saúde visto que pacientes com úlceras venosas apresentam processo cicatricial longo. Evidencia-se a predominância de participantes com mais de cinco anos de tratamento, com recidivas entre uma a quatro vezes, o que ratifica a dificuldade de cicatrização levando ao prolongamento do tratamento proposto (MORAIS; JOAQUIM; CAMACHO, 2017). Deste modo, as medidas de prevenção devem fazer parte dos cuidados principalmente de pacientes que receberam alta ambulatorial/hospitalar.

No que diz respeito às orientações em saúde, 40,0% dos pesquisados apontaram este como um cuidado relevante, tendo o enfermeiro papel extremamente importante nesta atividade visto que o referido profissional conhece a situação do paciente com úlcera venosa no aspecto biopsicossocial, devendo elaborar um plano focado nas necessidades do paciente incluindo este no processo. Frente o exposto, as orientações devem estar relacionadas à técnica correta para realizar curativo, utilização das coberturas prescritas de acordo com o estado da lesão, utilização de terapia compressiva se necessário, alimentos e nutrientes que favoreça o processo cicatricial, repouso do membro afetado utilizando-se elevação dos membros inferiores, realização de caminhada e utilização de meias compressivas para evitar recidivas (DUFFRAYER; JOAQUIM; CAMACHO, 2018; JOAQUIM *et al*, 2016).

As orientações em saúde também apresentam papel fundamental na melhora da capacidade funcional (JOAQUIM *et al*, 2016), sendo o grau de instrução do paciente relevante para a identificação da estratégia a ser adotada, visto que a baixa escolaridade pode interferir diretamente na compreensão da patologia, assimilação do processo de cuidado, aplicabilidade das intervenções relacionadas ao tratamento das lesões, mudança de conduta e atitude no âmbito domiciliar (SOUZA *et al*, 2013) necessitando que o profissional de saúde esteja atento a esta questão.

Os aspectos da religiosidade / espiritualidade também emergiram na pesquisa como um cuidado a ser prestado por 16,6% dos participantes, mas ainda que se evidencie um percentual pequeno de profissionais que apontam ser relevante esta abordagem, atualmente este olhar tem recebido mais adeptos e comprovações científicas sobre os benefícios no enfrentamento de condições clínicas. Destarte, a avaliação da dimensão espiritual é importante nos processos de saúde/doença, uma vez que esta é reconhecida pelas associações nacionais e internacionais de enfermagem e demonstrada por evidência científica (CALDEIRA; CASTELO; VIEIRA, 2011) deste modo, quando os enfermeiros conseguem identificar as peculiaridades e reconhecer a articulação inerente aos conceitos espiritualidade e religiosidade, sua prática clínica recebe esta influência na abordagem aos pacientes

(NASCIMENTO *et al*, 2013).

Para os pacientes acometidos por úlceras venosas crônicas a espiritualidade é vista como sustentáculo para o enfrentamento da condição clínica, do isolamento social ao qual vivenciam, bem como auxilia no enfrentamento das dores oriundas das “úlceras metafísicas” expostas pelas experiências de vivenciar a doença (JOAQUIM, 2017). Frente ao exposto, a espiritualidade no cuidado à saúde auxilia o exercício do cuidado integral, devendo os profissionais de saúde possuírem conhecimento acerca do tema para exercer o cuidado também sob esta perspectiva (JOAQUIM, 2017) de modo a promover uma assistência respeitosa e um cuidado humanizado.

Ante o exposto, os resultados apontam que as ações expressivas priorizam o cuidado direto e o cuidado indireto, estando o direto destinado a procedimentos com vistas à cicatrização e orientação e o cuidado indireto com vistas ao planejamento estratégico, situacional e operacional na organização do cuidado, do processo de trabalho da equipe, do ambiente terapêutico, do capital humano, dos recursos materiais e dos equipamentos necessários à implementação de ações (CHRISTOVAM; PORTO; OLIVEIRA, 2012).

Torna-se importante destacar que os cuidados apontados pelos expertises e que compõe a tecnologia gerencial construída devem ser prestados por multiprofissionais. Deste modo, as categorias que integram a tecnologia apontam os profissionais responsáveis por cada ação de cuidado, sendo estes: enfermeiro, angiologista, ortopedista, infectologista, dermatologista, cirurgião vascular, nutricionista, fisioterapeuta, psicólogo e assistente social.

Validação da tecnologia: esta etapa da pesquisa contou com a participação de 30 juízes expertises que avaliaram 231 pontos que compõe a tecnologia gerencial. Destes, 86,7% são do sexo feminino com idade variando de 22 a 60 anos, sendo a predominância de adultos (22 – 39 anos), o que equivale a 73,4%.

Quanto ao Estado de residência dos participantes, 76,6% é do Rio de Janeiro, 13,3% de Minas gerais, 6,7% igualmente evidenciados nos estados do Ceará, Goiás e Rio Grande do Norte, e 3,3 % residente no Rio Grande do Sul.

No que se refere ao tempo de formação, evidencia-se que os expertises apresentam uma média de 13,2% de anos de formados com o predomínio de mestres (40,0%), seguido de especialistas (33,4%), doutores (20,0%), pós-doutores (3,3%) e mestrandos (3,3%). Do percentual de participantes da etapa de validação, destaca-se que 20,0% encontram-se aprimorando a sua formação por intermédio da pós-graduação stricto sensu através do doutorado.

No que tange a instituição de trabalho, evidencia-se o predomínio de profissionais atuantes em hospitais (46,7%), seguido de 30,0% atuando em universidades, 10,0% em home care, 6,7% em secretarias municipais de saúde, 3,3% em instituições de ensino técnico e 3,3% em hemocentros. Quanto ao tempo

de experiência no cuidado com úlceras venosas, a média ficou em 8,0 anos.

Com relação à validação da tecnologia os juízes avaliaram cada item e ao realizar a análise global dos resultados evidenciou-se que embora os juízes tenham apresentado resultados muito positivos sobre a concordância dos itens na etapa Delphi I, a concordância entre os avaliadores sobre a importância dos itens foi ruim, visto que o coeficiente Kappa médio foi de apenas 0,083, porém a análise com vistas à verificação da concordância média entre os juízes dois a dois foi alta: 92,9% com desvio padrão baixo de 6,1%.

Diante desta constatação, observa-se que o índice Kappa apresenta natureza dicotômica, não avaliando adequadamente estudos que apresentem múltiplos critérios, podendo levar a concordâncias indevidas, visto que ao realizar a avaliação intra e inter-examinadores pode-se estar realizando a sobrestimativa dos valores em decorrência da discordância de escores. Logo, verifica-se que a estatística Kappa depende da análise de concordância de uma situação específica, não devendo ser adotada com vistas a comparações (SILVA; VELO; PEREIRA, 2016).

Nos pareamentos realizados nenhum dos coeficientes foi superior a 0,4, mas frente às discussões anteriores afirma-se que ter baixa concordância inter-examinadores, nesse caso, não é algo ruim. Apenas constitui que os pontos de concordância parcial ou total, e as pequenas discordâncias são necessariamente diferentes entre os juízes, mas que de forma geral, eles entendem que os itens que passaram por validação são importantes para compor o conteúdo.

Torna-se importante relatar que embora a tecnologia gerencial construída tenha seus itens de concordância averiguados e validados em 100 % na primeira rodada de Delphi, sem a necessidade de uma segunda rodada avaliativa, os juízes realizaram sugestões que permitiriam o aprimoramento do material construído, sendo deste modo realizada a etapa Delphi II, onde os níveis de concordância foram novamente averiguados e validados em totalidade, resultando na tecnologia apresentada no Quadro I.

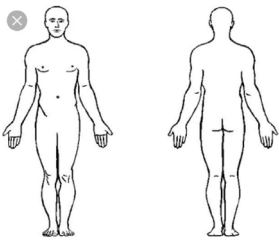
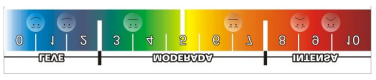
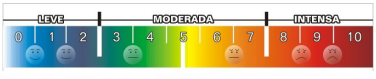
DADOS SOCIODEMOGRÁFICOS	
Número do Prontuário:	
Nome:	
Data de Nascimento:	
Idade:	
Sexo: () Feminino () Masculino	
Grupo étnico:	
Endereço:	
Tel. Residencial:	Tel. Celular:
Estado civil: () Solteiro () Casado () União estável () Divorciado () Viúvo	
Nível de Instrução: () Analfabeto () Analfabeto funcional () Ensino Fundamental () Ensino Médio () Ensino Superior Formação: () Completo () Incompleto	
Profissão / Ocupação:	
Fonte de Renda: () Aposentado () Pensionista () Empregado () Sem renda () Autônomo	
Renda Familiar: () < 1 salário mínimo () de 1 a 2 salários mínimos () > 2 até 4 salários mínimos () > 4 salários mínimos	
Número de pessoas na residência:	
Religião:	
Distância e meio de transporte usado para chegar à unidade de saúde:	
Paciente conta com familiares ou rede de apoio para comparecer ao ambulatório: () sim / quem? _____ () não	
Rede de água encanada: () sim () não	
Rede de esgoto encanado: () sim () não	

Profissional responsável pelo preenchimento dos dados sociodemográficos: Enfermeiro.

ANAMNESE	
Diagnóstico Médico:	
Queixa principal:	
Doenças Preexistentes: () Hipertensão arterial () Insuficiência venosa () TVP () AVC () Diabetes Mellitus () Cardiopatias/ Qual? _____ () Nefropatias () Insuficiência Arterial () Varizes () Arteriosclerose () Flebite () Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica () Doença Neurológica/ Qual? _____ () Dislipidemia () Obesidade () Outra/ Qual? _____	
Fator de risco para doença venosa: () histórico familiar () veias varicosas () trombose venosa profunda () flebite () gravidez () Cirurgia venosa prévia () fratura de perna ou cirurgia () longos períodos sentado ou em pé () Tabagista / há quanto tempo: _____ / cigarros por dia: _____ () Ex tabagista / há quanto tempo parou de fumar: _____ () Etilista / tipo de bebida: _____ / frequência: _____ / quantidade: _____	
Alergias: () sim () não	Quais: _____
Medicamentos em uso: Antibiótico: () sim () não / nome: _____ tempo: _____ dose: _____ uso contínuo: () sim () não Flebotrópico: () sim () não / nome: _____ tempo: _____ dose: _____ uso contínuo: () sim () não Anti-inflamatório: () sim () não / nome: _____ tempo: _____ dose: _____ uso contínuo: () sim () não Analgésico: () sim () não / nome: _____ tempo: _____ dose: _____ uso contínuo: () sim () não Anticoagulante: () sim () não / nome: _____ tempo: _____ dose: _____ uso contínuo: () sim () não Outros: () sim () não / nome: _____ tempo: _____ dose: _____ uso contínuo: () sim () não	
Higiene Pessoal: () adequada () inadequada Paciente necessita de auxílio: () sim () não	
Atividade diária: () Doméstica – Horas/ dia: _____ () Emprego– Horas/ dia: _____	
Repouso diário: () sim () não / () com elevação dos membros inferiores () sem elevação dos membros inferiores / Quantas vezes ao dia: _____ / Por quanto tempo: _____	
Sono: Horas/ dia: _____ Apresenta dificuldades para dormir: () sim () não / motivo: _____	
Sobre as lesões - Início da primeira úlcera (meses/anos): _____ Tempo da úlcera atual (meses/anos): _____ Como surgiu a lesão atual: () não sabe informar () trauma () picada de inseto () TVP () não esta relacionada a um evento específico Recidiva (quantas vezes): _____	

Profissional responsável pela anamnese: Enfermeiro e angiologista.

EXAMES (data / resultado)	
Hemograma completo:	Profissional responsável pela solicitação do exame: Enfermeiro, angiologista, nutricionista.
Glicemia em Jejum:	
Albumina Sérica:	
Colesterol Total:	
HDL:	
LDL:	
Triglicerídeos:	
Uréia:	
Creatinina:	
Índice Tornozelo-Braço (ITB):	Profissional responsável pela realização do exame: Enfermeiro e angiologista.
Cultura e antibiograma de fragmentos da lesão:	Profissional responsável pela solicitação do exame: Enfermeiro e angiologista.
Duplex Scan:	Profissional responsável pela solicitação do exame: angiologista.
Eco-Doppler	
Pletismografia:	
Angiotomografia computadorizada e angiorressonância:	
Flebografia:	
Ultrassom intravascular:	
Outros (Quais?):	

EXAME FÍSICO		
	Pressão Arterial (dia/ valor): _____	
	<p>Localização da lesão:</p> 	
	Características da lesão:	
INSPEÇÃO	<p>Dor: () sim () não / Valor em escala visual analógica: _____</p> 	<p>Profissional responsável pelo procedimento, acompanhamento e avaliação: Enfermeiro.</p>
	<p>Dor em repouso: () sim () não / Valor em escala visual analógica: _____</p> 	
	Claudicação: () sim () não	
	Hiperpigmentação cutânea: () sim () não	
	Dermatite: () sim () não	
	Descamação: () sim () não	
	Atrofia branca: () sim () não	
	Eczema Bacteriano: () sim () não	
	Linfedema: () sim () não	
	Ancilose: () sim () não	
	<p>Alterações da cor da pele: () sim () não / Descrição: _____</p>	
	<p>Diminuição na produção de lubrificação natural: () sim () não</p>	
	<p>Ulcerações: () sim () não / Quantas: _____ / Localização: _____</p>	
	Queda de pêlos: () sim () não	
Alterações ungueais: () sim () não		

PALPAÇÃO	Edema: () sim () não / Mensuração (circunferência ao redor do maléolo medial - cm): _____	Profissional responsável pelo procedimento, acompanhamento e avaliação: Enfermeiro.
	Alterações da temperatura da pele: () sim () não / () Quente ao toque () Fria ao toque	
	Atrofia muscular: () sim () não	
	Lipodermatosclerose: () sim () não	
	Atrofia de pele e diminuição do tecido subcutâneo: () sim () não	
	Celulite indurativa: () sim () não	
	Varizes: () sim () não	
	Elasticidade: () sim () não	
	Umidade: () sim () não	
	Pulso: Pedial: () Presente () Ausente / Característica: () regular () irregular () fraco/filiforme () forte () ausente Tibial: () Presente () Ausente/ Característica: () regular () irregular () fraco/filiforme () forte () ausente Poplíteo: () Presente () Ausente / Característica: () regular () irregular () fraco/filiforme () forte () ausente	
AUSCULTA	Doppler: () Normal: ≥ 1 MHz () Claudicação: 0,9 a 0,6 MHz () Dor em repouso: 0,5 a 0,4 MHz () Isquemia crítica: $< 0,3$ MHz	Profissional responsável pelo procedimento, acompanhamento e avaliação: Enfermeiro e/ou médico angiologista. Caso o paciente apresente doppler indicativo de isquemia crítica, este deve ser encaminhado com emergência ao angiologista. Encaminhado ao angiologista em: _____
MOBILIDADE	Apresenta dificuldades de equilíbrio: () sim () não Senta e levanta com dificuldades devido às dores e edema nos membros inferiores: () sim () não Apresenta dificuldades de marcha devido às dores e edema nos membros inferiores: () sim () não Utiliza suporte como bengala ou andador: () sim () não	Caso o paciente apresente dificuldades de mobilidade, encaminhar ao ortopedista para avaliação ortopédica e posteriormente ao fisioterapeuta. Encaminhado ao ortopedista em: _____ Encaminhado ao fisioterapeuta em: _____

CARACTERÍSTICAS DA LESÃO	Tecidos Viáveis: () Granulação () Epitelização Tecidos Inviáveis: () Esfacelo () Necrose () Gangrena	Profissional responsável pelo acompanhamento e avaliação: Enfermeiro e médico angiologista (o médico deve ser acionado caso seja verificada a presença de tecidos inviáveis como necrose e gangrena).
	EXSUDATO: Volume: () ausente (gaze seca); () pouco (até 25%); () moderado (entre 26 e 75%); () grande (mais de 75%) Odor: () ausente () discreto () acentuado Cor: _____ Aspecto: () seroso () sanguinolento () serossanguinolento () purulento	
	BORDAS: Epitelização: () presente () ausente Necrose: () sim () não Maceração: () sim () não	Encaminhar ao infectologista ou dermatologista para que seja feita a prescrição medicamentosa para o quadro de infecção. Encaminhado ao infectologista/dermatologista em: _____
	LEITO: Biofilme: () sim () não Colonização: () sim () não Infecção: () sim () não / Quais os sinais clínicos? _____ / Material coletado para exame: () sim () não	
	EXTENSÃO E PROFUNDIDADE: Mensuração: () sim () não Extensão (altura x largura – cm / data): _____ Profundidade (cm / data): _____ Registro Fotográfico: () sim () não	Profissional responsável pelo acompanhamento e avaliação: Enfermeiro.

CUIDADOS COM A LESÃO		
CUIDADOS COM ÁREA PERILESIONAL E LESÃO	LIMPEZA: Área perilesional (técnica utilizada): Lesão (técnica utilizada):	Profissional responsável pelo procedimento, acompanhamento e avaliação: Enfermeiro.
	DESBRIDAMENTO: <input type="checkbox"/> Autolítico <input type="checkbox"/> Enzimático <input type="checkbox"/> Mecânico <input type="checkbox"/> Cirúrgico	Verificada a necessidade de desbridamento cirúrgico o paciente deverá ser encaminhado para avaliação do angiologista e cirurgião vascular. Encaminhamento para avaliação realizado em: _____
	PRODUTOS UTILIZADOS: <input type="checkbox"/> Solução fisiológica 0,9% <input type="checkbox"/> Ácidos graxos essenciais (AGE) <input type="checkbox"/> Hidrogel <input type="checkbox"/> Alginato de cálcio <input type="checkbox"/> Colagenase <input type="checkbox"/> Carvão ativado <input type="checkbox"/> Sulfaziadina de Prata <input type="checkbox"/> Bota de Unna <input type="checkbox"/> Papaína <input type="checkbox"/> Outro/ Qual? _____	Profissional responsável pelo procedimento, acompanhamento e avaliação: Enfermeiro.
	QUAL A INDICAÇÃO DA COBERTURA (Profissional deve descrever o motivo pelo qual optou pela cobertura adotada):	
	Frequência de Troca do Curativo (número de vezes ao dia/semana): _____	
	Quem realiza o curativo: _____	
TERAPIA COMPRESSIVA	Utiliza terapia compressiva: <input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não	Profissional responsável pelo procedimento, acompanhamento e avaliação: Enfermeiro.
	Qual? <input type="checkbox"/> meias elásticas <input type="checkbox"/> meias elásticas multicamadas <input type="checkbox"/> ataduras elásticas <input type="checkbox"/> ataduras não elásticas <input type="checkbox"/> bandagens multicamadas <input type="checkbox"/> Bota de Unna	
	Recebeu orientações quanto ao uso das meias de compressão? <input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não	
	Orientações prestadas: <input type="checkbox"/> repouso com pernas elevadas <input type="checkbox"/> Jevar os pés da cama (10-15 cm) <input type="checkbox"/> orientação quanto a exercícios para melhora do retorno venoso <input type="checkbox"/> elevação dos membros inferiores de 10-15 cm, 30 minutos antes da compressão	
TERAPIA A VÁCUO OU FECHAMENTO ASSISTIDO A VÁCUO	Contraindicação: <input type="checkbox"/> presença de necrose sobre o leito da ferida <input type="checkbox"/> presença de tecido com malignidade <input type="checkbox"/> osteomielite sem tratamento <input type="checkbox"/> exposição de vasos/ nervos <input type="checkbox"/> alergia ou sensibilidade aos materiais empregados na terapia	Profissional responsável pelo procedimento e avaliação: Enfermeiro capacitado em terapia a vácuo. Profissional responsável pelo acompanhamento e avaliação: Enfermeiro capacitado em terapia a vácuo. Encaminhamento para avaliação realizado em: _____
	Indicação: <input type="checkbox"/> acelerar o processo de formação de tecido de granulação <input type="checkbox"/> tratamento de feridas infectadas	
	Data do início do tratamento: _____	
	Horário de instalação da terapia: _____	
	Troca do curativo: <input type="checkbox"/> 12 h <input type="checkbox"/> 24 h <input type="checkbox"/> 48 h	
	Material de interface adotado: <input type="checkbox"/> esponja <input type="checkbox"/> esponja prata (10%)	
	Pressão aplicada: <input type="checkbox"/> modo contínuo 50 a 125 mmHg <input type="checkbox"/> redução de intensidade ou pressão (50 e 75 mmHg) <input type="checkbox"/> aumento da pressão (>75 mmHg)	
	Houve intercorrências: <input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não / Quais? _____	

FOTOTERAPIA ATRAVÉS DO DIODO EMISSOR DE LUZ (LED)	Usa outra terapia associada: () sim () não / Qual? _____	Profissional responsável pelo procedimento e avaliação: Enfermeiro laserterapeuta Profissional responsável pelo acompanhamento e avaliação: Enfermeiro laserterapeuta Encaminhamento para avaliação realizado em: _____
	Indicação: () antimicrobiana () anti-inflamatória	
	Data do início do tratamento: _____	
	Comprimento de onda aplicada: () 405 nm (azul) () 940 nm (infravermelho) () Outro: _____	
	Diodo: () azul (400-470nm) () verde (470-550nm) () vermelho (630-700nm) () Infravermelho (700-1200nm).	
	Dose (fluência): _____	
	Intensidade (densidade de potência): _____	
	Tempo de irradiação: _____	
	Onda aplicada sob modo: () contínuo () pulsado	
	Tempo de tratamento: _____	
FOTOTERAPIA ATRAVÉS DO LASER (AMPLIFICAÇÃO DA LUZ POR EMISSÃO ESTIMULADA DE RADIAÇÃO) DE BAIXA POTÊNCIA	Usa outra terapia associada: () sim () não / Qual? _____	Profissional responsável pelo procedimento e avaliação: Enfermeiro laserterapeuta Profissional responsável pelo acompanhamento e avaliação: Enfermeiro laserterapeuta. Encaminhamento para avaliação realizado em: _____
	Indicação: () antimicrobiana () anti-inflamatória () efeito analgésico	
	Data do início do tratamento: _____	
	Luz: () visível (vermelha)/ Locais irradiados: _____ () invisível (infravermelha)/ Locais irradiados: _____	
	Tempo de tratamento: _____	
	Dose (fluência): _____	
	Intensidade (densidade de potência): _____	
	Tempo de irradiação: _____	
	Quantidade de pontos irradiados: _____	
TRATAMENTO CIRÚRGICO	Realizou tratamento cirúrgico da doença venosa crônica? () sim () não	Profissional responsável pelo preenchimento destas informações: Médico Angiologista/ Cirurgião Vascular. Encaminhamento para avaliação realizado em: _____
	Quando (data): _____	
	Apresenta insuficiência valvar? () sim () não	
	Quais válvulas apresentam-se inapetentes? _____	
	Apresenta obstrução venosa? () sim () não	
	Quais veias apresentam obstrução? _____	
	Houve a adoção de terapia compressiva após cirurgia? () sim () não	
	Qual terapia adotada? () meias elásticas () ataduras elásticas () ataduras não elásticas	

ASPECTOS NUTRICIONAIS	
Peso (Kg): _____	<p>Ao verificar comprometimento dos itens preenchidos, o enfermeiro deverá encaminhar o paciente ao nutricionista para acompanhamento nutricional adequado. Encaminhamento para avaliação realizado em: _____</p>
Altura: _____	
IMC: () Baixo Peso <18,5 kg/m ² () Eutrófico ≥ 18,5 a 25 kg/m ² () Sobrepeço ≥ 25 a 30 kg/m ² () Obesidade ≥ 30 kg/m ²	
Apetite atual: () bom () diminuído () aumentado	
Houve mudanças alimentares recentes: () sim / motivo: _____ () não	
Dieta: () livre – sem restrições () hipossódica () hipocalórica () hipoglicêmica () outra /Qual? _____	
Descrição da dieta atual:	
Ingestão de líquidos por dia (referencia: 200 ml): () até 1 copo () de 1 a 5 copos () de 6 a 10 copos () mais de 10 copos	
Unhas: () normais () com alterações/ quais? _____ () quebradiças	
Cabelos: () normais () ressecados () quebradiços () com queda	
Olhos - Mancha de Bitot: () sim () não	
Pele: () ressecada () áspera () manchas () erupções cutâneas	
Palidez: () mucosa interna dos olhos () palidez palmar	
Presença de edema em membros inferiores: () sim () não	
Câimbras: () sim () não / frequência: _____	
Formigamentos: () sim () não / frequência: _____	
Contrações Musculares persistentes e contínuas: () sim () não / frequência: _____	
Contrações Musculares noturnas: () sim () não / frequência: _____	
Tremores de membros inferiores: () sim () não / frequência: _____	
Fadiga: () sim () não / frequência: _____	
Mialgia: () sim () não / frequência: _____	
Fraqueza muscular: () sim () não / frequência: _____	
Reposição de nutrientes: () Proteínas () Arginina () vitamina A () vitamina E () vitamina B6 () vitamina C () vitamina K () Proteína () Colágeno () Albumina () Zinco () Cobre () Ferro () Calorias () Carboidratos e gorduras () Outros/Quais? _____	<p>Preenchimento realizado pelo nutricionista responsável pelo acompanhamento</p>

ASPECTOS PSICOLÓGICOS	
Apresenta pessoas que fornecem suporte/ apoio ao cuidado? () sim () não Quem? () filhos () esposo (a) () vizinhos () amigos () outro - qual o apoio? _____	<p>Ao verificar comprometimento dos itens preenchidos, o enfermeiro deverá oferecer acolhimento, escuta sensível e apoio emocional e realizar o encaminhamento do paciente ao psicólogo para acompanhamento adequado.</p> <p>Encaminhamento para avaliação realizado em: _____</p>
Paciente apresenta relatos que configuram alteração da autoimagem? () sim () não	
Ocorreu baixa autoestima devido à lesão? () sim () não	
Sentiu perda da autoconfiança devido à lesão? () sim () não	
Apresenta sentimentos de desgosto, angústia, tristeza profunda? () sim () não	
Sente ansiedade quanto à evolução da ferida? () sim () não	
Apresenta instabilidade emocional? () sim () não	
Apresenta medo de expressar seus sentimentos sobre viver com a lesão? () sim () não	
Apresenta sentimentos de medo e solidão após apresentar a lesão? () sim () não	
Sofre pela dor? () sim () não	
Sofre com preconceitos? () sim () não	
Sente com ausência de afetos? () sim () não	
Sente falta do apoio familiar e dos amigos? () sim () não	
Sente tristeza com as modificações de hábitos e rotinas devido à lesão? () sim () não	
Sente-se isolado socialmente? () sim () não	
Sente vergonha de expor a perna com as ataduras? () sim () não	
Mudou o modo de se vestir pós-lesão? () sim () não	
Necessita de auxílio para os cuidados com a ferida? () sim () não	
Sente-se constrangido quanto à dependência para o cuidado com a lesão ou financeira devido à inabilidade laboral? () sim () não	
Sente-se impotente em relação à dependência financeira? () sim () não	
Sente-se inseguro quanto a exalar odor ou exsudato? () sim () não	
Apresenta sentimento de autodefesa com relação à aproximação de pessoas após apresentar a ferida? () sim () não	
Sente inconformismo por apresentar a lesão? () sim () não	
Sentiu mudanças na sua sexualidade por apresentar a lesão? () sim () não	
Sentiu mudanças na sexualidade do seu parceiro (a) por você apresentar a lesão? () sim () não	
Apresenta sentimentos de aversão e repulsa ao parceiro (a) por apresentar a lesão? () sim () não	
Apresenta sentimentos de incapacidade e restrição devido às dores e dificuldade de deambulação? () sim () não	

ASPECTOS SOCIAIS	
Paciente relata que os cuidados com a lesão geram custos adicionais que comprometem o orçamento doméstico: () sim () não	<p>Ao verificar comprometimento dos itens preenchidos, o enfermeiro deverá encaminhar o paciente para a assistente social da unidade de saúde realizar o acompanhamento adequado.</p> <p>Encaminhamento para avaliação realizado em: _____</p>
Paciente não segue o tratamento por falta de recursos: () sim () não	
Paciente falta aos agendamentos realizados por falta de recursos financeiros: () sim () não / Outro motivo (Qual?): _____	
Paciente apresenta dificuldades para agendar os acompanhamentos/encaminhamentos: () sim () não	

MEDIDAS PARA PREVENÇÃO DE RECIDIVAS	
Encaminhamento e acompanhamento angiológico: () sim () não	Profissionais responsáveis pela prevenção de recidivas: Enfermeiro (por intermédio de orientações em saúde)/ Médico Angiologista/ Dermatologista. Profissional responsável pelo acompanhamento e avaliação: Enfermeiro. Encaminhamento para avaliação realizado em: _____
Investigação venosa: () sim () não	
Investigação cirúrgica: () sim () não	
Monitoramento da pele para possíveis recidivas: () sim () não	
Encaminhamento e acompanhamento angiológico: () sim () não	
ORIENTAÇÕES EM SAÚDE	
Orientações individuais: () sim () não	Profissional responsável pela orientação: Enfermeiro/ Médico Angiologista/ Dermatologista. Profissional responsável pelo acompanhamento e avaliação: Enfermeiro. Orientações realizadas em: _____ Avaliação do seguimento terapêutico: _____
Investigação cirúrgica: () sim () não	
Orientação sobre hidratação da pele perilesional: () sim () não	
Orientação de como realizar o a limpeza da ferida e o curativo na residência: () sim () não	
Orientação sobre o uso da cobertura prescrita: () sim () não	
Orientação de como realizar a bandagem e a fixação estando em domicílio: () sim () não	
Orientação sobre hidratação da pele pós-cicatrização evitando quadros de ressecamento: () sim () não	
Orientação sobre a importância da adesão das meias compressivas pós-cicatrização: () sim () não	
Prevenção de traumas que causem lesões nos membros inferiores: () sim () não	
Orientação sobre a necessidade de procurar assistência especializada caso ocorra descontinuidade da pele: () sim () não	
Orientação sobre exercícios para melhora do retorno venoso: () sim () não	
Orientação sobre a elevação dos membros inferiores: () sim () não	
Encorajar a adoção de atividades físicas supervisionadas após autorização médica: () sim () não	Profissional responsável pela orientação: Nutricionista. Profissional responsável pelo acompanhamento e avaliação: Nutricionista. Orientações realizadas em: _____ Avaliação do seguimento terapêutico: _____
Participação de grupos formados por pacientes e familiares com o objetivo de abordar a fisiopatologia da úlcera venosa, cuidados, ações de saúde e compartilhamento de vivências, sob a supervisão do profissional de saúde: () sim () não	
Orientações sobre nutrição e hidratação: () sim () não	

ASPECTOS DA RELIGIOSIDADE / ESPIRITUALIDADE	
Paciente segue alguma religião: () sim / qual? _____ () não	
Paciente expressa sua espiritualidade: ()sim ()não	
Paciente deixou de comparecer aos encontros da sua religião ou deixou de expressar sua espiritualidade: ()sim ()não	
Encorajar o paciente a expressar sua espiritualidade: ()sim ()não	
Encorajar o paciente a frequentar grupos: ()sim ()não	

Quadro I - Tecnologia gerencial para o cuidado de pacientes com úlceras venosas crônicas atendidas em ambulatorios especializados no cuidado de feridas no contexto hospitalar

4 I CONSIDERAÇÕES FINAIS

O estudo permitiu construir e validar tecnologia gerencial para o cuidado a pessoas com úlceras venosas crônicas atendidas em ambulatorios especializados no cuidado de feridas no contexto hospitalar. Conclui-se que a tecnologia apresentada neste estudo preza por um cuidado de excelência, pautado na abordagem multiprofissional e que os itens que a compõe vão de encontro ao que prega a literatura científica sobre os cuidados que devem ser prestados a pacientes que apresentam úlceras venosas crônicas.

Dessa forma, aponta-se que a tecnologia fornece visibilidade às ações desenvolvidas pelos membros da equipe envolvidos no cuidado, bem como pontuam ações que devem ser desenvolvidas por profissionais que não costumam prestar assistência ao referido público o que nos convida a reflexão sobre a necessidade de se ampliar o suporte aos pacientes acometidos pelas úlceras venosas crônicas por intermédio da inserção de outras profissões na equipe.

Ressaltamos que a tecnologia apresentada e disponibilizada neste estudo pode ser adotada de modo integral ou em partes, sendo utilizado pelos profissionais os aspectos que a compõe e que seja relevantes no momento da abordagem assistencial.

O estudo apresentou como limitação a demora dos participantes em responder ao convite para integrar a pesquisa por intermédio do Google Docs® e esta demora deve-se em muitos casos a não visualização constante do e-mail para qual o convite era enviado.

Como contribuição para o campo da pesquisa científica e assistência a pacientes com úlceras venosas crônicas, apontamos que a tecnologia gerencial qualifica a assistência e o gerenciamento do cuidado, logo, espera-se que a referida

tecnologia traga repercussões positivas sobre a prática dos profissionais, sobre o paciente e sua qualidade de vida, bem como para a unidade de saúde em que ela for empregada, proporcionando que esta se torne referência no atendimento holístico ao referido público.

REFERÊNCIAS

BRANDÃO, Adriana; LACERDA, Jamile Maria Sallum de. Suporte nutricional. In: SILVA, Roberto Carlos Lyra da et al. **Feridas: fundamentos e atualizações em enfermagem**. 3. ed. rev. e ampl. São Caetano do Sul: Yedis, 2011. cap..7, p. 161-181.

CALDEIRA, Sílvia; CASTELO BRANCO, Zita; VIEIRA, Margarida. A espiritualidade nos cuidados de enfermagem: revisão da divulgação científica em Portugal. **Rev Enfer Ref**, Portugal, v.3, n.5, p. 145-52, 2011. Disponível em: <http://www.scielo.mec.pt/pdf/ref/vserlIn5/serlIn5a15.pdf>. Acesso em 07 de ago. 2020.

CASEY, Georgina. Causes and management of leg and foot ulcers. **Nursing standart**, London, v.18, n.45, p. 57-64, jul. 2004. Disponível em: <https://journals.rcni.com/doi/abs/10.7748/ns2004.07.18.45.57.c3653> . Acesso em: 08 ago. 2020.

CHRISTOVAM, Bárbara Pompeu. **Gerência do cuidado de enfermagem em cenários hospitalares: a construção de um conceito**. Rio de Janeiro, 2009. 291 f. Tese (Doutorado em enfermagem) – Escola de Enfermagem Anna Nery, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2009.

CHRISTOVAM, Bárbara Pompeu; PORTO, Isaura Setenta; OLIVEIRA, Denise Cristina de. Gerência do cuidado de enfermagem em cenários hospitalares: a construção de um conceito. **Rev. esc. enferm.** USP, São Paulo, v. 46, n. 3, p. 734-741, jun. 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v46n3/28.pdf>. Acesso em 15 ago. 2020.

COSTA, Barbara Regina Lopes. Bola de Neve Virtual: O Uso das Redes Sociais Virtuais no Processo de Coleta de Dados de uma Pesquisa Científica. **Rev. interdisciplinar de gestão social**, Bahia, v.7 n.1, p. 15-37, jan./ abr. 2018. Disponível em: <https://portalseer.ufba.br/index.php/rigs/article/view/24649/16131>. Acesso em: 05 ago. 2020.

ASSUNÇÃO, Isabelle Katherinne Fernandes Costa; MEDEIROS, Lays Pinheiro de; DIAS, Thalyne Yurí Araújo Farias; SALVETTI, Marina de Góes; DANTAS, Daniele Vieira; TORRES, Gilson de Vasconcelos. Protocolo de assistência a pessoas com úlceras venosas: estudo metodológico. **Online Brazilian Journal of Nursing**, Niterói, v. 14, n. 1, p. 5-15, mar. 2015. Disponível em: http://www.objnursing.uff.br/index.php/nursing/article/view/5251/pdf_1. Acesso em: 11 ago. 2020.

CUBAS, Márcia Regina. Instrumentos de inovação tecnológica e política no trabalho em saúde e em Enfermagem - a experiência da CIPE® e CIPESC®. **Rev Bras Enferm**, Brasília, v.62, n.5, p. 745-7, out. 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reben/v62n5/16.pdf>. Acesso em: 28 ago. 2020.

DANTAS, Daniele Vieira; TORRES, Gilson de Vasconcelos; SALVETTI, Marina de Góes; COSTA, Isabelle Katherinne Fernandes; DANTAS, Rodrigo Assis Neves; ARAÚJO, Rhayssa de Oliveira et al. Validação clínica de protocolo para úlceras venosas na alta complexidade. **Rev. Gaúcha Enferm.**, Porto Alegre, v. 37, n. 4, e59502, 2016. Disponível em <http://www.scielo.br/pdf/rgenf/v37n4/0102-6933-rgenf-1983-144720160459502.pdf>. Acesso em 16 ago. 2020.

DIAS, Thalyne Yuri de Araújo Farias, Costa, Isabelle Katherine Fernandes; Salvetti, Marina de Góes; Mendes, Cristina Kátia Torres Teixeira; Torres, Gilson de Vasconcelos. Influência da assistência e características clínica na qualidade de vida de portadores de úlcera venosa. **Acta Paul Enferm.** São Paulo, v.26, n.6, p.529-34, 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ape/v26n6/04.pdf>. Acesso em 08 set. 2020.

FINLAYSON, Kathleen J.; COURTNEY, Mary D.; GIBB, Michelle A; O'BRIEN, Jane A; PARKER, Christina N; EDWARDS, Helen E. The effectiveness of a four-layer compression bandage system in comparison with class 3 compression hosiery on healing and quality of life in patients with venous leg ulcers: a randomized controlled trial. **Int Wound J.**; v.11; [s.n], p.21-7, 2014. Disponível em: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1742-481X.2012.01033.x/epdf>. Acesso em: 09 set. 2020.

JOAQUIM, Fabiana Lopes. **Úlcera Metafísica**: Um constructo teórico a partir da percepção existencial de pessoas com úlceras venosas crônicas. Niterói, 2017. 222 f. Tese (Doutorado em Ciências do Cuidado em Saúde) – Escola de Enfermagem Aurora de Afonso Costa, Universidade Federal Fluminense, Niterói, 2017.

JOAQUIM, Fabiana Lopes; CAMACHO, Alessandra Conceição Leite Funchal; SABÓIA, Vera Maria; SANTOS, Renata da Costa; SANTOS, Livia da Silva Firmino dos; NOGUEIRA, Glycia de Almeida. Impacto da visita domiciliar na capacidade funcional de pacientes com úlceras venosas. **Rev Bras Enferm.** v. 69, n.3, p. 439-47, 2016. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reben/v69n3/0034-7167-reben-69-03-0468.pdf>. Acesso em: 12 ago. 2020

JOAQUIM, Fabiana Lopes; SILVA, Rose Mary Costa Rosa Andrade Silva; GARCIA-CARO, Maria Paz; CRUZ-QUINTANA, Francisco; PEREIRA, Eliane Ramos. Impacto das úlceras venosas na qualidade de vida dos pacientes: revisão integrativa. **Rev. Bras. Enferm.**, Brasília, v. 71, n. 4, p. 2021-2029, 2018. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/reben/v71n4/pt_0034-7167-reben-71-04-2021.pdf. Acesso em 06 set. 2020.

JOAQUIM, Fabiana Lopes; SILVA, Rose Mary Costa Rosa Andrade Silva; PEREIRA, Eliane Ramos; GARCIA-CARO, Maria Paz; CRUZ-QUINTANA, Francisco. Application of Merleau-Pontyan perspective on the physical and psychological implications of venous ulcers. **Rev. Bras. Enferm.**, Brasília, v. 71, n. 5, p. 2469-2476, 2018. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/reben/v71n5/0034-7167-reben-71-05-2469.pdf>. Acesso em 06 set. 2020.

Morais, Isabela Martins de; Joaquim, Fabiana Lopes; Camacho, Alessandra Conceição Leite Funchal. Health-related orientation effects on the functional capability of people with varicose ulcer. **Rev Cuba Enferm.**, v. 33, n.2, p.313-25, 2017. Disponível em: <https://www.medigraphic.com/pdfs/revcubenf/cnf-2017/cnf172l.pdf>. Acesso em 06 set. 2020.

Duffrayer, Karoline Moreira; Joaquim, Fabiana Lopes; Camacho, Alessandra Conceição Leite Funchal. Health guidelines: strategy for promotion of functional capacity of venous ulcer patients. **Rev Enferm UFPE On Line**, v. 12, n. 7, p. 1901-11, 2018. Disponível em: <https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/view/231417/29468>. Acesso em: 14 ago. 2020.

NASCIMENTO, Lucila Castanheira; SANTOS, Tabatha de Freitas Moreira Santos; OLIVEIRA, Fabiane Cristina Santos de; PAN, Raquel; SANTOS-FLÓRIDA, Milena; ROCHA, Semiramis Melani Melo. Espiritualidade e religiosidade na perspectiva de enfermeiros. **Texto Contexto Enferm**, v.22, n. 1, p. 52-60, 2013. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/tce/v22n1/pt_07.pdf. Acesso em: 14 ago. 2020.

PI, Aina. **Consensus building**: The Delphi Method and the Nominal Group Technique . Janeiro 19, 2015 Disponível: <https://ilsintelligence.wordpress.com/2015/01/19/consensus-building-delphi-method-nominal-group-technique>. Acesso em: 27 ago. 2020.

POLIT, Denise F.; BECK, Cheryl Tatano. **Fundamentos de pesquisa em enfermagem**: avaliação de evidências para a prática da enfermagem. Porto Alegre: Artmed, 2011. 669 p.

SALVADOR, Pétala Tuani Cândido de Oliveira; OLIVEIRA, Ramonyer Kayo Moraes de; COSTA, Théo Duarte da; SANTOS, Viviane Euzébia Pereira; TOURINHO, Francis Solange Vieira. Tecnologia e inovação para o cuidado em enfermagem. **Rev enferm UERJ**, Rio de Janeiro, v. 20, n.1, p.111-7. jan./mar. 2012. Disponível em: <http://www.facenf.uerj.br/v20n1/v20n1a19.pdf>. Acesso em: 27 ago. 2020.

SÁ NETO, José Antonio de; RODRIGUES, Benedita Maria Rêgo Deusdará. Tecnologia como fundamento do cuidar em Neonatologia. **Texto contexto - enferm, Florianópolis**, v. 19, n. 2, p. 372-377, Jun. 2010 . Disponível em: www.scielo.br/pdf/tce/v19n2/20.pdf. Acesso em: 28 ago. 2020.

SMS - RIBEIRÃO PRETO. Programa de Educação Continuada da Secretaria Municipal da Saúde de Ribeirão Preto. **Manual de assistência integral as pessoas com feridas crônicas**. Ribeirão Preto (SP): SMS; 2011. Disponível em: http://dms.ufpel.edu.br/ares/bitstream/handle/123456789/184/manual_feridas_%202011.pdf?sequence=1. Acesso em 09 set. 2020.

SILVA, Amanda Falcão da; VELO, Marília Mattar de Amoêdo Campos; PEREIRA, Antônio Carlos. Importância da reprodutibilidade dos métodos para diagnóstico em odontologia. **Revista da Faculdade de Odontologia - UPF**, v. 21, n. 1, p.115-20, out. 2016. Disponível em: <http://seer.upf.br/index.php/rfo/article/view/4433/3936>. Acesso em: 24 ago. 2020.

SOUZA, Edson Marques de; YOSHIDA, Winston Bonetti; MELO, Valdinaldo Aragão de; ARAGÃO, José Aderval; OLIVEIRA, Luiz Augusto Bitencurt de. Ulcer due to chronic venous disease: a sociodemographic study in Northeastern Brazil. **Annals of Vascular Surgery**, v. 27, n. 5, mar. 2013. Disponível em: <http://www.annalsofvascularsurgery.com/article/S0890-5096%2813%2900046-0/pdf>. Acesso em: 02 set. 2020.

THEILE, Gudrun; KRUSCHINSKI, Carsten; BUCK, Marlene; MÜLLER, Christiane A.; HUMMERS-PRADIER, Eva . Home visits - central to primary care, tradition or an obligation? A qualitative study. **BMC Family Practice**, v. 12, n. 24, p. 1-11, apr. 2011. Disponível em: <http://www.biomedcentral.com/content/pdf/1471-2296-12-24.pdf>. Acesso em: 02 set. 2020.

ÚLCERA TERMINAL DE KENNEDY: UMA REVISÃO INTEGRATIVA DE LITERATURA

Data de aceite: 01/12/2020

Data de submissão: 06/11/2020

Fernanda Santos

Centro Universitário Maurício de Nassau
UNINASSAU
Caruaru – Pernambuco
<http://lattes.cnpq.br/6315843056367366>

Geysiane Bernardo da Silva

Centro Universitário Maurício de Nassau
UNINASSAU
Caruaru – Pernambuco
<http://lattes.cnpq.br/5988307142842371>

Iêda da Silva Câmara

Centro Universitário Maurício de Nassau
UNINASSAU
Caruaru – Pernambuco
<http://lattes.cnpq.br/3462646713001148>

Gabrielly Laís de Andrade Souza

Centro Universitário Maurício de Nassau
UNINASSAU
Caruaru – Pernambuco
<http://lattes.cnpq.br/4098312014566674>

RESUMO: A Úlcera Terminal de Kennedy (UTK) é definida como um tipo particular de lesão desenvolvida durante o processo de morte. Diante do exposto, o objetivo deste estudo é avaliar a produção científica acerca da UTK, pontuando suas características. O presente estudo tratou-se de uma revisão integrativa de literatura realizada através do levantamento bibliográfico

na base de dados MEDLINE, PUBMED, Google Acadêmico. Foram usados 16 artigos no total, distribuídos em tabela e gráfico. Foi observado que há na literatura quanto ao surgimento de UTK em estágio de terminalidade de vida, podendo ser causada devido a falência de órgãos, a hipoperfusão cutânea e hipóxia tecidual, podendo indicar a morte do paciente em até 6 semanas; quanto as características da lesão, os autores concordam que esta comumente surge na região sacrococcígea, em formato de pera, borboleta ou ferradura, variando a coloração de acordo com o estágio em que se encontra, apresenta bordas irregulares e inicialmente surge como bolhas, abrasão ou áreas escurecidas da pele, podendo evoluir do estágio I ao IV em poucas horas, acometendo a epiderme, derme e tecido subcutâneo; quanto aos fatores de risco para surgimento são mencionados a anemia, alterações de nutrição, insuficiência respiratória, hipóxia, diabetes mellitus e doença renal; já no que se refere a abordagem terapêutica, não espera-se cura completa, o plano é voltado para cuidados paliativos. Foi possível observar também que é uma temática pouco abordada e explorada, uma vez que a escassez de estudos sobre a UTK. Assim, sugere-se que mais pesquisas sejam realizadas frente a abordagem deste tipo de lesão.

PALAVRAS-CHAVE: Úlcera. Kennedy. Cuidado paliativo. Enfermagem.

KENNEDY'S TERMINAL ULCER: A INTEGRATIVE LITERATURE REVIEW

ABSTRACT: Kennedy Terminal Ulcer (UTK) is

defined as a particular type of injury developed during the process of death. In view of the above, the objective the aim of this study is to evaluate the scientific production about THE UTK, punctuating its characteristics. The present study was a integrative literature review conducted through the bibliographic survey in medline database, PUBMED, Google Scholar. 16 articles were selected in total, distributed in table and chart. It was observed that there is in the literature regarding the appearance of UTK in the terminal stage of life, and may be caused due to organ failure, cutaneous hypoperfusion and tissue hypoxia, which may indicate the death of the patient within 6 weeks; as for the characteristics of the lesion, the authors agree that it commonly appears in the sacrococcygeal region, in the shape of pear, butterfly or horseshoe, varying the color according to the stage in which it is, presents irregular edges and initially appears as blisters, abrasion or darkened areas of the skin, and may evolve from stage I to IV in a few hours, affecting the epidermis, dermis and subcutaneous tissue; anemia, nutrition alterations, respiratory failure, hypoxia, diabetes mellitus and kidney disease are mentioned for risk factors for onset; with regard to the therapeutic approach, it is not expected complete cure, the plan is focused on palliative care. It was also possible to observe that it is a subject little addressed and explored, since the scarcity of studies on UTK. Thus, it is suggested that more research be conducted in the face of the approach of this type of injury.

KEYWORDS: Ulcer. Kennedy. Palliative care. Nurse.

1 | INTRODUÇÃO

Quando não há mais possibilidade para o resgate de condições adequadas de saúde e a morte possivelmente é considerada inevitável e previsível, estamos nos deparando com uma situação de terminalidade de vida. Assim, refere-se que o paciente está em condições irrecuperáveis e o resultado esperado é a morte, sem que esta consiga ser revertida. A terminalidade seria o “caminho”; enquanto o final da vida é propriamente a fase em que o indivíduo enfermo permanece em declínio e morre (GUITIERREZ, 2001).

Ainda em relação ao final de vida é esperado a falha de muitos órgãos, incluindo disfunções da pele, a qual é considerada o maior órgão do corpo humano. Embora considerada por alguns autores, a falência cutânea ainda é desconhecida e subestimada, não havendo o devido reconhecimento deste problema (FIGUEIRAS; SANTOS, 2019).

A disfunção cutânea, de acordo com Franck (2016), pode decorrer de alterações a nível molecular, celular ou tecidual, sendo associada a redução da perfusão, o que consequentemente gera hipóxia, reduzindo a troca e a capacidade de utilizar os nutrientes e outros produtos necessários para a função vital da pele.

De acordo com a literatura existem algumas denominações de lesões de pele na terminalidade de vida, que requerem medidas de cuidado paliativo, que são vistas como feridas consideradas suspeitas de acometer tecidos profundos, feridas

malignas, como as Lesões por Pressão (LP), úlceras venosas, úlceras arteriais, Úlcera Terminal de Kennedy (UTK), entre outras (GRAVES; SUN, 2013).

A LP, por sua vez, é classificada como um dano a pele e tecidos subjacentes, comumente sobre proeminências ósseas ou associadas ao uso de dispositivos médicos, a pressão intensa decorrente destes fatores associados ou não ao cisalhamento acarretam o desenvolvimento deste tipo de lesão (VASCONCELOS; CALIRI, 2017).

É importante destacar que é possível identificar que alguns autores referem a UTK como um subtipo de LP. No entanto, estas lesões apresentam algumas diferenças. A UTK foi referida de maneira primária por uma neurofisiologista, Jen-Martin Charcot, a qual acreditava que quando as fibras nervosas que ligam o sistema nervoso central a pele eram interrompidas dava-se origem as lesões de pele na região sacro e nádegas, havendo pouca ou nenhuma influência da pressão no surgimento destas feridas. No entanto, esta teoria foi refutada, uma vez que não houve como ser comprovada (ALVAREZ et al., 2016).

Apenas em 1983 a UTK foi estudada e descrita, pela enfermeira Karen Lou Kennedy, a qual investigou 500 pacientes no intuito de avaliar a qual período estes indivíduos sobreviviam após a falência da pele e, consequentemente, o desenvolvimento da lesão. Diante dos dados de seu estudo, Karen identificou que a maioria, cerca de 56%, faleceu em até 6 semanas após terem desenvolvido a lesão (REITZ; MARQUETTE, 2016).

Por volta de 1989 este tipo de lesão passou a ser denominada UTK, sendo definida como um tipo particular de lesão desenvolvida durante o processo de morte. Este estudo tem a justificativa embasada no fato de ser uma temática pouco discutida, especialmente na literatura brasileira, bem como é pouco conhecida pelos profissionais de saúde. Diante do exposto, o objetivo deste estudo é avaliar a produção científica acerca da UTK, pontuando suas características.

2 | MÉTODO

O referido estudo tratou-se de uma revisão integrativa de literatura realizada através do levantamento bibliográfico na base de dados MEDLINE, PUBMED, Google Acadêmico.

Para a pesquisa foram utilizados os seguintes Descritores em Ciências da Saúde (DeCS): úlcera, Kennedy e enfermagem. Foram usados 16 artigos no total, selecionados através da leitura do título e do resumo ou através das referências destes selecionados, todos contendo algo relacionado a Úlcera Terminal de Kennedy (UTK). Foram excluídos artigos que não atendiam a temática em questão e os que não estavam disponíveis de forma gratuita.

Posteriormente, os estudos selecionados foram lidos na íntegra e resumidos em forma de tabela para a obtenção de informações importantes para serem pontuados nos resultados e na discussão.

3 | RESULTADOS

Os artigos selecionados para compor este estudo foram resumidos em forma de tabela, segundo autor, título, fonte e ano.

Autor	Título	Fonte	Ano
GUTIERREZ	O que é o paciente terminal.	Scielo	2001
SCHANK	Kennedy terminal ulcer: the “ah-ha!” moment and diagnosis.	Medline	2009
KEHOE	When Healing Is Not the Goal – Palliative Wound Care and SCALE	Medline	2012
GRAVES; SUN	Providing Quality Wound Care at the End of Life	Google acadêmico	2013
BACHERO; VIZCAINO	Poliulceración en Paciente terminal: Úlceras de Kennedy. Plan de cuidados Paliativos.	Google acadêmico	2014
ATOS et al.	Úlcera terminal de kennedy conhecimentos e implicações para a enfermagem	Google acadêmico	2015
ROCA-BIOSCA et al	The adapting of a care plan after Kennedy terminal ulcer diagnosis	Medline	2016
REITZ; MARQUETTE	Pediatric Kennedy Terminal Ulcer	Pubmed	2016
VASCONCELOS	Ações de enfermagem antes e após um protocolo de prevenção de lesões por pressão em terapia intensiva	Scielo	2017

Tabela 1.

Fonte: elaborada pelas pesquisadoras, 2020.

Nesta pesquisa foram usados 16 artigos, publicados nos últimos vinte anos, sem exclusão por linguagem ou por período de publicação, devido à escassez de estudos relacionados a temática. Os artigos e suas bases de dados estão representados no gráfico 1. Na base Scielo foram encontrados dois artigos (12,5%);

da Medline foram utilizados três (18,75%); Pubmed apenas um (6,25%); Google acadêmico três artigos (18,75%). Foram ainda utilizados neste estudo sete artigos (43,75%) obtidos através da análise das referências bibliográficas dos estudos incluídos.

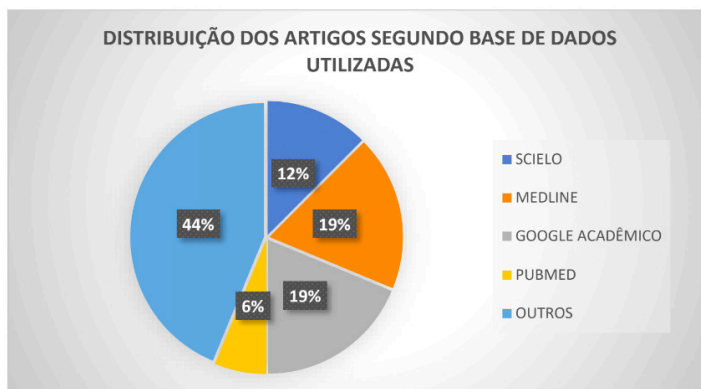


Gráfico 1.

Fonte: elaborada pelas pesquisadoras, 2020.

Quanto a abordagem, dois artigos (12,5%) se tratavam de LP associando a UTK; dez artigos tratavam exclusivamente da UTK (62,5%); um artigo abordava SCALE (6,25%); um artigo sobre alterações de pele em pacientes terminais, associando também a UTK (6,25%) e; dois artigos sobre a qualidade no final de vida em pacientes terminais (12,5%).

4 | DISCUSSÃO

As UTK fazem parte de um grupo identificado como Skin Changes at Life's (SCALE), desenvolvido por especialistas, que discutem basicamente as modificações cutâneas no final da vida, em que pode haver insuficiência vascular, fazendo com que o sangue seja desviado para órgãos "nobres" como, coração, cérebro, rins e pulmões, causando hipoperfusão cutânea, possível etiopatogenia da UTK (SILVA et al., 2016; VERA, 2014).

São apontadas como características da UTK: lesão na região sacrococcígea, em formato de pêra, borboleta ou ferradura, a coloração pode variar com o desenvolvimento da lesão (vermelho, amarelo, preto ou roxo); comumente apresenta bordas irregulares e tem início súbito, como aparente bolha, abrasão ou área escurecida semelhante a uma escoriação (KENNEDY-EVANS, 2009; SCHANK, 2009).

Quanto a profundidade da lesão, de forma inicial é pequena, piorando de maneira drástica em tamanho e profundidade em algumas horas, a literatura sugere que a partir deste episódio a morte poderá ocorrer em até 6 semanas, tornando-se um fator para mau prognóstico (REITZ; MARQUETTE, 2016).

A UTK evolui de forma rápida para os estágios II, III e IV em poucas horas, implicando a lesão de tecidos profundos (ROCA-BIOSCA et al., 2016). A diferença entre uma LP comumente conhecida comparando-a a uma UTK, está relacionada justamente a essa evolução, tendo em vista que uma LP pode evoluir para estágio I em 24h, mesmo período em que uma UTK pode evoluir para estágio III, atingindo epiderme, derme e tecido subcutâneo (ATOS et al., 2015).

Outro ponto que pode ser usado nessa diferenciação é que as LP decorrem da ação de fatores extrínsecos, a pressão sobre proeminências ósseas ou o cisalhamento; enquanto o surgimento da UTK está associado a fatores intrínsecos como, hipoperfusão e isquemia tecidual (BACHERO; VIZCAINO, 2014; YASTRUB, 2010).

Além da hipoperfusão e consequente isquemia tecidual, há outros fatores de risco associados ao surgimento de uma UTK, tais como: anemia, alterações de nutrição, insuficiência respiratória, hipóxia, doença renal, diabetes mellitus, além de falência de um ou mais órgãos, além da cutânea (REITZ; SCHINDLER, 2016).

Para a UTK não é esperado cura completa, o cuidado adequado para este tipo de lesão, considerando a terminalidade cutânea, é voltado para reposicionamento frequente, redistribuição de pressão e gerenciamento de umidade (REITZ; MARQUETTE, 2016). Trata-se de um plano de tratamento paliativo, que deve ser incorporado a realidade do paciente, este, tal como seus familiares, tendo ciência desta abordagem proposta (KEHOE, 2012).

A abordagem paliativa nas feridas é relativamente um conceito novo na literatura, embora sua utilização torne-se cada vez mais frequente. Esta abordagem não consiste no abandono dos cuidados comumente realizados em uma lesão, mas se resume a oferecer cuidados de maneira otimizada, racional e ética, considerando que o processo de cicatrização é inviável, uma vez que há declínio orgânico do cliente (ATOS et al., 2015).

As intervenções de enfermagem devem estar voltadas para o manejo da dor, tratamento de maneira conservadora da lesão, atendimento e apoio ao paciente e familiares (ROSCA-BIOSCA et al., 2016). É importante também que a equipe multidisciplinar se reúna para debater o impacto da lesão, bem como para instruir o próprio paciente e seus familiares, além de discutir acerca do plano de cuidados (FIGUEIRAS; SANTOS, 2019).

Este estudo também permitiu a identificação de que há poucas evidências sobre a UTK, os estudos ainda são escassos e os encontrados em sua maioria

possuem cunho descritivo ou opinativo.

5 | CONCLUSÃO

Frente a temática abordada neste estudo há consenso na literatura quanto ao surgimento de UTK em estágio de terminalidade de vida, podendo ser causada devido a falência de órgãos, a hipoperfusão cutânea e hipóxia tecidual, podendo indicar a morte do paciente em até 6 semanas.

Também foram discutidas as características da lesão, os autores concordam que esta comumente surge na região sacrococcígea, em formato de pera, borboleta ou ferradura, variando a coloração de acordo com o estágio em que se encontra, apresenta bordas irregulares e inicialmente surge como bolhas, abrasão ou áreas escurecidas da pele, podendo evoluir do estágio I ao IV em poucas horas, acometendo a epiderme, derme e tecido subcutâneo.

Foram apontados os fatores de risco para surgimento da UTK, que são: a anemia, alterações de nutrição, insuficiência respiratória, hipóxia, diabetes mellitus e doença renal; já no que se refere a abordagem terapêutica, não espera-se cura completa, o plano é voltado para cuidados paliativos.

O cuidado paliativo neste cenário tem como objetivo oferecer ao paciente que se encontra terminalidade de vida o controle de sinais e sintomas, minimizando o sofrimento físico e apoio multidisciplinar na redução do sofrimento psicológico, promovendo qualidade no final de vida para o paciente e até mesmo para a família.

Como trata-se de uma revisão de literatura, este trabalho limitou-se a dados que já foram observados, analisados e publicados, foi possível observar que é uma temática pouco abordada e explorada, uma vez que a escassez de estudos sobre a UTK. Assim, sugere-se que mais pesquisas sejam realizadas frente a abordagem deste tipo de lesão, para que o planejamento terapêutico seja melhor trabalhado e planejado, consequentemente, tornando-se mais eficaz no campo paliativo.

REFERÊNCIAS

ALVAREZ, O. M. et al. **The VCU Pressure Ulcer Summit** - The Search for a Clearer Understanding and More Precise Clinical Definition of the Unavoidable Pressure Injury. *J Wound Ostomy Continence Nurs.* [Em linha], v. 43, n. 5, p.455-463, 2016. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27509367>

ATOS, F. L. S. et al. **Úlcera terminal de kennedy conhecimentos e implicações para a enfermagem.** CONBRACIS 2 edição. 2015

BACHERO, J. G.; VIZCAINO, T. **Poliulceración en paciente terminalúlceras de Kennedy. Plan de cuidados paliativos.** *Enfermería Dermatológica*, v. 8, n. 22, p. 32-40, 2014.

FIGUEIRAS, B. F.; SANTOS, N. A. R. **Úlcera terminal de Kennedy**. Rev. Educ. Meio Amb. Saú., v. 9, n. 1, p. 31-42, jan./mar., 2019.

FRANCK, E. M. **Alterações de pele em pacientes em cuidados paliativos na terminalidade da doença e final da vida: coorte prospectiva**. 2016. Disponível em: <http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/7/7139/tde-17052017-112324/>.

GRAVES, M. L.; SUN, V. **Providing Quality Wound Care at the End of Life**. Journal of Hospice & Palliative Nursing. [Em linha], 15. 2013. Disponível em: http://journals.lww.com/jhpn/Abstract/2013/04000/Providing_Quality_Wound_Care_at_the_End_of_Life.3.aspx

GUTIERREZ, P. L. **O que é o paciente terminal?**. Revista da Associação Médica Brasileira, v. 47, n. 2, p. 92, 2001.

KEHOE, K. **When Healing Is Not the Goal – Palliative Wound Care and SCALE**. Transcrição de curso Medline. 2012.

KENNEDY-EVANS, K. **Understanding the Kennedy Terminal Ulcer**. Ostomy Wound Management [Em linha], v. 55, n. 9, 2009. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20560217>

REITZ, C. A. M.; MARQUETTE, S. **Pediatric Kennedy Terminal Ulcer**. J Pediatr Health Care, v. 30, n. 3, p. 274-8, mai./jun., 2016.

ROCA-BIOSCA, A. et al. **The adapting of a care plan after Kennedy terminal ulcer diagnosis**. Enferm Intensiva, v. 27, n. 4, p.168-172, out./dez., 2016.

SCHANK, J. E. **Kennedy terminal ulcer: the “ah-ha!” moment and diagnosis**. Ostomy Wound Manage, v. 55, n. 9, p. 40-4, set, 2009.

SILVA, L. S. et al. **Úlcera Terminal de Kennedy: Conhecimentos e Implicações para a Enfermagem**. Congresso Brasileiro de Ciências da Saúde [Em linha], 83. 2016. Disponível em: http://editorarealize.com.br/revistas/conbracis/trabalhos/TRABALHO_EV055_D1_A4_ID305_01052016231849.pdf, [Consult. 22 out 2017].

YASTRUB, D. J. **Pressure or Pathology Distinguishing Pressure Ulcers From the Kennedy Terminal Ulcer**. J Wound Ostomy Continence Nurs [Em linha] v. 37, n. 3, p. 249-250, 2010. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20463542>

VASCONCELOS, J. M. B.; CALIRI, M. H. L. **Ações de enfermagem antes e após um protocolo de prevenção de lesões por pressão em terapia intensiva**. Esc. Anna Nery [Internet]. Epub Jan 16, 2017.

VERA, R. **Literature Review of Kennedy Terminal Ulcers: Identification, Diagnosis, Nursing Goals, and Interventions**. Honor Thesis, Salem State University [Em linha]. 2014 Disponível em: https://digitalcommons.salemstate.edu/cgi/viewcontent.cgi?referer=https://www.google.pt/&httpsredir=1&article=1031&context=honors_theses

CAPÍTULO 22

VALORES DE FAMÍLIA E FÉ NO TRATAMENTO DO CÂNCER: UMA REVISÃO INTEGRATIVA DA LITERATURA

Data de aceite: 01/12/2020

Data de submissão: 06/11/2020

Juliane Silva Soares

Centro Universitário Faculdade Guanambi –
UNIFG
Guanambi-BA
<http://lattes.cnpq.br/8944440333519816>

Cristiane Silva Soares

Centro Universitário Faculdade Guanambi –
UNIFG
Guanambi-BA
<http://lattes.cnpq.br/7092013093318686>

RESUMO: A família e a fé são elucidadas como mecanismos de enfrentamento e apoio, face ao medo, sofrimento e debilidade com que se consternam e deparam, muitos pacientes diagnosticados e em tratamento contra o câncer. O objetivo desse estudo foi atestar a importância que a família e a fé têm para os pacientes oncológicos, desde sua descoberta até o tratamento. Trata-se de uma revisão integrativa da literatura, com coleta de dados nos meses de maio e junho de 2020, sob as bases eletrônicas: Lilacs, Scielo e Bireme. Para viabilizar a busca, foram utilizados os descritores: “família”, “fé” e “câncer”, intercalados pelo operador booleano *and*. Os critérios de elegibilidade basearam-se em estudos completos, disponíveis na íntegra, publicados nas línguas portuguesa, inglesa ou espanhola e entre os anos de 2010 a 2020. Quanto à exclusão, foram descartados artigos

em duplicidade e estudos não pertinentes ao tema. A busca resultou na seleção de 8 estudos. Constatou-se que a família, tal como a fé, são recursos confluentes e imprescindíveis para a promoção de encorajamento e esperança de cura para os indivíduos que estão na luta contra o câncer. Desse modo, ante o recebimento do diagnóstico, perante a adaptação ao tratamento e até mesmo no alcance da cura, o câncer ocasiona mudanças hostis para os pacientes, fazendo com que estes vejam-se necessitados de se apoiar no suporte positivo que a família e a fé proporcionam durante o processo de restabelecimento de sua saúde.

PALAVRAS-CHAVE: Enfrentamento; Cura; Oncologia.

FAMILY AND FAITH VALUES IN CANCER TREATMENT: AN INTEGRATIVE LITERATURE REVIEW

ABSTRACT: The family and faith are elucidated as mechanisms of coping and support, in the face of fear, suffering and weakness that many patients diagnosed and undergoing cancer treatment face. The objective of this study was to attest to the importance that family and faith have for cancer patients, from their discovery to treatment. This is an integrative literature review, with data collection in the months of May and June 2020, at the electronic bases: Lilacs, Scielo and Bireme. To make the search feasible, the descriptors were used: “family”, “faith” and “cancer”, interspersed by the Boolean operator *and*. The eligibility criteria were based on complete studies, available in full, published in Portuguese, English or Spanish and

between the years 2010 to 2020. Regarding exclusion, duplicate articles and studies not relevant to the topic were discarded. The search resulted in the selection of 8 articles. It was found that the family and faith are confluent and essential resources for the promotion of encouragement and hope of cure for individuals who are in the fight against cancer. Therefore, after diagnosis and adaptation to treatment and even after the cure, cancer causes hostile changes for patients, causing them to seek support from their families and faith during the process of restoring their health.

KEYWORDS: Coping; Cure; Oncology.

1 | INTRODUÇÃO

Câncer é o nome dado a um conjunto de mais de 100 doenças que têm em comum o crescimento desordenado de células, as quais invadem tecidos e órgãos (INCA, 2020). Destacado como o principal problema de saúde pública no mundo, ele já se encontra entre as quatro principais causas de morte prematura (antes dos 70 anos de idade) na maioria dos países (BRAY et al., 2018). A Organização Mundial da Saúde (OMS) estimou que, no ano de 2030, são esperados 27 milhões de casos incidentes de câncer, 17 milhões de falecimentos por câncer e 75 milhões de pessoas vivas, anualmente, com câncer (INCA, 2011).

Mesmo perante progressivos avanços da medicina, essa patologia ainda está associada a uma descrição simbólica de morte, incurabilidade, perdas, intenso sofrimento e descontrole, tanto por parte do doente quanto de quem o acompanha (KOHLSDORF; COSTA-JUNIOR, 2011). Abre-se um caminho após o diagnóstico de câncer para um tratamento incerto, doloroso, prolongado, angustiante e assustador, que muitas vezes fragiliza os planos do futuro e torna iminente a possibilidade de morrer (LIMA et al., 2016).

Nesse cenário, diante muitas de suas disposições, a família, como um grupo de cooperação econômica, coexistência, divisão de responsabilidades e obrigações entre seus membros, favorece, dando e recebendo apoio e cuidado (CANESQUI; BARSAGLINI, 2012). A trajetória da família frente à doença e o tratamento iniciam quando o diagnóstico de câncer é confirmado (LOURENÇATTO et al., 2010). No processo histórico de descrição da família, percebe-se que ela preenche diferentes espaços e funções, contudo, desde os tempos mais antigos até a contemporaneidade, ela reflete um lugar de acolhimento e segurança entre as pessoas que mantêm vínculos de afinidade, amor e respeito (ZILLMER et al., 2009).

Adendo à família, a fé em Deus é um sentimento que está enraizado na nossa cultura, sendo tão importante quanto os outros modos de enfrentamento (TRENTINI et al., 2005). De acordo com Beck e Lopes (2007), a fé, a religiosidade, a busca por um Ser superior são questões muito presentes na vida das pessoas, principalmente em situações conferidas como sendo de cunho delicado. Conforme

Panzini e colaboradores (2007), a religiosidade sugere adesão a um sistema de adoração ou doutrina específica partilhada por um grupo.

Diferente da religiosidade, a espiritualidade é vista como sendo uma orientação de ordem filosófica que produz comportamentos, sentimentos de esperança, amor e fé; e que traz significado à vida das pessoas (SOUZA et al., 2015). Dessa forma, a espiritualidade corresponde a uma base fundamental para o ser humano, sobretudo no tocante à melhoria e crescimento do ser espiritual na cura ou melhora de enfermidades (NERY, 2013).

Constando em algumas literaturas que a família e a fé são elucidadas como mecanismos de enfrentamento e apoio, face ao medo, sofrimento e debilidade com que se consternam e deparam muitos pacientes diagnosticados e em tratamento contra o câncer, o presente estudo teve como objetivo atestar a importância que a família e a fé têm para os pacientes oncológicos, desde sua descoberta até o tratamento.

2 | METODOLOGIA

Tencionando corresponder ao objetivo proposto, estabeleceu-se como método de pesquisa para esse estudo, a revisão integrativa da literatura. É uma metodologia consagrada como uma ferramenta de grande relevância no âmbito da saúde, propiciando uma concepção mais aprofundada de um evento, alicerçada em produções científicas anteriores, tal que permite a reunião e admissão de diversos achados em pesquisas, lançando luz à expansão das conclusões (MENDES; SILVEIRA; GALVÃO, 2008).

Essa obra percorreu as etapas recomendadas por Joanna Briggs Institute, iniciando com a formulação da questão para a elaboração da revisão integrativa da literatura; determinação dos métodos de apuração dos estudos; procedimento de extração dos dados; análise e avaliação dos estudos eleitos para essa revisão integrativa da literatura; extração dos dados e apresentação da revisão/síntese do conhecimento produzido e publicado (SANTOS et al., 2018).

Isto posto, a presente revisão delineou como questão norteadora: Quais os valores de família e fé no tratamento do câncer?

Essa revisão integrativa se baseou na busca por artigos científicos publicados eletronicamente nas bases de dados: Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), Centro Latino-Americano e do Caribe de Informação em Ciências da Saúde (BIREME) e na Biblioteca Eletrônica Scientific Electronic Library Online (SciELO), entre os meses de maio e junho de 2020.

Para viabilizar a pesquisa, foram admitidos os seguintes Descritores em Ciências da Saúde (DeCS): “Família”, “Fé” e “Câncer”. Durante a coleta, os

descritores mencionados foram intercalados com o operador booleano *and*, o qual permite a inserção de duas ou mais palavras para obtenção de uma maior probabilidade e significância de resultados obtidos com a procura.

Os critérios de elegibilidade se basearam em estudos completos, disponíveis na íntegra, publicados nas línguas portuguesa, inglesa ou espanhola e entre os anos de 2010 e 2020. Quanto à exclusão, foram descartados artigos em duplicidade e estudos não pertinentes ao tema.

Cumprе salientar, que para seleção dos artigos, primeiramente foi realizada a visualização e seleção dos títulos compatíveis à investigação. Em seguida, realizou-se uma leitura detalhada dos resumos e, então, excluiram-se os artigos cujos resumos não abarcaram os critérios de elegibilidade primados. Por fim, os textos restantes foram lidos, avaliados na íntegra, e assim foram eleitos, conjecturando a amostra do estudo. Após a seleção dos artigos, foram definidas as informações que seriam extraídas destes.

Para oportunizar a compilação das produções científicas eleitas, construiu-se um quadro de dados (proveniente dos trechos extraídos das publicações) composto das seguintes variáveis: autores, ano de publicação, objetivos, resultados e conclusão dos estudos. A posteriori, os dados obtidos por meio do material reunido foram agrupados, e, de acordo com a intencionalidade do estudo, estes foram interpretados com base na literatura. A amostra final desse artigo foi constituída por 8 estudos.

Em concordância com a Lei de Direitos Autorais, Lei nº 12.853, de 14 de agosto de 2013, que entrou em vigor alterando a Lei nº 9.610/1998, o estudo atendeu aos aspectos éticos, uma vez que foram respeitados os direitos autorais das pesquisas coletadas. Até o presente momento, pelo seu perfil científico, faz-se aclarado que esse tipo de revisão não necessita de apreciação em Comitê de Ética.

3 | RESULTADOS

A pesquisa inicial identificou 246 estudos. Sucessivamente, após análise criteriosa do título, leitura dos resumos e dos artigos na íntegra; estando também consonante com as etapas metodológicas descritas; critérios de pertinência e consistência de conteúdo, foram excluídos 238 estudos, não tendo sido estes, elegíveis perante as especificações previamente delineadas. Portanto, a amostra final do estudo compôs-se tão somente por 8 artigos. O quadro 1. expõe as informações retiradas das produções científicas selecionadas.

Face aos estudos indexados nessa revisão, é possível visualizar que o idioma de publicação predominante foi o português (6), seguido pelo inglês (2). No que concerne aos anos de publicação, exibe-se que tais artigos foram publicados

nos últimos dez anos, a saber: 2010 (1), 2011 (1), 2013 (2), 2016 (1), 2017 (1), 2019 (1), 2020 (1). Em 2012, 2014, 2015 e 2018 não foram seletos estudos que se relacionassem, piamente, com o tema em questão.

Autores/Ano	Objetivos	Resultados e conclusão
ALVES, D. A. et al., 2016	Investigar o papel da religiosidade e da espiritualidade como mecanismo de enfrentamento utilizado pelos cuidadores familiares diante do câncer infantil.	Os dados coletados foram aglomerados em duas categorias temáticas: a fé como fonte de apoio nos momentos delicados do tratamento e as expectativas para o término do tratamento. Os relatos evidenciaram o uso da religiosidade e da espiritualidade como componentes inerentes ao enfrentamento do câncer infantil por cuidadores familiares. A busca pela religião e o uso da espiritualidade pelos cuidadores está muito presente diante do enfrentamento do câncer infantil. Desse modo, o profissional de saúde deve ser uma fonte de respeito e de apoio às crenças, à religião e aos valores dos cuidadores familiares.
DIAS, L. V. et al., 2017	Conhecer a vivência de mulheres mastectomizadas por câncer de mama em relação às atividades cotidianas	Antes da mastectomia, as participantes referiram-se em pleno desempenho de suas capacidades funcionais. Após o procedimento, relataram dificuldades para ações de autocuidado, trabalho e tarefas domésticas. A adoção de estratégias de enfrentamento foi necessária para vencer as barreiras cotidianas. Cada mulher é capaz de conduzir sua caminhada mesmo passando por situações adversas. O apoio da família, amigos, a fé e a disponibilidade dos serviços de saúde, auxiliaram a mulher a adaptar-se às alterações decorrentes da mastectomia.
LOURENÇATTO, G. N. et al., 2010	Descrever a trajetória percorrida pela criança, adolescente e suas famílias, desde o início dos sinais e sintomas até a definição do diagnóstico de câncer.	Como resultados, surgiram três categorias: o início da doença; o impacto do diagnóstico e do tratamento e os profissionais diante do cuidado à criança e ao adolescente com câncer e sua família. Os sujeitos do estudo relataram as experiências de forma detalhada e cronológica, descrevendo o início dos sinais e sintomas, as idas e vindas pelos serviços de saúde; a atuação dos profissionais no setor primário como no especializado e as mudanças na rotina familiar. Conclui-se que a criança e o adolescente percorrem um longo caminho diante da situação oncológica, evidenciando as dificuldades relacionadas ao acesso de recursos diagnósticos, agravando as possibilidades de um diagnóstico precoce.
PEREIRA, C. M. et al., 2013	Conhecer a vivência da mulher mastectomizada frente ao adoecer e sobreviver ao câncer de mama.	Os resultados apontam que a vivência do câncer para estas mulheres foi permeada por sentimentos, mas que encontraram força no apoio da família, amigos, religião e na fé. Após os tratamentos elas procuraram caminhos alternativos para sobreviver com qualidade. A enfermagem tem um papel fundamental na avaliação das necessidades da mulher mastectomizada, promover a articulação dos cuidados com a equipe multiprofissional e contribuir para a reinserção social.
SALCI, M. A.; MARCON, S. S., 2011	Conhecer as mudanças ocorridas na vida da mulher e seus familiares após a convivência com o câncer.	Identificamos que ao vivenciar o câncer, muitas pessoas passam a reorganizar suas vidas utilizando novas estratégias e dando diferentes significados aos eventos e percepções anteriores. Os aspectos de destaque estão relacionados às mudanças nos hábitos de saúde, tarefas diárias, filosofia de vida e na fé. Conclui-se que os profissionais de saúde precisam conhecer as várias facetas impostas pelo câncer no seio familiar, para atuarem como fonte de apoio e ajuda psíquica no enfrentamento do câncer.

SILVA, W. B. et al., 2019	Analisar a vivência da espiritualidade em mulheres diagnosticadas com câncer de mama.	Verificou-se nas falas das mulheres, expressões da espiritualidade, a presença do medo e da tristeza sobre o diagnóstico, gerando preocupações e dúvidas, mas a presença da fé no Divino como forma de mostrar seu apreço e reconhecimento da ação dele no curso da doença, traz a esperança de cura em conjunto com a presença da família, sendo estas estratégias utilizadas pelas mulheres para o enfrentamento do câncer. Conclui-se que as mulheres utilizam a espiritualidade como estratégia de enfrentamento durante sua vivência com o diagnóstico e o tratamento do câncer de mama.
VARGAS, G. S. et al., 2020	Conhecer a rede de apoio social para mulheres com câncer de mama, que estavam participando de um grupo de apoio gaúcho.	Observou-se que o apoio social é necessário durante o tratamento, tanto para enfrentar a patologia quanto para a mulher se recuperar dela. Os resultados mostraram que famílias, amigos, vizinhos e o grupo, fazem parte da rede de mulheres que vive o câncer. O apoio social faz parte da integralidade do cuidado prestado pelo enfermeiro, reconhecendo assim que as necessidades das mulheres são importantes para planejar os cuidados de enfermagem.
VIEIRA, G. B., 2013	Descrever as necessidades de cuidado do cliente oncohematológico hospitalizado na perspectiva do cliente, do familiar e da equipe de enfermagem, e discutir suas implicações para o cuidado de enfermagem a partir da perspectiva do cliente/família e equipe de enfermagem.	Os resultados apontaram que as necessidades expressas pelos sujeitos dessa pesquisa, abrangem as macroesferas das necessidades humanas básicas ditas por Wanda Horta e realizando a aproximação das necessidades com sua teoria: o nível psicobiológico inclui as necessidades de cuidado profissional, conforto, medicamentos, boa infraestrutura hospitalar, autocuidado, orientação aos familiares, orientações para o cliente e da equipe multiprofissional; o nível psicossocial envolve as necessidades de privacidade, apoio emocional, paciência, aceitação e apoio familiar; no nível psicoespiritual está a necessidade de espiritualidade e de fé. As necessidades de cuidado do cliente oncohematológico estão intrinsecamente conectadas ao tratamento, hospitalização e à repercussão do diagnóstico, para os clientes e os que os cercam como seus familiares e a equipe de enfermagem que os assistem. O primeiro passo para se distinguir as implicações para o cuidado de enfermagem é levantar dados significativos sobre as condições em que o cliente se encontra, para assim ser possível identificar os problemas e intervir visando o melhor atendimento. O cliente oncohematológico possui especificidades vindas do percurso da doença e do tratamento com antineoplásicos que ocorre por um longo período e causa no cliente alterações físicas devido à pancitopenia, sendo assim, demandam cuidados mesmo após a alta hospitalar, o que implica trabalhar junto ao cliente e a família sobre a importância e os motivos pelos quais esses cuidados devem ser seguidos, expressando de maneira clara e atentando para o grau de entendimento do cliente. Conclui-se que as aptidões da equipe de enfermagem devem incluir aptidões na dimensão do conhecimento, da prática e do afeto, pois isso implica nos cuidados diários da enfermagem e diferencia uma assistência mecanizada e indiferencial, de uma assistência atenta, focada, comprometida com o cuidado de sua clientela. Este estudo visou contribuir com a assistência ao mostrar que a compreensão das diferentes visões dos personagens do cuidado favorece o planejamento e direcionamento das ações da equipe para com os clientes e familiares durante a hospitalização e com orientações na alta hospitalar para estimular a continuidade nos cuidados em domicílio e estimular o autocuidado nos clientes.

Quadro 1. Identificação dos artigos resultantes desta revisão

Fonte: (Autoras, 2020).

Ainda sobre o quadro 1., é importante arrematar que as produções científicas compiladas, exprimem, predominantemente, uma marcante inerência com a população feminina, algo que pode ser compreendido por muitos fatores, dentre eles: sua expoente incidência e prevalência nos transcorridos anos, pela previsibilidade dos prospectivos casos notificados e mediante a percepção de disseminação quanto à gravidade desse tipo de câncer (muito difundido através das mobilizações de campanhas de educação em saúde e sob muitos outros formatos de publicidade em redes nacionais), o que, possivelmente atrai um olhar focal e inquisitório dos pesquisadores para esse grupo tão acometido, cujo qual, precocemente diagnosticado ante surgimento da moléstia, pode apresentar grandes chances de reversão.

Fazendo inferência aos estudos aqui integrados, nota-se, de um modo geral, o suporte exitoso ofertado pelos valores de família e fé desde o acometimento até o enfrentamento do câncer, tendo sido esse um consenso entre os artigos científicos incluídos nesta revisão integrativa. Dessa maneira, observa-se que essa temática é de interesse de vários profissionais da área da saúde e outras, ressaltando assim, a importância da elaboração de mais pesquisas que discorram sobre essa patologia, o câncer, sob o desígnio de apurar a valia técnico-científica desses “elementos de luta” aqui explorados, para que, desse modo, sejam, ampla e fidedignamente, trabalhados em outros artigos como subsídios positivos.

Ações como essa enalteceriam essas prerrogativas na vida de pacientes que procuram transpor tal patologia, e tornariam público sua aplicabilidade benevolente, tão logo incentivando a aceitação e atenção social, profissional e científica, de acordo desprestenciosa interpretação levantada aqui.

Isto posto, constatou-se que a família, tal como a fé, são recursos confluentes e imprescindíveis para a promoção de encorajamento e esperança de cura para os indivíduos que estão na luta contra o câncer.

4 | DISCUSSÃO

Ao analisar os estudos dessa revisão, percebe-se que para Pereira e colaboradores, no ano de 2013, fez-se evidenciado, ao abordarem a vivência da mulher mastectomizada em seu estudo qualitativo, que os amigos, a família, a religião e a fé formam um suporte substancial durante o processo de sobrevivência frente à doença.

Esses autores advogam que a família assume um papel fundamental durante o tratamento destas, sobretudo no que concerne à sua reintegração social; contribuições para execução do trabalho doméstico; incentivo à prática de atividades físicas; boa nutrição e promoção de apoio emocional e afetivo. E a religião é aqui

apontada como uma afortunada fonte de auxílio psicológico e social, ademais, pela crença em algo mais elevado e divino, a cura pode até ser lograda, conforme remontam os autores.

Consonante a essa possibilidade promovida pela religião, Silva et al. (2019) trazem também uma visão positiva sobre a espiritualidade, ao delinearem, em sua produção científica, que as mulheres que lidam com a espiritualidade, utilizam-na como um mecanismo de enfrentamento para tolerar a vivência do diagnóstico e do tratamento do câncer de mama. E, como perceptível por esses autores, há muita presença da fé nas expressões das participantes analisadas neste estudo, haja vista, elas praticam a espiritualidade e por isso é passivo retratar a utilização de suas crenças como condição de sobrevivência/existência para facilitar o afastamento temporário de pensamentos ligados à doença, aos sentimentos negativos como medo e tristeza e ao estresse do tratamento, uma vez que a fé é capaz de prover a vida, mesmo sob a severidade da doença.

Fortalecendo o dito, ainda citando Silva e colaboradores (2019), na nomeada categoria presente em seu estudo: “A fé das mulheres antes e após o diagnóstico”, a fé é evocada como principal fonte de conforto espiritual e auxílio na aproximação das mulheres participantes dessa pesquisa, com Deus. Nesse contexto, é relatado por elas, que Deus é a figura que as acompanha e consola durante todos os momentos, afirmando, além disso, ser Ele também o único capaz de promover o alívio do sofrimento e a cura das enfermidades.

O estudo de Dias et al. (2017) dialoga de maneira congruente com o trabalho construído por Pereira et al. (2013), pois este levanta que o auxílio da família, amigos, da fé, assim como a oferta dos serviços de saúde, contribuem, positivamente, nas experiências decorrentes da mastectomia, fazendo com que tais intervenções cirúrgicas se tornassem menos prejudiciais à mulher. Além disso, vislumbrou-se que mesmo havendo adversidades que fazem parte do processo de adaptação das mastectomizadas, a mulher pode ainda encontrar caminhos para superá-las por meio das mais variadas estratégias.

Outrossim, recentemente, em 2020, os autores Vargas et al. aclararam, por intermédio de seu estudo exploratório descritivo com abordagem qualitativa - o qual foi realizado com a participação de mulheres de um grupo de apoio -, que as famílias, amigos e vizinhos compõem um grupo que faz parte da rede feminina que experimenta o acometimento pelo câncer, e que a religiosidade, a fé e a espiritualidade são requisitas para o processo de tratamento em todas as fases em que se procura lidar com a doença.

Prosseguindo com uma abordagem semelhante, mas direcionada a um outro tipo de público, Alves e colaboradores, em seu compuscripto elaborado no ano de 2016, visualizaram que a busca pela religião e o uso da espiritualidade, foi

expressivamente perceptível nas falas dos cuidadores diante o enfrentamento do câncer na criança e, portanto, é oportuno que esses subsídios sejam enfatizados pelos profissionais de saúde, onde, no que lhes for relacionado, devem atuar intentando dispor de suporte emocional para a livre expressão da religiosidade e da espiritualidade durante o tratamento da criança com câncer.

Sob o pensamento de outros autores, no contexto de hospitalizações de pacientes oncohematológicos, Vieira e contribuintes (2013) elucidam que a família se faz presente e vivencia o internamento destes, e dessa maneira, compartilha com eles suas inseguranças e receios enquanto vigência do tratamento e situações emergentes da hospitalização. Contudo, nesse estudo, por parte da família os sentimentos de medo e impotência face ao que acontece com seu familiar, aparecem, e por essa razão, eles se inclinam reputarem-se como relutantes (independente das orientações da equipe), uma vez que estes podem achar que são “mínimos” durante o transpor de tal fase do tratamento e por isso não se vêm ativos para realizarem importantes contribuições para seu familiar hospitalizado. No entanto, apesar disso, os familiares não se abstêm de permear emoções variadas nesse momento delicado e sentem-se na responsabilidade de estar com o cliente e procurar reivindicar quando não compreende o que acontece.

Corroborando com esse estudo, os autores Salci e Marcon (2011) afirmam que a família recebe o diagnóstico junto com o paciente, sofre, vibra e torce em cada fase do tratamento e por consequência, é fortalecida a necessidade de uma assistência multiprofissional com prestação de cuidados de ordem digna tanto para o paciente quanto para família, os quais são indivisíveis no tempo em que a doença estiver estabelecida.

Não obstante, uma questão que não pode ser inobservada nessa composição científica e que foi explorada por Lourençatto e colaboradores, no seu escrito produzido no ano de 2010, é que conviver com pacientes oncológicos, principalmente quando se trata de crianças e adolescentes, é muito difícil, bem como, é muito comum defrontarem-se com o impasse que é manejar suas famílias, pois foi compreendido por tais autores que é essencial trabalhar visando não somente o processo diagnóstico, mas estender a assistência às necessidades psicossociais dos indivíduos afetados durante a trajetória da patologia, afinal, as modificações procedentes da descoberta de câncer engendram sentimentos de diversas perspectivas para a criança, para o adolescente e também para sua família.

5 | CONCLUSÃO

Desse modo, ante o recebimento do diagnóstico, perante a adaptação ao tratamento e até mesmo no alcance da cura, o câncer ocasiona mudanças hostis

para os pacientes, fazendo com que estes vejam-se necessitados de se apoiar no suporte positivo que a família e a fé proporcionam durante o processo de restabelecimento de sua saúde.

O presente estudo contribui consideravelmente para o meio científico, ao oportunizar conhecimento acerca do que atualmente é disponibilizado, na íntegra, de produções científicas que permeiam tais subsídios para auxílio no bem-estar e melhorias perante um câncer.

Contudo, mediante temática ora exposta e quantidade de dados e estudos encontrados, verificou-se que ainda é factível a incipiência e pouca exploração no que se refere à importância da família e da fé para os pacientes oncológicos, desde sua descoberta até o tratamento.

A somar, espera-se, com isso, que o interesse dos pesquisadores para o desenvolvimento de novas pesquisas seja despertado e que os elementos: família e fé, possam paulatinamente ser pesquisados e, com mais evidências, concebidos como benéficos, admissíveis e ressaltáveis na vivência dos indivíduos que lutam contra o câncer.

REFERÊNCIAS

ALVES et al. Cuidador de criança com câncer: religiosidade e espiritualidade como mecanismos de enfrentamento. **Rev Cuid.** v. 7, n. 2, p. 1318-24, 2016.

BECK, A. R. M.; LOPES, M. H. B. M. Cuidadores de crianças com câncer: aspectos da vida afetados pela atividade de cuidador. **Rev Bras Enferm.** v. 60, n. 6, p. 670-5, 2007.

BRAY et al. Global cancer statistics 2018: GLOBOCAN estimates of incidence and mortality worldwide for 36 cancers in 185 countries. **CA: a cancer journal for clinicians, Hoboken**, v. 68, n. 6, p. 394-424, nov. 2018.

CANESQUI, A. M.; BARSAGLINI, R. A. Apoio social e saúde: pontos de vista das ciências sociais e humanas. **Ciência Saúde Coletiva.** v. 17, n. 5, p.1103-114, 2012.

DIAS et al. Mulher mastectomizada por câncer de mama: vivência das atividades cotidianas. **J. res.: fundam. care. online.** v. 9, n. 4, p. 1074-1080, out./nov. 2017.

INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER (INCA). Ministério da Saúde. Coordenação Geral de Ações Estratégicas. Coordenação de Prevenção e Vigilância. Estimativa 2012: incidência de câncer no Brasil. Rio de Janeiro, 2011.p. 122. Disponível em: < https://www.inca.gov.br/sites/ufu.sti.inca.local/files//media/document/livro-abc-5-edicao_1.pdf>. Acesso em: 20 de agosto 2020.

INSTITUTO NACIONAL DO CÂNCER (INCA). Ministério da Saúde. Câncer. 2020. Disponível em: < <https://www.inca.gov.br/o-que-e-cancer>>. Acesso em: 01 de outubro de 2020.

KOHLSDORF, M.; COSTA-JUNIOR, A. L. Estratégias de enfrentamento de pais de crianças em tratamento de câncer. **Estudos de Psicologia.** Campinas, v. 25, p. 417-429, 2008.

Lei nº 12.853 de 14 de agosto de 2013. Altera os arts. 5º, 68, 97, 98, 99 e 100, acrescenta arts. 98-A, 98-B, 98-C, 99-A, 99-B, 100-A, 100-B e 109-A e revoga o art. 94 da Lei nº 9.610, de 19 de fevereiro de 1998, para Dispor sobre a gestão coletiva de direitos autorais, e dá outras providências. **Diário Oficial da União**. 2013.

LIMA et al. Representações sociais sobre o câncer entre familiares de pacientes em tratamento oncológico. **Rev Min Enferm**. v. 20, n. 1, p. 967-73, 2016.

LOURENÇATTO et al. O diagnóstico precoce do câncer na criança e no adolescente: possibilidades e limites. **Universidade Federal de Santa Catarina Centro de Ciências da Saúde Departamento de Enfermagem**. Florianópolis, 2010.

MENDES, K. D. L.; SILVEIRA, R. C. C. P.; GALVÃO, C. M. Integrative literature review: a research method to incorporate evidence in health care and nursing. **Texto Contexto Enferm**. v. 17, n. 4, p. 758-64, 2008.

NERY, I. S. Os sentimentos de mulheres mastectomizadas frente à rede de apoio. **Rev Enferm UFPI**. v. 2, n. 4, p. 16- 20, 2013.

PANZINI et al Qualidade de vida e espiritualidade. **Rev Psiq Clín**. v. 34 (supl.1), p. 105-15, 2007.

PEREIRA et al. O ADOECER E SOBREVIVER AO CÂNCER DE MAMA: A VIVÊNCIA DA MULHER MASTECTOMIZADA. **R. pesq.: cuid. fundam**. Online. v. 5, n. 2, p. 3837-46, abr./jun. 2013.

SANTOS et al. A abordagem do Joanna Briggs Institute para revisões sistemáticas. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**. Ribeirão Preto, v. 26, 2018.

SALCI, M. A.; MARCON, S. S. Após o câncer: uma nova maneira de viver a vida. **Rev Rene**. Fortaleza, v. 12, n. 2, p. 374-83, abr/jun ,2011.

SILVA et al. Vivência da espiritualidade em mulheres diagnosticadas com câncer de mama. **Rev enferm UFPE on line**. v.13, 2019.

SOUZA et al. Spirituality, religion and personal beliefs of adolescents with cancer. **Rev Bras Enfer**. v. 68, n. 5, p. 791-6, 2015.

TRENTINI et al. Enfrentamento de situações adversas e favoráveis por pessoas idosas em condições crônicas de saúde. **Rev Latino-am Enfermagem**. v. 13, n. 1, p. 38-45, 2005.

VARGAS et al. Rede de apoio social à mulher com câncer de mama. **J. res.: fundam. care. online**. v. 12, p. 73-78, jan/dez, 2020.

VIEIRA et al. Câncer colorretal: entre o sofrimento e o repensar a vida. **Saúde Debate**. v. 37, n. 97, p. 261-69, 2013.

ZILLMER et al. A família rural na contemporaneidade: um desafio para a enfermagem. **Rev Enferm UFPE OnLine**. v. 3, n. 3, p. 319-24, 2009.

VIOÊNCIA COMO AGRAVO DE SAÚDE À POPULAÇÃO NEGRA: A PERCEPÇÃO DE PROFISSIONAIS DE SAÚDE

Data de aceite: 01/12/2020

Data de submissão: 06/10/2020

Roberta Pereira Coutinho

Universidade Federal do Rio de Janeiro
Campus UFRJ-Macaé Professor Aloísio
Teixeira Macaé – RJ
<https://orcid.org/0000-0001-5686-3890>

Jéssica de Souza Celestino

Universidade Federal do Rio de Janeiro
Núcleo de Estudos de Políticas Públicas e
Direitos Humanos
<https://orcid.org/0000-0001-9658-2399>

Iuri Bastos Pereira

Universidade Federal do Rio de Janeiro
Campus UFRJ-Macaé Professor Aloísio
Teixeira Macaé – RJ
<https://orcid.org/0000-0002-6323-2883>

Genesis Barbosa

Universidade Federal do Rio de Janeiro
Campus UFRJ-Macaé Professor Aloísio
Teixeira Macaé – RJ
<https://orcid.org/0000-0002-1839-0890>

Gunnar Glaucio de Cunto Carelli Taets

Universidade Federal do Rio de Janeiro
Campus UFRJ-Macaé Professor Aloísio
Teixeira Macaé – RJ
<https://orcid.org/0000-0003-4427-7864>

Christian Marx Carelli Taets

Universidade Federal do Rio de Janeiro
Campus UFRJ-Macaé Professor Aloísio
Teixeira Macaé – RJ
<https://orcid.org/0000-0002-0260-5666>

RESUMO: Este estudo apresenta como objetivo, identificar na bibliografia vigente, se há percepção da violência à população negra como agravo de saúde, e identificar, dentre essas publicações, quantas são realizadas por profissionais de saúde. Para tal foi necessária a realização de uma revisão bibliográfica nas bases de dados Biblioteca Virtual em saúde (BVS) e Pubmed. A violência é considerada um problema de saúde pública desde a década de 1990, contudo foi possível observar a precariedade de produções científicas voltadas a essa temática mesmo após a publicação da Política Nacional de Saúde Integral à População Negra (PNSIPN) em 2007. São poucos os profissionais de saúde que se debruçam sobre esse tema. Observou-se que a violência é majoritariamente percebida como um problema social e não como agravo de saúde. Contudo se faz necessário que políticas, programas e ações de promoção de saúde e prevenção de agravos sejam desenvolvidas pelas esferas públicas para que a população negra seja contemplada em sua amplitude e peculiaridades raciais, além de propostas que possam desmistificar a cultura racista.

PALAVRAS-CHAVE: Saúde, Violência, População negra

VIOLENCE AS HEALTH DAMAGE TO THE BLACK POPULATION: THE PERCEPTION OF HEALTH PROFESSIONALS

ABSTRACT: This study intended to identify, in the current bibliography, if there is a perception of violence against black population as a health

problem, and to identify, among these publications, how many was written by health professionals. For that, it was necessary to look for a bibliographic review in the Virtual Health Library (VHL) and Pubmed databases. Violence has been considered a public health problem since the 1990s, however it was possible to observe the precariousness of scientific productions focused on this theme even after the publication of the National Policy for Comprehensive Health for the Black Population (PNSIPN) in 2007. There are few health professionals working on this topic. It was observed that violence is mostly perceived as a social problem and not as a health problema at all. However, it is necessary that policies, programs and actions for health promotion and disease prevention be developed by public spheres so that the black population is contemplated in its racial peculiarities, in addition to proposals that can demystify racist culture.

KEYWORDS: Health, Violence, Black population.

CONSIDERAÇÕES INICIAIS

As populações branca, negra e indígena ocupam diferentes espaços na sociedade brasileira. Essa diferença é explicada pela carga histórica escravocrata, essa herança histórica onde o negro foi isolado, reprimido, maltratado, machucado, marginalizado e excluído e que perdura até os dias atuais (NASCIMENTO et al., 2017).

Essa história se manifesta, nos dias atuais, dentre outros aspectos, por uma assistência de saúde precária, piores empregos, salários abaixo da população branca, mesmo quando ocupam os mesmos cargos, restrito acesso à educação, moradias precárias, entre outras condições sociais (BATISTA et al., 2013).

De acordo com Nascimento et al. (2017) todas as barreiras impostas à população negra ao longo da história contribuem para a vulnerabilidade social desse grupo na atualidade. Todo o preconceito e racismo arraigado na sociedade fazem com que os mesmos ocupem os níveis mais baixos nos estratos sociais. As desigualdades, iniquidades e vulnerabilidade sociais às quais os negros estão expostos diariamente contribuem para que haja um tratamento desigual em todas os âmbitos em que estão inseridos, interferindo no seu processo de saúde e doença (WERNECK, 2016).

O direito à saúde é fundamentado pela Constituição e é condição primordial para o pleno exercício da cidadania. Trata-se de um dos eixos estratégicos para a superação do racismo no Brasil, garantindo a promoção da igualdade racial, o desenvolvimento e o fortalecimento da democracia (BRASIL, 2007). No entanto, mesmo que o direito à saúde da população negra seja garantido por meios legais, a prática mostra caminho oposto. O estigma e o preconceito, ainda hoje, fazem com que esse grupo seja menos favorecido que o de pele mais clara (WERNECK, 2016).

Nascimento et al. (2017) relatou ainda que, no Brasil, há uma diferença visível

quando se compara o impacto da violência entre negros e brancos, considerando que a taxa de mortalidade tem estreita relação com a desigualdade social. Por este motivo, o risco de morte por causas externas é notoriamente maior entre a população negra quando comparada à branca, pois grande parte dos negros vivem em situação de vulnerabilidade.

Contudo, o Conselho Nacional de Saúde reconheceu a desigualdade social como um fator que intervém no processo de saúde e doença, cuidado e morte. No ano de 2006, aprovou a criação da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da População Negra (PNSIPN), mas somente no ano de 2009 foi publicada a portaria que reconhece as disparidades raciais como um problema a ser solucionado (BATISTA et al., 2013).

A PNSIPN estabelece princípios, objetivos, diretrizes, estratégias e responsabilidades de gestão pública voltados para a melhoria das condições de saúde desse segmento da população, incluindo ações de cuidado, atenção, promoção à saúde e prevenção de doenças, bem como de gestão participativa, participação popular e controle social, produção de conhecimento, formação e educação permanente para trabalhadores de saúde, visando a promoção da equidade em saúde da população negra (BRASIL, 2007).

A política nacional exposta em tela não teve apenas como objetivo a redução dos agravos e melhora da condição de saúde dessa população. Ela foi mais abrangente, viabilizando a introdução da população negra para o aumento da participação popular, oferecendo voz a minoria para que os seus problemas fossem solucionados, permitindo efetivo direito à saúde já estabelecido na constituição de 1988. Assim sendo, o conceito de saúde estabelecido pela Organização Mundial de saúde (OMS) seria totalmente aplicado e respeitado (WERNECK, 2016).

De acordo com BRASIL (2017) a partir da publicação dessa política, o Ministério da Saúde reconheceu e assumiu a necessidade de promover ações a saúde integral da população negra e enfrentar o racismo institucionalizado no SUS, com objetivo de superar barreiras cotidianas que atuam de forma negativa nos indicadores de saúde dessa população, tais como óbitos precoces, alta taxa de mortalidade materna e infantil, maior prevalência de doenças crônicas e infecciosas e altos índices de violência.

A versão mais atualizada desta política, publicada no ano de 2017, aborda a saúde da população negra em sua amplitude, adicionando tópicos específicos de maior incidência e prevalência tais como sífilis em gestantes, mortalidade materna; infecção sexual transmissível - IST; medicamentos e internações; juventude negra; violência; discriminação nos serviços de saúde; transplantes e doença falciforme.

O recorte desse estudo foi pautado na violência a qual a população negra está exposta segundo a PNSIPN e demais documentos que trazem esse indicador.

Conforme os parâmetros utilizados na PNSIPN, publicada no ano de 2017, temos como violência os fatores que tratam de causas externas, tais como: acidente de trabalho, acidente de trânsito, homicídios, homicídios por armas de fogo. De acordo com a OMS, citado por Mascarenhas (2010), a violência consiste no uso da força física ou do poder seja este real ou por ameaça, contra o mesmo ou ainda contra o outro, ou grupos e comunidades, resultando ou não em lesão, morte, dano psicológico, deficiência de desenvolvimento ou privação.

Assim, o objeto deste estudo é a percepção dos profissionais de saúde da violência como agravo à população negra.

Ao se pesquisar violência, é necessário frisar que ela abrange o indivíduo que sofre a violência; a família, seja pelo viés afetivo e/ou financeiro; e também a coletividade, visto que toda uma comunidade, principalmente em periferias, pode estar exposta ao mesmo fato de risco.

Por esse motivo a violência não é importante apenas do ponto de vista social, mas também da saúde, pois tem impacto no tempo de internação, no período de inatividade do indivíduo, além do âmbito psicossocial. Mas será se os profissionais de saúde reconhecem a violência como agravo de saúde à população negra?

A cor está diretamente relacionada ao risco de exposição à violência (Nascimento et al., 2017). De acordo com Santos et al. (2013), citado por Nascimento et al. (2017), os negros são maiores vítimas de agressão por causas externas. Dados estatísticos mostram que de cada 100 pessoas que sofrem homicídio no Brasil, 71 são negras. A probabilidade de a população negra ser vítima de homicídio foi de 23,5% em relação a cidadãos de outras raças/cores, sendo desconsiderado o efeito da idade, sexo, escolaridade, estado civil e bairro de residência. No Brasil a exposição à violência para o negro tem se tornado cada vez maior. A possibilidade de um adolescente negro ser vítima de homicídio é maior em comparação com os brancos (CERQUEIRA et al., 2017).

De acordo com Cerqueira et al. (2017) no período compreendido entre 2005 e 2015 ocorreu um crescimento na taxa de homicídio de negros de 18,2%, enquanto a mortalidade de indivíduos não negros reduziu 12,2%. Pode-se então inferir que a cor da pele é um indicador determinante da possibilidade de sofrer uma violência, trazendo mais uma vez o estigma do ser negro.

METODOLOGIA

Considerando os objetivos deste estudo que foram identificar, na bibliografia vigente, se havia percepção da violência à população negra como agravo de saúde, se fez necessário procurar pelas palavras chaves “Saúde”, “Violência”, “Negros” e em inglês: “Health”, “Violence”, “Black”. A tradução literal do termo em português

para o inglês não aconteceu considerando a carga cultural e racista descrita pelas palavras “niger” em inglês e “preto” em português.

As bases de dados utilizadas para esta busca foram Biblioteca Virtual em Saúde (BVS) e Pubmed. Os filtros selecionados foram: texto completo, artigos, publicado desde 2007 e tendo o Brasil como país de afiliação. O recorte temporal bem como a publicação no Brasil, foram pensadas considerando que a PNSIPN teve a sua primeira edição no ano de 2007. Desta forma, seria possível destacar tudo que foi publicado em decorrência da influência dessa política no cenário de pesquisadores de temas afrodescendentes.

Como resultado desta primeira busca foi possível encontrar na BVS nove artigos e na Pubmed, um artigo, sendo repetido da base de dados BVS e desconsiderado a partir desse momento, seguindo os critérios já delineados.

Após esse processo foi necessário acessar plataformaattes do portal do Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPQ) para identificar e descrever a categoria profissional de cada um dos profissionais descritos como autores.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Três artigos foram selecionados como aptos de acordo com o objeto deste estudo: Mortalidade por homicídios em Município da Região Sul do Brasil, 1996 a 2005; Violência contra a criança: revelando o perfil dos atendimentos em serviços de emergência, Brasil, 2006 e 2007; e Identificação racial e a produção da informação em saúde.

O artigo intitulado de Mortalidade por homicídios em Município da Região Sul do Brasil, 1996 a 2005, de Hennington et. al. (2008), foi publicado por sete autores, sendo estes de categorias profissionais diferentes: duas médicas, uma nutricionista, dois psicólogos, uma administradora e uma bióloga.

Este estudo esclarece que a violência passou a ser considerada como problema de saúde pública pela Organização Mundial de Saúde (OMS) nos anos 1990 e que é possível auxiliar na prevenção e na redução de seus efeitos usando medidas para enfrentar o agravo. Apenas para que se possa ter uma referência, de acordo com Brasil (2016), 256.124 pessoas morreram na guerra da Síria no período março de 2011 a novembro de 2015. Já no Brasil, ocorreram 279.567 mortes por causas externas relacionadas a violência no mesmo período. Esses dados mostram que vivemos uma guerra não declarada no Brasil. A violência assume valores acima do esperado. Mesmo com todo investimento realizado na segurança pública, a população é a maior vítima dessa situação (BRASIL, 2016).

Hennington et al. (2008) aponta que o perfil de mortalidade ocorridos no

município percentualmente ultrapassam os ocorridos no estado e acontecem majoritariamente por mortes violentas. Relata ainda que a faixa etária de 20 a 29 anos é o mais atingido, sendo maior o índice no município.

Os dados encontrados em Hennington et al. (2008) vão ao encontro dos dados descritos na PNSIPN, pois o adulto jovem do sexo masculino tem sido alvo de diversos tipos violência e esse percentual aumenta demasiadamente considerando a cor / raça da pessoa. A arma de fogo promove um aumento progressivo dos homicídios em adolescentes e adultos jovens, principalmente do sexo masculino (HENNINGTON et al., 2008).

Esse trecho revalida a fala de Vergner et al. (2015) quando cita que a criminalidade, principalmente na mídia (seja em filmes, séries, jogos eletrônicos) tem a figura do mal caracterizada por um personagem jovem normalmente de pele negra que usa a arma de fogo como figura de poder. Isso é exatamente o que vemos na atualidade, nos noticiários e nos depoimentos: que a arma de fogo é a maneira do jovem morador de comunidades obter prestígio e respeito.

Os mesmos autores afirmam que a desqualificação da imagem do negro tem raízes históricas. O fenótipo do negro - lábios grossos, cabelo crespo, nariz largo, olhos mais expressivos, queixos alongados - é sempre associado à pobreza, ao negativo, à criminalidade e a figura do mal que deve ser finalizada..

A população jovem, do sexo masculino, negra e residente nas áreas periféricas das grandes cidades é a mais vulnerável, quer seja como vítima, quer seja como agressora e as armas de fogo constituem o método mais usado para perpetrar o crime (HENNINGTON et al., 2008).

O segundo artigo analisado intitula-se Violência contra a criança: revelando o perfil dos atendimentos em serviços de emergência, Brasil, 2006 e 2007, publicado por Mascarenhas et al. (2010), contém seis autores sendo estes dois enfermeiros, duas médicas, uma fisioterapeuta e um dentista respectivamente. Como objetivo, descreveu as características epidemiológicas dos atendimentos de emergência por lesões relacionadas às causas violentas em crianças menores de dez anos de idade, atendidas em serviços que integraram o Vigilância de violência e acidentes (VIVA) nos anos de 2006 e 2007.

Como resultado, é possível observar que a violência é conceituada como um dos maiores problemas de saúde pública atingindo populações de faixas etárias diferente sobre perspectivas diversas (MASCARENHAS et al., 2010). As violências mais cometidas em crianças podem ser divididas em físico, sexual, emocional ou psicológico e negligência.

Dentre os atendimentos realizados no período da pesquisa foi possível observar um predomínio de vítimas do sexo masculino, na faixa etária de 5 a 9 anos e de cor de pele negra, tendo a residência como principal local para a ocorrência

de violência por causas externas, seguida por espaços públicos e escola. As lesões mais rotineiras continham corte/perfuração, contusão, entorse/ luxação, fratura e óbitos. A violência física foi a forma de abuso mais recorrente, apresentando maior incidência entre os meninos, onde os agressores normalmente não têm relação de familiaridade direta. O segundo tipo de violência mais identificado foi a negligência, com predomínio maior nas crianças de cor negra e faixa etária até os 2 anos (MASCARENHAS et al., 2010).

O terceiro e último artigo analisado intitula-se Identificação racial e a produção da informação em saúde, publicado por Santos et. al. (2013), é composto por três participantes, tendo em suas categorias profissionais duas médicas e uma enfermeira. Traz como objetivo a análise da produção da informação sobre raça/cor da pele dos indivíduos submetidos à necropsia no Instituto Médico Legal (IML) de Salvador, Bahia, no ano de 2007. Este artigo mostra que a saúde da população sofre intervenção política, cultural e socioeconômica, além de não verificar as facetas e especificidade racial, tornando-a marginalizada e vulnerável (SANTOS et al., 2013).

Essas condições sociais impostas de maneira agressiva ao negro consiste na validação diária da exclusão e o racismo faz parte da construção da sociedade, mesmo que modo oculto. Corroborando Barbosa (1998) e Telles (2007), ambos citados em Santos et al. (2013), referem que a população negra quando comparada aos não negros, sofrem exclusão, negação de direitos, negação do pertencimento determinando condições específicas de vulnerabilidade, tais como pouco acesso a água tratada, baixos índices de escolaridade e aumento dos indicadores de mortalidade infantil.

A PNSIPN tem como objetivo minimizar a herança histórica da escravidão à qual a população negra foi submetida. É dever do estado garanti-los de forma equânime, universal e integral, visando sempre as peculiaridades da raça.

Este artigo analisou vários documentos acerca da raça/cor de pele durante o trajeto do cadáver até a finalização, que culmina na declaração de óbito e como se dá produção dos dados e a banalização desta informação, dentre os quais a solicitação de Encaminhamento de Remoção para o IML, Boletim de Ocorrência, Guia policial, Laudo de Necropsia.

Observou que há uma discrepância da informação quanto aos óbitos de negros, pois sua grande maioria são classificados como pardos, o que possibilita baixo índice de erros, pois permite transitar entre branco e o negro. Como relata Santos et al. (2013), o que é possível observar é a ausência de comprometimento e que essa informação na declaração de óbito é preenchida mecanicamente, reforçando o preconceito e discriminação até nesse momento. (SANTOS et al., 2013).

Esses autores ainda trouxeram como resultado a ausência de entendimento

pelos profissionais da importância desse quesito na declaração de óbito (SANTOS et al., 2013).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Muitos artigos que elucidam a violência não a demonstram como agravo de saúde, apenas pontuam a sua relação com o número crescente de óbitos e quais são os tipos de violência que acometeram uma determinada parcela da população. Trazer a violência como agravante de saúde permite estudar e compreender como isso ocorre principalmente em uma população caracterizada como mais vulnerável, a população negra. Com base na metodologia utilizada para coleta e análise dos artigos, foi possível verificar que o número de pesquisas encontradas foi muito pequeno, apenas três. Mesmo considerando que a publicação da PNSIPN possui cerca de treze anos, a triangulação de saúde, violência e população negra não esteve explícita na maioria dos artigos encontrados. É possível observar que o profissional de saúde não percebe a violência como agravo de saúde, mas como agravo social, não reconhecendo o impacto que produz sobre a saúde do indivíduo, de sua família e da coletividade que o cerca.

Este estudo contribui para o meio acadêmico ao expor a grande área de lacuna de conhecimento acerca da saúde da população negra e sugere a necessidade de mais estudos sobre esta temática para proporcionar, sobretudo, a sensibilização de profissionais de saúde para a possibilidade da compreensão da violência como um agravo à população negra.

REFERÊNCIAS

BATISTA, L. E. et al., **Iniquidades raciais e saúde: o ciclo da política de saúde da população negra de uma escola pública**. Saúde em Debate - Rio de Janeiro, v. 37, n. 99, p. 681-690, out/dez 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Departamento de Apoio à Gestão Participativa e ao Controle Social. **Política Nacional de Saúde Integral da População Negra: uma política para o SUS**. Ministério da Saúde, 1. ed. – Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2007.

BRASIL. **Fórum Brasileiro de Segurança Pública**, 2016. Disponível em: <https://documentos.mpsc.mp.br/portal/manager/resourcesDB.aspx?path=2229>. Acesso em: 25 jun. 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Departamento de Apoio à Gestão Participativa e ao Controle Social. **Política Nacional de Saúde Integral da População Negra: uma política para o SUS**. Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa, Departamento de Apoio à Gestão Participativa e ao Controle Social. – 3. ed. – Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2017.

CERQUEIRA, D. et al. Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada. **Atlas da Violência 2017**. - Brasília: Ipea, 2017. Disponível em: http://www.ipea.gov.br/portal/images/170609_atlas_da_violencia_2017.pdf. Acessado em: 26 jun. 2018.

HENNINGTON E. A. et al., **Mortalidade por homicídios em Município da Região Sul do Brasil, 1996 a 2005**. Rev Bras Epidemiol; 2008.

MASCARENHAS, M. D. M. et al. **Violência contra a criança: revelando o perfil dos atendimentos em serviços de emergência, Brasil, 2006 e 2007**. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 26, n. 2, p. 347-357, Feb. 2010. Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2010000200013&lng=en&nrm=iso>. access on 05 Oct. 2020. <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2010000200013>.

NASCIMENTO C. C. C et al., **Aspectos Associados Com a Ocorrência Da Violência Na População Negra**. Ciências Biológicas e de Saúde Unit. Aracaju v. 4, n. 1, p. 99112. Maio 2017.

SANTOS, A.B.S. et al., **Identificação racial e a produção da informação em saúde**. Interface. Botucatu, v.17, n.45, p.341-55, abr./jun. 2013.

VERGNE, C. M., et al., **A palavra é.. genocídio: a continuidade de práticas racistas no Brasil**. Psicologia & Sociedade. Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro/RJ, Brasil, 2015.

WERNECK J.; **Racismo institucional e saúde da população negra**. Saúde Soc. São Paulo, 2016.

CAPÍTULO 24

VIVÊNCIA DO CUIDADOR FAMILIAR SOBRE A REVELAÇÃO DO DIAGNÓSTICO DA CRIANÇA COM DOENÇA ONCOLÓGICA

Data de aceite: 01/12/2020

Data de submissão: 04/09/2020

Luana Patrícia Valandro

Hospital São Vicente de Paulo
Passo Fundo - Rio Grande do Sul
<https://orcid.org/0000-0001-6783-9001>

Chris Netto de Brum

Universidade Federal da Fronteira Sul - UFFS
Chapecó - Santa Catarina
<https://orcid.org/0000-0002-2970-1906>

Tassiana Potrich

Universidade Federal da Fronteira Sul - UFFS
Chapecó - Santa Catarina
<https://orcid.org/0000-0002-5180-5736>

Samuel Spiegelberg Zuge

Universidade Comunitária da Região de
Chapecó - Unochapecó
Chapecó - Santa Catarina
<https://orcid.org/0000-0002-0420-9122>

Gabriela Gaio

Universidade Federal da Fronteira Sul - UFFS
Chapecó - Santa Catarina
<https://orcid.org/0000-0003-4173-6906>

Caroline Sbeghen de Moraes

Universidade Federal da Fronteira Sul - UFFS
Chapecó - Santa Catarina
<https://orcid.org/0000-0003-3730-2486>

Vitoria Pereira Sabino

Universidade Federal da Fronteira Sul - UFFS
Chapecó - Santa Catarina
<https://orcid.org/0000-0002-0039-9571>

Joslaine Bicicgo Berlanda

Universidade Federal da Fronteira Sul - UFFS
Chapecó - Santa Catarina
<https://orcid.org/0000-0002-6657-0204>

Tayná Bernardino Coutinho

Universidade Federal da Fronteira Sul - UFFS
Chapecó - Santa Catarina
<https://orcid.org/0000-0001-6082-6232>

Rafaela Márcia Gadonski

Universidade Federal da Fronteira Sul - UFFS
Chapecó - Santa Catarina
<https://orcid.org/0000-0001-5056-9981>

Susane Dal Chiavon

Universidade Federal da Fronteira Sul - UFFS
Chapecó - Santa Catarina
<https://orcid.org/0000-0001-5656-7397>

Bruna Albani

Universidade Federal da Fronteira Sul - UFFS
Chapecó - Santa Catarina
<https://orcid.org/0000-0002-7718-2821>

RESUMO: Objetivo: compreender a vivência do cuidador familiar acerca da revelação do diagnóstico da criança com doença oncológica. Investigação qualitativa, com abordagem fenomenológica desenvolvida com seis cuidadoras familiares. A etapa de campo ocorreu por meio da entrevista fenomenológica. Para análise dos dados foi utilizado o método de Martin Heidegger contemplando dois momentos metódicos. No primeiro momento foram desvelados os significados e construídas três unidades de significação (US), sendo elas: US1:

Descobriu que era câncer/tumor a partir de sinais e sintomas que a criança apresentava e de exames. Diziam que era normal. Não dava para esperar. Foi encaminhado com urgência para o serviço de referência, US2: Não acreditava que fosse câncer/tumor, depois que caiu a ficha. Ficou chocada, desesperada, foi pavoroso saber. Pensava que fosse perder o filho e US3: Largou tudo para cuidar do filho por se sentir mãe. Ficou ao lado dele desde o início até o final. A partir da compreensão dos significados e dos sentidos apresentados pelo ser-cuidadora-familiar foi possível perceber a relevância da criação de espaços de interlocução coletiva nos serviços de saúde.

PALAVRAS-CHAVE: Saúde da Criança; Doença Oncológica; Revelação da Verdade; Fenomenologia; Pesquisa Qualitativa.

EXPERIENCE OF THE FAMILY CAREGIVER ON THE REVELATION OF THE DIAGNOSIS OF THE CHILD WITH ONCOLOGICAL DISEASE

ABSTRACT: Objective: to understand the family caregiver's experience about disclosing the diagnosis of the child with oncological disease. Qualitative research, with a phenomenological approach developed with six family caregivers. The field stage took place through the phenomenological interview. For data analysis, the Martin Heidegger method was used, contemplating two methodical moments. In the first moment, the meanings were unveiled and three units of meaning (US) were constructed, namely: US1: He discovered that it was cancer / tumor based on signs and symptoms that the child had and tests. They said it was normal. I couldn't wait. He was urgently referred to the referral service, US2: I did not believe it was cancer / tumor, after the record fell. She was shocked, desperate, it was dreadful to know. He thought he was going to lose his son and US3: He left everything to take care of his son because he felt like a mother. She stayed with him from the beginning to the end. From the understanding of the meanings and senses presented by the family caregiver, it was possible to perceive the relevance of creating spaces for collective dialogue in health services.

KEYWORDS: Child Health; Oncological Disease; Revelation of the Truth; Phenomenology; Qualitative Research.

1 | INTRODUÇÃO

No Brasil, a doença oncológica é a segunda maior causa de óbitos de crianças, adolescentes e jovens adultos sendo considerada um momento difícil para os envolvidos, especialmente, quando se trata da revelação da doença às crianças e familiares. Destarte, refere-se à revelação do diagnóstico, prognóstico ou insucesso dos tratamentos, como notícias difíceis, essas, afetam diretamente e negativamente a rotina, planos e futuro (MUTTI *et al.*, 2018).

A revelação do diagnóstico deve ser um processo gradual, progressivo, contínuo e não apenas encarado como um único momento. Tanto a criança quanto seus familiares precisam ser preparados para explicações claras sobre todo o

processo da doença, bem como tratamentos e efeitos colaterais (BRUM *et al.*, 2016). Portanto, é relevante que a equipe seja composta em caráter multiprofissional tornando-se um grande instrumento terapêutico (AFONSO; MINAYO, 2017).

Assim compreende-se que a revelação do diagnóstico difere de acordo com as concepções de cada família, perpassando por sentimentos de surpresa, choque, algo inesperado, inconformidade, dor, medo e luto. A família, como um todo, passa por diversos processos até a aceitação do diagnóstico da condição crônica em saúde (KARKOW *et al.*, 2015).

Desse modo, a família, e de modo especial o cuidador familiar, lançam mão de estratégias de enfrentamento, principalmente, na fé e na esperança (ALVES *et al.*, 2016). Para isso, vale destacar que o conceito de cuidador familiar é caracterizado a partir da relação com o sujeito do cuidado, uma vez que se observa que o primeiro centro de apoio de cuidado é a família. Sendo essa um círculo formado por diversas pessoas que interagem por inúmeros motivos, em diferentes espaços por meio de um processo histórico-social (POTRICH *et al.*, 2016).

Diante do exposto, apresenta-se a seguinte questão de pesquisa: como foi/é para o cuidador familiar vivenciar a revelação do diagnóstico da criança com doença oncológica? E como objetivo: compreender a vivência do cuidador familiar acerca da revelação do diagnóstico da criança com doença oncológica.

2 | METODOLOGIA

Trata-se de uma investigação qualitativa com abordagem fenomenológica e referencial teórico-filosófico-metodológico de Martin Heidegger (HEIDEGGER, 2015).

A pesquisa foi desenvolvida em uma Secretaria de Saúde Municipal de um Município da Região Oeste de Santa Catarina. Os sujeitos da pesquisa foram seis cuidadoras familiares de crianças, que vivenciaram a revelação do diagnóstico de uma doença oncológica da criança. Para definição de quem era o cuidador familiar, as pesquisadoras questionaram antes de iniciar as entrevistas a fim de que partisse delas próprias essa definição.

Como critérios de inclusão foram: ser cuidador familiar de criança que tenha sido diagnosticada com doença oncológica e que estivesse residindo no Município. Como critério de exclusão: cuidadores familiares que no momento da produção de dados estivessem acompanhando a criança em hospital de referência para realização do tratamento e casos em que a criança tivesse ido a óbito.

O número de participantes da pesquisa, inicialmente, não foi pré-estipulado, de modo que a etapa de campo ocorreu concomitantemente à etapa de análise dos dados, permitindo apontar a suficiência de significados dos sujeitos. A produção

dos dados foi realizada no domicílio de cada cuidadora familiar, de acordo com combinação realizada previamente no momento do contato telefônico.

As entrevistas foram conduzidas a partir da questão norteadora: Como foi para você a revelação do diagnóstico de doença oncológica da criança? Com a finalidade de manter a proteção dos dados, as cuidadoras familiares foram identificadas por um código, sendo este a letra arábica 'C' de cuidadora e seguido de acordo com a ordem das entrevistas sucessivamente.

Para análise dos dados foi utilizado o método de Martin Heidegger que é desenvolvido em dois momentos metódicos: compreensão vaga e mediana momento em que foram definidas as três Unidade de Significação (US) a partir da dimensão ontológica iluminada pela cuidadora familiar e hermenêutica compreensiva foram desvelados os sentidos do ser a luz do referencial (HEIDEGGER, 2015). Diante disso, realizar comparações com outros referenciais intervêm na análise da dimensão ontológica do ser, especificada pelo referencial apontado no estudo (BRUM *et al.*, 2016).

A pesquisa obteve aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal da Fronteira Sul (CEP/UFFS) sob o parecer número: 1.179.909 e CAAE 46412515.5.0000.5564.

3 | RESULTADOS

3.1 Primeira Unidade de Significação (US1): Descobriu que era câncer/tumor a partir de sinais e sintomas que a criança apresentava e de exames. Outras pessoas diziam que era normal. Foi encaminhado com urgência para o serviço de referência

As cuidadoras familiares observaram que a criança apresentou diversos sintomas não habituais, sendo eles: Icterícia, insônia, região abdominal edemaciada, presença de mancha no olho, dor em região abdominal e anal, sangramento no nariz, perda inexplicada de peso, aparecimento de diversos caroços de origem desconhecida e presença de equimose em diversas áreas do corpo. Após isso encaminharam-se à unidade básica de saúde e hospital, estes, por sua vez, solicitaram e realizaram exames e biópsia, sendo posteriormente, detectado a causa dos sintomas. Com os resultados, foi comunicado que a criança teria necessidade de realizar tratamento.

Dialogavam com conhecidos sobre os sintomas que a criança estava apresentando, porém, lhes era falado sobre ser algo normal, podendo ser manifestações de outros fatores, como: Doença parasitária, doença infecciosa, caprichos da criança ou resultado de quedas dentro do ambiente escolar. Inicialmente, tiveram o pensamento de que a doença era benigna, pelo fato de ter

se equivocado em relação ao resultado do exame.

[...] Ele estava amarelinho sabe [...] estava meio inchadinha a barriga dele [...] daí fizeram o raio-X, aí já apareceu um negócio [...]. (C2)

[...] Com um aninho começou aparecer a pintinha no olho dele, [...]. Eu levei para o médico o resultado da biópsia [...] é maligno e ele tem que fazer tratamento [...]. (C3)

[...] Começou sangrar o nariz, deu dor de cabeça, perdeu um pouquinho de peso [...] e começou crescer um caroço [...] deu pra ver que ele já estava dos dois lados [silêncio] [...]. (C5)

Começou aparecer umas manchas roxas no corpo dela, [...] já pediu um hemograma dela daí já me falou que [silêncio] que era leucemia. (C6)

Sentiram que a revelação do diagnóstico foi a pior notícia que tiveram, e que, a partir disso, não poderiam perder tempo, teriam que correr atrás de resultados, médico especialista e exames, para que a criança ficasse bem.

Depois do diagnóstico, foi uma luta e uma correria. Os primeiros atendimentos ocorreram no município de origem, porém, por não haver atendimento especializado, a criança foi encaminhada para o serviço de referência. Já que a imunidade da infante estava baixa, as viagens ocorreram por meio de custeio próprio, bem como de ambulância ou avião, oferecido pelo serviço de saúde do município.

No local de internação, foram realizados exames e iniciados os tratamentos de quimioterapia e radioterapia, após, a criança foi encaminhada para cirurgia, por conta da gravidade da doença. Foram bem recebidos, porém não conheciam ninguém, tudo estava corrido. Como hospedagem, ficaram em uma casa de apoio. Por não terem sido informadas à fundo sobre o caso, acreditaram que seriam procedimentos simples, e que, consequentemente, retornaram logo para sua casa.

Acho que foi a pior notícia que a gente pode ter né a gente não podia perder tempo [...]. (C1)

Foi uma luta desde que foi, né, diagnosticado [...] encaminharam já urgente. (C2)

Descobriu e no mesmo momento ele já foi para o centro cirúrgico, estava muito avançado, então não dava para esperar [...]. (C3)

3.2 Segunda Unidade de Significação (US2): Não acreditava que fosse câncer/tumor, depois que caiu a ficha. Ficou chocada, desesperada, foi pavoroso saber. Pensava que fosse perder o filho

As cuidadoras familiares revelaram que não imaginaram que a doença era câncer ou tumor, e que, na hora da notícia, não esperavam que iria acontecer na família. Revelaram também, que tudo foi muito rápido, e que, consequentemente, ficaram sem reação no início, pois acreditaram ser algo simples, passageiro e sem sofrimento, questionando-se então, em como as coisas seriam daquele momento em diante. Após o início do tratamento, com a criança apresentando náuseas e negando-se a comer, é que a realidade começou a atingi-las.

[...] A gente não imaginava que fosse câncer. [...] Não é o que você espera. (C1)

[...] Na cabeça da gente nunca imaginei porque não tem caso na família né assim de câncer. (C2)

Foi bastante pavoroso, porque assim como tudo foi muito tão breve. (C4)

A cuidadora relatou que o processo foi doloroso e chocante, disse não esperar tal notícia e que, depois veio o desespero e estresse. No segundo diagnóstico, teve raiva, pois lhe foi dito previamente, que não havia necessidade de realizar quimioterapia.

Revelaram sentir medo do tratamento e do que poderia acontecer, disseram acreditar que o médico estava equivocado quanto ao diagnóstico. O medo estava prevalente também, na chegada dos resultados oriundos da biópsia, que comprovou a malignidade da doença. Ainda relataram que acompanharam diversos casos nos quais as crianças não resistiram, e que, esse era o seu maior medo. O medo estava presente em todas as situações, sendo até maior que a fé. As cuidadoras explanaram que a qualquer sinal de febre ou coriza precisavam ir ao médico, além de que, não conseguiam cuidar da criança sozinhas, se tornando outro de seus medos.

[...] Foi muito dolorido [...] a gente acompanhou muitos casos junto com o dele que a criança não resistiu. (C1)

[...] Eu tinha medo de perder meu filho para o câncer. (C3)

Nossa, meu Deus, foi choque [...]. (C6)

As cuidadoras familiares expressaram que, após a descoberta, o primeiro fato que veio ao pensamento, foi o de que iriam perder seu filho, em consequência

do “problema” ter sido descoberto tardiamente. Um dos cuidadores familiares relatou que a notícia foi a pior coisa do mundo, e que, pensou besteira. Outro, relatou que quando ouviu sobre o câncer maligno, o relacionou com a morte, o fim, sem volta e sem cura. Em sequência, um dos cuidadores ainda comentou sobre não saber como seria viver sem a criança. E, por último, um deles relatou que vinham as piores coisas ao pensamento.

[...] Foi muito desesperador, eu pensei que eu ia perder o meu filho [...]. É que quando tu escuta falar que alguém tem câncer maligno, parece que é o fim. (C1)

[...] Quando a gente recebeu essa notícia, pra mim foi o fim né [...] eu achava que eu ia perder o Canário [...] pensava que ele ia morrer. (C2)

[...] Obviamente todo mundo apavorado como se fosse o pior né [...] a primeira coisa que vem na mente da gente [...] não vai sobreviver. (C4)

3.3 Terceira Unidade de Significação (US3): Largou tudo para cuidar do filho por se sentir mãe. Ficou ao lado dele desde o início até o final. Sentiu tudo que o filho passou, aprenderam a ter força juntos e a ajudar outras pessoas

As cuidadoras familiares expressaram que foram elas que passaram a maior parte do tempo com a criança, relatando que se privaram de coisas como o trabalho, para poder cuidá-la. Focaram sua atenção para a criança doente, e deixaram de viver suas vidas, deixando de lado os outros filhos, os deixando com outras pessoas. Por último, relatam que não tinham renda, devido à falta de trabalho, porém não se arrependeram da decisão, mas, inicialmente, estranharam a falta desse.

[...] Na verdade sou eu que passo a maior tempo com ele, eu sempre me privei muito das coisas tipo, até na minha questão de trabalho. (C1)

[...] Nós deixamos de viver para viver em torno do Canário [...] (C2)

[...] Na verdade eu abandonei tudo né [risos] para cuidar dele [...]. (C3)

As cuidadoras familiares expressam que cuidam da criança desde bebê. Só existe ela para ficar com o filho. Foram elas que passaram por tudo ao lado da criança, estavam ali desde o início até o final, em todos os procedimentos e que choravam. O contato maior com a criança eram elas que tinham. Elas sabiam de tudo que estava acontecendo com a criança. O filho só queria ficar com elas.

[...] A psicóloga falou que agora não é momento de estar falando pra ele essas coisas. (C2)

[...] Eu passei por tudo isso, era eu que estava do lado dele né. (C3)

[...] Porque quem esteve ali desde o início até o final sempre fui eu. [...] Eu assim nunca imaginava que fazia com um ser humano, eu vi fazer no meu próprio filho. (C4)

A vida do filho é tudo para elas. Se fosse preciso dariam suas próprias vidas pelos filhos. Relatam que só quem é mãe consegue sentir um pouco da dor que elas sentiram. Mãe sente tudo que o filho passa, sente dor, sente medo. Expressam que cresceram e aprenderam muito com toda a situação. Isso fez com que conseguissem ver as pessoas de forma diferente e ajudar. Relatam que não sentem pena do filho, pois não necessita, eles são vencedores. Eram elas que davam força. Relatam que recebiam força da criança da mesma forma. Aprenderam a ter força juntos.

Muitas vezes ocultava informações da família para evitar preocupações. Tiveram que aprender a se controlar, não chorar perto da criança. Quando alguém se aproximava do filho chorando, a cuidadora familiar logo pedia para se afastar. Motivava a criança que tudo iria passar e ficar bem.

A vida do meu filho é tudo para mim tipo, sem ele acho que eu não seria nada mais [silêncio] falta um pedaço! (C1)

Eu acho que mãe é pra isso né [...] tu aprende a ver as pessoas, a conhece as pessoas, muito bom, [...] muitas vezes no lugar de eu dar força para ele, ele me dava força, ele secava minhas lágrimas. (C3)

[...] mãe sente tudo que o filho passa né [...]. (C4)

4 | DISCUSSÃO

A partir das falas foram desveladas três unidades de significação (US), sendo elas: US1 - Descobriu que era câncer/tumor a partir de sinais e sintomas que a criança apresentava e de exames. Diziam que era normal. Não dava para esperar. Foi encaminhado com urgência para o serviço de referência, US2 - Não acreditava que fosse câncer/tumor, depois que caiu a ficha. Ficou chocada, desesperada, foi pavoroso saber. Pensava que fosse perder o filho e US3 - Largou tudo para cuidar do filho por se sentir mãe. Ficou ao lado dele desde o início até o final. Sentiu tudo que o filho passou, aprenderam a ter força juntos e a ajudar outras pessoas. Assim obteve-se os sentidos a fim de possibilitar o (des)velamento dos sentidos.

Na US1, a partir das suas vivências e pela necessidade de se sentir parte

desse mundo, o ser-cuidadora familiar repete o que escutou de outras pessoas, mostrando-se no modo de ser da falação (HEIDEGGER, 2015). De acordo com Heidegger (2015), a falação trata-se do modo de compreensão onde o ser parece ter compreendido tudo, mesmo sem ter se apropriado daquilo que fala. O sujeito aceita e transmite aquilo que as outras pessoas falam e fazem, sem lançar a sua própria verdade sobre aquela situação.

Deste modo, fala que percebeu sinais e sintomas na criança e assim foi necessário levá-la até o atendimento médico, onde foram realizados exames, diagnosticado o problema e encaminhada para tratamento. Reproduzem o que lhes foi falado e continuam falando sem realmente entender o que está acontecendo.

O ser-cuidadora-familiar também se desvela no modo de ser da ambiguidade. Segundo Heidegger (2015), a ambiguidade diz respeito a suposta verdade de que se conhece tudo que será discutido, que será feito e que acontecerá. As questões parecem ter sido resolvidas, quando na verdade não foram.

Desta forma, o ser-cuidadora-familiar aponta que comentava com outras pessoas sobre o que estava acontecendo e que lhe diziam que era algo normal. Além disso, imaginava que os sinais e sintomas que a criança estava apresentando eram em decorrência de quedas na escola ou até mesmo uma infecção. Imaginava que era benigno, porém se confundiu com o resultado dos exames. Neste sentido, ela sente-se ambígua quanto ao que está acontecendo com a criança, ou seja, relata os fatos, porém apresenta uma determinada dúvida quanto a eles.

O ser-cuidadora-familiar também mesmo sem compreender o que está acontecendo, busca conseguir informações acerca da situação. Deste modo, se mantém no modo de ser da curiosidade. A curiosidade para Heidegger (2015) apresenta-se como uma inquietação diante de mudanças que surgem, sendo a busca pelo novo. O sujeito não trata de aprender e nem mesmo de ser por meio do saber, mas sim se vê as informações prontas.

Deste modo, após a revelação do diagnóstico da doença oncológica, os ser-cuidadoras-familiares desvela que não podia perder tempo, tinha que correr atrás de resultados, médico especialista e exames. Assim, mostram curiosidade de saber mais sobre o estado de saúde da criança.

Como uma característica inevitável na condição de se manter no mundo e estabelecer relação de ser-com-o-outro, o ser-cuidadora-familiar entra em decadência por meio da repetição da falação, ambiguidade e curiosidade. Este sentido existencial indica o modo impessoal de convivência, onde o ser se mantém da forma como todos são e esperam que ele seja, não revelando sua singularidade (HEIDEGGER, 2015).

Assim, o ser-cuidador-familiar dá continuidade a falação, onde relata sobre os atendimentos da criança, que necessitaram ser realizados em outro município, já

que no local onde residem não existe atendimento especializado para estes casos. Desvelam sobre a forma de transporte para chegar até o serviço de referência e os procedimentos terapêuticos que a criança passou nesse local, tais como quimioterapia, radioterapia e cirurgia, já que o profissional médico tinha medo da gravidade do problema. Não conhecia ninguém na cidade, então ficou na casa de apoio onde foi bem recebida. Neste sentido, dão sequência a falação, repetindo informações repassadas a elas.

Na US2, o ser-cuidadora-familiar desvela seus sentimentos quanto à situação da criança com doença oncológica por meio do temor. Para Heidegger (2015) o temor compreende três modalidades: pavor, horror e terror, que indicam que o fato é temeroso.

No primeiro momento (o pavor) o ser-cuidadora-familiar já ouviu falar sobre a doença oncológica, contudo apenas nesse momento isso torna-se uma ameaça. Então fica apavorada. Assim, desvela que não imaginava que fosse câncer/tumor e que poderia acontecer na família. Como tudo ocorreu muito rápido, ficou sem reação inicialmente. Acreditava que seria uma coisa simples, passageira e sem sofrimento.

No segundo momento o ser-cuidadora-familiar fica horrorizada quando inicia o tratamento e a criança passa a apresentar náuseas e não se alimentar direito. Este fato não é familiar, aqui começa a se dar conta situação. Desvela que foi dolorido, ficou chocada, não esperava, sentiu desespero, estresse e raiva em relação à condução do tratamento da criança.

Já no terceiro momento o ser-cuidadora-familiar mostra-se aterrorizada por medo de perderem seus filhos. Desvela que sentiu medo de que o diagnóstico estivesse errado e que a criança não resistisse. Além disso, elucida que sentiu medo em relação ao tratamento e os cuidados domiciliares, já que frequentemente necessitava procurar atendimento de saúde. Dessa forma, sentiu-se covarde para acompanhar o tratamento da criança em algumas etapas, como a cirurgia. Outras vezes encarou com facilidade, mantinha-se firme, forte e tranquila para manter a calma para a criança. Questionava-se sobre os motivos do adoecimento da criança e imaginava que perderia o filho, já que relacionava o câncer maligno com a morte.

Desta forma, o ser-cuidadora-familiar se mostra de forma impessoal como todas as mães neste cotidiano, sentindo-se apavorada ao ouvir falar em doença oncológica, horrorizada ao iniciar o tratamento e aterrorizada ao imaginar que poderia perder o filho.

Na US3 o ser-cuidadora-familiar mostra-se no modo de ser da inautenticidade, quando realiza suas ações de acordo com o que todos esperam que ela faça, sem seguir sua singularidade. Assim expressa ações realizadas no processo de adoecimento da criança, as quais são comuns que as mães assumam para si.

Segundo Heidegger (2015) a inautenticidade ocorre quando existe se

negligência o modo particular de ser em prol do outro, e o sujeito passa a olhar e interpretar sua existência de acordo com a visão de outras pessoas. Dessa forma, mantém-se como expectador agindo sob a influência do outro, repetindo as ações, falas e pensamentos.

Deste modo, em seu depoimento desvela ser quem passou a maior parte do tempo com a criança, deixando de lado os outros filhos. Passou por tudo ao lado da criança, esteve ali desde o início até o final. Sabia de tudo que ocorria com a criança e o filho só queria ficar com ela. Expressa que não sentiu pena do filho, pois não era necessário, ele era um vencedor. Ocultava coisas da família para evitar preocupações e teve que aprender a se controlar, para não chorar perto da criança.

O ser-cuidadora-familiar de criança com doença oncológica também se desvela no modo de ser da autenticidade, ao passo que realiza ações respeitando sua singularidade. A autenticidade diz respeito aquilo que “eu mesmo sou”. O ser autêntico retorna ao passado e as suas origens a fim de restabelecer seu presente e projetar seu futuro. Assim, pensa, escolhe e age de forma própria, sem ser preciso esperar para ver o que vai acontecer e reproduzir ações já desenvolvidas por outros sujeitos. Faz suas escolhas a partir da sua história vivida (HEIDEGGER, 2015).

Desta forma, o ser-cuidadora-familiar expressa que a vida do filho é tudo para si e que se fosse preciso daria sua própria vida para ele. Elucida que só quem é mãe consegue sentir a dor que passou, sendo que nestes casos a mãe sente tudo que o filho passa, como a dor e o medo. Neste mesmo movimento, o ser-cuidadora-familiar caminha da inautenticidade para a autenticidade ao relacionar-se com o outro. Estas relações permitem que ela consiga utilizar sua particularidade nas ações realizadas.

Segundo Heidegger (2015) o ser apresenta-se como ser-no-mundo, ou seja, implica em dizer que o sujeito está sempre junto ao mundo e existindo nele. A existência do homem ganha sentido quando ele está em relação com o mundo. Além disso, existe o ser-com-os-outros, de modo que não existe sujeito sem mundo e não existe o “eu isolado dos outros”. Neste sentido, os sujeitos estão em constante relação com a presença uns dos outros.

5 | CONSIDERAÇÕES FINAIS

Após a compreensão dos significados, que se trata da Compreensão Vaga e Mediana, foi desenvolvida a Hermenêutica compreensiva. Nela foi possível perceber que o ser-cuidadora-familiar se mostra no modo de ser da falação, da ambiguidade e da curiosidade.

Na falação, existe uma repetição daquilo que se ouviu referente à doença da criança, sem realmente entender o que está acontecendo. Na ambiguidade, faz relatos sobre a situação vivida, porém apresenta dúvida quanto à veracidade deles.

Já na curiosidade, o ser-cuidadora-familiar mostra-se com uma inquietação em relação às mudanças que estão ocorrendo, e a partir disso busca informações. E por fim, como uma característica inevitável de estabelecer relação com os outros, o ser-cuidadora-familiar cai em decadência, onde transita entre a falação, ambiguidade e curiosidade. Além disso, o ser-cuidadora-familiar desvela sentidos referentes ao temor. Desta forma, sente-se apavorada ao ouvir falar em doença oncológica, horrorizada ao iniciar o tratamento e aterrorizada ao imaginar que poderia perder o filho.

O ser-cuidadora-familiar também se mostra no movimento da inautenticidade para a autenticidade, de modo que se torna mais autêntica ao relacionar-se com os outros. Desta forma, torna-se relevante a criação de espaços, de interlocução coletiva, específicos para os cuidadores familiares nos serviços de saúde, além de locais apropriados para estabelecer o processo da revelação do diagnóstico e esclarecimento do processo que será enfrentado.

REFERÊNCIAS

AFONSO, Selene Beviláqua Chaves; MINAYO, Maria Cecília de Souza. **Relações entre oncohematopediatras, mães e crianças na comunicação de notícias difíceis**. *Ciência & Saúde Coletiva*, [s. l.], v. 22, n. 1, p. 53–62, jan. 2017. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232017000100053&script=sci_abstract&tlng=pt. Acesso em: 23 ago. 2020.

ALVES, Dailon de Araújo *et al.* **Cuidador de criança com câncer: religiosidade e espiritualidade como mecanismos de enfrentamento**. *Revista Cuidarte*, [s. l.], v. 2, n. 7, p. 1318-1324, maio 2016. Disponível em: <https://pdfs.semanticscholar.org/b58f/29a7b492b8a4f3f137348cca05f4c3dd0870.pdf>. Acesso em: 26 ago. 2020.

BRUM, Crhis Netto de *et al.* **Vivência da revelação do diagnóstico para o adolescente que tem HIV**. *Texto & Contexto - Enfermagem*, [s. l.] v. 25, p. 1-6, 2016. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/0104-07072016001760015>. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-07072016000400317&script=sci_arttext&tlng=pt. Acesso em: 03 set. 2020.

HEIDEGGER, Martin. **Ser e tempo**. 10^o ed, Petrópolis, RJ: Vozes, 2015.

KARKOW, Michele Carvalho *et al.* **Experiência de famílias frente à revelação do diagnóstico de câncer em um de seus integrantes**. *Revista Mineira de Enfermagem*, [s. l.], v. 3, n. 19, p. 741-746, set. 2015. DOI: 10.5935/1415-2762.20150056. Disponível em: <https://cdn.publisher.gn1.link/reme.org.br/pdf/v19n3a16.pdf>. Acesso em: 26 ago. 2020.

MUTTI, Cintia Flôres *et al.* **Perfil Clínico- epidemiológico de Crianças e Adolescentes com Câncer em um Serviço de Oncologia**. *Revista Brasileira de Cancerologia*, [s. l.] v.64, n.3, p.293-300, 28 set. 2018. DOI: <http://dx.doi.org/10.32635/2176-9745.rbc.2018v64n3.26>. Disponível em: <https://rbc.inca.gov.br/revista/index.php/revista/issue/view/90/6>. Acesso em: 23 ago. 2020.

POTRICH, Tassiana *et al.* **Cotidiano do familiar no cuidado à criança com HIV em tratamento antirretroviral.** Revista Enfermagem UERJ, [s. l.] v. 24, n.4, p. 1-5, 27 ago. 2016. DOI: <http://dx.doi.org/10.12957/reuerj.2016.17446>. Disponível em: <https://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/enfermagemuerj/article/view/17446/19431>. Acesso em: 03 set. 2020.

SOBRE A ORGANIZADORA

SILENE RIBEIRO MIRANDA BARBOSA - Mestre em Gerontologia pela Universidade Católica de Brasília (2013). Pós-graduada em Gestão em Saúde pela UNIFESP (2012). Pós-graduada em Auditoria de Sistemas e Serviços de Saúde também pela Universidade Federal da Bahia (2006). Pós-graduada em Gerontologia pela Universidade Federal da Bahia (2004). Graduada em Enfermagem pela Faculdade de Enfermagem Wenceslau Braz, da cidade de Itajubá/MG (1995). Neste ano de 2020, organizou o E-book titulado “Tecnologia e Inovação para o Cuidar em Enfermagem”. Em 2013, publicou o livro “Biossegurança no Contexto da Saúde” (org.) sendo autora do capítulo “Norma Regulamentadora 32 (NR-32) e a sua relação com a Enfermagem”. Na gestão pública, nos níveis municipal e estadual atuou como Supervisora Técnica da Estratégia Saúde da Família (ESF). E a nível federal atuou como Consultora externa do Ministério da Saúde (MS) na Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SGTES) e na Coordenação da Saúde da Pessoa Idosa (COSAPI). Na rede privada atuou como coordenadora auxiliar junto ao curso de Graduação em Enfermagem em uma instituição privada. Atua como docente em diversas disciplinas: Vigilância Sanitária, Metodologia do Trabalho Acadêmico, Fundamentos Históricos de Enfermagem, Nutrição aplicada à enfermagem, Práticas Educativas em Saúde, Políticas de Atenção a Saúde da Mulher, Biossegurança e Ergonomia, Políticas de Atenção a Saúde do Adulto, Enfermagem do Idoso, Políticas de Nutrição e Alimentação a Saúde I, Ética em Enfermagem e Exercício da Profissão, Sistematização da Assistência de Enfermagem, Saúde Coletiva, Saúde do Homem, Estágio Supervisionado. Desde 2015 é avaliadora dos Programas de Residência Multiprofissional em Saúde (MEC).

ÍNDICE REMISSIVO

A

Agravo de saúde 255, 258, 262

Anemia falciforme 22, 23, 24, 25, 26, 27, 28, 29, 30, 31, 32, 46, 47, 48, 49, 53, 54

Aromaterapia 55, 56, 57, 58, 61, 62, 63, 64

Assistência de enfermagem 5, 8, 12, 18, 22, 23, 28, 29, 30, 31, 43, 118, 121, 122, 124, 173, 178, 198, 277

C

Cuidado 2, 2, 3, 6, 7, 8, 15, 17, 20, 21, 22, 23, 24, 25, 26, 31, 33, 34, 35, 36, 37, 39, 40, 41, 42, 43, 44, 53, 58, 62, 64, 69, 80, 83, 85, 86, 89, 90, 91, 92, 106, 108, 109, 113, 117, 121, 122, 126, 127, 128, 129, 130, 132, 137, 138, 142, 157, 159, 173, 176, 178, 184, 191, 192, 193, 194, 195, 196, 197, 199, 201, 212, 213, 214, 215, 216, 217, 218, 219, 220, 230, 232, 233, 234, 235, 236, 237, 241, 242, 245, 248, 249, 257, 266, 276

Cuidado de enfermagem 3, 22, 23, 25, 39, 90, 106, 109, 121, 122, 213, 233, 249

Cuidador familiar 116, 264, 266

D

Demência 106, 107, 108, 109, 110, 111, 112, 113, 114, 115

Depressão 10, 11, 12, 13, 14, 15, 16, 17, 18, 19, 20, 21, 30, 51, 65, 81, 113, 200, 201, 202, 203, 204, 205, 206, 207, 208, 209, 210, 211, 217

Desafios 2, 5, 9, 28, 33, 35, 37, 45, 47, 51, 84, 92, 108, 128, 129, 137, 155, 160, 184, 201, 203

Diagnóstico 11, 20, 28, 46, 52, 73, 75, 76, 81, 136, 174, 175, 176, 177, 178, 179, 180, 181, 183, 184, 208, 210, 222, 235, 244, 245, 248, 249, 251, 252, 254, 264, 265, 266, 267, 268, 269, 272, 273, 275

Doença oncológica 76, 264, 265, 266, 267, 272, 273, 274, 275

E

Enfermeiro 5, 6, 10, 13, 16, 17, 18, 19, 20, 23, 24, 28, 29, 41, 58, 64, 65, 69, 117, 118, 120, 121, 122, 123, 124, 144, 146, 147, 150, 151, 153, 160, 171, 189, 191, 202, 211, 218, 219, 221, 222, 223, 224, 225, 226, 227, 228, 229, 230, 231, 249

Eventos adversos 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 24, 194, 195, 196, 198

Expectativas 10, 11, 69, 71, 75, 78, 82, 142, 202, 248

F

Fé 33, 40, 244, 245, 246, 248, 249, 250, 251, 253, 266, 269

G

Gerenciamento de unidade de terapia intensiva 121, 124

Gestante 18, 22, 23, 24, 25, 28, 29, 30, 31, 32, 50, 52

H

Higienização das mãos 131, 132, 133, 134, 135, 136, 137, 142, 146, 147, 148, 149, 150, 152, 153, 154, 155, 156, 158, 159, 160, 162, 198

I

Ideias suicidas 33, 35, 36, 37, 40, 41

Idoso institucionalizado 106, 109, 112, 113, 114, 116

Intoxicação exógena 165, 166, 167, 168, 169, 170, 171, 172, 173

M

Manejo pré-hospitalar 93

N

Notificação 1, 2, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 166, 167, 168, 172, 180, 196, 197, 198

P

Paciente 1, 2, 3, 4, 7, 8, 9, 18, 19, 24, 25, 26, 30, 31, 36, 37, 38, 39, 40, 42, 48, 54, 57, 58, 73, 79, 80, 97, 98, 121, 122, 123, 124, 128, 132, 133, 135, 136, 137, 138, 142, 144, 149, 150, 151, 152, 155, 156, 158, 159, 162, 168, 172, 182, 188, 189, 190, 192, 193, 194, 195, 196, 197, 198, 199, 202, 207, 217, 218, 221, 222, 225, 227, 229, 230, 232, 233, 236, 237, 239, 241, 242, 243, 252

Parto 10, 11, 12, 13, 14, 15, 16, 17, 19, 20, 21, 23, 24, 29, 30, 51, 55, 56, 57, 58, 61, 62, 63, 64, 65

Pós-parto 10, 11, 12, 13, 14, 15, 16, 17, 19, 20, 21, 24, 29, 65

Prevenção 7, 9, 10, 12, 13, 16, 17, 18, 19, 20, 46, 68, 69, 74, 84, 87, 88, 90, 101, 113, 131, 132, 134, 136, 137, 149, 155, 159, 160, 162, 167, 171, 196, 203, 206, 209, 210, 216, 218, 231, 239, 243, 253, 255, 257, 259

Prisma da enfermagem 186

Profissional 2, 5, 6, 7, 8, 17, 18, 19, 23, 30, 34, 43, 58, 74, 91, 117, 118, 119, 120, 121, 122, 124, 132, 135, 138, 140, 141, 142, 144, 149, 155, 156, 157, 159, 160, 162, 176, 182, 183, 184, 195, 198, 202, 203, 205, 206, 207, 208, 209, 218, 221, 222, 223, 224, 225, 226, 227, 228, 231, 248, 249, 250, 259, 262, 273

Profissional de enfermagem 34, 43, 205, 207, 209

Promovendo a saúde 66

Pronto-atendimento 186

R

Reconstrução da mama 71, 72, 74, 75, 78, 81

S

Saúde 1, 2, 3, 4, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 14, 15, 17, 18, 19, 20, 21, 23, 24, 25, 26, 27, 28, 29, 30, 31, 32, 34, 35, 36, 37, 44, 45, 46, 47, 48, 49, 50, 51, 52, 53, 54, 56, 57, 58, 59, 60, 66, 67, 68, 69, 71, 72, 73, 74, 75, 76, 78, 79, 80, 81, 82, 83, 84, 85, 86, 87, 88, 89, 90, 91, 92, 93, 94, 95, 98, 100, 101, 103, 104, 106, 108, 110, 111, 112, 113, 114, 115, 116, 117, 118, 119, 120, 121, 122, 124, 125, 126, 127, 128, 129, 130, 131, 132, 133, 135, 136, 137, 138, 139, 140, 141, 142, 150, 151, 155, 156, 157, 158, 159, 160, 162, 163, 165, 167, 168, 170, 171, 172, 173, 174, 175, 176, 177, 178, 179, 180, 181, 182, 183, 184, 185, 186, 187, 188, 189, 190, 192, 193, 194, 195, 196, 197, 198, 199, 200, 201, 202, 203, 204, 205, 206, 207, 208, 209, 210, 211, 213, 215, 216, 218, 219, 221, 230, 231, 233, 234, 235, 237, 238, 243, 244, 245, 246, 248, 250, 251, 252, 253, 254, 255, 256, 257, 258, 259, 260, 261, 262, 263, 265, 266, 267, 268, 272, 273, 275, 277

Saúde mental 10, 13, 14, 15, 17, 18, 21, 30, 36, 44, 67, 112, 114, 115, 126, 127, 129, 130, 202, 203, 209, 210

Segurança do paciente 1, 2, 3, 4, 7, 8, 9, 132, 158, 193, 194, 195, 196, 197, 198, 199

Servidores 66, 67, 68, 69, 131, 133, 134, 135, 142, 143, 144, 145, 146, 148, 150, 151, 155, 156, 157, 162

Síndrome de Down 174, 175, 176, 177, 178, 179, 180, 183, 185

Suicídio 33, 34, 35, 36, 37, 40, 43, 166, 170, 171, 172, 200, 201, 202, 203, 206, 207, 208, 209, 211

T

Tecnologia gerencial 212, 213, 214, 215, 219, 220, 232

Trabalho de parto 15, 21, 24, 55, 56, 57, 58, 61, 62, 63, 64, 65

U

Úlceras venosas crônicas 212, 213, 214, 215, 216, 219, 232, 234

Úlcera terminal de Kennedy 236, 239, 242, 243

V

Valores de família 244, 246, 250

Violência 65, 103, 171, 173, 255, 257, 258, 259, 260, 261, 262, 263

Vulnerabilidade 35, 75, 84, 86, 87, 89, 92, 177, 256, 257, 261

A Enfermagem e o Gerenciamento do Cuidado Integral 7



www.atenaeditora.com.br 

contato@atenaeditora.com.br 

[@atenaeditora](https://www.instagram.com/atenaeditora) 

www.facebook.com/atenaeditora.com.br 


Ano 2020

A Enfermagem e o Gerenciamento do Cuidado Integral 7



www.atenaeditora.com.br 

contato@atenaeditora.com.br 

[@atenaeditora](https://www.instagram.com/atenaeditora) 

www.facebook.com/atenaeditora.com.br 


Ano 2020