



**ANA OFÉLIA PORTELA LIMA
ISABELLE CERQUEIRA SOUSA**

ORGANIZADORAS

CUIDADO INTEGRAL EM SAÚDE

EDITORA INOVAR

CUIDADO INTEGRAL EM SAÚDE



Ana Ofélia Portela Lima
Isabelle Cerqueira Sousa
(Organizadoras)

CUIDADO INTEGRAL EM SAÚDE

1.^a edição

MATO GROSSO DO SUL
EDITORAR INOVAR
2020

Copyright © do autor e da autora.

Todos os direitos garantidos. Este é um livro publicado em acesso aberto, que permite uso, distribuição e reprodução em qualquer meio, sem restrições desde que sem fins comerciais e que o trabalho original dos autores e autoras seja corretamente citado.

Ana Ofélia Portela Lima; Isabelle Cerqueira Sousa (Organizadoras).

Cuidado integral em saúde. Campo Grande: Editora Inovar, 2020. 174p.

ISBN: 978-65-86212-49-5

DOI: 10.36926/editorainovar-978-65-86212-49-5

1. Saúde. 2. Cuidado integral. 3. Autocuidado. 4. Pesquisas. 5. Autores. I. Título.

CDD – 616

Os conteúdos dos capítulos são de responsabilidades dos autores e das autoras.

Revisão dos textos: os autores.

Conselho Científico da Editora Inovar:

Franchys Marizethe Nascimento Santana (UFMS/Brasil); Jucimara Silva Rojas (UFMS/Brasil); Maria Cristina Neves de Azevedo (UFOP/Brasil); Ordália Alves de Almeida (UFMS/Brasil); Otília Maria Alves da Nóbrega Alberto Dantas (UnB/Brasil), Guilherme Antônio Lopes de Oliveira (CHRISFAPI - Cristo Faculdade do Piauí).

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO

9

SEÇÃO 1 - CUIDADO INTEGRAL E ATUAÇÃO DA ENFERMAGEM

1. Conhecimentos de acadêmicos de enfermagem sobre cuidados ao paciente com morte encefálica 12
Lia Samara Maciel Alecrim Rodrigues
Aline Áfio Cruz Esmeraldo
Ana Ofélia Portela Lima
Débora Rosana Alves Braga
Thelry da Silva Freitas
Maria Virgínia Lopes dos Santos

2. Cuidados de enfermagem e a percepção dos pacientes que vivenciam hemodiálise: revisão integrativa 22
Thalita Prado Clemente Nantes
Ana Carine Goersch Silva
Claudia Maria Marinho de A. Franco
Gleison Resende Sousa
Werbson Batista Lima

3. A doença de Fabry no paciente renal crônico: cuidados de enfermagem 36
Werbson Batista Lima
Ana Carine Goersch Silva
Claudia Maria Marinho de A. Franco
Gleison Resende Sousa
Thalita Prado Clemente

4. Nefrologia na atenção primária à saúde: a enfermagem na identificação e prevenção da lesão renal 52
Caique Farias de Lavor Firmeza
Camila Monique Bezerra Ximenes
Arnislane Nogueira Silva
Thiago Salmito
Claudia Maria Marinho de Almeida Franco

5. Humanização do atendimento de enfermagem na unidade de terapia intensiva 67
Ingrid Liara Queiroz Sousa
Ana Ofélia Portela Lima
Ivana Letícia da Cunha Silva
Francisca Andrea Marques de Albuquerque
Samira Rocha Magalhães de Alencar
Emanoel Ferreira de Araujo

SEÇÃO 2 - CUIDADO INTEGRAL NA ENVELHESCÊNCIA

6. Envelhescência e o processo do autoconhecimento 82

*Rejane Barbosa da Fonseca
Farley Janusio Rebouças Valentim
Isabelle Cerqueira Sousa
Ana Maria Fontenelle Catrib*

7. Acidente vascular encefálico e institucionalização de idosos: uma revisão integrativa da literatura 93

*Jônatas Carneiro Vasconcelos
Isabel Oliveira Monteiro*

SEÇÃO 3 - AUTOCUIDADO

8. Práticas de autocuidado em pacientes acometidos por pé diabético 111

*Jane Rodrigues de Melo
Ana Ofélia Portela Lima
Alice Maria Correia Pequeno
Francisca Andrea Marques Albuquerque
Fátima Dayanne Wirtzbiki Ferreira
Isabelle Cerqueira Sousa
Maria Vieira de Lima Saintrain*

9. Autocuidado em pacientes com insuficiência cardíaca: revisão integrativa 123

*Laura Chaves Pinho da Luz
Caren Nádia Soares de Sousa
Ed Carlos Moraes dos Santos
Fátima Dayanne Wirtzbiki Ferreira*

SEÇÃO 4 - RECURSOS PARA O CUIDADO INTEGRAL À SAÚDE

10. Benefícios do pilates em idosos 134

*Clarice Amarante Scipião
Isidro Marques
Isabelle Cerqueira Sousa
Vitória Ávila Ramos de Souza
Ana Maria Fontenelle Catrib*

11. A fisioterapia aquática como recurso terapêutico no mal de Parkinson 149

*Caio César Barbosa Coelho
Denilson de Queiroz Cerdeira
Isabelle Cerqueira Sousa
Camila da Silva Andrade
Vega Vitória Maciel Lopes*

12. Plantas medicinais utilizadas por pacientes de um curso de odontologia 163
Edla Helena Salles de Brito
Dulce Maria de Lucena Aguiar
Maria Vieira de Lima Saintrain
Débora Rosana Alves Braga
Maria Elisa Machado Ferreira Marcelo
Débora Frota Colares

- SOBRE AS ORGANIZADORAS** 173

APRESENTAÇÃO

Este e-book, no formato de uma coletânea que reúne Trabalhos de Conclusão de Curso (TCC) de graduação e pós-graduação na área da saúde, objetiva valorizar e dá visibilidade a produção científica, constituindo-se em um importante ponto de inflexão nesse processo de sistematização e produção de conhecimentos levando ao grande público o resultado de estudos multidisciplinares na temática do “Cuidado integral à saúde.”

A experiência acadêmica aumenta o seu significado, quando a descoberta aliada a produção de estudos e pesquisas, impulsionam a difusão de conhecimentos e alimentam o processo de ensino-aprendizagem, pois “não há ensino sem pesquisa e pesquisa sem ensino” já dizia Paulo Freire (1996).

Nessa perspectiva, convidamos os leitores a refletir sobre variadas formas de perceber o adoecimento numa lupa da "visão integral da saúde e do cuidar" trazendo uma percepção diferenciada desse processo. O “cuidado” é uma ação que pressupõe: inicialmente o reconhecimento das necessidades nos diferentes níveis de complexidade de quem é cuidado, e o atendimento e atenção a essas necessidades nos diferentes níveis de complexidade e categorias, sejam elas biológicas, psicológicas, culturais ou sociais.

O cuidar “de forma integral” favorece a promoção do bem estar físico, biopsicossocial e espiritual no mundo contemporâneo, pois o ser humano sendo cuidado na sua inteireza, poderá resgatar as possibilidades criativas de superação que lhe são inerentes mesmo diante de um quadro patológico. Portanto, esse e-book proporcionará uma visão ampliada, demarcando as atuações em saúde, e suas relações edificadas por meio dos diferentes saberes.

Destaca-se assim, que a incorporação de uma prática integral é um dos desafios na construção de um modelo de saúde universal e equânime, que por meio de atividades de promoção, prevenção de doenças, recuperação e reabilitação da saúde, vai se conectar com interfaces de vários saberes e práticas. Dessa forma, discutir o cuidado integral em saúde requer uma reflexão em várias dimensões, perpassando todas as categorias profissionais inseridas no âmbito da saúde.

Em suma, de um modo ou de outro, todos os autores desta coletânea, sob diferentes perspectivas, apontam para o cuidado integral. **Na primeira seção** serão apresentados capítulos que versão sobre o cuidado e a atuação da enfermagem ao

paciente com morte encefálica, aos que vivenciam a hemodiálise, ao renal crônico com doença de Fabry, explana também sobre a nefrologia na atenção primária à saúde e a humanização do atendimento de enfermagem na unidade de terapia intensiva.

A **segunda seção** reúne capítulos sobre o envelhecer, o processo de autoconhecimento e o acidente vascular encefálico e institucionalização de idosos, a seguir teremos a **terceira seção** que apresenta estudos sobre a importância das práticas do autocuidado em pacientes acometidos por pé diabético e com insuficiência cardíaca, e a **quarta e última seção** oferece uma abrangência de atenção utilizando recursos como o pilates, a fisioterapia aquática na terapêutica da doença de Parkinson e a utilização de plantas medicinais em tratamentos odontológicos.

Uma ótima leitura a todos!

Equipe organizadora.

SEÇÃO 1

CUIDADO INTEGRAL E ATUAÇÃO DA ENFERMAGEM

DOI: 10.36926/editorainovar-978-65-86212-49-5-1

CONHECIMENTOS DE ACADÊMICOS DE ENFERMAGEM SOBRE CUIDADOS AO PACIENTE COM MORTE ENCEFÁLICA

KNOWLEDGE OF NURSING ACADEMICS ABOUT CARE FOR PATIENTS WITH BRAIN DEATH

Lia Samara Maciel Alecrim Rodrigues¹Aline Áfio Cruz Esmeraldo²Ana Ofélia Portela Lima³Débora Rosana Alves Braga⁴Thelry da Silva Freitas⁵Maria Virgínia Lopes dos Santos⁶

RESUMO

Objetivo: Descrever a percepção de acadêmicos de Enfermagem acerca dos cuidados aos pacientes com morte encefálica. **Métodos:** O estudo realizado é do tipo descritivo de abordagem qualitativa e de característica transversal, por meio de análise de dados sócio demográficos, do conhecimento e da percepção sobre morte encefálica dos graduandos. **Resultados:** Os alunos relataram despreparo, uma vez que não consideram suficientes as perspectivas repassadas durante a formação acadêmica em relação ao assunto. **Conclusão:** Os acadêmicos de enfermagem entendem o conceito de morte encefálica e a importância do enfermeiro nos cuidados a esses pacientes, entretanto, não sabem descrever e diferenciar os protocolos práticos e os parâmetros a serem avaliados para uma abordagem efetiva no ambiente clínico.

Descritores: Morte Encefálica; Enfermagem; Doação de órgãos.

ABSTRACT

Objective: to describe the perception of Nursing Academics about nursing care for patients with Brain Death. **Methods:** the study was of the descriptive type of qualitative approach and cross-sectional characteristic, verifying the following points demographic socio-data, knowledge about brain death and perception about brain death. **Results:** The students report unpreparedness because they did not acquire sufficient knowledge during academic education. **Conclusion:** It is concluded that nursing students understand the concept of brain death and the importance of the nursing we care for these patients, but do not know to describe and differentiate nursing care and the parameters to be evaluated.

Descriptors: Brain Death; Nursing; Organ donation.

¹ Especialista em Enfermagem em Unidade de Terapia intensiva, Docente do curso Técnico de Enfermagem – ETGF. E-mail: liasamaramaci@hotmaill.com.

² Doutora e Mestre em Enfermagem. Especialista em Unidade de Terapia Intensiva. Enfermeira do Instituto Doutor José Frota. E-mail: lineaafio@hotmail.com

³ Doutoranda em Saúde Coletiva. Mestra em Saúde Coletiva. Especialista em Enfermagem em Unidade de Terapia Intensiva. Docente do UNIGRANDE. E-mail: anaofelia.pl@gmail.com.

⁴ Mestranda em Saúde Coletiva. E-mail: deboraabraga@gmail.com

⁵ Graduada em Enfermagem pelo Centro Universitário Fametro – UNIFAMETRO. E-mail: thelryf@gmail.com.

⁶ Graduada em Enfermagem pelo Centro Universitário da Grande Fortaleza – UNIGRANDE. E-mail: virginialsantos0@gmail.com.

1 INTRODUÇÃO

A Morte Encefálica (ME), de acordo com o Conselho Federal de Medicina é definida quando há presença de coma não perceptível, ausência de reação motora supra-espinal e presença de apnéia, resultando em lesão total e irreversível, de causa conhecida (CFM, 2017). Enfermeiros definiram em um estudo, a morte encefálica como a perda das funções cerebrais, falta de oxigênio no cérebro e morte definitiva (SILVA; NOGUEIRA; SÁ, 2016).

No Brasil, nos últimos 20 anos de vigência da Resolução nº1.480/97 do Conselho Federal de Medicina até o ano de 2017, foram detectados 100 mil diagnósticos de ME, sem qualquer ocorrência de contestação. O protocolo de diagnóstico de ME é realizado por dois médicos especialistas, não participantes da equipe de remoção e captação de órgãos e tecidos (BRASIL, 2018).

O protocolo para o diagnóstico de ME é realizado através de testes detectando Coma, ausência de reflexos Troco Encefálica e realização do teste de apneia, sem condições que possam levar ao coma, como sedativos e bloqueadores neuromusculares, hipotermia ou distúrbios metabólicos (KUMAR, 2016).

Quando diagnosticado morte encefálica, o paciente torna-se potencial doador de órgãos e tecidos (PDO), exigindo cuidados na manutenção dos órgãos em sua funcionalidade adequada, para que seja possível a captura de órgãos e tecidos a serem transplantados (LONGUINIERE *et al.*, 2016) Diante disso, a enfermagem tem uma importante função de proporcionar cuidados ao paciente com ME potencial doador de órgãos, monitorando e avaliando todos os parâmetros do paciente, com o objetivo de manter os órgãos estáveis para possível doação e prestar apoio ao familiar (PASSOS *et al.*, 2015).

O Brasil é referência internacional em transplantes, ocupando o 2º lugar. O total de transplantes realizado no Brasil em 2017 foi de 27.474, no Ceará durante o mesmo ano, foi de 1.498 (BRASIL, 2018).

No entanto, o cuidado humanizado tem sido um tabu real nos cuidados prestados aos pacientes com ME, pois apesar da morte, a família nem sempre tem conhecimento crítico para entender o que acontece a partir desse diagnóstico. A família passa por momentos confusos com regras hospitalares, limitações, desencontro de informações, lidando com a gravidade e risco de Morte, uma

variação de sentimentos confusos, porém só resta aos familiares confiar na equipe multidisciplinar para receber o apoio que necessita (TANNOUS; YASBEK; GIUGNI, 2016).

Com isso, surgiu a seguinte indagação para realização desse estudo: qual o conhecimento dos acadêmicos de enfermagem acerca dos cuidados de enfermagem ao paciente com morte encefálica? Supõe-se que os acadêmicos não possuem durante a graduação a preparação para lidar com pacientes diagnosticados com ME, em função da falta de conhecimento relacionado aos cuidados de enfermagem que requer um aperfeiçoamento dentro do meio acadêmico.

O estudo mostra-se relevante, visto que, é necessário que a equipe multidisciplinar promova cuidado individualizado e humanizado, independente do paciente com ME ser ou não potencial doador de órgão. É fundamental que os enfermeiros estejam preparados e tenham conhecimento suficiente para prestar esses cuidados aos pacientes e seus familiares, durante sua formação. Ainda há poucos estudos relacionados a ME, principalmente quando envolve o cuidado humanizado que é focado atualmente em vários temas, porém escasso na ME, o que justifica a realização desse estudo. Sendo assim, o presente estudo tem como objetivo descrever a percepção dos Acadêmicos de Enfermagem acerca dos cuidados de enfermagem aos pacientes com ME.

2 METODOLOGIA

Trata-se de um estudo descritivo de abordagem qualitativa realizado em uma Instituição de Ensino Superior, localizado em Fortaleza-CE.

A amostra totalizou 20 alunos, tendo como critério de inclusão para participação na pesquisa, ser acadêmico de enfermagem, que estivesse cursando entre o 8º e 10º semestres, principalmente, as disciplinas que são pré-requisito para estágio.

O instrumento de coleta utilizado foi entrevista semiestruturada composta por questões direcionadas aos dados sócio demográficos, conhecimento sobre ME e percepção acerca da ME. Antes de iniciar a entrevista, foi apresentado o tema e evidenciado o objetivo geral da pesquisa. A coleta dos dados foi feita no período de agosto a dezembro de 2019, em um ambiente isolado da instituição de ensino, sendo as falas dos participantes registradas por meio de um gravador de voz, a fim

de facilitar a compreensão e posterior análise pelos autores.

Após, pesquisadores realizaram as transcrições das falas. O material transscrito foi pré analisado, com intuito de detectar saturação das respostas. Segundo Fontanella e Magdaleno Júnior, a saturação é o instrumento epistemológico que determina quando as observações deixam de ser necessárias, ou seja, quando se percebe que mais nenhum novo elemento irá ampliar a investigação ou o objeto. Dessa forma, com a confirmação da saturação das respostas, encerrou-se a fase de entrevistas e, imediatamente, deu-se a análise qualitativa dos dados.

A técnica utilizada foi a análise de conteúdo de Bardin que propõe três etapas: pré-análise, exploração do material e tratamento dos resultados, inferência e a interpretação (BARDIN, 1979). Como resultado, surgiram dois eixos temáticos que incluíram o conhecimento e a percepção sobre o tema ME.

Os participantes que se submeteram a realização da pesquisa foram convidados a assinar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), de acordo com a Resolução 466/12 criado pelo Comitê de Ética em Pesquisa, que assegura a privacidade e sigilo de informações sobre identidade de todos e com o parecer nº 3.617.044, do comitê de ética do Hospital Universitário Walter Cantídio - HUWC-UFC.

3 RESULTADOS

Dos 20 estudantes de enfermagem que participaram da pesquisa, 16 eram do sexo feminino e quatro do masculino. A média de faixa etária foi de 27,5 anos. Quanto aos semestres em curso, 10 relataram estar no 10º, três no 9º e sete no 8º semestre. Em relação à ocupação laboral, seis alunos tinham trabalho remunerado e, destes, três com atuação na área da saúde.

Conhecimentos sobre morte encefálica

De acordo com as repostas dos participantes sobre o conceito formal de ME, foi identificado um entendimento básico sobre o tema, denotando necessidade de aprofundamento, quando utilizaram as seguintes definições:

"É a incapacidade do cérebro de exercer alguma função" (AE5).

"É quando o paciente não tem mais nenhuma resposta neurológica" (AE8).

"É a completa e irreversível parada de todas as funções do cérebro" (AE11).

Além disso, em se tratando da discussão de causas que levam à ME, a maioria foi enfática quanto às mais comuns para esse quadro, vistas nas seguintes respostas:

- "Os principais são acidente vascular encefálico e traumas" (AE2). "AVC isquêmico, AVC hemorrágico e traumas" (AE4).
- "Traumas no sistema nervoso central ou decorrente de complicações de doenças crônicas" (AE10).
- "AVC hemorrágico, traumas e infecções graves no cérebro" (AE20).

Quanto ao cuidado de enfermagem ao paciente com ME, para evitar possíveis complicações e manutenção dos órgãos para provável transplante, os graduandos demonstraram baixo conhecimento quanto aos protocolos clínicos, priorizando o ato de doação de órgãos e o envolvimento da família do paciente nesse processo:

- "Avaliação dos sinais vitais. Verificar com a família se é doador de órgãos, que seja regulado no banco de leitos e veja (ver) se a família autoriza a doação de órgãos" (AE2).
- "Cuidados para um provável transplante de órgão" (AE1).

No tocante aos parâmetros clínicos a serem avaliados pelos enfermeiros, os alunos consideraram como mais importante a preparação fisiológica dos pacientes, mantendo-os estáveis, bem como os critérios de compatibilidade para a doação de órgãos, como mostrado nas falas:

- "Ventilador mecânico, batimentos cardíacos" (AE1).
- "Febre, inflamações, mudança ou rebaixamento nos sinais vitais" (AE2).
- "Exames laboratoriais, vitalidade dos órgãos e compatibilidade do paciente para a doação de órgãos" (AE6).

Quando relataram sobre a relação da ME com a doação de órgãos, os acadêmicos afirmaram o valor dessa atitude que essa deve ser realizada sempre que possível:

- "Há uma relação muito próxima, pois quando a morte encefálica não é prejudicial

aos órgãos principais, sempre é perguntada pelo profissional a família se o paciente é doador de órgãos, por conta do tempo e funcionalidade dos órgãos" (AE3).

- "A morte encefálica é algo irreversível então os órgãos um determinado tempo irá também morrer, então é importante que a doação de órgãos ocorra" (AE12).

Percepção e sentimentos sobre cuidados ao paciente com morte encefália

Em apenas três disciplinas esse tema foi abordado, urgência e emergência, alta complexidade e supervisionado II da instituição referida, de acordo com o citado pelos entrevistados:

- "Urgência e emergência, alta complexidade e supervisionado II" (AE7).*
- "Alta complexidade e supervisionado II" (AE13).*

De acordo com os sentimentos despertados diante desse assunto, os alunos relataram insegurança e despreparo em lidar com o paciente com ME, além da expressa necessidade de adquirir mais conhecimento no curso de formação acadêmica, supondo limitações do mesmo, a partir do crescente interesse sobre o tema, sendo exposto nas seguintes falas:

- "Não tenho segurança e preparação" (AE9).*
- "Sinto-me preparado de acordo com o conhecimento que obtive" (AE5). "Preciso contrair mais conhecimento sobre a área" (AE19).*
- "Não tenho conhecimento suficiente" (AE18).*

Outrossim, foi expresso o sentimento de acolhimento e solidariedade com a família do paciente com ME, prestando atendimento humanizado à família, atentando às emoções e participando dos processos de avaliação e cuidado com o paciente:

- "Assim como em todos os quadros patológicos a assistência de enfermagem é de suma importância do cuidado desse paciente" (AE15).*
- "É de grande importância e o enfermeiro não pode deixar de cuidar desse paciente, pois é ele quem está junto com a família, dando total apoio nesse momento delicado e prestando os cuidados necessários" (AE16).*
- "Acolher a família, apoio emocional, observação de sinais fortes dos familiares ou alterações fisiológicas" (AE3).*

- "O enfermeiro deve ter humanização com os familiares e deve continuar a assistir o paciente como um todo, não diminuindo os seus cuidados por conta do estado que está" (AE8).

4 DISCUSSÃO

Estudos trouxeram como conceito de ME, a constatação irremediável e irreversível das lesões nervosas, significando morte clínica, legal e social (GARCIA; GARCIA; PEREIRA, 2017). Acerca deste assunto, os estudantes entendem sobre o conceito básico. As principais causas de ME são: traumatismos crânio encefálico acidente vascular encefálico e a encefalopatia anóxia pós-parada cardíaca (COSTA et al., 2017). Diante dessas, todos os acadêmicos citaram os traumas como uma das causas, sendo que, os mais frequentes são os Acidentes Vasculares Encefálicos (AVE's).

Porém entre os cuidados de enfermagem, apenas dois alunos responderam de forma correta e os parâmetros a serem avaliados, apenas três souberam desenvolver respostas concisas e poucos acadêmicos conseguiram responder entendendo a diferença entre essas perguntas. Nas falas dos participantes, é identificada a fragilidade do conhecimento.

Portanto, é função do enfermeiro comunicar à comissão intra-hospitalar de doação de órgãos e tecidos para transplantes e, ainda, assumindo o papel de prestador de assistência ao paciente, objetivando a monitorização de seus órgãos, incluindo o cuidado com as córneas, mantendo-a hidratada e as pálpebras permanecendo fechadas, no geral avaliar as funções dos órgãos que serão transplantados e dispor de informações sobre o paciente para a família (GOMES et al., 2018).

Dentre os parâmetros a serem avaliados está: frequência cardíaca, pressão arterial média, pressão venosa central, temperatura corporal, saturação de oxigênio, ph arterial, glicemia, sódio, potássio, cálcio e a permanência na escala de coma de Glasgow (COSTA et al., 2017). A maioria dos estudantes repetiu a resposta dos cuidados de enfermagem, dentro dos aspectos a serem avaliados, pois este último está relacionado a cuidados mais específico e, consequentemente, está inserido dentre os cuidados gerais de enfermagem.

Relacionando a ME com a doação de órgão, uma pequena parte respondeu que não sabia, porém, os demais mostraram dificuldade em associar esta relação. Entretanto, pessoas com diagnóstico de ME podem se tornar potenciais doadores de órgãos. De um único doador, são frequentemente retirados rins, pulmões, córnea, coração, fígado, vasos, intestino, pâncreas, pele, ossos e tendões. Para que a captação desses órgãos aconteça, é necessário que seja realizado no período de seis horas pós-morte (PASSOS *et al.*, 2015).

Apesar de, durante a graduação, os acadêmicos de enfermagem não disporem de disciplinas com foco nesta temática, mesmo após formados e atuando em serviços de urgência e emergência, alguns profissionais não se sentem preparados para lidar este tipo de situação, o assunto ainda permanece a ser pouco discutido (MAGALHÃES *et al.*, 2018).

Diante disso, os alunos relataram não se sentirem preparados para lidar diretamente com os cuidados ao paciente com ME, sendo o psicológico e o pouco conhecimento técnico- científico os mais citados nas entrevistas.

Logo, um dos entraves para o cuidado a esses pacientes, é a falta de capacitação dos profissionais, além do obstáculo psicológico e emocional na qual não estão treinados para lidar com esse tipo de situação (BRASIL, 2019). No entanto foi exposto, por alguns, segurança sobre o conhecimento adquirido, porém, experiência prática insuficiente.

A humanização do cuidado pelos profissionais enfermeiros é essencial para a conquista da confiança dos familiares, permitindo que a doação de órgãos seja mais ágil e facilitada (MORAES *et al.*, 2014). Então, a importância dos cuidados de enfermagem a pacientes com esse perfil, possui relevância significativa.

Diante de todo o processo para o diagnóstico de ME, deve ser levada em consideração a forma como o familiar se encontra para receber as informações, proporcionando o acolhimento e promovendo uma escuta qualificada (KNIHS *et al.*, 2015). A importância de entender um pouco sobre algumas religiões, culturas e ideologias praticadas pelos familiares pode facilitar para os enfermeiros uma abordagem diferenciada, com relação tanto na explicação do processo de diagnóstico de ME, como na preparação para doação de órgãos (SILVA *et al.*, 2018).

5 CONCLUSÃO

Conclui-se que os acadêmicos de enfermagem possuem algum entendimento sobre o conceito de ME e sobre a importância do enfermeiro nos cuidados a esses pacientes, porém não conseguem descrever e/ou diferenciar os cuidados de enfermagem e os parâmetros a serem avaliados para posterior procedimento de doação de órgãos.

Diante disso, surge a preocupação quanto ao desempenho desse futuro profissional enfermeiro frente à necessidade de lidar com esses processos que incluem, além de conhecimentos técnicos, científicos e jurídicos para manejo satisfatório dos protocolos do cuidado a esses pacientes, também fatores emocionais, inclusive em ter que lidar com demandas sentimentais e subjetivas dos familiares do paciente.

Assim, durante a formação acadêmica, os alunos precisam formular novos critérios de aprendizagem sobre o assunto e praticá-los, tendo que ser reavaliado o plano de ensino acadêmico, principalmente de disciplinas que abrangem o tema em modalidade teórico-prática, implementando os estágios curriculares nas disciplinas de urgência e emergência que incluem assistência de alta complexidade.

REFERÊNCIAS

BARDIN, Laurence. Análise de conteúdo. Lisboa: Edições 70; 1979.

BRASIL. Doação de Órgãos: Transplantes, lista de espera e como ser um doador, 2018. Disponível em: <<http://portalsms.saude.gov.br/saude-de-a-z/doacao-de-orgaos>>. Acesso em 20 jun. 2020.

BRASIL. Doação de órgãos e tecidos 2019. Disponível em :<<http://www.abto.org.br/abtov03/default.aspx?mn=541&c=989&s=0&friendly=doacao-de-orgaos-e-tecidos>>. Acesso em 20 jun. 2020.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. CFM atualiza critérios de diagnóstico de Morte Encefálica. 2017. Disponível em: <https://portal.cfm.org.br/index.php?option=com_content&view=article&id=27329:2017-12-11-27-28&catid=3>. Acesso em: 20 jun. 2020.

COSTA, Israel Ferreira da et al. Fragilidades na atenção ao potencial doador de órgãos: percepção de enfermeiros. **Revista Bioética**, v. 25, n. 1, p. 130-137, 2017.

SILVA, Thyéli Rodrigues Brelaz; NOGUEIRA, Maicon de Araujo; SÁ, Antônia

Margareth Moita. Knowledge of the nursing team about care with the potential donor in encephalic death/Conhecimento da equipe de enfermagem acerca dos cuidados com o potencial doador em morte encefálica/Conocimiento de la equipo de enfermería.. **Revista de Enfermagem da UFPI**, v. 5, n. 4, p. 24-30, 2016.

FONTANELLA, Bruno José Barcellos; MAGDALENO JÚNIOR, Ronis. Saturação teórica em pesquisas qualitativas: contribuições psicanalíticas. **Psicologia em estudo**, v. 17, n. 1, p. 63-71, 2012.

GARCIA, Clotilde Druck; GARCIA, Valter Duro; PEREIRA, Japão Dröse. Manual de doação e transplantes: informações práticas sobre todas as etapas do processo de doação de órgãos e transplantes- Porto Alegre: Libretos, 2017.

GOMES, Cecília Natielly da Silva et al. Perspectiva da enfermagem no processo de doação de órgãos e tecidos: relato de experiência. **Rev. enferm. UFPI**, p. 71-74, 2018.

KUMAR, Lakshmi. Brain death and care of the organ donor. **Journal of Anaesthesiology, Clinical Pharmacology**, v. 32, n. 2, p. 146, 2016.

DE LA LONGUINIERE, Agnes Claudine Fontes et al. Conhecimento de enfermeiros intensivistas acerca do processo de diagnóstico da morte encefálica. **Rev Rene**, v. 17, n. 5, p. 691-698, 2016.

MAGALHÃES, Aline Lima Pestana et al. Significados do cuidado de enfermagem ao paciente em morte encefálica potencial doador. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, v. 39, 2018.

MORAES, Edvaldo Leal de et al. Vivência de enfermeiros no processo de doação de órgãos e tecidos para transplante. **Revista latino-americana de enfermagem**, v. 22, n. 2, p. 226-233, 2014.

PASSOS, Silvia Silva Santos et al. O acolhimento no cuidado à família numa unidade de terapia intensiva. **Revista Enfermagem UERJ**, v. 23, n. 3, p. 368-374, 2015.

SILVA, Francisca Aline Amaral et al. Brain death and organ maintenance: knowledge of intensive care professionals. **Revista de Enfermagem UFPE**, v. 12, n. 1, p. 51-58, 2018.

TANNOUS, Luana Alves; YASBEK, Vera Maria de Cássia; GIUGNI, Juliana Ribeiro. Manual para notificação, diagnóstico de morte encefálica e manutenção do potencial doador de órgãos e tecidos- Curitiba: SESA/SGS/CET. 2^oed. 2016. PARANÁ-Secretaria do Estado da Saúde do Paraná, 2016.

DOI: 10.36926/editorainovar-978-65-86212-49-5-2

CUIDADOS DE ENFERMAGEM E A PERCEPÇÃO DOS PACIENTES QUE VIVENCIAM HEMODIALÍSE: REVISÃO INTEGRATIVA

NURSING CARE AND APPERCEPTION OF THE PATIENTS WHO EXPERIENCE THIS PRACTICE IN HEMODIALÍSE: INTEGRATIVE REVIEW

Thalita Prado Clemente Nantes¹Ana Carine Goersch Silva²Claudia Maria Marinho de A.Franco³Gleison Resende Sousa⁴Werbson Batista Lima⁵

RESUMO

O presente estudo teve como objetivo compreender as estratégias encontradas na literatura para tornar o cuidado de enfermagem ao paciente em diálise renal mais humanizado. Trata-se de uma revisão integrativa de literatura, onde a coleta de dados aconteceu no período de março/maio de 2018. A amostra da revisão integrativa foi composta de 10 estudos, sendo os anos de 2010 e 2018 com maior número de publicações (três estudos em 2010 e dois estudos em 2018). Na análise dos resultados, foi evidenciado que todas as publicações incluídas na presente pesquisa, ocorreram no Brasil, nos últimos 8 anos, fato que mostra, provavelmente, o quanto a assistência de enfermagem na área nefrológica é importante. Conclui-se então conhecimento científico sobre os cuidados de enfermagem pelos profissionais de enfermagem é algo imprescindível, necessitando de constante aprimoramento com o objetivo de realizar assistência condizente com a complexidade da situação dos pacientes em diálise renal.

Palavras-chave: Cuidados enfermagem. Dialise renal. Humanização da assistência.

ABSTRACT

The present study aimed to understand the strategies found in the literature to make nursing care to the patient in renal dialysis more humanized. It is an integrative review of literature where data collection took place in the period from March to May 2018. The sample of the integrative revision was composed of 10 studies, the years of 2010 and 2018 years with the highest number of publications (Three Studies in 2010 and two studies in 2018). In the analysis of the results, it was evidenced that all the publications included in this research, occurred in Brazil, in the last 8 years, fact that shows, probably, how much nursing assistance in the home area is important. Scientific knowledge on nursing care by nursing professionals is therefore concluded, requiring constant improvement with the objective of performing assistance with the complexity of patients in renal dialysis.

Keywords: Nursing care. Renal dialysis. Humanization of assistance.

¹ Thalita Prado Clemente Nantes, Especialista Nefrologia enfermagem (UNICHRISTUS).

E-mail: thalitaprado-@hotmail.com

² Ana Carine Goersch Silva, Especialista Nefrologia Multidisciplinar (UEMA).

E-mail: carinegoersch@hotmail.com

³ Claudia Maria Marinho de A.Franco, Mestrado em tecnologia e inovação em enfermagem (UNIFOR)
E-mail: marinhoclaudia@yahoo.com.br

⁴ Gleison Resende Sousa, Mestrado em tecnologia e inovação em enfermagem (UNIFOR).
E-mail: gleisonrs@hotmail.com.

⁵ Werbson Batista Lima especialista nefrologia enfermagem (UNICHRISTUS).
E-mail: werbsonbl@hotmail.com.br

1 INTRODUÇÃO

A IRC ocorre quando a perda da capacidade dos rins de desempenhar suas funções se torna irreversível, e deste modo como qualquer doença crônica envolve, muitas vezes, dificuldades para os clientes quanto à adesão ao tratamento, mudanças no estilo de vida, adaptação no contexto familiar e social e, necessidade de hospitalização, acredita-se que o enfermeiro possui um papel essencial, como membro da equipe de saúde, no cuidado necessário à manutenção da saúde do mesmo. Para tanto, é importante o conhecimento científico sobre a assistência de enfermagem ao cliente com doença renal crônica, mas, tão essencial quanto às ferramentas práticas da assistência do enfermeiro está o cuidado humanizado ao cliente (CAVALHEIRO, 2010).

Dessa forma, a doença renal crônica (DRC) consiste em lesão renal e perda progressiva e irreversível da função dos rins (glomerular, tubular e endócrina). Entre as etiologias mais prevalentes de DRC estão diabetes mellitus, hipertensão arterial sistêmica, doença policística renal de caráter hereditário e glomerulopatias de causa imune. A DRC pode ser classificada em estágios que variam de acordo com a taxa de filtração glomerular (estimada através da mensuração do Clearance urinário de creatinina) (ALMEIDA, 2018).

Para tanto, de acordo com o Relatório do Censo Brasileiro de Diálise Crônica, em julho de 2012, o número de pacientes em diálise no país foi de 97.586, as taxas de prevalência e de incidência de doença renal crônica em tratamento dialítico foram de 503 e 177 pacientes por milhão da população e a taxa anual de mortalidade bruta foi de 18,8%. Dos pacientes prevalentes, 91,6% estavam em hemodiálise e 8,4% em diálise peritoneal, (31,2%) estavam em fila de espera para transplante e 31,9% tinham idade maior de 65 anos. Estes dados incentivam a necessidade de reflexão desta modalidade de atendimento, principalmente para os idosos (QUINTANA, 2014).

Neste sentido, Costa et al., (2015) afirma que, o tratamento da DRC deve incluir terapia específica, avaliação e cuidados das condições de comorbidades, prevenção e tratamento das complicações decorrentes da função renal diminuída.

Quando o tratamento conservador não é mais suficiente e há presença de sinais e sintomas urêmicos, como desorientação, redução do nível de consciência, náuseas, vômitos, além de outras complicações potencialmente fatais, como por

exemplo, hiperpotassemia, o tratamento indicado é a terapia de substituição renal. Dentre essas, destaca-se a hemodiálise, que pode ser utilizada tanto para o tratamento da doença renal crônica quanto da forma aguda.

Por conseguinte, a hemodiálise (HD) é uma modalidade de diálise através da qual o sangue do paciente é submetido a uma circulação extracorpórea para que seja filtrado através de uma membrana semipermeável, removendo, com isso, o excesso de líquidos, produtos do metabolismo, como por exemplo: ureia, creatinina, além de eletrólitos. Durante este procedimento, podem ocorrer intercorrências ou complicações que requeiram hospitalização para possível compensação do quadro clínico (COSTA, 2015).

Segundo Quintana et al.(2014), o cuidar em hemodiálise vai além de domínio e detécnicas, envolve a necessidade de trabalhar a partir danoção de integralidade, com uma visão macro da vida eda saúde reconhecendo o caráter interdisciplinar dessecuidado e a importância do trabalho em rede.

Envolve também a importância de compreender a complexidadeda realidade do paciente que vive com a doença crônica ecom o tratamento dialítico, e de buscar meios quepossibilitem ampliar o conhecimento sobre o cuidado deenfermagem ao paciente em hemodiálise, entendendo-o como ação complexa. Para tanto é imprescindível que o enfermeiro esteja preparado para avaliar as condiçõesfísicas, emocionais e cognitivas dopaciente a fim de elaborar um plano de cuidados queoportunize enfrentamento satisfatório da doença e dotratamento.

Ao enfermeiro, exclusivamente, compete a utilização do processo de enfermagem, com o objetivo de aprimorar sua qualidade de trabalho e consequentemente melhorar sua assistência, uma vez que esse instrumento permite a identificação das necessidades de saúde do indivíduo que precisam de intervenção (TAKEMOTO, 2011).

Santos et al., (2018), alega que alguns autores afirmam que os pacientes desejam que ofoco central do cuidado de enfermagem seja a pessoa doente e sua humanidade, aliado à competência técnica para a execuçaosegura das atividades. Portanto, o cuidado de enfermagemdeve aliar à competência interpessoal e à técnica, demodo a evidenciar não apenas a realização de um procedimentotécnico, mas que atenda também a subjetividade quepermeia os aspectos que levam ao adoecimento.

Considerando-se que o apoio social tem sido um fator que facilita o enfrentamento da doença e recuperação do paciente renal, sugere-se a inclusão da avaliação do apoio social no planejamento da assistência.

A avaliação desse apoio poderá contribuir para a detecção daqueles indivíduos que terão maiores dificuldades para se reabilitar, uma vez que pouca, ou nenhuma ajuda, poderá refletir em sentimentos de incapacidade para mudar e manter comportamentos favoráveis à saúde (SILVA, 2016).

Para tanto, acredita-se ser necessário atuar de modo mais próximo a estes pacientes; conhecer suas percepções frente às limitações enfrentadas e ao tratamento dialítico; descobrir os possíveis comprometimentos decorrentes destas situações, bem como as adaptações necessárias em suas vidas para a concretização do tratamento (SILVA, 2011).

Neste sentido, o conhecimento das principais complicações e a identificação das intervenções de enfermagem durante as sessões de HD é fundamental para assistência de enfermagem de qualidade, de forma segura e pautada não somente na diminuição dos sintomas urêmicos, mas na redução de complicações e risco de mortalidade (COSTA, 2015).

Nesse contexto, o presente estudo teve como objetivo compreender as estratégias encontradas na literatura para tornar o cuidado de enfermagem ao paciente em dialise renal mais humanizado.

2 MÉTODOS

Trata-se de uma revisão integrativa de literatura, que tem como finalidade reunir e resumir o conhecimento científico já produzido sobre o tema pesquisado, ou seja, possibilita buscar, avaliar e sintetizar as evidências disponíveis para contribuir com o desenvolvimento do conhecimento na temática (MENDES; SILVEIRA; GALVÃO, 2008).

Para a elaboração da questão norteadora da pesquisa da revisão integrativa de literatura, utilizou-se a estratégia PICO (acrônimo para patient, intervention, comparison, outcomes). O uso dessa estratégia para formular a questão de pesquisa na condução de métodos de revisão possibilita a identificação de palavras-chave, que são: cuidados de enfermagem; diálise renal; humanização da assistência. As quais auxiliam na localização de estudos primários relevantes nas bases de dados.

Assim, a questão norteadora da seguinte pesquisa foi: "Quais as estratégias encontradas na literatura para tornar o cuidado de enfermagem ao paciente em dialise renal mais humanizado? "Nela, o primeiro elemento da estratégia (P) consiste no paciente em dialise renal; o segundo (I), as estratégias; e o quarto elemento (O) tornar o cuidado de enfermagem a esse paciente mais humanizado. Ressalta-se que, dependendo do método de revisão, não se usa todos os elementos de tal estratégia. Nesta revisão integrativa de literatura, o terceiro elemento (C), não foi utilizado.

A coleta de dados aconteceu no período de março a maio de 2018. A presente pesquisa foi construída a partir de pesquisa nas bases de dados: Scielo; Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS); EBSCO; Medline; BDENF e CAPES. Utilizando os descritores citados acima.

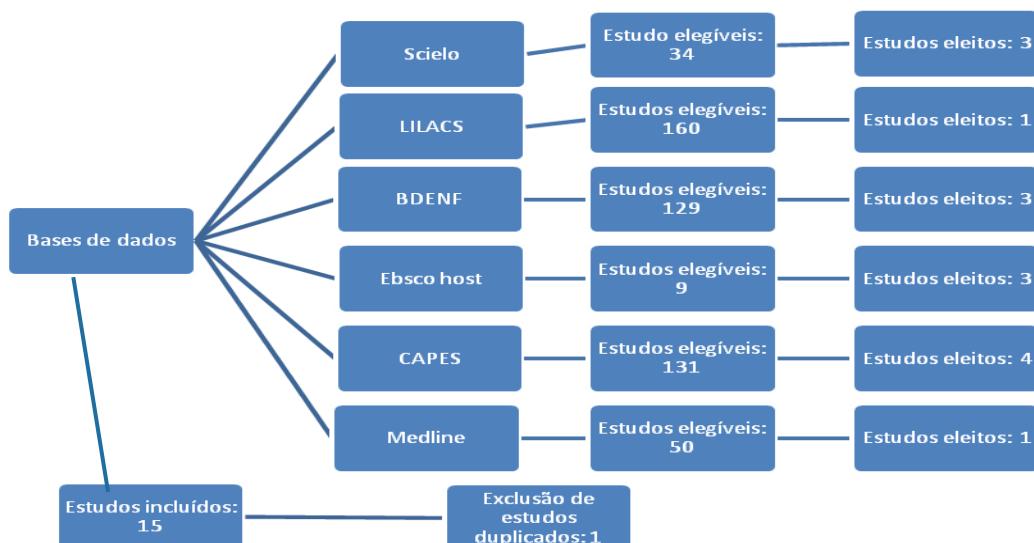
O processo de seleção dos estudos foi executado por meio da leitura minuciosa de títulos e resumos, de modo que foram para a seleção final os estudos que atendiam aos critérios de inclusão supracitados. Foi realizada análise de forma crítica e detalhada, fazendo comparação com a literatura pertinente à temática e aplicação de instrumento para a síntese dos artigos.

Para seleção dos artigos adotou-se os seguintes critérios de inclusão: publicação no período de 2010 a 2018, estar em língua portuguesa, disponível na íntegra nas referidas bases de dados e abordar temas relacionados aos descritores. Tendo como os critérios de exclusão, as publicações que não tinham como foco o cuidado de enfermagem ao paciente em dialise, publicações repetidas, que estavam fora do período estipulado, estar disponível em outras línguas que não fosse a portuguesa, não estar disponíveis na íntegra para pesquisa.

Ao realizar a pesquisa nas bases de dados acolhidos foram encontradas 513 publicações relacionadas aos descritores utilizados.

Na primeira análise, após a leitura do título e resumo dos estudos primários foram selecionados 15 artigos, e os que não indicavam nenhuma estratégia/intervenção relacionadas à temática foram excluídos ($n=5$). Por fim, apenas 10 se adequaram aos critérios de inclusão.

Figura 1: Fluxo de seleção dos estudos incluídos na revisão integrativa de literatura, de acordo com as bases de dados, 2018.



Fonte: Autoria Própria (2019).

Na análise dos resultados foi utilizado um quadro sinótico que contempla os seguintes aspectos: títulos, autores, ano de publicação, bases de dados e objetivo do trabalho. A apresentação das discussões dos dados obtidos, foram feitas de forma descriptiva, possibilitando ao leitor a avaliação da aplicabilidade da revisão integrativa elaborada a fim de atingir o objetivo proposto.

3 RESULTADOS

A amostra da revisão integrativa foi composta de 10 estudos, sendo os anos de 2010, 2011 e 2018 os anos com maior número de publicações (dois estudos em 2010, dois estudos em 2011 e dois estudos em 2018). Em relação ao idioma, todos foram publicados em português. Em 8 artigos os autores são enfermeiros e dois artigos foram desenvolvidos por médicos, fisioterapeutas e enfermeiros.

Quanto ao método adotado nos estudos, seis (60%) evidências obtidas de ensaios clínicos bem delineados sem randomização (nível de evidência 3); e quatro (40%), evidências originárias de revisão sistemática de estudos descritivos e

qualitativos(nível de evidência 5).As investigações incluídas foram conduzidas predominantemente com pacientes em tratamento de diálise renal (hemodiálise) (100%).

No Quadros 1, seguem as principais informações extraídas dos estudos incluídos na presente pesquisa.

Quadro 1: Síntese dos estudos primários incluídos na revisão integrativa de literatura, 2019.

	Autor / Ano	Base de dados	Título do artigo	NE	Objetivo do estudo
1	Felipe Kaezer dos Santos; Antonio Marcos Tosoli Gomes; Ricardo de Mattos Russo Rafael; Frances Valéria Costa e Silva; Sérgio Corrêa Marques; Lidiane Passos Cunha / 2018.	BDENF	A satisfação dos pacientes com o cuidado de enfermagem na hemodiálise	3	Conhecer a satisfação dos pacientes da hemodiálise com relação aos cuidados de enfermagem por parte dos enfermeiros.
2	Alessandra Silva da Silva; Rosemary Silva da Silveira; Geani Farias Machado Fernandes; Valéria Lerch Lunardi; Vânia Marli Schubert Backes / 2011.	LILACS	Percepções e mudanças na qualidade de vida de pacientes submetidos à hemodiálise.	3	Conhecer as percepções dos pacientes com insuficiência renal crônica acerca das mudanças ocorridas em sua rotina de vida decorrentes do tratamento de hemodiálise, identificando os elementos que influenciam a sua qualidade de vida.
3	Julia de Moura Quintana; Karina Silveira de Almeida Hammerschmidt; Silvana Sidney Costa Santos / 2014.	EBSCO	Percepções de idosos que vivenciam o cuidado de enfermagem durante a hemodiálise.	3	Identificar percepções de idosos sobre o cuidado de enfermagem em hemodiálise.
4	João Flávio Rocha de Almeida; Keylalane Donato Brito Costa; Marcelo Freire Ruas / 2018.	EBSCO	Qualidade de vida dos pacientes hemodialíticos com doença renal crônica no hospital do rim em Guanambi- bahia.	3	Avaliar a qualidade de vida dos pacientes que realizam hemodiálise no Hospital do Rim em Guanambi- Bahia.

5	Simone Márcia da Silva; Natalia Fernanda Braido; Ana Carolina Ottaviani; Gabriela Dutra Gesualdo; Marisa Silvana Zazzetta; Fabiana S.Orlandi / 2016.	SCIELO	Suporte social de adultos e idosos renais crônicos em hemodiálise	3	Avaliar o suporte social instrumental e emocional de pacientes renais crônicos em tratamento hemodialítico.
6	Romanniny Hévillyn Silva Costa; Anna Lívia de Medeiros Dantas; Érida Maria Diniz Leite; Ana Luisa Brandão de Carvalho Lira; Allyne Fortes Vitor; Richardson Augusto Rosendo da Silva / 2015.	CAPES	Complicações em pacientes renais durante sessões hemodialíticas e intervenções de enfermagem.	5	Sintetizar o conhecimento produzido na literatura, principais complicações clínicas durante as sessões de hemodiálise e descrever as intervenções de enferm.conforme a NIC.
7	Angelina Monteiro Furtado; Viviane Peixoto dos Santos Pennaforti; Lúcia de Fátima da Silval; Lia Carneiro Silveiral; Maria Célia de Freitas; Maria Veraci Oliveira Queiroz / 2010.	MEDLINE	Cuidar permanência: enfermagem 24 horas, nossa maneira de cuidar.	5	Delinear novas maneiras de cuidar na enfermagem dialítica, tecendo um sistema de cuidados dispensados ao paciente renal crônico.
8	Carolina Gusmão Cavalheiro; Claudia Regina Cardoso Almeida; Talita do Nascimento da Silva; Verônica Caé da Silva; Aline Ramos de Carvalho Pinto / 2010.	CAPES	A humanização no cuidado de enfermagem ao cliente portador de Insuficiência Renal Crônica	5	Identificar os aspectos da humanização presentes no cuidado de enfermagem ao cliente portador de Insuficiência Renal Crônica, em uma clínica especializada em nefrologia, situada no município de Duque de Caxias/Rio de Janeiro.
9	Angélica Yukari Takemoto; Patrícia Okubo, João Bedendo, Lígia Carreira / 2011.	CAPES	Avaliação da qualidade de vida em idosos submetidos ao tratamento hemodialítico.	3	Avaliar a qualidade de vida dos idosos com insuficiência renal crônica, submetidos ao tratamento de hemodiálise.
10	Karina Dal Sasso Mendes; Renata Cristina de Campos Pereira Silveira; Cristina Maria Galvão / 2008.	SCIELO	Revisão integrativa: método de pesquisa para a incorporação de evidências na saúde e na enfermagem	5	Apresentar os conceitos gerais e as etapas para a revisão integrativa, bem como aspectos relevantes sobre a aplicabilidade deste método para a pesquisa na saúde e enfermagem.

Fonte: Autoria Própria (2019)

4 DISCUSSÃO

Na análise dos resultados, foi evidenciado que todas as publicações incluídas na presente pesquisa, ocorreram no Brasil, nos últimos 8 anos, fato que mostra, provavelmente, o quanto a assistência de enfermagem na área nefrológica é importante, em virtude de o enfermeiro estar mais próximo do paciente, e ser ele que lida com toda a questão emocional que aquela pessoa possa apresentar. Desta forma Costa et al.,(2015)afirma, que as pesquisas envolvendo enfermagem em nefrologia vêm ganhando um maior destaque no campo científico brasileiro, estando isso, possivelmente, relacionado ao aumento, na área, dos cursos de especialização, de eventos científicos e de grupos de pesquisas.

Tendo em vista que a atuação na saúde deve ser baseada em evidências científicas, conhecer essas implicações favorece o desenvolvimento de estratégias pelos profissionais de saúde para a melhoria na vida desses pacientes. Sendo portanto, importante a realização de estudos nesse âmbito que relate a qualidade de vida as terapêuticas utilizadas atualmente no tratamento da doença renal crônica (ALMEIDA, 2018).

Sabe-se ainda que, conhecimentos adquiridos através de pesquisas baseadas em evidências científicas são de extrema relevância. O estudo possui fundamento e clareza no seu desenvolvimento fato este que, contribui de forma significativa para a compreensão e possivelmente execução do que foi explanado.

Dessa forma Quintana et al.,(2014)afirma que a relação entre os eixos temáticos Tratamento em Hemodiálise e Cuidado de enfermagem em hemodiálise, apresenta-se como o cuidado de enfermagem ideal percebido pelos pacientes. O cuidado prejudicial é percebido como aquele que permeia amecanicidade das ações, tratamento impersonal e descompromissado, falta de empatia e conhecimento científico insuficiente. Esses fatores contribuem para a falta de confiança dos pacientes em relação aos profissionais, falta de segurança em realizar o tratamento, desvalorização da individualidade e consequente sentimento de vulnerabilidade frente à condição de realizar hemodiálise. A mecanicidade do cuidado é compreendida como a realização de procedimentos sem interação entre profissional e paciente.

Para tanto, retrata a ação automatizada que permeia ao cuidado de forma involuntária e mecânica sem a busca mais intensa do seu conhecimento.

O profissional deve estar se auto fiscalizando, para não exercer o seu cuidado de forma automática e para que aquela rotina não se torne algo exaustivo e repetitivo tanto para o profissional quanto para o paciente.

Após a descoberta do diagnóstico de IRC, os pacientes passam por um processo de rejeição/aceitação frente à necessidade do tratamento dialítico, podendo apresentar diferentes reações e modos de agir durante o processo de enfrentamento (SILVA, 2011).

De fato, a primeira impressão do paciente diante do tratamento dialítico tem grande impacto sobre o decorrer do processo de adaptação. Episódio este, que irá marcar a nova fase da vida desse cliente sua conjuntura emocional, social e familiar passara por modificações bruscas o que pode ocasionar sentimentos desmotivadores.

Furtado et al.,(2010) mostra que o cuidado de enfermagem pode ser delineado entre aspectos, subjetivos e objetivos do ser humano, e denomina essa maneira de cuidar como, cuidar permanência. Cuidar da permanência se inicia no momento que o paciente recebe o diagnóstico, e se prolonga ao longo de todo o processo dialítico, por meio de condutas de aproximação,consideração e compreensão da existência do outro. Essa forma de cuidar é dividida em 7 maneiras obedecendo à dinâmica regida pelo cotidiano da terapia dialítica.

Dessa forma Furtado et al.,(2010)descreve as etapas como: o primeiro cuidado, que é o cuidado admissional, onde deve existir acolhimento, comunicação e escuta por parte do enfermeiro, por se tratar de um paciente que está ansioso por enfrentar algo novo. O segundo cuidado é onde o vínculo paciente-enfermeiro vai começar a existir, é uma continuação do primeiro cuidado, aqui é onde o profissional de enfermagem necessita entender o significado subjetivo a partir das palavras que o outro fala. O terceiro cuidado é o “Cuidar dos Líquidos Corporais”, líquidos que entram e que saem do corpo.É onde o paciente se depara com a tecnologia que o cerca, permeada por maquinários e ações técnicas repetitivas, nesse momento ele precisa enfrentá-la.

A objetividade da técnica de enfermagem nas situações descritas deve estar sobreposta na finalidade a que as mesmas se prestam, ou seja,na necessidade subjetiva de cuidado daquele paciente. O quarto cuidado é quando o paciente já está integrado ao contexto de seu tratamento, ele necessita de apoio para

desenvolver o seuautocuidado por meio da adesão à terapêutica.

O quinto cuidado é quando será realizada uma análise do processo de cuidar do paciente diante dos resultados apresentados, cujo retorno será permeado pela interação entre enfermeiro e paciente.

Ou seja, juntos, profissional e paciente,estão conseguindo sucesso na terapêutica dialítica? Quais asdeficiências e possibilidades encontradas? O sexto cuidado envolve a rotina do tratamento dialítico, que cansa, isola, causaansiedade, desestimula, transforma o corpo e a mente. Aqui o paciente necessita do apoio e compreensão da equipe. O sétimo cuidado envolve o resgate da autonomia visando à cidadania e à proteção dos direitos, envolve a participação ativa do paciente e de seus familiares em busca de seus valores, autoestima e reinserçõesocial.

É perceptível que o cuidado ao paciente renal crônico ocorre desde a entrada do mesmo a clínica ou local onde será realizado seu tratamento dialítico, até a sua saída para viver seus momentos rotineiros. Logo, existe uma amplitude de cuidados e intervenções associados para que essa trajetória seja alcançada de maneira confortável e agradável á todos envolvidos, sejam eles, pacientes, familiares ou profissionais que estão compreendidos a esse cuidado.

Acredita-se que a avaliação do suporte social de pacientes com doença renal crônica, submetidos ao tratamento hemodialítico, poderá servir de subsídio para que os profissionais da saúde, principalmente os enfermeiros, assistentes sociais e psicólogos, possam melhorar o seguimento ambulatorial desses indivíduos, com uma eficiente adesão ao tratamento, levando a resultados clínicos consideráveis e, consequentemente, a melhor qualidade de vida.

É importante ressaltar que inexistem estudos quantitativos que propõem avaliar o suporte social emocional e instrumental de pacientes com doença renal crônica em hemodiálise (SILVA, 2016).

A reinserção social, o apoio emocional e psicológico são alguns eixos que também compõe o possível sucesso do tratamento dialítico do paciente. Já que os mesmos estão diretamente ligados a satisfação do paciente sobre sua vida, sobre sua rotina e sobre a terapia. Ou seja, o paciente que está bem mentalmente e que consegue enxergar a terapêutica com um olhar menos doloroso e pesado, possivelmente este, não se negara ao procedimento, será mais assíduo, consequentemente terá resultados positivos.

Ao profissional de enfermagem é essencial um olhar ampliado de seus clientes contemplando aspectos tanto do domínio físico, como psicológico, social e meio-ambiente para a compreensão das reais necessidades de cuidado desses indivíduos.

Trata-se de um alicerce para manter uma boa saúde, a readequação das ações terapêuticas a partir da compreensão da vida habitual do paciente com DRC. Assim, pesquisas voltadas à avaliação de qualidade de vida são relevantes, uma vez que instrumentalizam a prática diária do cuidado (TAKEMOTO, 2011).

Acreditamos que, o que mais reflete o nosso cuidar é a forma como os clientes perceberam a atuação da equipe de enfermagem, quando expressam que fora realizada de forma sensível ao seu sofrimento.

Apesar das dificuldades que o enfermeiro encontra para prestar a assistência adequada ao cliente, o profissional não deve esquecer a sua essência que é o cuidar, independente da falta de recursos e pessoal, mostrando-se humano no cuidado (CAVALHEIRO, 2010).

O profissional deve se trabalhar todos os dias para que não perca o entusiasmo de torna-se mais humanizado. É um alicerce para a boa convivência no ambiente, além disso, fortalece o vínculo profissional e paciente.

É importante destacar que cada pessoa tem suas particularidades no que se fala, tanto do profissional, quanto do paciente e por isso o resgate do cuidado ao próximo deve ser relembrado de forma repetitiva para que ocorra possíveis adaptações a cada episódio vivenciado.

Diante destes achados, torna-se possível aos enfermeiros refletir sobre suas práxis do cuidado aos pacientes da HD, de forma a implementar mudanças construtivas para melhoria da qualidade da assistência (SANTOS, 2018).

A enfermagem deve buscar qualificações frequentemente pois, sabe-se dos desafios diários diante a população em questão. Os conhecimentos necessários, as mudanças e as adaptações devem ser construídas todos os dias a ponto de tornar-se o cuidado a esse paciente o mais integral possível, e que eles tenham como visão um profissional de enfermagem capacitado ao cuidado e humanizado.

Sendo assim, a relevância da presente pesquisa consiste na síntese dos estudos que apontam estratégias viáveis para tornar o profissional enfermeiro mais próximo do paciente, tornando o cuidado de enfermagem mais humanizado. Dessa

forma, gerando evidências para apontar caminhos factíveis na prática.

5 CONCLUSÃO

Conclui-se, então, que o conhecimento científico sobre os cuidados de enfermagem pelos profissionais de enfermagem é algo imprescindível, necessitando de constante aprimoramento com o objetivo de realizar assistência condizente com a complexidade da situação dos pacientes em diálise renal.

A implementação de intervenções necessárias, seguras e efetivas para tornar o vínculo paciente-profissional mais forte, deve ser realizada pelos profissionais de enfermagem com base em avaliação criteriosa e individualizada de cada paciente. A necessidade de um cuidador resolutivo com conhecimento científico adequado, comunicação, atenção e apoio dos profissionais a fim de gerar confiança aos pacientes, tendo uma comunicação ativa para intervenções eficazes, aumento da autonomia, suprimento das necessidades e conforto frente à situação.

Dessa forma, a enfermagem possui papel significativo no que se refere à detecção e valorização das particularidades de cada paciente, pois estes vivenciam a realidade da hemodiálise. Percebe-se assim, a importância da relação existente entre o cuidado de enfermagem humanizado e o paciente em hemodiálise.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA, João Flávio Rocha de; COSTA, Keyla Iane Donato Brito; RUAS, Marcelo Freire. Qualidade de vida dos pacientes hemodialíticos com doença renal crônica no hospital do rim em Guanambi-Bahia. **Revista Inspirar**, São Paulo, v. 15, n. 1, p.6-10, mar., 2018.

CAVALHEIRO Carolina Gusmão et al. A humanização no cuidado de enfermagem ao cliente portador de Insuficiência Renal crônica. **Revista de Pesquisa: Cuidado é Fundamental Online**, Rio de Janeiro, v. 2, n. Ed Supl, p. 361-364, 2010.

COSTA, Romanniny Hévillyn Silva et al. Complications in renal patients during hemodialysis sessions and nursing interventions. **Revista de Pesquisa: Cuidado é Fundamental Online**, Rio de Janeiro v. 7, n. 1, p.2137-2146, 1 jan. 2015.

FURTADO, Angelina Monteiro et al. Cuidar permanência: enfermagem 24 horas, nossa maneira de cuidar. **REBEn**, Brasília, v. 6, n. 63, p.1071-1076, dez. 2010.

MENDES, Karina Dal Sasso; SILVEIRA Renata Cristina de Campos Pereira; GALVÃO Cristina Maria. Revisão integrativa: método de pesquisa para a

incorporação de evidências na saúde e na enfermagem. **Texto Contexto Enferm**, São Paulo, v. 17, n. 4, p.758-64, out., 2008.

QUINTANA, Julia de Moura; HAMMERSCHMIDT, Karina Silveira de Almeida; SANTOS, Silvana Sidney Costa. Percepções de idosos que vivenciam o cuidado de enfermagem durante a hemodiálise. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, Goiás, v. 16, n. 3, p.662-670, set., 2014.

SANTOS, Felipekaezer dos et al. A satisfação dos pacientes com o cuidado de enfermagem na hemodiálise / The patients' satisfaction with nursing care in hemodialysis. **Revista de Pesquisa: Cuidado é FundamentalOnline**, Rio de Janeiro, v. 10, n. 2, p.432-440, abr., 2018.

SILVA, Alessandra Silva da et al. Percepções e mudanças na qualidade de vida de pacientes submetidos à hemodiálise. **Rev Bras Enferm**, Brasilia, v. 5, n. 64, p.839-844, out., 2011.

SILVA, Simone Márcia da et al. Suporte social de adultos e idosos renais crônicos em hemodiálise. **Revista Latino-americana de Enfermagem**, São Paulo, v. 24, p.2752-2759, 2016.

TAKEMOTO, Angélica Yukari et al. Avaliação da qualidade de vida em idosos submetidos ao tratamento hemodialítico. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Rio Grande do Sul, v. 2, n. 32, p. 256-262, 2011.

DOI: 10.36926/editorainovar-978-65-86212-49-5-3

A DOENÇA DE FABRY NO PACIENTE RENAL CRÔNICO: CUIDADOS DE ENFERMAGEM

FABRY DISEASE IN CHRONIC RENAL PATIENT: NURSING CARE

Werbson Batista Lima¹Ana Carine Goersch Silva²Claudia Maria Marinho de A. Franco³Gleison Resende Sousa⁴Thalita Prado Clemente⁵

RESUMO

Objetivou-se buscar evidências na literatura sobre a atuação de enfermagem nos cuidados ao paciente renal com doença de fabry. Trata-se de uma revisão integrativa de artigos publicados em português, ou inglês, disponíveis na íntegra nas bases: Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), biblioteca virtual Scientific Electronic Library Online (SciELO) e National center for Biotechnology information U.S National Library of Medicine (PUBMED). Foram utilizados os descritores: "doença de fabry"; "Cuidados de Enfermagem" e; "Segurança do paciente". Obteve-se como resultados um plano de assistência de enfermagem voltado para a doença de fabry na qual mostra como deve ser feito a terapia de reposição enzimática, antes durante e após. Com isso conclui-se que a enfermagem tem um papel crucial na terapia de reposição enzimática, que através dos seus cuidados e suas orientações consegue oferecer um serviço de qualidade, melhorando a sobrevida do paciente.

Palavras-chave: Doença de Fabry. Cuidados de Enfermagem. Segurança do Paciente.

ABSTRACT

The objective was to search for evidence in the literature on nursing care in renal patient care with Fabry disease. This is an integrative review of articles published in Portuguese, or English, available in full at the bases: Latin-American and Caribbean in Health Sciences (LILACS), Scientific Electronic Library Online (SciELO), National Center for Biotechnology Information US National Library of Medicine (PUBMED). The following descriptors were used: "Fabry disease"; "Nursing Care" and; "Patient Safety". We have as a result a nursing care plan for fabry's disease in which it shows how enzyme replacement therapy should be done, before during and after. With this, it is concluded that nursing plays a crucial role in enzyme replacement therapy, which through its care and guidance can provide a quality service improving patient survival, affected with pathology.

Keywords: Fabry disease. Nursing care. Patient Safety.

¹ Werbson Batista Lima, Especialista em Nefrologia Enfermagem (UNICHRISTUS).

E-mail: werbsonbl@hotmail.com.br

² Ana Carine Goersch Silva, Especialista Nefrologia Multidisciplinar (UEMA).

E-mail: carinegoersch@hotmail.com

³ Claudia Maria Marinho de A. Franco, Mestrado em tecnologia e inovação em enfermagem (UNIFOR). E-mail: marinhoclaudia@yahoo.com.br

⁴ Gleison Resende Sousa, Mestrado em tecnologia e inovação em enfermagem (UNIFOR). E-mail: gleisonrs@hotmail.com.

⁵ Thalita Prado Clemente Nantes, Especialista em Nefrologia Enfermagem (UNICHRISTUS). E-mail: thalitaprado-@hotmail.com

1 INTRODUÇÃO

A Doença de Fabry é um distúrbio genético hereditário raro causado por um defeito no cromossomo X que faz com que o corpo não produza a quantidade suficiente da enzima alfa-galactosidase, que age removendo substâncias gordurosas das células. O defeito dessa enzima faz com que a gordura se acumule nas células e cause danos em vários órgãos e sistemas do organismo (TREVISOL, MANFIO, WAGNER, 2015).

Seus primeiros relatos ocorreram em 1898 pelos os médicos Willian Anderson e Johannes Fabry descrevendo pacientes com *angiookeratoma corporis diffusum* em trabalhos independentes, sendo que em 1967, a etiologia da doença foi relacionada a deficiência da enzima chamada alfa-galactosidase. A atualmente sua prevalência de aproximadamente 1: 40.000 indivíduos do sexo masculino, e a prevalência em pacientes em diálise varia de 0 a 1,16%, e a prevalência de diálise no brasil baseada em um estudo de 2007 e 2008 variou de 0,36% a 0,57% (SILVA, 2017).

O acometimento da doença de fabry acontece devido à ausência da atividade da alfa galactosidase A, que por vez é uma enzima lisossomal que seu substrato é o globotriaosilceramida Gb3, que seu acumulo causa o acometimento renal, pois ele é presente em todos tipos de células renais tais como as células tubulares, podocitárias, mesangiais e endoteliais. Podendo fazer com que o paciente acometido apresente distúrbios nas funções glomerulares e tubulares (ABENSUR, 2016).

Neste contexto o presente artigo teve como objetivo apontar a forma que é para acontecer os cuidados de enfermagem no doente renal com doença de fabry, traçando a forma como ocorre na assistência, desde o preparo do paciente antes durante e após a terapia de reposição enzimática, para melhor eficiência do tratamento oferecendo melhor qualidade de vida durante o tratamento enfatizando que é necessário a reposição enzimática precoce para eficácia do tratamento (BARSAGLINE, 2015).

A terapia de reposição enzimática ocorre através da administração medicamentosa, que traz grande eficácia na melhoria da qualidade de vida do paciente, trazendo instabilidade da função renal eliminando os níveis de Gb3 na

urina e na corrente sanguínea apresentando melhorias dos sintomas causados pela doença de fabry (LIN, et al., 2014).

A problemática da pesquisa é de como ocorre os cuidados de enfermagem no paciente renal acometido com a doença de fabry, analisando as referências conceituais de saúde para melhor prática do cuidado prestado, visando a melhoria do serviço oferecido e assim traçar uma assistência de enfermagem de qualidade empoderada de conhecimentos acerca da terapia.

Um dos motivos que levaram à escolha desse tema é a complexidade do mesmo, pois abrange uma patologia rara e complexa, tendo grande utilidade entre os profissionais de saúde, pesquisadores e acadêmicos. Uma revisão dos artigos sobre a temática é relevante, pois contribuirão para um atendimento de qualidade para os pacientes portadores da doença de fabry.

Sendo motivado também pelo fato de acompanhar um paciente com a patologia citado, que é renal crônico passou pelo transplante renal e faz uso da terapia, e devido o meu pouco conhecimento acerca da doença de fabry, assim resolvendo se aprofundar na literatura para obtenção de conhecimentos e assim realizar uma revisão integrativa com os cuidados de enfermagem para auxiliar profissionais que se deparam com uma situação similar, em acompanhamento com o paciente com doença de fabry.

2 PROCESSO METODOLÓGICO

Trata-se de uma revisão integrativa, método de pesquisa que possibilita a análise e sintetização de pesquisas correlacionadas de forma sistematizada e corrobora para o aprofundamento do tema investigado, e, a partir de estudos realizados separadamente, é possível construir uma única conclusão, pois houve investigação de problemas idênticos ou semelhantes (MENDES, SILVEIRA, GALVÃO, 2008). A questão norteadora que embasou o levantamento dos dados da pesquisa foi: *Quais as evidências na literatura, sobre os cuidados de enfermagem voltados ao paciente renal com doença de fabry?*

Visando operacionalizar a confecção desse estudo, foram seguidas as seguintes etapas: (1) identificação do tema e questão de pesquisa para a elaboração da revisão integrativa; (2) estabelecimento de critérios para a inclusão e exclusão de

estudos/amostragem e busca na literatura; (3) definição das informações a serem extraídas dos estudos selecionados/categorização dos estudos; (4) avaliação dos estudos incluídos na revisão integrativa; (5) interpretação dos resultados e; (6) apresentação da revisão/síntese do conhecimento (MENDES, SILVEIRA, GALVÃO, 2008).

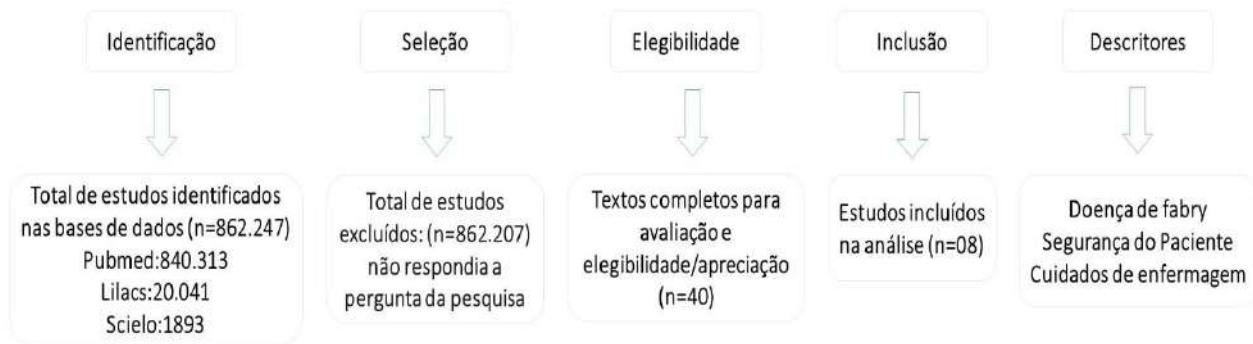
O estudo foi realizado por meio de busca on-line das produções científicas sobre a atuação da equipe de enfermagem nos cuidados ao paciente renal com doença de fabry. Os dados foram obtidos através de buscas processadas por meio da Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), sendo utilizadas as bases de dados: Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), biblioteca virtual Scientific Electronic Library Online (SciELO) e National center for Biotechnology information U.S National Library of Medicine (PUBMED). Foram utilizados os indexadores controlados contidos no DeCS (Descritores em Ciências da Saúde), sendo utilizados na busca eletrônica, os descritores: doença de fabry, cuidados de enfermagem e segurança do paciente.

A busca de dados ocorreu nos meses de janeiro a abril de 2019, optou-se por realizar a busca com descritores em português e inglês, priorizaram-se artigos disponíveis na íntegra e on-line. Foram encontrados 862.247 artigos nacionais e internacionais após os cruzamentos dos descritores, e excluídos 862.207 baseados na leitura do título e resumo, por não atenderem aos critérios de inclusão ou por serem repetidos, compondo 40 artigos elegível com uma amostra final de 08 estudos (Quadro 01).

Para a seleção dos estudos, foram definidos os seguintes critérios de inclusão: artigos que abordassem a assistência ao paciente com doença de fabry; cuidados de enfermagem e segurança do paciente disponíveis em texto completo; publicações nos idiomas inglês, português ou espanhol. E os critérios de exclusão adotados foram: publicações em formato de editorial ou carta ao editor. Os artigos encontrados em mais de uma base de dados foram contabilizados apenas uma vez.

Para o desenvolvimento da análise e interpretação dos dados, utilizou-se a análise descritiva, com leitura minuciosa, crítica e fichamento de cada estudo. Ao final, as produções que atenderam aos critérios estabelecidos foram selecionadas para este estudo e lidas na íntegra e expressas em quadros. A análise dos artigos foi realizada de forma crítica, procurando explicações para os resultados conflitantes

entre os diferentes estudos. Foram estabelecidas três categorias para análise: doença de fabry; Cuidados de enfermagem; e Segurança do paciente.



QUADRO 1 - Demonstrativo da busca dos artigos para revisão integrativa.

Fonte: Elaborado pelo autor (2019)

No Quadro 02 estão expostos os 08 artigos que compõem esta pesquisa, indicando seus títulos, ano, periódico, autores, tipo de estudo e abordagem.

QUADRO 2 – Demonstrativo dos artigos por tipo de estudo, período, autor e ano.

TÍTULO DO ARTIGO	ANO	PERIÓDICO	AUTORES	TIPO DE ESTUDO
1.Clinical observations on enzyme replacement therapy in patients with Fabry disease and the switch from agalsidase beta to agalsidase alfa	2014	PUBMED	LIN, et al.	Estudo Clínico com abordagem qualitativa
2. A Síndrome de Anderson-Fabry: avanços e desafios para o diagnóstico e tratamento	2015	LILACS	BARSAGLINI , et al.	Descriptivo e decursivo com abordagem qualitativa
3. Caso familiar com diagnóstico para doença de fabry.	2015	LILACS	TREVISOL, MANFIO, WAGNER.	Bibliográfico e Documental com abordagem qualitativa
4. Acometimento renal na doença de fabry	2016	SciELO	ABENSUR, REIS	Descriptivo com abordagem quantitativa

5. Doença de fabry	2017	LILACS	SILVA	Descritivo e Exploratório com abordagem quantitativa
6. Relato de caso: a diminuição da enzima α Gal é suficiente para estabelecer o diagnóstico?	2017	SciELO	BIAGINI et al.	Relato de caso com abordagem qualitativa
7. Retrospective study of long-term outcomes of enzyme replacement therapy in Fabry disease: Analysis of prognostic factors	2017	PUBMED	ARENDS, et al.	Estudo de coorte com abordagem qualitativa
8. Errors in medicinal therapy and the consequences for nursing/Erros na terapia medicamentosa e as consequências para a enfermagem	2019	LILACS	GARCIA, et al.	Descritivo-exploratória de caráter transversal com abordagem qualitativa

Fonte: Elaborado pelo o próprio autor (2019).

Todos os periódicos analisados são da área da saúde relacionados a artigos e revistas diferentes. As revistas eletrônicas e impressas são consideradas como a maneira mais rápida e acessível economicamente para os pesquisadores tornarem visíveis os resultados de suas pesquisas. Por meio da publicação científica, a sociedade conhece os resultados de um trabalho científico e sua representatividade para a coletividade.

Foi observada nos artigos uma multiplicidade de tipos de estudo e abordagens metodológicas. Destaca-se o predomínio de estudos qualitativos sobre o tema, o que pode estar relacionado à questão da pesquisa.

Outro quesito analisado foram os principais resultados e recomendações dos estudos, que foram discutidos de forma descritiva a partir das categorias que emergiram, conforme será apresentado a seguir.

O quadro 03 inserido abaixo retrata, como os artigos foram selecionados e organizados de acordo com os seus descriptores para melhor compreensão dos artigos de acordo com a sua temática, assim deixando a literatura mais dinâmica e fácil compreensão para o leitor.

QUADRO 3 – Demonstrativo dos descritores por artigos.

DESCRITORES POR TÍTULO DO ARTIGO		
DOENÇA DE FABRY	SEGURANÇA DO PACIENTE	CUIDADOS DE ENFERMAGEM
Retrospective study of long-term outcomes of enzyme replacement therapy in Fabry disease: Analysis of prognostic factors.		
A Síndrome de Anderson-Fabry: avanços e desafios para o diagnóstico e tratamento.	Errors in medicinal therapy and the consequences for nursing/Erros na terapia medicamentosa e as consequências para a enfermagem	Clinical observations on enzyme replacement therapy in patients with Fabry disease and the switch from agalsidase beta to agalsidase alfa
Caso familiar com diagnóstico para doença de fabry.		
Acometimento renal na doença de fabry		
Doença de fabry		
Relato de caso: a diminuição da enzima α Gal é suficiente para estabelecer o diagnóstico?		

Fonte: Elaborado pelo o autor (2019)

Na pesquisa foram selecionados 08 artigos na qual foram divididos por seus descritores totalizando doença de fabry: 05 Segurança do Paciente:01 Cuidados de Enfermagem:01, divididos nesta ordem para melhor compreensão da leitura.

QUADRO 4 – Distribuições dos achados conforme as publicações selecionadas.

DOMÍNIO	ACHADOS	ARTIGOS
Doença de fabry	<ul style="list-style-type: none"> - Mutação Genética. - Ocasiona comprometimentos de alguns sistemas como vascular, cerebral, cardíaco e cutâneo. - Sintomatologia: intolerância ao calor, diminuição ou ausência da sudorese, dores abdominais, angioqueratoma na pele, parestesia crônica, córnea verticillata, neuropatia, erupção cutânea acidente vascular cerebral, miocardiopatia, ocasionados de acordo com o comprometimento e estágio da doença. - Métodos diagnósticos: Atividades das enzimas em leucócitos no plasma nos fibroblastos, determinação de Gb3 no sangue e na urina determinação de alfa galactosidase no plasma, cultura de fibroblastos cutâneos, gota de sangue seco, biopsia renal e da pele. - Terapia de Reposição enzimática, realizado quinzenalmente com as enzimas algasidase alfa e algasidase beta. - Situações que não se recomenda a Terapia de Reposição enzimática:(1) Doente Renal Crônico terminal sem indicação para o transplante renal junto a com insuficiência cardíaca avançada (classe IV NYHA); (2) doença cardíaca avançada com fibrose acentuada se a doença cardíaca for a única indicação de tratamento; (3) ser portador de comorbidades em fase terminal com uma expectativa de menos de um ano de vida; (4) reações anafiláticas graves durante a infusão da terapia de reposição enzimática, sem resposta à profilaxia; (5) declínio 	1,2,3,4, 5,6,7

	cognitivo grave de qualquer causa; (6) recusa do tratamento pelo o paciente; (7) ausência de resposta à terapia por período maior que 1 ano quando a indicação for baseada unicamente na dor neuropática.	
Segurança do Paciente	<ul style="list-style-type: none"> - Atenção na terapia medicamentosa. - Melhor comunicação entre os profissionais da saúde. - Fatores predisponentes para erros na administração medicamentosa: A sobrecarga de trabalho falta de atenção, despreparo do profissional, prescrição com dificuldade de leitura, falta de profissionais, automatização do cuidado, falta de planejamento profissional, desinteresse, desmotivação, ambiente físico inadequado, falta de interação da equipe multidisciplinar, falta de conhecimento farmacológico, falta de conhecimento para resolver algumas dificuldades que possa surgir durante a administração. - Dupla checagem dos medicamentos. - Identificação de pacientes alérgicos. - Higienização das mãos. - Identificar o paciente correto. 	8
Cuidados de Enfermagem	<ul style="list-style-type: none"> - Verificar Sinais vitais antes da administração medicamentosa. - Administrar medicamentos profiláticos tais como: anti-histamínicos corticoides e paracetamol antes de iniciar a terapia. - Checar condições do medicamento a ser ministrado. - Administração medicamentosa das enzimas algasidase alfa e algasidose beta. - Tempo de infusão da algasidase alfa 40min. - Tempo de infusão da algasidase beta 120min. - Orientações de enfermagem acerca das mudanças no estilo de vida. - Administração medicamentosa por via oral e parenteral. - Educação permanente para a enfermagem. - Sistematização da assistência em enfermagem. 	1,2,3,4, 5,6,7,8

Fonte: Elaborado pelo o autor (2019).

3 DOENÇA DE FABRY, ASPECTOS HISTÓRICOS E EPIDEMIOLÓGICOS

A doença de fabry é uma patologia hereditária, rara, progressiva e recessiva, causada pelo o depósito lisossômico ligado diretamente ao cromossomo X provocada pela mutação do gene da alfa-galactosidase, ocasionando deficiência da enzima e consequentemente se tem aglomeração de glincoesfingolipídeos e essencialmente globotriaosilceramida (ARENDS, et al.,2017)

Os primeiros relatos da doença de fabry em 1898 pelo os médicos dermatologistas Willian Anderson e Johannes Fabry, ambos descreveram pacientes em trabalhos independente, apresentando Angiokeratoma Corporis diffusum. Em 1947, descreveu achados de vacúolos enormes em vasos enormes em vasos, seguimos de dois pacientes que foram a óbito por insuficiência renal e em 1967, passou a ser relacionado a deficiência da enzima alfa galactosidase (BARSAGLINE, 2015).

A Patologia de fabry, tem uma prevalência estimada de aproximadamente 1:40.000 indivíduos do sexo masculino, tendo incidência elevada em recém-nascidos variando de 1:3.100 a 1:1.250. A prevalência em pacientes em hemodiálise varia de 0,12% a 0,57% sendo que os estudos foram realizados apenas entre homens, devido as mulheres apresentarem grande variação na atividade enzimática residual (BIAGINI et al., 2017).

4 ACHADOS CLÍNICOS E DIAGNÓSTICOS DA DOENÇA DE FABRY

A doença de fabry é uma patologia multissistêmica que atinge diferentes tipos de órgãos simultaneamente, dentre eles estão cérebro, possibilitando mais risco de acidente vascular cerebral, pele ocasionando lesões cutâneas como angioqueratomas, coração causando espessamento da parede do coração, transtorno de ritmo cardíaco, infarto e entre outros, o sistema digestivo fazendo com que ocorra náuseas vômitos dor abdominal, nos olhos alteração na aparência da córnea não acometendo a visão, nos nervos periféricos das mãos e dos pes, causando dor e sensação de queimação, formigamento, problema de sudorese, e atinge os rins podendo ocasionar na perda total da função (SILVA, 2017).

Os sinais e sintomas da doença de fabry são de difícil diagnóstico, apresenta-se de forma clássica em pacientes homozigotos com a perda funcional da alfa-galactosidase A. Seus primeiros sintomas ocorre na infância e no início da adolescência que é comum a diminuição da sudorese, dores abdominais caracterizado por angioqueratomas na pele, parestesia, córnea verticillata (BARSAGLINE, 2015).

Na terceira e quarta década de vida os sintomas são mais frequentes e intensos ocasionando um comprometimento sistêmico progressivo podendo tornar o quadro irreversível, ocasionando sintomas como neuropatias, erupção cutâneas, proteínuria, insuficiência renal, acidente vascular cerebral e miocardiopatia podendo ser confundida com outras patologias (SILVA, 2017).

Os sinais e sintomas relatados contribuem para que diminua a qualidade de vida e autoestima dos portadores da doença se fabry, podendo seguir de distúrbios psicológicos. Com o aumento da idade faz com que o quadro clínico avance lesionando os órgãos alvos, principalmente o coração o cérebro e o rins, podendo

ocasionar inúmeras patologias principalmente aparte da terceira década de vida, como acidente vascular cerebral, infarto agudo do miocárdio e doença renal crônica (BARSAGLINE, 2015).

Primordialmente para chegar ao diagnóstico da doença de fabry ocorre por meio da pesquisa da atividade da enzima alfa-galactosidase, que é medida no plasma em leucócitos ou através do método 'dried blood spot' em papel de filtro. A cultura de fibroblastos é mais um método só que pode causar um pequeno desconforto para o paciente devido ser uma biopsia da pele (BARSAGLINE, 2015).

O Marcador normal das atividades enzimáticas é igual ou superior a 2,2umol/l/hora. Em homem acometido com a doença apresenta abaixo do padrão normal, já em mulheres mesmo sintomáticas os resultados podem se apresentar dentro do padrão (SILVA, 2017).

5 TRATAMENTO DA DOENÇA DE FABRY

O tratamento da doença de fabry consiste na terapia de reposição enzimática, constituintes da alfa-galactosidase A; antes dessa terapia o tratamento da doença era apenas de minimizar os sintomas mais proeminentes envolvendo o uso de analgésicos direcionado as dores articulares comuns em pacientes desse perfil (ABENSUR, 2016).

Alem de usar como tratamento medicamentos para alivio da dor era bastante comum realizar medidas preventivas para minimizar o risco para acidente vascular cerebral, infarto agudo do miocárdio, assim fazendo que no tratamento tenha uma interação de uma equipe multidisciplinar, que foquem em mudanças do estilo de vida como parar o tabagismo, evitar mudanças bruscas na temperatura ou outras situações que possa causar estresse, oferecer os pacientes práticas de exercício físico individual, com uma hidratação adequada e um acompanhamento psiquiátrico ou psicológico para as que não aceitam a patologia e que são mais propícios a desenvolver depressão (SILVA, 2017).

Existem outras medidas tradicionais como a prescrição de medicamentos para retardar o acometimento dos órgãos alvos, como exemplo: inibidores da enzima conversora de angiotensina ou os bloqueadores dos receptores da angiotensina II, que além de melhorar os níveis pressóricos diminuem

comprovadamente a proteínuria, e progressão da doença renal (ABENSUR, 2016).

Paras a doença de fabry o tratamento é através da terapia de reposição enzimática, atualmente existem duas enzimas disponível. A agalsidase alfa (Replagel®), produzida por cultura de fibroblastos humanos aprovados na Europa com dose recomendada de 0,2mg/kg/dose, e o agalsidase beta (Fabrazyme®), obtido através de terapia recombinantes de ovário de hamsters aprovado na Europa e nos Estados Unidos com dose de 1mg/kg/dose, ambos administrados por via intravenosa a cada 15 dias (LIN, et al.,2014)

A terapia de reposição enzimática é recomendada por toda a vida devido as enzimas infundidas serem depletadas rapidamente com o objetivo de reverter alterações patológicas diminuindo a progressão da disfunção de múltiplos órgãos e trazendo melhor qualidade de vida para o paciente e minimizar os sintomas que a doença tem e ofertar uma melhor sobrevida (ABENSUR, 2016).

As Diretrizes mais atuais recomendam que tratem todos os homens acima de 16 anos portadores de mutação clássicas mesmo sem apresentar sinais e sintomas. Em quadros não clássicos e todas as mulheres independentemente do tipo de mutação deve ser tratado usando houver sinais precoce que envolva órgãos alvos. A terapia não deve ser interrompida em pacientes já em dialise mesmo que não seja elegível a transplante renal e em pacientes com TFG<45ml/min/1,73m². (SILVA, 2017).

Há situações que não se recomenda o início da terapia tais como:(1) Doente Renal Crônico terminal sem indicação para o transplante renal junto a com insuficiência cardíaca avançada (classe IV NYHA); (2) doença cardíaca avançada com fibrose acentuada se a doença cardíaca for a única indicação de tratamento; (3) ser portador de comorbidades em fase terminal com uma expectativa de menos de um ano de vida; (4) reações anafiláticas graves durante a infusão da terapia de reposição enzimática, sem resposta à profilaxia; (5) declínio cognitivo grave de qualquer causa; (6) recusa do tratamento pelo o paciente; (7) ausência de resposta à terapia por período maior que 1 ano quando a indicação for baseada unicamente na dor neuropática. (SILVA, 2017).

6 CUIDADOS DE ENFERMAGEM NA ADMINISTRAÇÃO DA TERAPIA DE REPOSIÇÃO ENZIMÁTICA

Os Cuidados de enfermagem na terapia de reposição enzimática estão interligados a administração medicamentosa, uma prática realizada nas instituições hospitalares na responsabilidade da equipe de enfermagem que deve ser visto como uma etapa, e não se atentar somente aos procedimentos técnicos e básicos inerentes a profissão mais identificar o trajeto percorrido desde a prescrição dispensação da farmácia a administração para evitar possíveis falhas no processo colaborando para a segurança do paciente (GARCIA, et al.,2019).

O paciente ao chegar na instituição para fazer uso da terapia deve ser verificado sinais vitais, para ter análise se o paciente se encontra apto para realizá-la, fazendo uso de medicamentos anti-histamínicos corticoides e paracetamol profilaticamente para prevenir possíveis reações indesejadas, ocorre suspensão da terapia caso apresente alguma queixa, para que não seja confundido com reações adversas (SILVA, 2017).

A terapia de Reposição enzimática deve ser realizada conforme prescrição médica, na qual existe duas enzimas recombinantes disponíveis no Brasil a algasidase alfa que é recomendado na literatura 0,2 mg/kg de peso e a algasidase Beta que é recomendado 1mg/kg de peso, devido a dose de algasidase alfa ser menor o tempo de infusão também é menor com relação a algasidase beta que são 40min e 120min respectivamente (ABENSUR, 2016).

A medicação deve ser realizada em bomba de infusão na qual deve se atentar para o protocolo de segurança na prescrição, uso e administração de medicamentos que é identificar o paciente, medicamento, via hora, dose, registro da administração, orientação forma e resposta certa. Para melhor eficácia da terapia (GARCIA, et al.,2019).

Após o uso da medicação o paciente deve aguardar um tempo em observação para analisar possíveis surgimentos de algumas reações adversas tais como dispneia, pirexia erupção cutânea já relatada em ensaios clínicos tanto da algasidase alfa como da algasidase beta no tratamento da doença de fabry. No entanto a frequência e a gravidade dos eventos adversos diminuem com um tempo na maioria dos pacientes devido a otimização da taxa de infusão medicamentosa

(LIN, et al., 2014).

Ambos Medicamentos devem ser conservados em refrigeração em temperatura de 2º a 8ºc, as soluções reconstituídas diluídas devem ser utilizadas rapidamente pois os produtos não possuem conservantes caso o uso imediato não seja possível deve ser armazenado por até 24 horas em temperatura de 2º a 8ºc. O diluente deve ficar em temperatura ambiente (23ºc 27ºc) antes da reconstituição 30min ao preparar o medicamento deve injetar água estéril para injeção na parede do vaso não deixando ter contato direto com o pó liofilizado e girar o frasco contendo medicação lenta e suave, não o agitando, deverá ser diluído soro fisiológico (0,9%) (FABRAZYME®, 2017) (REPLAGAL®, 2017).

O médico determinará o volume total a ser infundido com base na dose individual, as doses menores que 35mg deverá ser usado no mínimo 50 ml de soro fisiológico, doses entre 35 a 70 mg 100ml de soro fisiológico, e de 70 a 100mg 250ml de soro fisiológico, e maiores que 100mg utilizara 500ml de soro fisiológico. A bolsa que será infundida contendo o soro fisiológico e a medicação deve ser massageada levemente para juntar as soluções evitando agitação vigorosa, e não deverá ministrar outro medicamento na mesma linha intravenosa. Não há necessidade de alteração das doses para paciente renal, e caso a paciente perda uma infusão não há necessidade que a dose que a dose seguinte seja dobrada (FABRAZYME®, 2017) (REPLAGAL®, 2017).

No mais foi elaborado uma tabela representando os cuidados de enfermagem a serem prestados antes durante e depois pela a equipe de enfermagem relatando desde a entrada do paciente a sua saída da instituição, e todo o manejo com a medicação, para melhor qualidade da assistência.

QUADRO 5 – Cuidados de enfermagem no paciente com doença de fabry.

CUIDADOS DE ENFERMAGEM NO MANEJO DO PACIENTE COM DOENÇA DE FABRY NA TERAPIA DE REPOSIÇÃO ENZIMÁTICA COM MEDICAMENTOS ALGASIDASE BETA E ALGASIDASE ALFA.	
ANTES	<ul style="list-style-type: none"> • Identificar o paciente corretamente; • Verificar Pressão Arterial; • Aferir Temperatura corpórea; • Higienização das mãos; • Medicamento, dose, via, hora, registro e orientações corretos; • Administrar medicação profilática (anti-histamínicos, corticoides, paracetamol); • Providenciar acesso venoso periférico; • Verificar prescrição médica para poder iniciar a terapia;

	<ul style="list-style-type: none"> • Checar armazenamento da medicação temperatura entre 2º a 8ºc; • Medicação após diluído não ultrapassar de 24 h mesmo em refrigeração de 2º a 8ºc; • Verificar validade; • Reconstituir medicamento com água estéril para injeção cerca de 7,0 ml injetando lentamente deixando a água cair pela a parede interior do frasco e não diretamente no pó liofilizado, girar e inclinar levemente o frasco, não inverter ou agitá-lo; • Os medicamentos e diluente devem ser deixados em temperatura ambiente (23º a 27ºc) antes da reconstituição (30 min); • Ispencionar aspecto e coloração, não utilizar a suspenção se houver partículas em suspenção ou alteração na coloração; • Após reconstituição é recomendado diluir prontamente para evitar formação de partículas; • Medicamento reconstituído deve ser infundido no cloreto de sódio 0,9% de 50 a 500 ml: 35MG: 50 ml SF 0,9% 35mg a 70mg: 100 ml SF 0,9% 70mg a 100mg: 250 ml SF 0,9% >100mg: 500 ml SF 0,9% • Inverter suavemente ou massagear levemente a bolsa a ser infundida para misturar a solução evitando agitação vigorosa; • Não deve ser ministrado na mesma linha intravenosa outros produtos tais como medicações e soluções; • Suspender terapia se hemodinamicamente instável.
DURANTE	<ul style="list-style-type: none"> • Infusão a critério médico, tendo recomendações na literatura algasidase alfa cerca de 40min e algasidase beta cerca de 120 min; • Observar a infusão da terapia; • Caso apresente algum efeito adverso, suspender terapia e remarcar com 15 dias; • Aumenta ou diminuir o tempo de infusão a critério médico.
APÓS	<ul style="list-style-type: none"> • Aguardar 30 minutos em observação após término da terapia; • Verificar Pressão Arterial e Aferir Temperatura corpórea; • Retirar Acesso venoso periférico; • Orientar caso apresente alguma reação procurar emergência mais próxima, e posteriormente comunicar para notificar no notivisa (www.anvisa.gov.br/hotsite/notivisa/index.htm); • Agendar retorno com 15 dias.

Fonte: Elaborado pelo o autor (2019).

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

De acordo com os dados levantados, pode-se considerar que os cuidados de enfermagem na doença de fabry se mostra importante na qualidade da assistência, pois através dos cuidados podemos oferecer uma boa qualidade de vida para o paciente que faz uso do tratamento, e foi possível ver que podemos gerar um plano de cuidado direcionado, para os cuidados que terapia requer criando estratégias de como realiza-la adequadamente de acordo com as diretrizes e a literatura.

Foi possível observar a escassez de artigos voltados para os cuidados de enfermagem, de acordo com a temática, foram encontrados bastante artigos qualitativos, e se fez necessário incluir no estudo bula de medicamento pois retrata

bem alguns cuidados de enfermagem que é de suma importância para que possa descrever melhor de como devem ser prestados os cuidados.

Com isso conclui-se que a enfermagem tem um papel crucial na terapia de reposição enzimática, que através dos seus cuidados e suas orientações consegue oferecer um serviço de qualidade melhorando a sobrevida do paciente, acometido com a patologia.

REFERÊNCIAS

ABENSUR, Hugo and REIS, Marlene Antônia dos. Acometimento renal na doença de fabry. *J. Bras. Nefrol.*, 2016, vol.38,Disponível: <https://www.scielo.br/pdf/jbn/v38n2/0101-2800-jbn-38-02-0245.pdf>. Acesso:2018-05-11.

ARENDS, Maarten et al. Retrospective study of long-term outcomes of enzyme replacement therapy in Fabry disease: Analysis of prognostic factors. *PLoS One*, v. 12, n. 8, 2017. Disponível: <https://journals.plos.org/plosone/article?id=10.1371/journal.pone.0182379>

BARSAGLINI, Camila P. et al. A Síndrome de Anderson-Fabry: avanços e desafios para o diagnóstico e tratamento. *Ciência & Inovação*, v. 2, n. 1, 2018. Disponível: http://faculdadedeamerican.com.br/revista/index.php/Ciencia_Inovacao/article/view/223.

BIAGINI, Gilson et al . Relato de caso: a diminuição da enzima α-Gal é suficiente para estabelecer o diagnóstico? *J. Bras. Nefrol.*, São Paulo , v. 39, n. 3, p. 333-336, 2017. Disponível: https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0101-28002017000300333&script=sci_arttext&tlang=pt.

FABRAZYME®. Beta-algasidase. Pó liofilizado para solução injetável. Responsável Técnico Bruna Belga Cathala. São Paulo-SP: Genzyme do Brasil Ltda, 2017. **Bula de Remédio.**

GARCIA, Eduarda de Quadros Morrudo et al. Errors in medicinal therapy and the consequences for nursing/Erros na terapia medicamentosa e as consequências para a enfermagem. *Revista de Pesquisa: Cuidado é Fundamental Online*, v. 11, 2019. Disponível: <http://www.seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/view/6477>

LIN, Hsiang-Yu et al. Clinical observations on enzyme replacement therapy in patients with Fabry disease and the switch from agalsidase beta to agalsidase alfa. *Journal of the Chinese Medical Association*, v. 77, n. 4, p. 190-197, 2014. Disponível: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1726490113003122>.

MENDES, Karina Dal S.; SILVEIRA, Renata Cristina de C.P.; GALVÃO, Cristina Maria. Revisão integrativa: método de pesquisa para incorporar de evidência na saúde e na enfermagem. **Texto contexto-enferm**, Florianópolis 17, n.4, Dec.2008.

Disponível: https://www.scielo.br/scielo.php?pid=s0104-07072008000400018&script=sci_abstract&tlang=pt.

REPLAGAL®. Alfagalsidase. Concentrado para solução para infusão. Responsável Técnico: Carla C.G Chimikus Mugarte. São Paulo-SP: Shire Farmacêutica Brasil Ltda, 2017. **Bula de Remédio.**

SILVA, Cassiano Augusto Braga. Doença de fabry. **Revista Médica da UFPR**, v. 4, n. 1, 2017. Disponível: <https://revistas.ufpr.br/revmedicaufpr/article/view/52249/pdf>.

TREVISOL, Fernanda; MANFIO, Ariovaldo; WAGNER, Glauber. Caso familiar com diagnóstico para doença de fabry. **Rev Soc Bras Clin Med**, v. 13, n. 3, p. 190-3, 2015.

DOI: 10.36926/editorainovar-978-65-86212-49-5-4

NEFROLOGIA NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE: A ENFERMAGEM NA IDENTIFICAÇÃO E PREVENÇÃO DA LESÃO RENAL

NEPHROLOGY IN PRIMARY HEALTH CARE: NURSING IN THE IDENTIFICATION AND PREVENTION OF KIDNEY INJURY

Caíque Farias de Lavor Firmeza¹Camila Monique Bezerra Ximenes²Arnislane Nogueira Silva³Thiago Salmito⁴Claudia Maria Marinho de Almeida Franco⁵

RESUMO

Atualmente são elevadas as taxas de morbidade decorrentes da Doença Renal Crônica (DRC), caracterizada pela perda progressiva da função renal. Objetiva-se identificar como a atenção primária à saúde pode prevenir, identificar e auxiliar na DRC, para tanto foi realizada uma revisão integrativa de abril a maio de 2018, na qual foram selecionados e discutidos 16 artigos. Os principais problemas encontrados foram: dificuldades tanto no diagnóstico precoce, como também na prevenção, acompanhamento e monitoramento dos pacientes com DRC. O cuidado com esse paciente deve: identificar de forma precoce, referenciar o paciente o mais breve para atenção especializada e a efetivação de medidas para a preservação da função renal. Com isso a enfermagem exerce um papel de educadora, responsável pela sistematização e incentivadora do autocuidado, e a atenção primária estará presente na prevenção, identificação da lesão e até o suporte aos pacientes que estão com DRC.

Palavras-chave: Atenção Primária à Saúde. Nefrologia. Insuficiência Renal Crônica. Enfermagem.

ABSTRACT

Currently, morbidity rates due to Chronic Kidney Disease (CKD), characterized by progressive loss of renal function, are high. The objective is to identify how primary health care can prevent, identify and assist in CKD, an integrative review was carried out from April to May 2018, in which 16 articles were selected and discussed. The main problems encountered were: difficulties both in early diagnosis, as well as in the prevention, follow-up and monitoring of patients with CKD. Care for this patient should: identify early, refer the patient as soon as possible to specialized care and take measures to preserve kidney function. Thus, nursing plays an educating role, responsible for the systematization and encouragement of self-care, and primary care will be present in the prevention, identification of the injury and even support for patients with CKD.

Keywords: Primary Health Care. Nephrology. Chronic Renal Insufficiency. Nursing

¹ Enfermeiro (UNIFOR); Especialista em Nefrologia em Enfermagem (UNICHRISTUS).

E-mail: caiquedelavor@gmail.com

² Enfermeira (UFC); Especialista em Nefrologia (UECE). E-mail: camila_monique@yahoo.com.br

³ Fisioterapeuta (UNIFOR); Especialista em Educação (INTA); Mestre em Ensino em Saúde (UECE). E-mail: arnislane@yahoo.com.br

⁴ Enfermeiro (UNIFOR); Especialista em Nefrologia (UECE); Mestre em Ciências Farmacêuticas (UFC). E-mail: thiagosalmito@yahoo.com.br

⁵ Enfermeira (UNIFOR); Especialista em Nefrologia (UECE), Coordenadora da Pós-graduação em Nefrologia (UNICHRISTUS). E-mail: marinholaudia@yahoo.com.br

1 INTRODUÇÃO

A atenção básica deve cumprir algumas funções por ser parte integrante das redes de atenção à saúde, essas funções incluem: ser base, uma modalidade de atenção e de serviço de saúde com alto grau de descentralização e capilaridade; ser resolutiva, na qual deve identificar os riscos com a utilização e articulação de diferentes tecnologias de cuidado individual e coletivo; coordenadora do cuidado, na qual deve elaborar, acompanhar e organizar o fluxo de usuários nos pontos das redes de atenção à saúde; ordenadora da rede, na qual deve reconhecer a necessidade da população sob sua responsabilidade e organizar em relação aos outros pontos de atenção (BRASIL, 2012).

No entanto o sistema de saúde brasileiro vivencia um momento no qual apresenta elevadas taxas de morbimortalidade por condições crônicas, entre as quais se destacam o diabetes tipo 2, a hipertensão arterial sistêmica, doença renal crônica e as doenças cardiovasculares. O enfrentamento as condições crônicas voltam a ser um desafio para os gestores, profissionais das mais diversas áreas e para os próprios usuários, especialmente com relação a doença renal crônica, no qual persistem os problemas de notável gravidade que estão relacionados a baixa resolubilidade da atenção básica à saúde com relação ao renal (PAULA et al., 2016).

Idade avançada, tabagismo, hipertensão e diabetes, acrescidos de elevado índice de massa corporal contribuem para o desenvolvimento da doença renal crônica (DRC) e a circunferência abdominal está fortemente ligada a doenças metabólicas e a DRC. Devido aos diversos fatores relacionados à DRC todo paciente que tenha um ou mais fator, mesmo que seja assintomático deve ser avaliado periodicamente por meio de exame de urina, albuminúria, creatinina sérica e ter sua taxa de filtração glomerular calculada, isto deve ser feito como forma de triagem para diagnóstico precoce e estadiamento da doença.

Esta avaliação inicial e triagem do paciente encontram-se no escopo da estratégia saúde da família, preconizada pelo Sistema Único de Saúde, pois ela é porta de entrada para as redes de atenção à saúde através do encaminhamento para as especialidades. Quando a doença renal é diagnosticada e tratada nas fases iniciais ajuda tanto na redução da sobrecarga no sistema de saúde, na sobrecarga da DRC e suas complicações, como no caso da doença renal crônica em fase terminal e necessidade de iniciar uma terapia renal substitutiva (PEREIRA et al.,

2016).

A doença renal crônica é caracterizada pela perda progressiva da função renal. Sendo definida por uma taxa de filtração glomerular (TFG) menor de 60 ml/min/1.73m² ou por exames histopatológicos, alterações em exames de urina, sangue, imagem e proteinúria que perdure por mais de três meses. (SILVA, 2011). Estima-se que em 2017 o número de pacientes renais crônicos seria de 122,825, o que representaria um aumento anual de ste por cento em comparação com o ano de 2015, 2016. Na região Nordeste esse número é de 11,308 da população e no Ceará é de 4,551 (SOCIEDADE BRASILEIRA DE NEFROLOGIA, 2018).

A escassez de estratégias específicas para a detecção precoce da doença renal crônica no âmbito da atenção primária à saúde chama atenção, pois com a manutenção das causas reversíveis estáveis e controlada a função renal será preservada e com isso a progressão da doença será mais lenta. Outro problema encontrado é a fragmentação no cuidado prestado pelos profissionais nos estágios mais avançados da doença, além de que esses pacientes e os que estão em tratamento conservador não possuem conhecimento da doença, prejudicando tanto o início como a adesão ao tratamento (SANTOS et al., 2017).

Nesse sentido, a enfermagem desempenha papel importante como cuidador e educador, uma vez que é responsável pela sistematização e incentivo do autocuidado. Assim se faz necessário desenvolver atividades de promoção à saúde com a finalidade de reduzir a incidência da doença renal crônica e melhorar a qualidade de vida, sendo que essas educaçãoes em saúde podem ser em conjunto e construtivas, iniciando na atenção básica até a atenção terciária (SANTOS et al., 2017).

A partir destas atribuições que a enfermagem exerce surgiu o seguinte questionamento: Como a enfermagem pode identificar e prevenir a lesão renal crônica na atenção básica?

Acredita-se que através deste artigo a equipe de enfermagem consiga identificar o paciente com lesão renal por meio da consulta de enfermagem. Portanto, este trabalho se faz necessário devido à baixa produção acadêmica sobre o tema no Brasil e da importância de se conhecer e assim identificar e evitar a lesão renal no paciente na unidade básica de saúde. Logo esse estudo poderá servir como fonte de pesquisa para enfermeiros que atuam na atenção primária à saúde.

Assim, objetiva-se identificar as ações que enfermeiros que atuam atenção básica à saúde pode desempenhar para prevenir, identificar e auxiliar na doença renal crônica.

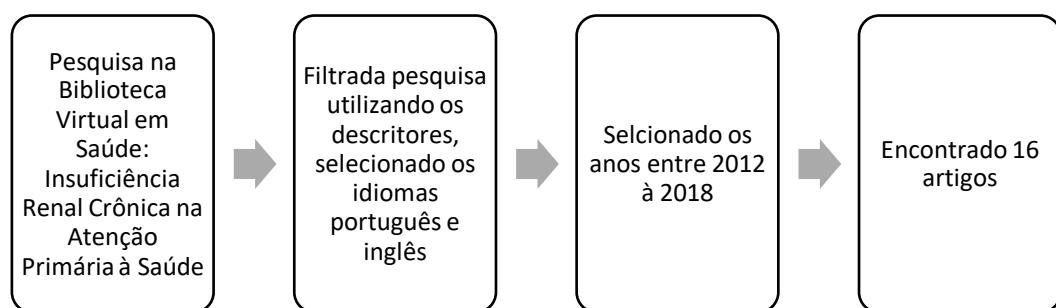
2 MÉTODOS

Trata-se de uma Revisão Integrativa, realizada no período de abril de 2018 a maio de 2018. A revisão integrativa consiste em uma ferramenta que possibilita sintetizar o conhecimento e a sua vinculação da aplicabilidade de resultados de estudos significativos na prática (SOUZA et al., 2010).

Pesquisou-se na Biblioteca Virtual em Saúde (BVS) a seguinte frase “Insuficiência Renal Crônica na Atenção Primária à Saúde” onde foram encontrados 243 artigos acerca do assunto, de acordo com os seguintes critérios de inclusão: Artigos sobre nefropatia associada a atenção primária à saúde, insuficiência renal crônica, hipertensão, nefropatias, nefrologia, diálise renal, nefropatias diabéticas, taxa de filtração glomerular, em língua inglesa e portuguesa, publicados entre 2012 e 2018, com textos completos e disponíveis, assim foram encontrados 16 artigos.

Foram excluídos artigos com ano de publicação menor que 2012, publicados em espanhol, que não abordavam sobre nefrologia na atenção básica à saúde, teses e dissertações.

Figura 1: Fluxograma da metodologia da coleta dos dados



Fonte: Autoria própria (2018)

3 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Com a leitura dos artigos e seleção dos que apresentavam relevância para o estudo, os artigos selecionados serão apresentados no Quadro 1 e discutidos a seguir.

Quadro 1 – Artigos selecionados, segundo autor, ano e revista, título, objetivos e conclusões.

Título	Autor	Local/Ano	Periódico	Objetivos	Conclusão
Diagnóstico precoce da doença renal crônica pela Estratégia Saúde da Família.	Melo, A.P.M et al.	Piauí/2013	Revista Interdisciplinar	Analisar estudos que abordem a doença renal e sua detecção pela Estratégia Saúde da Família.	Há a necessidade de políticas mais efetivas de saúde pública na detecção precoce da DRC de modo a promover saúde, prevenir e retardar a progressão desta doença com potencial de morbi-mortalidade na população.
Estratégias da atenção básica na doença renal crônica: a importância do diagnóstico precoce	Santos, J. R. F. de M., et al.	Piauí/2017	Revista Saúde.Com	Identificar a importância do diagnóstico precoce e tratamento da DRC no âmbito Atenção Básica.	Os estudos chamam atenção à escassez de ações específicas voltadas à detecção precoce da DRC no âmbito da Atenção Básica.
Fatores de risco e conhecimento de idosos sobre doença renal crônica.	Delgado M.F. et al.	Rio Grande do Norte/2017	Revista RENE	Analisar a relação entre os fatores de risco e o conhecimento dos idosos sobre a doença renal crônica.	Identificaram-se relações entre os fatores de risco tabagismo, etilismo, circunferência abdominal aumentada, e o conhecimento dos idosos sobre a doença renal crônica.
Doença renal crônica: reconhecimento dos fatores de risco pelos profissionais da atenção primária.	Duarte, G.C et al.	Rio Grande do Sul/2016	Journal of Nursing and Health	Investigar o reconhecimento dos fatores de risco da doença renal crônica pelos profissionais de saúde que atuam em serviços de atenção primária.	Ao reconhecerem os fatores de risco que possam levar ao surgimento da DRC, os profissionais de saúde precisam compactuar da ideia de investir em ações de saúde efetivas, alicerçadas em estratégias de educação que promovam participação, empoderamento e liderança da pessoa em seu processo de cuidar.
Cuidado ao paciente com Doença Renal	Pena, P.F.A. et al.	Rio de Janeiro/2012	Revista Ciência & Saúde Coletiva	Identificar o panorama do acesso ao	A lacuna entre esses dois níveis da atenção implica em barreira de

Crônica no nível primário: pensando a integralidade e matriciamento.				cuidado a partir da conduta dos médicos da atenção primária à saúde no cuidado da doença.	acesso ao usuário, podendo comprometer avanços no plano da integralidade.
Potencialidades da atenção primária à saúde no cuidado à doença renal crônica.	Paula EA., et al.	São Paulo/2016	Revista Latino-Americana de Enfermagem	Avaliar estrutura, processo e resultado do “Programa de Atenção a DRC” em um município brasileiro.	Usuários atendidos nas unidades de atenção primária com pontuação mais elevada em critérios de estrutura e processo apresentaram melhores resultados clínicos.
Características individuais e clínicas de clientes com doença renal crônica em terapia renal substitutiva.	Xavier, B.L.S. et al.	Rio de Janeiro/2014	Revista Enfermagem UERJ	Objetivou-se identificar as características individuais e clínicas de pessoas com doença renal crônica (DRC) em hemodiálise e aguardando transplante renal.	Concluiu-se haver condições sociodemográficas e clínicas preocupantes, sugerindo intervenções preventivas para minimizar morbidades e favorecer o bem-estar através da orientação de enfermagem para o autocuidado de clientes com DRC.
Diálise planejada e a utilização regular da atenção primária à saúde entre os pacientes diabéticos do Município de BH, Minas Gerais, Brasil.	Peixoto, E.R.M. et al.	Rio de Janeiro, 2013	Caderno de Saúde Pública	Analizar os fatores associados ao Início planejado da diálise dos pacientes diabéticos que iniciaram o tratamento em Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil.	Frequentar o centro de saúde, não ter a primeira consulta com nefrologista paga pelo SUS e ter tido opção de escolha para o tratamento da doença renal foram fatores relacionados ao início planejado da diálise.
Perfil dos pacientes renais crônicos em tratamento hemodialítico.	Oliveira, C.S et al.	Salvador, 2015	Revista Baiana de Enfermagem	Conhecer o perfil dos pacientes renais crônicos residentes em Itabuna em tratamento hemodialítico no ano de 2012.	Diante disso, é necessária maior atenção para a prevenção desses agravos, para evitar a evolução dos casos para a gravidez.
Reducing CKD risks among vulnerable populations in primary care.	Raquel Greer, M.D., MHS; Ebony Boulware, M.D., M.P.H.	Bethesda, 2015	Adv Chronic Kidney Dis.	Discutir a importância da atenção primária à saúde de alta qualidade para eliminar as disparidades e discrepâncias na incidência e	Atenção especial à identificação dos principais mecanismos pelos quais tais intervenções podem produzir melhores resultados e ao desenvolvimento de estratégias adaptadas

				progressão da DRC.	culturalmente para modificar as metas de intervenção, produzir melhores resultados de saúde e diminuir o risco de DRC em populações vulneráveis.
Improving the identification and management of chronic kidney disease in primary care: lessons from a staged improvement collaborative.	Harvey et al.	Oxford, 2015	International Journal for Quality in Health Care	Reducir as desigualdades em doenças vasculares através da realização e implementação de pesquisa aplicada em saúde.	Desenvolvemos e refinamos uma intervenção complexa para apoiar a identificação e o gerenciamento de pacientes adultos com DRC na atenção primária.
Understanding the implementation of interventions to improve the management of chronic kidney disease in primary care: a rapid realist review.	Tsang et al.	Londres, 2016.	Implementation Science	Compreender os fatores que possibilitam e limitam a implementação de intervenções na DRC na atenção básica.	Identificou mecanismos que precisam ser considerados para otimizar a implementação de intervenções para melhorar o manejo da DRC na atenção primária.
Nephrology co-management versus primary care solo management for early chronic kidney disease: a retrospective cross-sectional analysis.	Samal et al.	Londres, 2015.	BMC Nephrology	Comparar a qualidade do atendimento para pacientes co-manejados para pacientes autogeridos.	Para os pacientes nos estágios 3 e 4 da DRC, cogestão da nefrologia foi associado ao aumento da monitorização adequada ao estágio e à prescrição de ECA / BRA, mas não melhorou o controle da pressão arterial.
Engaging primary care in CKD initiatives: the UK experience.	Stevens et al.	Oxford, 2012.	Nephrology Dialysis Transplantation	Descrever iniciativas nacionais e, em seguida, locais que melhoraram a identificação e o gerenciamento de pessoas com DRC no Reino Unido.	Acreditamos que estão se acumulando evidências de que as iniciativas políticas nacionais e locais que descrevemos fizeram muito mais bem do que mal.
Specialist and primary care physicians' views on barriers to adequate preparation of	Greer et al.	Londres, 2015.	BMC Nephrology	Identificar as percepções dos nefrologistas sobre os desafios do nível do sistema, do provedor e do paciente para a	Os prestadores de cuidados primários e de nefrologia identificaram os recursos do sistema de saúde, as habilidades do provedor e as atitudes e

patients for renal replacement therapy: a qualitative study.				preparação da TRR; caracterizar tanto a opinião da nefrologia quanto dos profissionais da atenção primária sobre como o processo de preparação da TRS poderia ser aprimorado por meio do envolvimento de provedores de cuidados primários; e compreender se as barreiras percebidas para a preparação ideal da TRS poderiam variar de acordo com os contextos de prática dos profissionais.	diferenças culturais dos pacientes como desafios para a preparação ideal do TRR para os pacientes. Intervenções para melhorar esses fatores podem melhorar a preparação dos pacientes e o início dos TRRs ideais.
--	--	--	--	---	---

Fonte: Autoria Própria (2018).

3.1 Os desafios da Atenção Básica como norteadora da rede.

Para Peixoto et al., (2013), os principais problemas encontrados na atenção básica com relação aos cuidados ao doente renal crônico são: a falta de capacitação dos profissionais para a detecção precoce, o acompanhamento, monitoramento e controle desse paciente, outro problema encontrado são as faltas de medidas de promoção e prevenção da insuficiência renal.

Outro ponto que Peixoto et al., (2013) ressalta como problema é a fragilidade nos mecanismos de referências e contra referência, no qual prejudica a integralidade do cuidado. Pena et al., (2012) também fala sobre a necessidade de uma aproximação do nível primário com o nível secundário, desta forma torna-se possível o apoio da atenção básica ao paciente com lesão renal leve/moderada e assim o encaminhamento adequado nos casos de uma lesão avançada.

O mesmo autor relata que existe um consenso que a detecção precoce da doença renal crônica muda o curso natural da doença, por isso se faz necessário uma reorganização dos processos de trabalho e uma melhor formação dos profissionais que trabalham na atenção básica (PENA et al., 2012).

Assim, essa descoordenação entre os níveis de atenção em saúde leva a

uma desarticulação nas ações de saúde como promoção da saúde, nos cuidados preventivos e na reabilitação do paciente (PEIXOTO et al., 2013). Pois uma coordenação entre os níveis de atenção retarda a progressão da doença renal crônica, identificam e corrigem complicações, as co-morbidades, além de preparar o paciente para a terapia renal substitutiva (MELO; MESQUITA; MONTEIRO, 2012).

A responsabilidade pela prevenção, gestão e prevenção das complicações da doença renal crônica recai sobre os profissionais da atenção primária à saúde, no qual possuem suporte e recursos limitados, assim um modelo de atenção ao paciente renal crônico deve-se pautar na intervenção de seis núcleos: no sistema de saúde, no sistema de referência, apoio as decisões no cuidado, sistema de comunicação entre os níveis de atenção, apoio ao autogerenciamento e políticas públicas (GREE; BOULWARE, 2015).

3.2 O papel da Atenção Básica na rede de atenção.

Para que o paciente renal crônico tenha uma melhor sobrevida é necessário a sustentabilidade desses três pilares: a identificação precoce da doença, referenciar o paciente imediatamente ao serviço de nefrologia e a efetivação de medidas que tenha como objetivo preservar a função renal (SANTOS et al., 2017).

Na atenção primária tanto o enfermeiro como o médico podem estratificar o estágio da doença renal crônica através da medida da taxa de filtração glomerular, além de identificar a lesão renal através da proteinúria (MELO; MESQUITA; MONTEIRO, 2012). Para Santos et al., (2017), a enfermagem exerce um papel fundamental de cuidador e educador, sendo o responsável pela sistematização do cuidado, incentivador do autocuidado.

Duarte et al., (2016) considera a estratégia saúde da família com um local apropriado para se desenvolver estratégias e ações como objetivo de prevenir a doença renal, pois os reconhecem as doenças prévias e os fatores de risco que levam o desenvolvimento da doença renal crônica. Assim os mesmos devem construir ações em saúde efetivas que estejam baseadas em estratégias de educação em saúde e que desta forma promovam a participação, o empoderamento e a liderança do paciente em seu processo de cuidar.

O paciente encaminhado precocemente tem como benefício a identificação e

tratamento das causas reversíveis da disfunção renal. Assim, ocorre uma estabilização dessas causas e com a manutenção do controle essa função renal será mantida e tardará a evolução mais severa da doença, desta forma ocorre uma melhor qualidade de vida do paciente (SANTO et al., 2017).

Em seu estudo Paula (2016) afirma que a falta de linhas guias de cuidados para com pacientes com doença renal crônica e a falta de conhecimento acerca dos critérios para o encaminhamento à atenção secundária podem resultar num retardamento no diagnóstico e tratamento. Pois além de um encaminhamento precocemente a atenção multidisciplinar podem apresentar um desfecho satisfatório na doença renal crônica. Porém com a detecção precoce desse paciente, principalmente aqueles com um comprometimento renal leve/moderado, poderia acarretar num estrangulamento da atenção especializada, pois ainda existe uma verticalização e fragmentação dos níveis de atenção, e desta forma ocorreria um comprometimento da equidade no acesso daqueles com um comprometimento avançado (PENA et al., 2012).

Assim, se faz necessário adotar um modelo de referência e apoio especializado matricial, o mesmo proposto por Campos, (1999) (PENA et al., 2012). Nesse modelo o paciente nunca deixa de ser da equipe de referência, não existe encaminhamento e sim um desenho de projetos terapêuticos que são executados por um conjunto mais amplos de trabalhadores e não apenas pela equipe de referência (CAMPOS, 1999).

Com isso a atenção secundária desempenha em conjunto com a estratégia saúde da família e o especialista medidas que tem como objetivo retardar a evolução da doença, identificar e corrigir os problemas, co-morbidades e planejar com o paciente a terapia renal substitutiva (MELO; MESQUITA; MONTEIRO, 2012).

A aplicação de uma metodologia colaborativa aparentemente melhora a identificação e o gerenciamento dos pacientes com doença renal crônica na atenção primária, sendo as características dessa metodologia: uma aprendizagem compartilhada e um trabalho em rede, auditoria regular e a contra referência. Outro fator necessário para uma melhor eficiência para o gerenciamento da doença renal crônica na atenção primária é uma abordagem longitudinal (HARVEY et al., 2014)

Samal, et al., (2015); afirma que deve existir uma melhora nos cuidados prestados aos pacientes diagnosticados na fase 3 da doença renal crônica, onde deve ser monitorada a progressão da doença além de intervenções para retardar o avanço da doença, além de existir uma coadministração desses pacientes juntamente com os nefrologistas, atenção secundária, pois esses pacientes recebem um melhor acompanhamento da progressão da doença e um melhor manejo das complicações.

Um problema identificado pelos nefrologistas com relação a cogestão dos pacientes com insuficiência renal crônica avançada é a falta de informações sobre o paciente, o encaminhamento tardio pela atenção primária e a falta de educação em saúde sobre a doença renal crônica antes do encaminhamento para o especialista (GREER et al., 2015). A falta de planejamento para a terapia renal substitutiva foi identificada por Peixo na qual eles observaram que o paciente inicia a terapia sem opção de escolher e isso implicaria na falta de informação e educação sobre as terapias disponíveis (PEIXO et al., 2013).

A maioria dos nefrologistas relatam que não tem tempo suficiente para preparar de forma ideal os pacientes a terapia renal substitutiva, as vezes o encaminhamento é tão tardio que os pacientes não têm a oportunidade de compreender o seu diagnóstico antes de ser solicitada a preparação da terapia, além de restringir os tipos de tratamento disponíveis. Já os profissionais da atenção primária relatam que queriam um maior envolvimento deles na preparação dos pacientes para tratamento e uma transição suave para a terapia renal substitutiva, e por terem uma longa relação com os pacientes os profissionais acreditam que podem desenvolver um papel fundamental ajudando os pacientes a escolherem o melhor tratamento (GREER et al., 2015).

Desde modo quando o paciente começa a terapia com uma fistula arteriovenosa ou em diálise peritoneal significa que houve um maior tempo de preparação desse paciente, além de um processo de educação em saúde para a decisão da terapia renal substitutiva (PEIXO et al., 2013).

Para Tsang et al., (2016); é necessário também a criação de um plano de cuidados personalizável no qual atenda às necessidades individuais, pois isso permitirá o maior envolvimento do paciente no tratamento.

3.3 O papel da Enfermagem

Samal et al., (2015) fala que a gestão da população por um profissional não médico, isto é, sobre o acompanhamento da população por um enfermeiro, afirma que existe uma melhora na qualidade dos cuidados aos pacientes com diabetes e hipertensão.

Apesar da enfermagem não poder fazer prescrição medicamentosa, ela tem um papel importante na adesão e nas possíveis complicações durante o tratamento (TRAVAGIM et al., 2010).

Além de exercer um papel de cuidador a enfermagem também exerce o papel de educador, sendo responsável pela sistematização e incentivar o autocuidado, desta forma se faz necessário o desenvolvimento de atividades com o intuito de promover a saúde de forma educativa e assim reduzir a incidência da insuficiência renal crônica e melhorar a qualidade de vida, sendo essas atividades realizadas em conjunto e de forma construtiva iniciando na atenção básica indo até a atenção terciária (SANTOS, 2017).

4 CONCLUSÃO

Primeiramente foi identificado um número baixo de publicações sobre a atuação tanto da atenção básica à saúde como o papel do enfermeiro da atenção primária na nefrologia, sugerindo desta forma a necessidade de se estudar mais como eles podem atuar na insuficiência renal crônica. Foi constatado também que a atenção primária à saúde não tem seu papel somente como norteadora da rede, ela deve participar da prevenção, na identificação da lesão além de dar um suporte aos pacientes que estão com diagnósticos de doença renal crônica; esse suporte inicia auxiliar esse paciente para evitar a evolução da doença através dos fatores de risco modificáveis e acompanhamento do paciente que esteja em terapia renal substitutiva.

Com relação a atenção primária à saúde como norteadora da rede ela não deve somente encaminhar esse paciente que foi identificado, pois somente referenciando esses pacientes com lesão leve ou moderada acarretaria numa dificuldade de acesso daqueles pacientes com lesão renal grave ao nefrologista,

além de sobrecarregar a rede, o que se faz necessário é um modelo matricial especializado onde o paciente ficaria sobre responsabilidade da atenção primária e secundária e elas criam um plano terapêutico em conjunto.

Em se tratando de enfermagem ela tem um papel essencial, pois ela sistematizadora do cuidado além da autonomia que ela tem no nível primário de poder solicitar exames e identificar esse paciente precocemente, mas ela tem seu poder também na educação em saúde. Assim, a enfermagem pode atuar, tanto durante a consulta através da interpretação de exames laboratoriais e a classificação desse paciente, como na educação em saúde e na sistematização do cuidado, onde ela faz os diagnósticos e um plano de intervenções.

Baseando-se no sistema de saúde do Reino Unido que apresenta os mesmos princípios que o modelo brasileiro e no qual enfrentou as mesmas dificuldades no enfretamento aos agravos a saúde e no financiamento, e que foi necessário uma mudança em políticas públicas e um maior enfretamento da insuficiência renal crônica. Através desse modelo de gestão do Reino Unido conclui-se que é necessário a atenção primária tem um papel além de norteadora da rede, uma reorganização no modelo de referência.

É necessário também um maior investimento nos profissionais que atuam na atenção primária com uma suporte e educação continuada sobre nefrologia, principalmente a enfermagem por estar mais próxima dos pacientes além de apresentar um maior papel de educador e por sua sistematização do cuidado.

REFERÊNCIAS

- BARROS, E. et al. **Nefrologia:** Rotinas, Diagnóstico e Tratamento. 3.ed. Porto Alegre: Artmed, 2007. 137 p.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **PNAB:** Política Nacional de Atenção Básica. Secretaria de Atenção à Saúde: Departamento de Atenção Básica. Brasília. out. 2012. Disponível: <<http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/pnab.pdf>>. Acesso em: 16 mar. 2018.
- CAMPOS, Gastão Wagner de Sousa. Equipes de referência e apoio especializado matricial: um ensaio sobre a reorganização do trabalho em saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, [s.l.], v. 4, n. 2, p.393-403, 1999.
- DELGADO, Millena Freire et al. Risk factors and knowledge of the elderly people about chronic kidney disease. **Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste**, [s.l.], v. 18, n. 3, p.361-367, 27 jun. 2017. Rev Rene - Revista da Rede de Enfermagem de

Nordeste. <http://dx.doi.org/10.15253/2175-6783.2017000300011>.

DUARTE, Giani da Cunha et al. Doença renal crônica: reconhecimento dos fatores de risco pelos profissionais da atenção primária. **Journal Nursing And Health.** Pelotas, p. 287-297. ago. 2016.

GIL, A.C. **Métodos e técnicas da pesquisa social.** Editora Atlas. São Paulo, 6. ed. p. 27, 2008.

GREER, Raquel; BOULWARE, L. Ebony. Reducing CKD Risks Among Vulnerable Populations in Primary Care. **Advances In Chronic Kidney Disease**, [s.l.], v. 22, n. 1, p.74-80, jan. 2015. Elsevier BV. <http://dx.doi.org/10.1053/j.ackd.2014.06.003>.

GREER, Raquel C et al. Specialist and primary care physicians' views on barriers to adequate preparation of patients for renal replacement therapy: a qualitative study. **Bmc Nephrology**, [s.l.], v. 16, n. 1, p.1-10, 28 mar. 2015. Springer Nature. <http://dx.doi.org/10.1186/s12882-015-0020-x>.

HARVEY, G. et al. Improving the identification and management of chronic kidney disease in primary care: lessons from a staged improvement collaborative. **International Journal For Quality In Health Care**, [s.l.], v. 27, n. 1, p.10-16, 18 dez. 2014. Oxford University Press (OUP). <http://dx.doi.org/10.1093/intqhc/mzu097>.

MARCONI, M.A; LAKATOS, E.M. **Fundamentos de metodologia científica.** 7. ed. São Paulo: Atlas S.a, 2010.

MELO, Ana Paula; MESQUITA, Gerardo Vasconcelos; MONTEIRO, Claudete Ferreira de Souza. Diagnóstico precoce da doença renal crônica pela Estratégia Saúde da Família. **Revista Interdisciplinar**, Teresina, v. 6, n. 1, p.124-128, jan. 2013.

OLIVEIRA, Carilene Silva et al. Perfil dos pacientes renais crônicos em tratamento hemodialítico. **Revista Baiana de Enfermagem**, Salvador, v. 1, n. 29,mar. 2015.

PAULA, E.A., Costa, M.B.; COLUGNATI, F.A.B.; BASTOS, R.M.R.; VANELLI, C.P., LEITE, C.C.A., et al. Strengths of primary healthcare regarding care provided for chronic kidney disease. **Rev. Latino-Am. Enfermagem.** 2016;24:e2801.

PEIXOTO, Eline Rezende de Moraes et al. Diálise planejada e a utilização regular da atenção primária à saúde entre os pacientes diabéticos do Município de Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 6, n. 29, jun. 2013.

PEREIRA, Edna Regina Silva et al. Prevalence of chronic renal disease in adults attended by the family health strategy. **Jornal Brasileiro de Nefrologia**, [s.l.], v. 38, n. 1, p.22-30, out. 2015.

PENA, Paulo Félix de Almeida et al. Cuidado ao paciente com Doença Renal

Crônica no nível primário: pensando a integralidade e o matriciamento. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 11, p.3135-3144, nov. 2012.

PEREIRA, Edna Regina Silva et al. **Prevalência de doença renal crônica em adultos atendidos na Estratégia de Saúde da Família**. Jornal Brasileiro de Nefrologia. São Paulo, p. 22-30. mar. 2016.

SAMAL, Lipika et al. Nephrology co-management versus primary care solo management for early chronic kidney disease: a retrospective cross-sectional analysis. **Bmc Nephrology**, [s.l.], v. 16, n. 1, p.1-8, 12 out. 2015. Springer Nature. <http://dx.doi.org/10.1186/s12882-015-0154-x>.

SANTOS, Jéssica Roberta Firme de Moura et al. Estratégias da atenção básica na doença renal crônica: a importância do diagnóstico precoce. **Revista Saúde.com**, Vitória da Conquista, v. 2, n. 13, p.863-870, jun. 2017.

SESSO, R.C et al. Relatório do Censo Brasileiro de Diálise Crônica 2012. **Jornal Brasileiro de Nefrologia**. v. 36, n. 1, p.48-53, 2014.

TITAN, Silvia et al. **Princípios Básicos de Nefrologia**. Porto Alegre: Artmed, 2013. p.245.

TSANG, Jung Yin et al. Understanding the implementation of interventions to improve the management of chronic kidney disease in primary care: a rapid realist review. **Implementation Science**, [s.l.], v. 11, n. 1, p.1-16, dez. 2015. Springer Nature. <http://dx.doi.org/10.1186/s13012-016-0413-7>.

XAVIER, Bruno Lessa Saldanha et al. Características individuais e clínicas de clientes com doença renal crônica em terapia renal substitutiva. Rio de Janeiro: **Revista de Enfermagem da Uerj**, 2014. Color.

DOI: 10.36926/editorainovar-978-65-86212-49-5-5

HUMANIZAÇÃO DO ATENDIMENTO DE ENFERMAGEM NA UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA

HUMANIZATION OF NURSING CARE IN THE INTENSIVE CARE UNIT

Ingrid Liara Queiroz Sousa¹
 Ana Ofélia Portela Lima²
 Ivana Leticia da Cunha Silva³
 Francisca Andrea Marques de Albuquerque⁴
 Samira Rocha Magalhães de Alencar⁵
 Emanoel Ferreira de Araujo⁶

RESUMO

Objetivo: Avaliar as evidências disponíveis na literatura sobre a humanização do atendimento de enfermagem na unidade de terapia intensiva. **Método:** Estudo de revisão integrativa realizado em plataformas Google Acadêmico, BVS e Scielo, onde 13 artigos compuseram a amostra. Os dados extraídos foram digitados e armazenados no Excel. **Resultado:** Há um aprofundamento no tema, visto que as pesquisas originais mostram, em sua maioria, desenhos qualitativos, debruçando-se na questão da humanização do enfermeiro na UTI. **Discussão:** O fator humano nas relações interpessoais paciente/profissional/ família emerge como principal medidor da qualidade da humanização no cuidado hospitalar. Para que a implantação na PNH seja contínua, fica evidente a necessidade de um investimento maior no preparo desses profissionais. **Conclusão:** O estudo proporcionou identificar na literatura sobre a percepção dos enfermeiros acerca da humanização, as dificuldades encontradas para humanizar a assistência e a necessidade de um cuidado mais humanizado pelos enfermeiros.

Palavras-chave: Unidade de Terapia Intensiva. Enfermagem. Humanização.

ABSTRACT

Objective: To evaluate the evidence available in the literature on the humanization of nursing care in the intensive care unit. **Method:** Integrative review study conducted on Google Scholar, VHL and Scielo platforms, where 13 articles comprised the sample. The extracted data was entered and stored in Excel. **Result:** There is a deepening in the theme, since the original research shows, in its majority, qualitative designs, focusing on the issue of the humanization of nurses in the ICU. **Discussion:** The human factor in patient / professional / family interpersonal relationships emerges as the main measure of the quality of humanization in hospital care. For the implementation in the PNH to be continuous, the need for greater investment in the training of these professionals is evident. **Conclusion:** The study provided to identify

¹ Graduanda em enfermagem pelo Centro Universitário da Grande Fortaleza. E-mail: Ingridliara8@gmail.com.

² Doutoranda em Saúde Coletiva. Mestra em Saúde Coletiva. Especialista em Enfermagem em Unidade de Terapia Intensiva. Docente do UNIGRANDE. E-mail: anaofelia.pl@gmail.com.

³ Graduanda em enfermagem pelo Centro Universitário da Grande Fortaleza. E-mail: ivanna.lethicia@gmail.com

⁴ Mestra em Ensino e Saúde. Docente do curso de Enfermagem do Centro Universitário da Grande Fortaleza. andreamarques@unigrande.edu.br

⁵ Mestra em Enfermagem. E-mail: samira_magalhaes@hotmail.com

⁶ Graduado em enfermagem pelo Centro Universitário da Grande Fortaleza. E-mail: p.emmanuel.b5@hotmail.com

in the literature about the perception of nurses about humanization, the difficulties encountered to humanize care and the need for more humanized care by nurses.

Keywords: Intensive care unit. Nursing. Humanization.

1 INTRODUÇÃO

A hospitalização está associada à tensão, ao sofrimento e ao medo. Esses aspectos causam na maioria das vezes desconforto em saber que em algum momento de nossas vidas vivenciar tal experiência, seja por meio de um simples exame de rotina até uma internação curta ou de longa duração (RIBEIRO; SILVEIRA, 2015). Dentre os setores hospitalares, temos a Unidade de Terapia Intensiva (UTI).

A UTI é um espaço físico fechado, com recursos tecnológicos, que monitoram o doente nas 24 horas, visando à recuperação da saúde e à manutenção da vida dos que necessitam de um acompanhamento contínuo. É constituída por equipe multiprofissional que presta assistência ao paciente grave, que apresentam quadro clínico recuperável ou não, buscando minimizar o risco e a potencialização dos benefícios do tratamento instituído. Devido a sua composição complexa de recursos e à gravidade do estado de saúde dos que nela se encontram, pode ser vista pelos profissionais como agressivo, altamente estressante e traumatizante para o familiar e paciente (NOGUEIRA et al., 2012 e VEDOOTTI; SILVA, 2010).

Esse cenário envolve procedimentos invasivos e risco de morte, podendo mostrar-se hostil e desalentador. Nele atuam profissionais da saúde, principalmente os da enfermagem, responsáveis por grande parte das atividades do cuidado intensivo, como: realização de procedimentos, monitorização constante e uso de tecnologia aplicada à saúde, entre outros (CAMPONOGARA et al., 2011).

O enfermeiro desempenha um papel fundamental no processo de atendimento, precisa estar preparado e constantemente atualizado para gerenciar as diversas informações e atender com qualidade a complexidade do cuidado. Na UTI, prevalecem habilidades e conhecimentos tecnológicos específicos e especializados, para que os mesmos desenvolvam sua prática de maneira eficaz e terapêutica, mas, além disso, precisam lidar com o conceito de finitude, o medo dos pacientes e dos familiares. Contudo, é um fator que desafia a equipe na busca por aliar os valores humanitários aos recursos tecnológicos (PASSOS et al., 2015 e BUCCHI; MIRA,

2010).

Pensar em uma prática assistencial que considere os familiares e os seus pacientes como seres humanos com opiniões e sentimentos é uma necessidade importante. Diante desse contexto, foram lançadas estratégias governamentais a partir da publicação do Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar, em 2001, sendo essa estratégia alterada em 2003 para Política Nacional de Humanização (PNH) (BRASIL, 2010).

A PNH objetiva expandir a prática da humanização em todos os âmbitos do Sistema Único de Saúde (SUS), que se caracteriza ações, dentre eles: sentimentos dos trabalhadores frente ao sofrimento das pessoas, fim da postura antiética, do afastamento das pessoas de suas redes sócio familiares nos procedimentos e melhoria nos ambientes de trabalho (BRASIL, 2010).

O estudo teve como objetivo avaliar as evidências disponíveis na literatura sobre a humanização do atendimento de enfermagem na unidade de terapia intensiva.

2 METODOLOGIA

Trata-se de um estudo do tipo revisão integrativa, que permite a análise de uma complexidade de informações baseadas em evidências constatadas através de estudos já realizados norteados pela prática baseadas em evidência. Os dados resumidos e comparados permitem com que se obtenham conclusões gerais sobre o problema da pesquisa (CROSSETTI, 2012 e ERCOLE; MELO; ALCOFORADO, 2014). Admite a incorporação de dados de múltiplos estudos, os dados são elaborados por meio da união e síntese dos resultados da pesquisa e são organizadas de maneira sistemática (MENDES; SILVEIRA; GALVÃO, 2008).

A capacidade de identificar e localizar documentos sobre um tópico de pesquisa é uma habilidade importante para o desenvolvimento de um estudo de revisão. Desse modo, a sistematização dos passos para a realização do estudo é fundamental para o desenvolvimento de um trabalho de boa qualidade. No presente estudo, utilizou-se o fluxograma desenvolvido por Mendes, Silveira e Galvão (2008).

Foram realizadas seis etapas: estabelecimento da questão norteadora; definição das características das pesquisas primárias da amostra e busca na

literatura; seleção das pesquisas que compuseram a amostra da revisão; análise dos achados dos artigos incluídos na revisão; interpretação dos resultados; e relato da revisão proporcionando um exame crítico dos achados.

Esta busca de evidências iniciou-se com a definição dos descritores (Humanização da assistência; Enfermagem; Unidades de Terapia Intensiva) e elaboração da questão norteadora: Quais as evidências disponíveis na literatura sobre humanização do atendimento de enfermagem na unidade de terapia intensiva?

Avaliou-se a adequação dos estudos para o objetivo geral desta pesquisa. Todos os estudos de importância e impacto nos resultados para conclusão do trabalho foram incluídos. Para o levantamento de artigos na realização da revisão foram utilizadas três bases de dados, a saber: Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), Scientific Electronic Library Online (SciELO) e Google Acadêmico.

Como critérios de inclusão foram utilizados: publicações em português, com textos completos disponíveis online nas bases de dados selecionadas, no período de 2009 a 2019. Os critérios de exclusão foram: teses, dissertações, monografia, artigo de revisão de literatura, carta ao editor, referências que não permitiram acesso gratuito ao texto completo on-line e publicações anteriores ao ano de 2009.

A busca foi realizada pelo acesso on-line utilizando os descritores já mencionados, e foram encontrados 1921 artigos. Estes foram submetidos aos critérios de inclusão já estabelecidos e após exclusão inicial, realizou-se a leitura dos resumos que estavam disponíveis, avaliando se estes contemplavam os aspectos referentes à aplicação da humanização na assistência de enfermagem na UTI. Resultou na seleção de 13 artigos.

A busca realizada na BVS, com a combinação de descritores: Unidade de Terapia Intensiva; Enfermagem; Humanização, resultou em 39 artigos encontrados. Após aplicação dos critérios de exclusão, restaram 1 artigos.

Na base de dados SciELO na combinação simultânea dos três descritores: Unidade de Terapia Intensiva; Enfermagem; Humanização foram encontrados 7 artigos que após exclusão por critérios já estabelecidos, resultou em 5 artigos selecionados.

Já na base de dados Google Acadêmico, a combinação dos descritores: Unidade de Terapia Intensiva; Enfermagem; Humanização resultou em 1875 artigos

encontrados que após seleção, resultou em 7 (sete) artigos.

Os dados extraídos foram digitados e armazenados no Excel e agrupados em tabelas que permitiram melhor visualização e posterior análise de acordo com a literatura pertinente. Os artigos selecionados foram analisados criticamente, procurando explicações para os resultados diferentes ou conflitantes. A análise ocorreu de forma textual, ou seja, de acordo com o que foi relacionado entre os autores e resultados de estudos.

Quanto aos aspectos éticos, por se tratar de uma revisão integrativa, não houve a necessidade de avaliação por Comitê de Ética em Pesquisa, pois o material avaliado é de livre acesso na Internet.

3 RESULTADOS

Das treze pesquisas selecionadas, as publicações aconteceram nos anos de 2009 (1), 2011 (1), 2012 (1), 2013 (1), 2015 (3), 2016 (3), 2017 (1), 2018 (1) e 2019(1), realizadas em âmbito nacional, nos seguintes periódicos: Revista de Enfermagem UFPE online, Escola Anna Nery Revista de Enfermagem, Saúde em Revista, Revista Baiana de Enfermagem, Cogitare Enfermagem, Revista da Escola Enfermagem USP, Revista Mineira de Enfermagem, Revista Brasileira Enfermagem, Temas em Saúde, Revista brasileira promoção da saúde. Em relação à abordagem das pesquisas, 11 são qualitativas e 2 quantitativas.

Quanto ao delineamento dos estudos observa-se que há um aprofundamento no tema estudado, visto que as pesquisas originais mostram, em sua maioria, desenhos do tipo qualitativo, debruçando-se na questão da humanização do enfermeiro na unidade de terapia intensiva.

É importante ressaltar, o fundamental ato de ouvir o profissional sobre suas percepções, seu modo de trabalho, seu ambiente como um todo e sua perspectiva sobre como tais fatores influem em sua vida, desde atividades rotineiras até sua saúde física e mental. Portanto a abordagem qualitativa configura-se, dessa forma, como uma abordagem adequada frente a um fenômeno subjetivo, aos sentimentos e percepções do sujeito investigado, como algo não passível de quantificação (MINAYO, 2016).

Tabela 1: Caracterização dos estudos selecionados. Fortaleza-CE, 2020.

N	AUTOR	LOCAL/ ANO	TÍTULO	OBJETIVO	CONCLUSÃO
1	Santana <i>et al.</i> ,	Brasil 2009	Humanização do cuidar em uma Unidade de terapia intensiva adulto: percepções da equipe de enfermagem	Compreender a percepção da equipe de enfermagem sobre o processo do cuidar humanizado em uma Unidade de Terapia Intensiva adulto.	Foi reconhecida a necessidade de trabalhar a humanização a partir dos próprios profissionais que lidam diretamente com o paciente; para tal, ele precisa reconhecer o valor que ele tem para o cuidado humanizado e se sentir como parte integrante do processo.
2	Silva <i>et al.</i> ,	Brasil 2012	Discursos de enfermeiros sobre humanização na unidade de terapia intensiva	Identificar elementos da prática dos enfermeiros de terapia intensiva que dificultam a implementação da humanização da assistência.	Os dispositivos da PNH, como a visita aberta, a ambiência, o acolhimento, a integração da equipe multiprofissional, as oficinas, os grupos de trabalho de humanização, não são implementados na UTI. Esta situação pode retratar a realidade de muitas outras UTI existentes no Brasil.
3	Rocha <i>et al.</i> ,	Brasil 2013	Assistência humanizada na terapia intensiva neonatal: ações e limitações do enfermeiro	Compreender a experiência do enfermeiro de Unidade de Terapia Intensiva Neonatal em relação às suas ações e limitações frente a uma assistência humanizada ao neonato/família.	Para as enfermeiras, assistir o neonato de forma humanizada engloba um conjunto de ações que são diariamente colocadas em prática como: confortar e acolher o neonato e a sua família; ampliar os horários de visita familiar e permitir aos pais participarem do cuidado ao neonato. As ações humanizadoras configuram-se em prestar uma assistência holística não só ao neonato, mas também à sua família, que vivencia a inesperada hospitalização do filho.
4	Chernich aro; Silva; Ferreira	Brasil 2014	Humanização no cuidado de enfermagem nas concepções de profissionais de enfermagem	Identificar os conteúdos que integram as representações sociais de profissionais de enfermagem sobre a humanização no cuidado, a fim de que se possa mapear, em princípio, suas concepções.	A humanização no cuidado tem estreita aproximação com as relações interpessoais e com a gestão de saúde, tornando necessário um maior investimento no preparo de profissionais para que estes tenham uma abordagem mais humana e menos protocolar, que interfira na qualidade do cuidado.
5	D' Alfonso Júnior <i>et al.</i> ,	Brasil 2015	Humanização em unidades de terapia intensiva: uma visão do ponto de vista	Identificar e listar os possíveis fatores que dificultam a implantação da humanização no	A humanização da assistência consiste em buscar melhorias na qualidade dos serviços oferecidos, garantindo melhores resultados e consequentemente, maior satisfação do paciente e de

			do profissional de enfermagem	contexto hospitalar e na UTI.	seus familiares. No entanto, ao se buscar essa implementação, os gestores devem fazer uma análise das condições oferecidas aos profissionais para que eles possam se empenhar em tal processo. Faz-se necessário que a remuneração salarial, jornadas de trabalho, infraestrutura, número adequado de funcionários, valorização do profissional. Cabe também ao empregador, oferecer treinamentos a fim de capacitar sua equipe.
6	Martins <i>et al.</i> ,	Brasil 2015	Humanização no processo de trabalho na percepção de enfermeiros de unidade de terapia intensiva	Identificar os fatores que propiciam e dificultam a humanização entre os trabalhadores de enfermagem, na percepção de enfermeiros de UTI.	Para os enfermeiros, os fatores que contribuem para a humanização no processo de trabalho entre os profissionais de enfermagem de UTI estão relacionados: ao trabalho realizado em equipe, ao bom relacionamento interpessoal, à valorização pelos colegas, pela instituição e pelo próprio trabalhador, à comunicação efetiva, aos valores de cada pessoa, e à formação acadêmica que deveria primar não somente pela humanização da assistência, mas também entre os profissionais.
7	Massaroli <i>et al.</i> ,	Brasil 2015	Trabalho de enfermagem em unidade de terapia intensiva e sua interface com a sistematização da assistência	Compreender as vivências de enfermeiros de uma unidade terapia intensiva adulto no desenvolvimento da Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE).	Neste artigo destaca-se que, muitas vezes, o cuidado de enfermagem em terapia intensiva transcorre perpassando pela tríade: técnica, tecnologia e humanização, pois todos esses aspectos são essenciais e, em muitos momentos vitais, para manter as necessidades básicas do paciente.
8	Medeiros <i>et al.</i> ,	Brasil 2016	Integralidade e humanização na gestão do cuidado de enfermagem na Unidade de Terapia Intensiva	Identificar os elementos capazes de promover a integralidade e humanização na gestão do cuidado de enfermagem na Unidade de Terapia Intensiva, com enfoque ecossistêmico	Considera-se a importância de resgatar as singularidades e complexidades dos usuários – os quais são seres humanos únicos e necessitam ser atendidos nas suas multidimensionalidades.
9	Rodrigues; Calegari	Brasil 2016	Humanização da assistência na unidade	Analizar a visão da equipe de enfermagem sobre a	As profissionais praticam uma assistência de enfermagem permeada por atitudes humanísticas com respeito,

			de terapia intensiva pediátrica: perspectiva da equipe de enfermagem	humanização da assistência às crianças e famílias na Unidade de Terapia Intensiva Pediátrica (UTIP).	proporcionado o cuidado centrado no paciente e sua família, buscando apoiar, acolher, oferecer atenção, escuta e esclarecimento aos acompanhantes. As ações que relataram executar estão de acordo com a Política Nacional de Humanização nas diretrizes de acolhimento, ambiência e defesa dos direitos dos usuários.
10	Sanchez et al.,	Brasil 2016	Percepções de profissionais de saúde sobre a humanização em unidade de terapia intensiva adulto	Compreender a percepção dos profissionais de saúde quanto ao cuidado humanizado em uma Unidade de Terapia Intensiva Adulto (UTI).	A complexidade da assistência no ambiente da UTI ainda se concentra na alta tecnologia, com a finalidade de satisfazer primeiro as necessidades biológicas dos pacientes. No entanto, de acordo com os entrevistados, a problemática conceitual da humanização provoca certas limitações na busca de modificação do cenário assistencial em saúde, uma vez que ela perpassa desde aspectos técnicos, relacionais, éticos e até mesmo questões de ambiência.
11	Luiz; Caregnato; Costa	Brasil 2017	Humanização na Terapia Intensiva: percepção do familiar e do profissional de saúde	Compreender as percepções de familiares e profissionais de saúde sobre humanização na Unidade Terapia Intensiva (UTI) para direcionar a uma ação educativa.	Apesar de aparecerem dificuldades por parte dos familiares em conceituar humanização, os mesmos trazem em seus modos de expressão e vivências suas opiniões a respeito do tratamento humanizado ou não. Já os profissionais de saúde compreendem os preceitos da PNH e asseguram executar em suas práticas assistenciais tais orientações, apesar de relatarem que ainda existem muitas falhas no caminho ideal para uma efetiva humanização nos serviços de saúde.
12	Corrêa; Souza; Santo	Brasil 2018	Humanização na unidade de terapia intensiva: vivência da equipe de enfermagem	Compreender a humanização na percepção dos profissionais de enfermagem, assim, conseguimos analisar a aplicabilidade deste processo numa unidade de terapia intensiva	Os resultados apontaram para a necessidade de trabalhar a compreensão dos profissionais, pois muitos não comprehendem o significado de ações humanizadas confundindo estas com ações assistenciais feitas com atenção e de modo delicado. Acreditamos que a humanização deve ser melhor abordada durante o decorrer do curso e sempre sendo reforçada nas educação permanentes, afinal, muitos profissionais se formam e começam a atuar sem conhecer seu significado e sua aplicabilidade de forma correta,

					realizando a assistência com ações mecanizadas.
13	Castro <i>et al.</i> , Brasil 2019	Percepções da equipe de enfermagem acerca da humanização em terapia intensiva	Conhecer as percepções da equipe de Enfermagem acerca da humanização da assistência em Unidade de Terapia Intensiva	Percebem a importância de atender não somente às necessidades biológicas dos pacientes, mas de utilizarem a comunicação como prática intimamente relacionada à humanização do cuidado. Pode-se identificar, no entanto, por vezes, a falta de conhecimento em relação à Política Nacional de Humanização.	

Fonte: Elaborado pelo autor.

4 DISCUSSÃO

De acordo com artigo 1, considerando que o profissional de saúde é a pessoa que presta o cuidado, foi percebido a necessidade de trabalhar a humanização a partir dos próprios profissionais que lidam diretamente com o paciente; para tal, ele precisa reconhecer o valor que tem para o cuidado humanizado e se sentir parte integrante do processo. É dever do enfermeiro demonstrar atitudes humanas no dia-a-dia com a equipe, paciente e familiar.

Neste contexto, os profissionais da saúde precisam se comprometer em seu papel de cuidador e educador valorizando o ser humano conforme suas potencialidades e vivências, transformando a prática em processos dinâmicos, participativos e solidários (CAMPOS; MELO, 2011).

É evidente a crescente investigação quanto aos aspectos humanos da equipe de enfermagem e a partir de suas iniciativas, percebemos que disponibilizando informações a pacientes e familiares, sendo ético e tendo respeito ao próximo estão humanizando o atendimento (CASTRO et al., 2019).

A palavra humanizar está diretamente relacionada à adoção de valores, tais como dignidade, ética, respeito aos seus direitos e acima de tudo pôr-se no lugar do outro, tratando da mesma forma como gostaria de ser tratado (CASTRO et al., 2019).

Conforme os artigos 4 e 5 os conteúdos das representações sociais dos profissionais de enfermagem sobre a humanização permeiam as questões empíricas (conhecimento científico), estéticas (a arte da enfermagem), questões pessoais (autoconhecimento) e morais (o cuidado ético). O fator humano nas relações interpessoais paciente/profissional/família emerge como principal medidor da

qualidade da humanização no cuidado hospitalar. Para que a implantação na PNH seja contínua, fica evidente a necessidade de um investimento maior no preparo desses profissionais, e que demonstrem uma abordagem mais humana e menos protocolar.

A atenção dispensada pelos profissionais, no que diz respeito ao relacionamento, evidencia que o tratamento dado pela equipe com educação e respeito, é interpretado como um cuidado humanizado (SPIR et al., 2011).

O artigo 2 traz que dispositivos da PNH, como a visita aberta, a ambiência, o acolhimento, a integração da equipe multiprofissional, as oficinas, os grupos de trabalho de humanização, não são implementados na UTI, já o artigo 5 relata que ao se buscar essa implementação, os gestores devem fazer uma análise das condições oferecidas aos profissionais para que eles possam se empenhar em tal processo. Faz-se necessário que a remuneração salarial, jornadas de trabalho, infraestrutura, número adequado de funcionários, valorização do profissional, entre outros (SILVA et al., 2012 e D' ALFONSO JÚNIOR et al., 2015).

Corroborando com os artigos 2 e 5 o bom relacionamento multiprofissional está diretamente ligado à empatia, ou seja, quando o trabalhador comprehende o outro, torna o relacionamento mais espontâneo e efetivo, estabelece atitudes humanizadas entre seus pares, além de desenvolver uma consciência sobre o seu papel no grupo. Há uma necessidade de respeito aos preceitos da PNH, bem como aos do SUS acerca da autonomia e participação dos profissionais, usuários e familiares no contexto assistencial da Terapia Intensiva. Esse papel dar-se-á valorizando-se cada participante no processo de trabalho e seus valores. Por outro lado, a falta de tempo, ambiente físico inadequado, carências de materiais e de recursos humanos são algumas das condições evidenciadas que dificultam uma assistência humanizada.

Contudo, a UTI é um local que por manter uma equipe constante pode possibilitar ensaios da clínica ampliada, com suporte teórico no Humaniza SUS aprimorando aspectos da assistência focadas no usuário, no profissional e no ambiente, podendo-se utilizar inicialmente das abordagens teóricas dos critérios estabelecidos para classificação das UTIs e da PNH articuladas aos princípios do SUS (CAMPOS; MELO, 2011).

O que se demonstra com artigo 3, que trata de UTI neonatal, se faz

necessário estar atento às necessidades do RN e também dos pais, promovendo condições para o envolvimento de ambos, possibilitando a sua interação com a equipe multiprofissional. O vínculo estabelecido entre a equipe e a família favorece o desenvolvimento de estratégias para a construção de uma assistência humanizada, minimizando os aspectos frios do espaço físico, do aparato tecnológico e das rotinas.

Corroborando com a descrição acima, segundo a literatura do ponto de vista dos profissionais de saúde, a estadia da mãe ao lado do seu filho hospitalizado é importante para o binômio, onde a mãe se sente mais segura e amparada por estar acompanhando de forma participativa o processo de recuperação do bebê. Assim, além da manutenção deste relacionamento, outros fatores como: ter uma adequada acomodação e alimentação nesse período, contribuem para o bem-estar das mães acompanhantes nesse processo (SPIR et al., 2011).

Nos artigos 11 e 13 pode-se identificar uma divergência na percepção da humanização entre a família e os profissionais de saúde. Apesar de aparecerem dificuldades por parte dos familiares em conceituar humanização, os mesmos trazem em seus modos de expressão e suas opiniões, no que diz respeito aos aspectos desfavoráveis, as situações ditas desumanizantes, como comentários inoportunos, barulhos constantes, falta de privacidade do usuário e a utilização de rótulos e apelidos para se referir ao paciente. Já os profissionais de saúde compreendem os preceitos da PNH e asseguram executar em suas práticas assistenciais tais orientações, apesar de relatarem que ainda existem muitas falhas. No entanto, é necessário investimento no desenvolvimento de habilidades de escuta sensível e qualificada, além da expressão não verbal, observação e acolhimento diante das reais necessidades do sujeito.

Em contrapartida, no artigo 12 identificou-se que a equipe de enfermagem não conhece o significado e nem as políticas de humanização do Ministério da Saúde e, ainda, que para haver um cuidado humanizado dentro de uma unidade de terapia intensiva adulta, são vários os fatores que interferem em sua aplicabilidade.

De acordo com artigo 7, 8, 9 e 10 os estudos permitiram verificar que a SAE não era desenvolvida com facilidade e plenitude pelos enfermeiros que atuavam na instituição estudada, como é preconizado pelo COFEN há 10 anos. Percebeu-se dificuldade dos enfermeiros com a sua prática profissional, visto que os participantes

indicam que o aperfeiçoamento técnicocientífico é necessário, reconhecendo a responsabilidade de cada profissional e que é imprescindível para o desenvolvimento da assistência. É fundamental a reflexão sobre as ações de enfermagem no sentido de ultrapassar a prática centrada na habilidade técnica, e isso tornase possível no encontro com o outro, onde as ações são reconhecidas e humanizadas, gerando o processo de ação e reflexão e potencializando as oportunidades de adquirir novos conhecimentos (MASSAROLI *et al.*, 2015).

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O estudo proporcionou identificar na literatura sobre a percepção dos enfermeiros acerca da humanização, as dificuldades encontradas para humanizar a assistência e a necessidade de um cuidado mais humanizado pelos enfermeiros.

A humanização da assistência é vista pelos enfermeiros como a promoção de um cuidado integral aos pacientes e também cuidando do outro como gostaria de ser cuidado. Por outro lado, a falta de tempo, ambiente físico inadequado, carências de materiais e de recursos humanos são algumas das condições evidenciadas que dificultam uma assistência humanizada. A necessidade de um cuidado mais humanizado aos enfermeiros dos serviços de saúde por meio do apoio do gestor e da promoção a saúde dos trabalhadores foram fatores evidenciados no estudo.

Visto como limitações, que para haver uma humanização da assistência é preciso que ocorra, simultaneamente, a humanização dos trabalhadores, dando-lhes condições de trabalho, a fim de evitar o adoecimento, assim como uma gestão participativa que valorize e apoie o trabalho dos enfermeiros e demais membros da equipe multidisciplinar de saúde.

Neste sentido, é preciso atentar para a necessidade de sensibilizar usuários e trabalhadores quanto à importância da humanização da assistência à saúde. Sob esse prisma, ouvir suas necessidades se caracteriza como um passo inicial para instigar a reflexão acerca do tema, buscando construir alternativas que envolvam os trabalhadores, os usuários e os serviços.

Portanto, a humanização da assistência não pode ser fruto de ação momentânea ou de um esforço limitado no tempo, mas deve se integrar em um plano sustentado, contínuo, complexo, permanente e evolutivo.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. Política Nacional de Humanização – Humaniza SUS. [on line] 2010.

BUCHI, Sarah Marília; MIRA, Vera Lucia. Reelaboração do treinamento admissional de enfermeiros de Unidade de Terapia Intensiva. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 44, n. 4, p. 1003-1010, 2010.

CAMPONOGARA, Silviamar et al. O cuidado humanizado em unidade de terapia intensiva: uma revisão bibliográfica. **Revista de Enfermagem da UFSM**, v. 1, n. 1, p. 124-132, 2011.

CAMPOS, Luciana de Freitas; MELO, Marcia Regina Antonietto da Costa. Assistência em enfermagem na perspectiva da clínica ampliada em unidade de terapia intensiva. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, v. 32, n. 1, p. 189, 2011.

CASTRO, Ariane da Silva et al. Percepções da equipe de enfermagem acerca da humanização em terapia intensiva. **Revista Brasileira em Promoção da Saúde**, v. 32, 2019.

CROSSETTI, Maria da Graça Oliveira. Revisão intergrativa de pesquisa na enfermagem: o rigor científico que lhe é exigido. **Revista gaúcha de enfermagem**, v. 33, n. 2, p. 08-13, 2012.

D'ALFONSO JÚNIOR, Geovanne et al. Humanização em unidades de terapia intensiva: uma visão do ponto de vista do profissional de enfermagem. 2015.

ERCOLE, Flávia Falcí; MELO, Laís Samara de; ALCOFORADO, Carla Lúcia Goulart Constant. Revisão integrativa versus revisão sistemática. **Revista Mineira de Enfermagem**, v. 18, n. 1, p. 9-12, 2014.

MASSAROLI, Rodrigo et al . Trabalho de enfermagem em unidade de terapia intensiva e sua interface com a sistematização da assistência. **Esc. Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 2, p. 252-258, June 2015 .

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

MINAYO, Maria Cecília de Souza; DESLANDES, Suely Ferreira; GOMES, Romeu. Pesquisa social: teoria, método e criatividade. In: **Pesquisa social: teoria, método e criatividade**. p. 95 p-95. 2016.

RIBEIRO, Ivan; DA SILVEIORA, Maria Gorete Coelho Cortez. Humanização hospitalar no sistema único de saúde. **Revista Interdisciplinar Ciências e Saúde-RICS**, v. 2, n. 3, 2015.

NOGUEIRA, Lilia de Souza et al. Características clínicas e gravidade de pacientes internados em UTIs públicas e privadas. **Texto & Contexto Enfermagem**, v. 21, n. 1, p. 59-67, 2012.

PASSOS, Silvia da Silva Santos et al. User embracement in care for families at an intensive care unit/O acolhimento no cuidado a familia numa unidade de terapia intensiva/La acogida en el cuidado a la familia en una unidad de cuidados intensivos. **Enfermagem Uerj**, v. 23, n. 3, p. 368-375, 2015.

RODRIGUES, Polianna Formiga et al. Interação entre equipe de enfermagem e família na percepção dos familiares de crianças com doenças crônicas. **Escola Anna Nery**, v. 17, n. 4, p. 781-787, 2013.

SILVA, Fernanda Duarte da et al . Discursos de enfermeiros sobre humanização na Unidade de Terapia Intensiva. **Esc. Anna Nery**, Rio de Janeiro , v. 16, n. 4, p. 719-727, Dec. 2012

SPIR, Eliete Genovez et al. A percepção do acompanhante sobre a humanização da assistência em uma unidade neonatal. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 45, n. 5, p. 1048-1054, 2011.

VEDOOTTO, Denise de Oliveira; SILVA, Rosângela Marion da. Humanização com o familiar em uma Unidade de Terapia Intensiva: estudo descritivo. **Online braz. j. nurs.(Online)**, p. 1-15, 2010.

SEÇÃO 2

CUIDADO INTEGRAL NA ENVELHESCÊNCIA

DOI: 10.36926/editorainovar-978-65-86212-49-5-6

ENVELHESCÊNCIA E O PROCESSO DO AUTOCONHECIMENTO**ENVELHESCENCE AND THE PROCESS OF SELF-KNOWLEDGE**Rejane Barbosa da Fonseca¹Farley Janusio Rebouças Valentim²Isabelle Cerqueira Sousa³Ana Maria Fontenelle Catrib⁴**RESUMO**

A envelhescência é um período de mudanças, físicas e psíquicas, podendo ser vivenciada de diversas formas por cada pessoa, sendo influenciada pela história de vida e pelo contexto social. O objetivo desse artigo é propor reflexões sobre os processos psíquicos que ocorrem no envelhecimento, como a "metanoia", que levanta questionamentos internos e possíveis desordens de identidade psicológica, mas também indica promoção sobre o autoconhecimento e individuação. Sob a perspectiva junguiana observa-se a importância da integração do eixo puer-senex, que contém função vital para a maturidade, reconhecer os conflitos e deixar que se mobilizem, construirá expansão da consciência. O envelhecimento é apresentado como um período de mudança de foco, da realidade externa (persona) para um olhar mais aprofundado dos processos internos (self). Por fim, lidar com os conflitos, flexibilizar a persona ao longo da vida e buscar autoconhecimento pode oportunizar transformação e desenvolvimento ao ser humano.

Palavras-chave: Autoconhecimento. Envelhecimento. Psicoterapia. Autoaceitação. Individuação.

ABSTRACT

Aging is a period of changes, physical and psychological, which can be experienced in different ways by each person, being influenced by the life story and the social context. The purpose of this article is to propose reflections on the psychic processes that occur in aging, such as "metanoia", which raises internal questions and possible disorders of psychological identity, but also indicates promotion about self-knowledge and individuation. From the Jungian perspective, the importance of integrating the puer-senex axis, which contains a vital function for maturity, recognizing conflicts and allowing them to mobilize, will build an expansion of consciousness. Aging is presented as a period of change of focus, from the external reality (persona) to a more in-depth look at internal processes (self). Finally, dealing with conflicts that emerge in this phase, making the persona more flexible throughout life and seeking self-knowledge can provide opportunities for transformation and inner development for human beings.

Keywords: Self knowledge. Aging. Psychotherapy. Self-Acceptance. Individuation

¹ Psicóloga, Especialização em Gerontologia (ATENEU) e Psicologia Junguiana (UNICHRISTUS).
E-mail: rejanebfonseca@gmail.com.

² Psicólogo, Mestre em Psicologia (UFC), Orientador Acadêmico (UNICHRISTUS).
E-mail: farleyvalentim@yahoo.com.br.

³ Terapeuta Ocupacional, Mestre em Educação Especial (UECE), Doutoranda em Saúde Coletiva (UNIFOR), E-mail: isabellecerq@yahoo.com.br.

⁴ Pedagoga, Pós-Doutorado em Tecnologias e Serviços de Saúde (CINTESIS - Center for Health Technology and Services, da Faculdade de Medicina da Universidade do Porto-UP), Pós-doutorado em Saúde Coletiva (Universidade Estadual de Campinas-UNICAMP). E-mail: catrib@unifor.br.

1 INTRODUÇÃO

O termo “Envelhescência” é adotado por Manoel Berlink (1996) e compreende a fase de vida entre 45 a 65 anos de idade. Algo semelhante a adolescência ocorre também na envelhescência. É um momento de preparação para velhice, e como na adolescência, época de muitas mudanças, como aponta Manoel Berlink (1996) sobre os aspectos físicos que vão mudando, como a visão que não é mais a mesma, não se ouve bem, cabelos podem cair e o que permanece jovem é somente a alma que difere do seu envelope, o corpo.

Quanto ao aspecto cognitivo, na envelhescência, ocorre dos esquecimentos serem mais frequentes e a perda da concentração, mas, em contrapartida, segundo Baltes (1990 apud NERI, 2006) sobre a Teoria SOC (seleção, otimização e compensação), ocorre nessa fase uma adaptação, o que ele nomeia de plasticidade comportamental, manejo e alocação de recursos internos e externos, no sentido de maximizar ganhos e minimizar perdas.

Segundo NERI (2006) quando se percebe que ter menos tempo de vida, seleciona-se metas, parceiros e formas de interação, o que tornam as pessoas em processo de envelhecimento bem mais seletivas.

Em relação ao aspecto psicológico, é uma etapa de possíveis abalos pois exige enfrentar situações como doenças, lidar com o envelhecimento dos pais, saída dos filhos de casa , a conhecida “síndrome do ninho vazio” e outros aspectos como: aposentadoria, início de perdas dos pais, parentes e amigos, sentimento de solidão, possíveis frustrações de não realização profissional, pessoal, conflitos internos do passado que podem vir à tona nessa fase da vida. O tempo que na adolescência pode parecer infinito, a envelhescência se deparará com um tempo esgotável.

Contudo, pode ser um tempo de realizações de desejos antigos, novas possibilidades de aprendizagem e descobertas, de acordo com Monteiro (2012) sendo uma época de balanço da vida, com mudanças de rotas, trevas e luz que se alternam, promovendo a possibilidade do aumento da consciência e o resgate de desejos e sonhos.

O termo “metanoia” é utilizado por Jung (1988), palavra que origina do grego “metanoien”, que significa “mudar de mente”, para explicar que o processo na meia idade, que implica na mudança da direção da energia do mundo externo, foco no

ego, para o mundo interno da pessoa, o que requer transformações na pessoa devido às dinâmicas intrapsíquicas.

Na metanoia é comum ocorrer angústia, medo, conflitos internos que geram dores diante do confronto, ante a nova fase e em lidar com a finitude da vida. Um período que ocorre também, assim como na infância e na adolescência, um desenvolvimento da personalidade, uma importante mudança de identidade psicológica.

O desenvolvimento psicológico ao longo da vida, segundo Jung (2011), comprehende os ciclos de vida e sua adaptação as diversas fases da vida, que pode reprimir o “self”, originar complexos e, possivelmente, intervir nessa fase da vida de modo positivo ou negativo, o que pode favorecer ou não um envelhecer bem-sucedido.

Será necessário ter a oportunidade de conhecer essa fase, fazer um “mergulho” interno, possibilitar a descoberta do “self”⁵, e a compreensão de novos papéis (persona), a serem desempenhados na adaptação de novas metas estabelecidas. Sobre a individuação, Jung (1991, §431 p.83) diz que “o processo de individuação é, psiquicamente, um fenômeno-limite que necessita de condições especiais para se tornar consciente”.

Conforme Stein (2006) ainda quanto a individuação, expõe que uma pessoa pode não ter integração do consciente e inconsciente, permanecer dividida, “internamente múltipla” e fracassar no processo de individuação.

Tida como um momento de preparação para o envelhecimento, quais seriam as possibilidades nessa fase do envelhecer, permitir-se em um processo de autoconhecimento e individuação, de ressignificar a vida, seus afetos e elaborar questões psíquicas diante do passado, presente e futuro?

Entender esse processo, enfrentar e lidar com questões que emergem ao longo da vida pode oportunizar uma fase de amadurecimento, sendo uma das ferramentas de apoio a psicoterapia, assim como participação em atividades, palestras e vivências em grupo sobre o tema, como forma de amenizar, algum sofrimento psíquico relacionado a fase e a possíveis problemas de doenças mentais como a depressão e ansiedade, tão frequentes nessa etapa da vida.

Portanto, este artigo tem como objetivo despertar o interesse dos profissionais

⁵ Arquétipo da totalidade. É o centro organizador da psiquê e tendência do ideal humano da autotransformação. Para Jung self é o mesmo que si mesmo.

de saúde e das pessoas envelhescentes no aprofundamento dos aspectos psíquicos relacionados a essa fase da vida sobre a importância do autoconhecimento, tendo em vista obter autoaceitação, autorrealização e consequentemente melhoria da qualidade de vida no envelhecimento.

2 MÉTODOS

Trata-se de uma revisão bibliográfica com abordagem qualitativa, realizada no período de novembro de 2018 a maio de 2019.

De acordo com autores Baltes (1990), Jung (2000), Stein (2006), Monteiro (2008/2012), revisão bibliográfica com abordagem qualitativa.

Utilizando-se os descritores “Autoconhecimento”, “Envelhecimento”, “Metanoia”, “Puer-Senex”, “Individuação”, pesquisou-se na PEPSIC, SCIELO, GOOGLE ACADÊMICO, onde foram encontrados 05 artigos de acordo com o critério de inclusão.

Como critério de inclusão elencou-se artigos em português com texto completo, disponível e publicados entre 2009 a 2019. Utilizou-se literatura impressa como Jung (2000-2011), Monteiro (2012), Lya Luft (2003) e artigos científicos publicados nas principais bases eletrônicas de dados.

3 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

A envelhescência, assim como adolescência é um momento de transformação peculiar e que pode ser vivido de diversas formas, sendo único do indivíduo, conforme sua própria história pessoal. O escritor Mário Prata (2014) faz uma crônica sobre o tema, onde transmite de forma bem-humorada essa fase:

[...]- Os adolescentes mudam a voz. Nós, envelhescentes, também. Mudamos o nosso de falar, o nosso timbre. Os adolescentes querem falar mais rápido; os envelhescentes querem falar mais lentamente.

- Os adolescentes vivem a sonhar com o futuro; os envelhescentes vivem a falar do passado. Bons tempos...

- Os adolescentes não têm ideia do que vai acontecer com eles daqui a 20 anos. Os envelhescentes até evitam pensar nisso.

-Ninguém entende os adolescentes... Ninguém entende os envelhescentes ... Ambos são irritadiços, se enervam com pouco. Acham que já sabem de tudo e não querem palpites nas suas vidas (PRATA, 2014).

Com a chegada da meia idade é muito comum iniciar um processo de redimensão de valores, novos significados da vida podem surgir, dar mais atenção ao mundo interno passa a ser mais necessário que as demandas externas. O que antes era valorizado agora pode passar a ser secundário, segundo Monteiro (2012, p.18) “Na meia-idade como ponto de mutação pode-se deixar de lado atitudes, convicções, pessoas, objetos, carreiras etc., que não fazem mais parte de nossa verdade existencial”.

A busca da autenticidade e fidelidade consigo mesmo vem à tona. Buscar um sentido para vida também se torna essencial. O ciclo heroico, onde a trajetória é buscar realizações materiais e de segurança passa por uma transformação, como disse Jung (2015, §604 p.109) “Mas o sentido da nossa vida não se esgota em nossas atividades comerciais, nem os anseios da alma humana são saciados pela conta bancária...”.

Inicia-se o ciclo da sabedoria, onde a necessidade de modificar e passar por essa transição da própria vida poderá ser mais árdua ainda para as pessoas que não conseguem lidar com essas mudanças, que tenham dificuldade em confrontar-se com seus processos intrapsíquicos.

3.1 Contextualização de Envelhescência e o processo do Autoconhecimento

Segundo dados do IBGE (2018), sobre a projeção da população brasileira, o número de pessoas com mais de 65 anos alcançará 15% no ano de 2034 e a pesquisa ainda aponta que em 2039 o número de idosos superará o de crianças até 14 anos.

Devido as melhores condições de vida, principalmente quando relacionadas às prevenções de doenças, que conta com os recursos da tecnologia utilizados, cada vez mais em prol da saúde física, a pessoa (envelhescente) se dá conta que terá mais anos pela frente em decorrência do aumento da expectativa de vida, um lugar, antes reservado aos mais jovens, surge no mundo. O mercado financeiro torna-se atrativo, impulsionando bens de consumo e o interesse capitalista valoriza o potencial de consumo do idoso.

Contudo, na sociedade contemporânea, há uma supervalorização de atributos a beleza, juventude, autonomia e produtividade, um apelo ao consumo e da

estetização da vida, o que acaba contribuindo para que haja uma conotação negativa em relação ao envelhecimento Conforme Scheinder e Irigaray (2008).

As representações sociais rodeiam o contexto social sobre o que é envelhecimento. Mitos e crenças que permeiam essa fase do envelhecer, caracterizados por conteúdos tais como: “não serve para nada, inutilidade, não tem mais idade pra isso” etc. são ainda muito típicos da nossa sociedade. O próprio idoso chega à maturidade carregado de preconceitos acerca do processo de envelhecimento, internalizados desde seu nascimento, o que pode significar ameaça à sua autoestima e aceitação de si mesmo.

Segundo Moreira e Nogueira (2008) no tocante ao estigma referente ao envelhecimento, surgem expectativas e exigências que se apresentam de modo severo aos sujeitos.

Como lidar de forma saudável com o processo de envelhecimento, sendo a pessoa constituída no seu meio social, sofrendo as pressões para adoção de uma padronização comportamental? A experiência de envelhecer assemelha-se a uma luta constante na qual a pessoa de meia idade busca a aceitação de si mesmo, deparando-se com a dificuldade de vivenciar o envelhecimento como percurso natural da vida. Nas sociedades atuais, characteristicamente individualistas e narcisistas, a velhice é excluída e desvalorizada (MOREIRA, NOGUEIRA, 2008).

A representação do envelhecimento tem uma associação forte à debilidade física e à perda de papéis sociais. A pessoa de mais idade tem sua identidade dependente e vinculada a perdas. São estereótipos que produz um forte efeito na vida dos mais velhos. A constante repetição acrítica dessas ideias se torna perigosa, na medida em que pode ditar comportamentos sociais, se mantém esse tipo de conduta. Contudo, o conhecimento científico que foi acumulado até o momento, como pontua Lima, Silva e Gualhardoni (2008) envelhecer não é sinônimo de doença ou inatividade apesar das crenças negativas sobre a velhice.

Na literatura gerontológica, envelhecer é considerado um evento progressivo e multifatorial, e a velhice como experiência potencialmente bem-sucedida, porém heterogênea e vivenciada com menos ou mais qualidade de vida.

O modo de envelhecer está diretamente associado ao conjunto de experiências individuais e a vivência positiva ou negativa dependerá da história de vida de cada pessoa.

Envelhecer em vida, segundo Salis (2013) constitui uma sabedoria maior que transcende o conhecimento formal, permitindo a eternização do sujeito por meio da expressão de seu poder criador. O autor trabalha a ideia de que se perdeu a coragem de ser o que é, ou seja, de ser autêntico. Como diz Lya Luft “Existir é poder refinar nossa consciência de que somos demais preciosos para nos desperdiçarmos buscando ser quem não somos, não podemos, nem queremos ser”.

Ao longo de uma vida inteira as pessoas se desenvolvem sob vários aspectos e há muitas mudanças em diversos níveis, nesse processo surge o si mesmo na estrutura psicológica e na consciência, “Jung usou o termo individuação para falar sobre desenvolvimento psicológico, que define como o processo de tornar-se uma personalidade unificada [...], um indivíduo, uma pessoa indivisa e integrada” (STEIN, p. 156).

Na segunda metade da vida⁶, na visão de Jung, há uma mudança da dimensão interpessoal, com foco nas conquistas externas na realidade externa, para um relacionamento consciente com o intrapsíquico, de processos de mais profundidade interna. Conforme Jung, esse impulso de reestruturação interna tende a ser ameaçador para o ego o que pode acarretar defesas da persona que tentará regredir a fases anteriores, pretendendo ser o que era antes.

Persona é utilizado por Jung para apresentar um arquétipo que tem o potencial para se adaptar à realidade exterior e interagir com o mundo. A identidade social dependerá de como o arquétipo será desenvolvido para sua melhor adaptação no meio em que vive; quanto mais rígida a persona mais dificuldade nas mudanças exigidas pelo tempo poderão ocorrer.

Reinventar, transformar ou até mesmo abandonar personas que foram utilizadas, devido as exigências da jornada da vida, poderá se tornar uma tarefa árdua para muitos envelhescentes, porém necessário será romper padrões estabelecidos.

Conforme Aparecida e Ceres (2013, p.123), quanto a criança-velho sábio explana que “Na velhice, é importante a ativação do eixo Puer-Senex pois estas dinâmicas relacionais possuem função vital na maturidade e na velhice, afastando os aspectos negativos do velho senil e inserindo na vivência da velhice aspectos de

⁶ Na época, considerada por Jung como um período que abrange a faixa etária de 35 a 50 anos. Atualmente essa faixa etária da crise da meia idade é de 45 a 65 anos e a tendência no futuro, certamente, será do seu adiamento, porém, independente da época, essa fase é marcada como um rito de iniciação à maturidade, conforme o pensamento de Jung.

sabedoria". Segundo as mesmas autoras, no decorrer do envelhecimento pode haver dificuldades e comportamentos de discordância como continuar presos a posturas do passado, uma forma de recusar e confrontar as leis da natureza, paralisando o processo de individuação.

Com a integração puer-senex a pessoa se torna capaz de ser mais plena de si, a energia flui mais naturalmente. Monteiro (2008) afirma também que se um desses polos, Puer-Senex ficar no inconsciente, aumentará a tendência de projetar o que não pertence ao seu dinamismo. Será necessário manter a tensão entre os opostos e reconhecer os conflitos e deixar que se mobilizem, assim será construído um novo modo de funcionamento e de expansão da consciência.

Para uma ampliação da consciência, Arcuri (2009), afirma que relaciona com a capacidade de conhecer as várias facetas da personalidade, buscando dentro de si a fonte de conhecimento, inspiração e criatividade. A mesma autora postula que a expansão da consciência pode ser expressa como "o olho do mundo que tudo vê" (Osíris), as questões pessoais são eclipsadas por uma visão de totalidade e universalidade.

A metanoia, característica dessa etapa, tem um papel fundamental no processo de individuação que por meio do contato com as potencialidades do inconsciente torna possível a pessoa se aventurar permitindo um mergulho em si mesmo. Jung afirma sobre a individuação:

Individuação significa tornar-se um ser único, na medida em que por 'individualidade' entenderemos nossa singularidade mais íntima, última e incomparável, significando também que nos tornamos o nosso próprio si-mesmo. Podemos, pois, traduzir 'individuação' como 'tornar-se si mesmo' (*Verselbstung*) ou 'o realizar-se do si mesmo' (*Selbstverwirklichung*) (JUNG, 1978, p.49)

A individuação é um movimento de autorrealização, que passa por fases e dificuldades, que exige da pessoa níveis de autoconhecimento. Defrontar com o lado obscuro do psiquismo e lidar constantemente com suas sombras, aquilo que não é aceito, reprimido e buscar acolher o que faz parte da personalidade total do indivíduo torna-se um desafio.

As possibilidades desses confrontos intrapsíquicos, que ocorrem na meia idade, indicam uma síntese do que acontece no processo do envelhecimento, que conduz a uma possível atitude de maturidade e transformação.

O autoconhecimento indica ser um caminho que pode levar a pessoa a busca da sua autenticidade, de ser sujeito e autor da sua própria vida, acolher o envelhecimento, porém lembrar de ativar o revolucionário dentro de si, com o objetivo de superar preconceitos e barreiras culturais e como Paracelso exprimia “não pertença a outrem quem pode pertencer-se a si próprio”.

4 CONCLUSÃO

Envelhecer é um fenômeno intrínseco ao ser humano, não havendo a morte, certo está que o envelhecimento virá e as mudanças aparecerão, apesar das modernas ferramentas que burlam seus sinais. Lidar com o próprio envelhecimento preservando a dignidade e autonomia é um processo que exige da pessoa, flexibilidade com as inevitáveis mudanças que ocorrerão nessa fase.

A meia idade pode trazer angústia e medo, mas, por outro lado, é uma fase de ativação do potencial de mudança, pode oportunizar um encontro consigo mesmo, um conhecimento profundo com o intrapsíquico, conforme Jung (§221, P.118) “Seguindo o caminho da evolução natural com persistência e coerência é que chegamos à experiência do si mesmo e do simples “ser como é” (Sosein)” .

Refletir sobre a meia idade e se tornar mais consciente sobre seus processos internos, reestruturar e definir novos papéis pode fortalecer e transformar esse período de vida em uma fase mais satisfatória e de enfretamento para uma velhice mais saudável. Reconhecer que é um tempo de grandes aprendizagens, assim como na infância e adolescência. Somar os aspectos positivos: espontaneidade e curiosidade, aos aspectos positivos do senex, compreensão e sabedoria e buscar construir uma persona mais flexível.

Buscar o autoconhecimento nessa fase da vida, é atender o chamado do “torna-te quem és”, torna-se imprescindível para uma vida mais plena. Quanto mais alguém se torna consciente de si mesmo mediante o autoconhecimento, mais ampla será sua participação no mundo e o desenvolvimento dos seus potenciais.

Para tanto, oportunamente, a realização de terapias nessa fase, promovendo mudança no decorrer do desenvolvimento vital da pessoa envelhescente, como também estudos e pesquisas dirigidos ao tema e criação de programas psicossociais de atendimento específico aos grupos de meia idade, é de suma importância para uma preparação e benefício da pessoa nessa passagem do tempo.

REFERÊNCIAS

- APARECIDA, M.M, CERES, A.A, **Velhice e Espiritualidade na Perspectiva da Psicologia Analítica**. Boletim Academia Paulista de Psicologia. São Paulo, 2013.
- ARCURI, Irene P.G. Velhice e Espiritualidade - Metanoia “A segunda metade da vida”, Segundo Carl Gustav Jung. **Revista Kairós: Gerontologia**, V.15, N.2, P87-104, 2013. Disponível: <https://revistas.pucsp.br/index.php/kairos/article/view/13797>. Acesso: julho 2019.
- AMM Iima, HS Silva, R Guarhadoni. Envelhecimento bem-sucedido: trajetórias de um constructo e novas fronteiras. **Interface** (Botucatu) 2008. Disponível: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832008000400010&lng=en&nrm=iso Acesso: junho 2019.
- BERLINK, Manoel Tosta. **A Envelhescência**. Boletim de Novidades da Livraria Pulsional, São Paulo, ano 9, n.91, p 5-8, 1996.
- JUNG, Carl Gustav. **A Natureza da Psique**. In Obras completas de C.G. Jung (Vol.VIII/1). Petrópolis. Ed Vozes, 1991.
- JUNG, Carl Gustav. **Aion: Estudos sobre o simbolismo do si mesmo**. In Obras completas de C.G. Jung (Vol.IX/2). Petrópolis. Vozes, 1988.
- JUNG, Carl Gustav. **Tipos Psicológicos**. Petrópolis. Ed. Vozes, 2011.
- JUNG, Carl Gustav. **O Eu e o Inconsciente**. Petrópolis. Ed. Vozes, 1978.
- JUNG, Carl Gustav. **Espiritualidade e Transcendência**. Petrópolis. Ed. Vozes, 2015
- JUNG, Carl Gustav. **A prática da Psicoterapia**. Petrópolis. Ed. Vozes, 2013
- LUFT, Lya. Perdas e Ganhos. RJ: Ed. Record, 2003.
- PRATA, Mário. **Você é um envelhescente?** Disponível em: <<https://marioprata.net/cronicas/voce-e-um-envelhescente/>> Acesso em maio 2019.
- MONTEIRO, Dulcinéia M. R. **Aposentadoria: Ponto de Mutação?** Ressignificando os afetos e qualidade de vida. Rio de Janeiro: Qualitymark Editora, p. 9-10, 2012.
- MONTEIRO, Dulcinéia M.R. **Metanoia e Meia-Idade. Trevas e Luz**. SP: Ed. Paulus, 2008.
- MORAES, E.N, MORAES, F.L, LIMA, LIMA, P.P. Características biológicas e psicológicas do envelhecimento. Artigo de revisão. Minas Gerais. **Rev Med**, 20(1): 67-73, 2010. Disponível: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/lil-545248>. Acesso: junho 2019.

MOREIRA, Virgínia; NOGUEIRA, Fernanda Nícia Nunes. Do indesejável ao Inevitável: A experiência vivida do estigma de envelhecer na contemporaneidade. **Psicologia USP**, São Paulo, v.19, n1, p.59-79, jan/mar.2008. Disponível: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-65642008000100009&lng=en&nrm=iso Acesso: maio 2019.

NERI, Anita Liberalesso. O Legado de Paul B. Baltes a Psicologia do Desenvolvimento. **Temas Psicol.** Ribeirão Preto, v.14, n.1, jun 2006. Disponível: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-389X2006000100005&lng=pt&nrm=iso Acesso: junho 2019.

SALIS, Viktor David. **O tempo da envelhescência.** In: MARTINS, José Clerton de Oliveira (ED). Seminários Ócio e Contemporaneidade: tempo social e envelhescência nas culturas contemporâneas, 6 22 e 23 de agosto de 2013, Fortaleza. Fortaleza: Unifor, 2013. (não publicado).

STEIN, Murray. **Jung: o mapa da alma.** São Paulo. Cutrix, 2008.

DOI: 10.36926/editorainovar-978-65-86212-49-5-7

**ACIDENTE VASCULAR ENCEFÁLICO E INSTITUCIONALIZAÇÃO DE IDOSOS:
UMA REVISÃO INTEGRATIVA DA LITERATURA****STROKE AND INSTITUTIONALIZATION OF THE ELDERLY: AN INTEGRATIVE
LITERATURE REVIEW**Jônatas Carneiro Vasconcelos¹
Isabel Oliveira Monteiro²**RESUMO**

Objetivou-se identificar a relação entre a ocorrência do acidente vascular encefálico (AVE) em idosos e a institucionalização. Trata-se de um estudo de revisão integrativa, com busca nas bases de dados Biblioteca Virtual em Saúde, PubMed e Physiotherapy Evidence Database, utilizando os descritores "institucionalização", "idoso", "acidente vascular encefálico", "stroke", "aged", "outcomes", "elderly", "institutionalization". A seleção dos artigos foi realizada em três etapas: busca nas bases de dados, seleção por título e resumo e seleção após leitura do texto completo. Observou-se que a institucionalização acontece para uma grande parcela de idosos após o AVE e está relacionada à gravidade do mesmo, presença de incapacidades, problemas socioeconômicos, sobrecarga do cuidador, idade, alterações cognitivas, assistência em unidades não especializadas fora do domicílio ou realizada por profissionais não capacitados e incontinência pós AVE.

Palavras-chave: Institucionalização; Acidente Vascular Cerebral; Idoso.

ABSTRACT

The objective was to identify the relationship between the occurrence of stroke in the elderly and institutionalization. Is an integrative review of literature, with a search in the databases Biblioteca Virtual em Saúde, PubMed and Physiotherapy Evidence Database, using the descriptors "institucionalização", "idoso", "acidente vascular encefálico", "stroke", "aged", "outcomes", "elderly", "institutionalization". The selection of articles was carried out in three stages: database search, selection by title and abstract and selection after reading the full text. It was observed that the institutionalization happens for a large number of elderly people after the occurrence of stroke and is related to the severity of the stroke, presence of disabilities, socioeconomic problems, age, cognitive changes, care in non-specialized units outside the home or performed by untrained professionals and incontinence after stroke.

Keywords: Institutionalization; Stroke; Aged.

¹ Mestre em Saúde Coletiva pela Universidade de Fortaleza. E-mail: jonatas13carneiro@gmail.com.

² Mestre em Ciências da Reabilitação pela Universidade Federal do Rio Grande do Norte. E-mail: isabelom55@hotmail.com.

1 INTRODUÇÃO

O Acidente Vascular Encefálico (AVE) pode ser entendido como um evento agudo de perturbação do cérebro, retina ou medula espinal, de caráter focal, com duração superior a 24 horas, ou com alterações relevantes nos locais afetados, independentemente do tempo de duração do evento (Hankey, 2016).

O AVE afeta cerca de 2,9% dos indivíduos com idade entre 50 e 69 anos em todo o mundo, representando 11,7% dos casos de óbito e 2,9% dos casos de incapacidade dessa população. Para os idosos com 70 anos ou mais, esse quadro é agravado, pois aproximadamente 7,52% dessa faixa etária têm um AVE, sendo responsável por 13,1% dos óbitos e 5,7% dos casos de incapacidade (Ihme, 2016).

Além disso, o AVE está associado ao maior risco de readmissão hospitalar, baixa qualidade de vida, demência, depressão no primeiro ano após o evento, fadiga e institucionalização, que chega a afetar 32% dos acometidos pelo AVE após 10 anos do evento (Brodaty *et al.*, 2010; Béjot *et al.*, 2016). Desta maneira, o AVE configura-se como um importante problema de saúde para a população idosa.

A institucionalização de idosos está relacionada ao declínio funcional; auto percepção de saúde ruim; incontinência urinária; maiores taxas de mortalidade, principalmente no primeiro ano após a institucionalização; piora da memória e função perceptiva; aumento de respostas autodepreciativas; menor autossatisfação e piores redes sociais (Kasl, 1972; Marinho *et al.*, 2013; Jerez-Roig *et al.*, 2016; Jerez-Roig *et al.*, 2016; Jerez-Roig *et al.*, 2017).

Diante do exposto, nota-se o impacto que a institucionalização associada ao AVE pode causar na qualidade de vida do idoso, fazendo-se necessárias investigações que busquem explicar como esse desfecho relaciona-se ao AVE para, a partir de então, estabelecer adequadas estratégias de manejo para essa população, visando a melhora do prognóstico da mesma e consequente melhoria da qualidade de vida.

Tendo em vista todo o panorama do AVE, que afeta diretamente a pessoa idosa, ocasionando muitas vezes sua institucionalização, propôs-se neste estudo, desenvolver uma revisão integrativa de literatura, realizada no período de novembro a dezembro de 2019. Foram utilizados artigos indexados nas bases de dados Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), PubMed e Physiotherapy Evidence Database (PEDro).

Objetivou-se identificar a relação entre a ocorrência de AVE em idosos e a posterior institucionalização dos mesmos, buscando compreender quais fatores podem estar associados a essa relação por meio de revisão da literatura existente sobre o assunto.

2 PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS

Para busca dos artigos, foram utilizados os seguintes descritores combinados: “institucionalização”, “idoso”, “acidente vascular encefálico”, “stroke”, “aged”, “outcomes”, “elderly”, “institutionalization”, sendo incluídos os artigos cuja amostra fosse composta por idosos, que relacionassem a ocorrência do AVE à institucionalização dos mesmos ou que tratassesem de fatores associados à institucionalização após o AVE.

Foram excluídos artigos os quais as análises combinaram dados de idosos com populações de outras faixas etárias, que se apresentavam repetidos nas diferentes bases e que não estivessem disponíveis nos idiomas inglês, português ou espanhol. Não houve limitação para o ano de publicação do estudo.

A seleção dos artigos perpassou três etapas: (1) busca nas bases de dados, (2) seleção por título e resumo e (3) seleção após leitura do texto completo. Na primeira etapa foram identificados 293 potenciais artigos. Após a fase 2, 35 estudos foram selecionados, dos quais 19 foram incluídos no estudo ao final da fase 3.

Após a seleção dos trabalhos que atenderam os critérios de inclusão, os mesmos foram sumarizados considerando um instrumento de coleta de dados adaptado (Souza *et al.*, 2010). Ao término, todos os artigos foram classificados quanto ao grau de recomendação de acordo com *Oxford Levels of Evidence* do *Oxford Centre for Evidence-Based Medicine* (Ocebmc, 2011).

Para este trabalho, utilizou-se a categorização de estudos de prognóstico, onde, na categoria A, são incluídos estudos do tipo revisão sistemática de coortes desde o início da doença ou estudos de coorte com acompanhamento de mais de 80% da amostra. Para a categoria B, tem-se as coortes retrospectivas e os estudos derivados de ensaios clínicos. Na categoria C, encontra-se as séries de caso, estudos de caso-controle ou estudos de coorte de prognóstico de baixa qualidade ou com acompanhamento de menos de 80% da amostra. Por fim, na categoria D,

temos todos os outros tipos de estudos, incluindo opinião de especialistas (Ocebm, 2011).

3 RESULTADOS

Foram incluídos, segundo os critérios de inclusão do presente estudo, 19 trabalhos, variando, entre os anos de publicação, de 1993 a 2017, sendo todos na língua inglesa (Colantonio *et al.*, 1993; Colantonio *et al.*, 1996; Glasser *et al.*, 1997; Schmidt *et al.*, 2000; Evans *et al.*, 2002; Kao e Mchugh, 2004; Weir *et al.*, 2005; Nihtilä *et al.*, 2007; Pasquini *et al.*, 2007; Walsh *et al.*, 2008; Buntin *et al.*, 2010; Luengo-Fernandez *et al.*, 2013; Turco *et al.*, 2013; Chau *et al.*, 2014; Bell *et al.*, 2015; Rapp *et al.*, 2015; Sibolt *et al.*, 2015; Kushner *et al.*, 2016; Kurichi *et al.*, 2017).

A amostra dos estudos variou de 63 a 414.049 idosos. Os critérios de inclusão seguiram em sua maioria os mesmos critérios mencionados neste estudo. Os critérios de exclusão mais relatados foram a ausência de dados sobre o paciente, idosos que não completaram o acompanhamento ou que já eram institucionalizados antes do AVE. O tempo de acompanhamento dos participantes variou, em cada estudo, entre uma avaliação única até acompanhamentos com 21 anos de duração. Quanto ao tipo de estudo, nota-se uma predominância de artigos de coorte prospectiva.

Em relação ao risco de institucionalização após AVE, observou-se que a taxa de institucionalização chegou aos 40% em um dos estudos (Walsh *et al.*, 2008). Outros relataram que o AVE aumentou entre 2,59 e 5,2 vezes o risco de institucionalização (Schmidt *et al.*, 2000; Nihtilä *et al.*, 2007; Luengo-Fernandez *et al.*, 2013; Bell *et al.*, 2015). Além disso, a institucionalização esteve mais presente que a mortalidade (Nihtilä *et al.*, 2007; Rapp *et al.*, 2015). Apenas um estudo relatou não existir relação entre o AVE e a institucionalização (Tabela 2) (Kurichi *et al.*, 2017).

Os fatores associados ao aumento da institucionalização pós AVE podem ser classificados como: fatores intrínsecos prévios ao AVE, fatores intrínsecos posteriores ao AVE, fatores relacionados ao AVE, e fatores socioambientais. Dentre os fatores intrínsecos prévios, observa-se que a presença de incapacidades e idade foram relacionados à ocorrência de institucionalização (Colantonio *et al.*, 1996; Schmidt *et al.*, 2000; Pasquini *et al.*, 2007; Rapp *et al.*, 2015; Sibolt *et al.*, 2015)

(Tabela 2).

Os fatores intrínsecos posteriores ao AVE foram a presença de incapacidades, alterações cognitivas e incontinência urinária (Glasser *et al.*, 1997; Pasquini *et al.*, 2007; Luengo-Fernandez *et al.*, 2013; Turco *et al.*, 2013; Bell *et al.*, 2015) (Tabela 2).

Os fatores relacionados ao AVE que se associaram a maior risco de institucionalização foram a gravidade do mesmo e a assistência em unidades não especializadas ou realizada por profissionais não capacitados (Evans *et al.*, 2002; Walsh *et al.*, 2008; Buntin *et al.*, 2010; Luengo-Fernandez *et al.*, 2013; Chau *et al.*, 2014; Bell *et al.*, 2015; Sibolt *et al.*, 2015; Kushner *et al.*, 2016) (Tabela 2).

Quanto aos fatores socioambientais, os estudos relataram a sobrecarga do cuidador, um número menor de redes sociais e a moradia em áreas desfavorecidas socialmente como relacionados à institucionalização (Colantonio *et al.*, 1993; Kao e Mchugh, 2004; Weir *et al.*, 2005) (Tabela 2).

Tabela 1. Caracterização dos artigos incluídos

Referência	Título do Artigo	Ano de publicação	País da amostra	Idioma	Tipo de estudo
Colantonio, 1993	Psychosocial Predictors of Stroke Outcomes in the Elderly Population	1993	Estados Unidos da América	Inglês	Coorte prospectiva
Colantonio, 1996	Prestroke Physical Function Predicts Stroke Outcomes in the Elderly	1996	Estados Unidos da América	Inglês	Coorte prospectiva
Glasser	Continence Status at Rehabilitation Admission Poststroke Does Not Predict 3- to 4-Year institutionalization	1997	Estados Unidos da América	Inglês	Coorte prospectiva
Schmidt	Prognosis with stroke in Europe: A collaborative study of population-based cohorts	2000	Holanda, Itália, Suécia, Áustria.	Inglês	Coorte prospectiva
Evans	Randomized Controlled Study of Stroke Unit Care Versus Stroke Team Care in Different Stroke Subtypes	2002	Reino Unido	Inglês	Ensaio clínico randomizado
Kao	The Role of Caregiver Gender and Caregiver Burden in Nursing Home Placements for Elderly Taiwanese Survivors of Stroke	2004	China	Inglês	Caso-Controle
Weir	Study of the Relationship Between Social Deprivation and Outcome After Stroke	2005	Escócia	Inglês	Coorte prospectiva
Pasquini	Influence of cognitive impairment on the institutionalisation rate 3 years after a stroke	2006	França	Inglês	Coorte prospectiva
Nihtilä	Chronic conditions and the risk of long-term institutionalization among older people	2007	Finlândia	Inglês	Coorte prospectiva
Walsh	Stroke unit care: recurrence, mortality and institutionalisation rates—a four year follow-up study	2007	Irlanda	Inglês	Coorte retrospectiva
Buntin	Medicare Spending and Outcomes After Postacute Care for Stroke and Hip Fracture	2010	Estados Unidos da América	Inglês	Estudo de custo-efetividade
Luengo-Fernandez	A population-based study of disability and institutionalisation after TIA and stroke: 10-year results of the Oxford Vascular Study	2013	Reino Unido	Inglês	Coorte prospectiva
Turco	The Effect of Poststroke Delirium on Short-Term	2013	Itália	Inglês	Coorte

	Outcomes of Elderly Patients Undergoing Rehabilitation				retrospectiva
Chau	Can short-term residential care for stroke rehabilitation help to reduce the institutionalization of stroke survivors?	2014	China	Inglês	Estudo quase-experimental
Bell	Factors Associated with Nursing Home Admission after Stroke in Older Women	2015	Estados Unidos da América	Inglês	Coorte prospectiva
Rapp	Risk of Nursing Home Admission After Femoral Fracture Compared with Stroke, Myocardial Infarction, and Pneumonia	2015	Alemanha	Inglês	Coorte prospectiva
Sibolt	Severe cerebral white matter lesions in ischemic stroke patients are associated with less time spent at home and early institutionalization	2015	Finlândia	Inglês	Coorte prospectiva
Kushner	Evaluating the Siebens Model in Geriatric-Stroke Inpatient rehabilitation to Reduce Institutionalization and Acute-Care Readmissions	2016	Estados Unidos da América	Inglês	Estudo transversal
Kurichi	Predictive indices for functional improvement and deterioration, institutionalization, and death among elderly Medicare beneficiaries	2017	Estados Unidos da América	Inglês	Coorte prospectiva

Fonte: Elaborado pelo autor.

Tabela 2. Resultados e grau de recomendação dos estudos incluídos

Referência	Objetivo	Resultados	Grau de recomendação
Colantonio, 1993	Avaliar a influência das características psicosociais prévias do paciente com AVE no funcionamento físico e risco de institucionalização.	O Social Network Index foi a única variável psicosocial que contribuiu de forma independente para o modelo, com menos redes sociais relacionadas a maior institucionalização.	C
Colantonio, 1996	Determinar se a função física antes do AVE é um preditor independente	A escala de Rosow e Breslau foi um preditor significativo de institucionalização, indicando que quanto mais limitações na	C

	de função física e institucionalização 6 meses após a alta hospitalar em pacientes idosos com AVE.	mobilidade grossa antes do AVE, maior a probabilidade de institucionalização após o AVE. A escala de Katz's não se mostrou preditor de institucionalização.	
Glasser	Descrever os fatores de risco dos sobreviventes de AVE institucionalizados 3 a 4 anos pós-AVE	A institucionalização no acompanhamento não foi correlacionada com a incontinência urinária na admissão (aguda), mas esteve correlacionada com a incontinência urinária no follow-up. No entanto, a incontinência foi um fator importante na decisão de institucionalização de indivíduos que eram incontinentes e permaneceram assim.	C
Schmidt	Determinar o risco de institucionalização e morte após acidente vascular encefálico.	O AVE foi considerado fator de risco para institucionalização, aumentando o risco em 4,2 vezes no Estudo de Roterdã e 5,2 vezes no Projeto Kungsholmen. Os casos de Roterdã com mais de 74 anos tiveram um risco 2,5 vezes maior do que suas contrapartes pareadas por idade em Kungsholmen. Isso foi visto em ambos os sexos, mas o risco para as mulheres foi maior do que para homens. Houve também um aumento exponencial da institucionalização após os 74 anos de idade.	A
Evans	Comparar mortalidade, institucionalização, incapacidade, qualidade de vida e uso de recursos em pacientes com AVE de vasos pequenos ou lacunares, sob cuidados em unidades de AVE ou com uma equipe especializada em enfermarias médicas gerais.	A unidade de AVE foi benéfica para pacientes com AVE de grandes vasos, nos quais a mortalidade, a institucionalização e a dependência foram reduzidas tanto a 3 meses quanto a 1 ano. Para os derrames lacunares, não houve diferença quanto a mortalidade, institucionalização e dependência, tendo a maioria dos pacientes bons resultado, influenciados pela idade e gravidade do AVE. Para esses, observou-se que a unidade de AVE esteve associada a um maior tempo de hospitalização e aumento do uso de recursos nos primeiros 3 meses.	B
Kao	Relacionar o gênero do cuidador e a sobrecarga do mesmo e analisar a relação entre o nível de sobrecarga e a institucionalização de idosos.	Houve uma relação significativa entre a sobrecarga do cuidador e a institucionalização para os dois gêneros. Porém, para os cuidadores do sexo masculino, a força dessa relação foi quase o dobro da apresentada pelas cuidadoras do sexo feminino.	C
Weir	Investigar a relação entre status	Pacientes que residiam em áreas mais socialmente	A

	socioeconômico e letalidade, “morte ou dependência” e “morte ou institucionalização” após 6 meses do AVE.	desfavorecidas estavam mais propensos a estarem dependentes 6 meses após a admissão para um acidente vascular encefálico agudo. Não houve associação entre status socioeconômico e mortalidade ou institucionalização.
Pasquini	Avaliar a influência do comprometimento cognitivo na taxa de institucionalização 3 anos após um acidente vascular encefálico.	Foram encontrados como preditores de institucionalização, A antes do AVE, a idade avançada, presença de demência e a condição neurológica. Após 3 anos, houve associação com o aumento da idade e a presença de demência.
Nihtilä	Avaliar como diferentes condições crônicas se associam à entrada em cuidados institucionais.	O AVE esteve associado ao aumento do risco de A institucionalização no longo prazo, e esteve mais associado ao risco de institucionalização do que ao risco de morte.
Walsh	Comparar o atendimento em um hospital geral regional e uma unidade de reabilitação de AVE.	Aproximadamente 40% dos pacientes admitidos em unidades B de AVE hospitalares foram institucionalizados após 4 anos.
Buntin	Comparar os cuidados pós-agudos em unidades de reabilitação, centros de enfermagem especializados e domicílio.	Para os idosos com AVE, em relação ao cuidado domiciliar, o D centro de enfermagem especializado aumenta o risco de institucionalização. Não houve diferença entre a unidade de reabilitação especializada e o cuidado domiciliar.
Luengo-Fernandez	Determinar a frequência e os preditores de incapacidade e institucionalização a curto e longo prazo após ataque isquêmico transitório (AIT) e AVE.	Pacientes com AVE foram mais institucionalizados durante o C período de 5 anos em comparação com os que tiveram AIT. Além disso, a institucionalização ocorreu mais tarde para pacientes com AIT, o número médio de dias institucionalizado, o custo médio por paciente institucionalizado e os custos médios de 5 anos de institucionalização foram menores para pacientes com AIT. Quanto ao impacto da incapacidade em pacientes com AVE no tempo de institucionalização, observaram que aqueles que apresentaram deficiência em 1 mês após o AVE haviam sido mais institucionalizados em comparação com os pacientes com AVE sem deficiência. A gravidade do AVE também foi um preditor significativo do tempo de institucionalização, onde maior gravidade de AVE relacionou-se a maior tempo de institucionalização.

Turco	Descrever a prevalência de delirium pós-AVE em idosos e avaliar sua associação com desfechos adversos.	O delirium foi frequente em pacientes transferidos para um ambiente pós-agudo de reabilitação, e foi um fator de risco para institucionalização na alta.	B
Chau	Examinar a diferença entre aqueles que usam cuidados residenciais de curto prazo e aqueles que usam cuidados hospitalares geriátricos.	Os participantes que fizeram cuidados residenciais de curto prazo tiveram uma taxa de institucionalização de 1 ano significativamente menor do que o grupo que utilizou os cuidados habituais em um hospital-dia geriátrico público.	D
Bell	Determinar quais os fatores associados com diminuição da institucionalização após AVE.	O curso do AVE foi associado com um aumento de 2,59 vezes no risco de institucionalização; e a incapacidade moderada após o AVE foi associada com um aumento de 2,76 vezes.	C
Rapp	Analizar o ônus das institucionalizações após a fratura do fêmur e compará-lo com outros desfechos, como AVE, infarto do miocárdio ou pneumonia.	A maior taxa de institucionalização foi observada em pacientes com AVE. O risco de institucionalização foi consideravelmente maior se a deficiência já estava presente antes da doença aguda. No AVE, a incidência de institucionalização dentro de 6 meses após a alta hospitalar foi maior que a mortalidade.	A
Sibolt	Investigar se as lesões graves de substância branca em uma coorte de pacientes com AVE isquêmico estão associadas com menos dias passados em casa e institucionalização permanente precoce.	Pacientes com lesão grave da substância branca foram associados a taxas mais altas de institucionalização dentro de 5 anos. A idade e os escores da Escala de Rankin modificada (mRS) foram associadas à institucionalização após 5 anos. Após 21 anos, pacientes com lesão grave foram associados a taxas mais altas de institucionalização. A idade, o status de viver sozinho no início e os escores da mRS foram associadas à menos dias em casa. O tempo médio de institucionalização permanente foi menor para pacientes com lesão grave.	A
Kushner	Avaliar o uso do Modelo de Gerenciamento de Domínio Siebens em pacientes com AVE durante reabilitação hospitalar.	Após a capacitação dos profissionais, os pacientes apresentaram redução nas taxas de institucionalização após a alta hospitalar quando comparados aos pacientes antes da capacitação.	D
Kurichi	Desenvolver modelos de previsão que identifiquem fatores de risco e de proteção para deterioração funcional, institucionalização e morte em idosos	Não encontrou relação entre o AVE e o risco de institucionalização.	C

que utilizam o serviço *Medicare*.

Fonte: Elaborado pelo autor.

4 DISCUSSÃO

No presente trabalho, observou-se que a institucionalização acontece para uma grande parcela de idosos após a ocorrência do AVE e está relacionada à gravidade do mesmo, presença de incapacidades e deficiências prévias ou decorrentes do AVE, problemas socioeconômicos, sobrecarga do cuidador, idade, alterações cognitivas, assistência em unidades não especializadas fora do domicílio ou realizada por profissionais não capacitados e incontinência pós AVE. Da mesma forma, foi possível notar que é mais comum a ocorrência de institucionalização pós AVE do que o óbito.

A taxa de institucionalização após a ocorrência do AVE na literatura varia entre 1%, para novas institucionalizações até 6 meses após o AVE, e entre 15% e 32%, até 10 anos após o AVE (Hardie *et al.*, 2004; Brodaty *et al.*, 2010).

Já nos estudos incluídos nesse trabalho, os resultados foram superiores. A taxa de institucionalização chegou aos 40% após um evento de AVE, o qual esteve relacionado a um aumento entre 2 e 5 vezes no risco de institucionalização (Schmidt *et al.*, 2000; Nihtilä *et al.*, 2007; Walsh *et al.*, 2008; Luengo-Fernandez *et al.*, 2013; Bell *et al.*, 2015). Essa divergência pode ser explicada pela amostra dos estudos, visto que nos dados da literatura inclui-se pessoas adultas e jovens nas análises que, em geral, sofrem menos institucionalização que idosos.

A ocorrência da institucionalização pós AVE pode ser modulada por diversos fatores de risco, onde os fatores intrínsecos, prévios ou posteriores ao AVE, fatores relacionados ao AVE e fatores socioambientais medeiam essa relação. Vários autores já identificaram esses fatores de risco, dos quais destaca-se, como fatores intrínsecos prévios: idade, sexo masculino, AVE prévio e comorbidades (Portelli *et al.*, 2005; Brodaty *et al.*, 2010; Hu *et al.*, 2017; Burton *et al.*, 2018).

Os estudos incluídos, encontraram a idade e a presença de deficiências prévias como fatores de risco intrínsecos prévios, corroborando os dados da literatura em parte (Colantonio *et al.*, 1996; Schmidt *et al.*, 2000; Pasquini *et al.*, 2007; Rapp *et al.*, 2015; Sibolt *et al.*, 2015).

Como fatores intrínsecos posteriores ao AVE, os trabalhos incluídos identificaram a presença de incapacidades, alterações cognitivas e incontinência urinária (Glasser *et al.*, 1997; Pasquini *et al.*, 2007; Luengo-Fernandez *et al.*, 2013; Turco *et al.*, 2013; Bell *et al.*, 2015), indo ao encontro dos achados de Brodaty *et al.* (2010), que identificou a incapacidade nas atividades de vida diária (AVD) e atividades instrumentais de vida diária

(AIVD) como fatores de risco para institucionalização.

Além dele, Hu *et al.* (2017), utilizando o World Health Organization Disability Assessment Schedule (WHODAS) 2.0, que avalia a presença de incapacidade, relatou que esta está relacionada a ocorrência de institucionalização pós AVE. Do mesmo modo, Portelli *et al.* (2005), observaram que resultados negativos no índice de Barthel, que avalia a presença de incapacidades para AVDs, estão associados ao aumento do risco de institucionalização.

Quanto as alterações cognitivas, a literatura aponta que baixos escores no Mini Exame do Estado Mental (MEEM) estão relacionados ao risco de institucionalização pós AVE (Liman *et al.*, 2012). Além disso, Burton *et al.* (2018), identificaram a demência e o delirium como preditores de institucionalização nesta população. Esses achados sugerem que disfunções ocasionadas pelo AVE também influenciam outros desfechos, indicando a necessidade de manejo e prevenção adequados dessas complicações.

Um ponto importante constatado, em relação aos fatores de risco para institucionalização relacionados ao AVE, por meio desta revisão, foi a gravidade da doença e a assistência em unidades não especializadas ou realizada por profissionais não capacitados, corroborando a necessidade de tratamento adequado para este público (Evans *et al.*, 2002; Walsh *et al.*, 2008; Buntin *et al.*, 2010; Luengo-Fernandez *et al.*, 2013; Chau *et al.*, 2014; Bell *et al.*, 2015; Sibolt *et al.*, 2015; Kushner *et al.*, 2016). Alguns autores já haviam relatado a relação entre a gravidade do AVE e a institucionalização posterior, indicando que o próprio curso do AVE pode modular os desfechos observados (Portelli *et al.*, 2005; Hu *et al.*, 2017; Burton *et al.*, 2018).

Quanto aos fatores sociais, econômicos e ambientais, a literatura aponta que o nível de urbanização e o suporte social parecem relacionar-se a institucionalização pós AVE, indo ao encontro dos resultados apresentados pelos estudos incluídos, onde a sobrecarga do cuidador, um número menor de redes sociais e a moradia em áreas desfavorecidas socialmente apareceram relacionadas à institucionalização (Colantonio *et al.*, 1993; Kao e Mchugh, 2004; Weir *et al.*, 2005; Hu *et al.*, 2017; Burton *et al.*, 2018). Esses resultados indicam a necessidade de ampliação do suporte social e de melhorias socioambientais para essa população como uma medida preventiva a institucionalização dos mesmos.

Os resultados encontrados demonstram que diversos fatores podem influenciar a relação entre o AVE e o risco de institucionalização de idosos, indicando a necessidade

de avaliação e intervenção multidimensional para com os idosos acometidos pelo AVE como uma tentativa de proporcionar um atendimento humanizado e eficiente a este público e, se possível, evitar a institucionalização. Nesse sentido o presente trabalho apresenta um amplo espectro de fatores que devem ser considerados na abordagem desses indivíduos, sugerindo possíveis indicadores de risco para a institucionalização.

Embora este trabalho tenha apresentado um panorama amplo sobre a relação entre o AVE e o risco de institucionalização em idosos, algumas limitações deste estudo devem ser destacadas. Inicialmente a limitação por idioma, que levou a exclusão de trabalhos possivelmente potencialmente importantes, podendo limitar os resultados aqui apresentados.

Além disso, alguns dos trabalhos incluídos não possuíam um desenho prospectivo, prejudicando a identificação de fatores de risco e estabelecendo apenas relações simples entre os achados. Também foram incluídos alguns estudos com baixa qualidade metodológica, refletindo a insuficiente quantidade de trabalhos metodologicamente adequados para responder as indagações aqui propostas.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Diante do exposto, o AVE apresentou-se relacionado à institucionalização de idosos nos estudos analisados e essa relação mostrou-se influenciada por características intrínsecas do indivíduo, como idade e sexo masculino, pela gravidade do AVE e repercussões negativas do mesmo, e fatores socioambientais, como sobrecarga do cuidador e moradia em áreas desfavorecidas socialmente. Esses resultados indicam a necessidade de uma abordagem multidimensional desses indivíduos.

Destaca-se ainda a necessidade de mais pesquisas, principalmente prospectivas e de caráter multicêntricas, que abordem os fatores que podem mediar essa relação, possibilitando assim compreender esta relação e suas consequências para o idoso.

REFERÊNCIAS

- BÉJOT, Y.; DAUBAIL, B.; GIROUD, M. Epidemiology of stroke and transient ischemic attacks: Current knowledge and perspectives. **Revue neurologique**, v. 172, n. 1, p. 59-68, 2016.

BELL, C. L. et al. Factors associated with nursing home admission after stroke in older women. **Journal of Stroke and Cerebrovascular Diseases**, v. 24, n. 10, p. 2329-2337, 2015. ISSN 1052-3057.

BRODATY, H. et al. Mortality and institutionalization in early survivors of stroke: the effects of cognition, vascular mild cognitive impairment, and vascular dementia. **Journal of Stroke and Cerebrovascular Diseases**, v. 19, n. 6, p. 485-493, 2010. ISSN 1052-3057.

BUNTING, M. B. et al. Medicare spending and outcomes after post-acute care for stroke and hip fracture. **Medical care**, v. 48, n. 9, p. 776, 2010.

BURTON, J. K. et al. Predicting Discharge to Institutional Long-Term Care After Stroke: A Systematic Review and Metaanalysis. **Journal of the American Geriatrics Society**, v. 66, n. 1, p. 161-169, 2018. ISSN 0002-8614.

CHAU, P. H. et al. Can short-term residential care for stroke rehabilitation help to reduce the institutionalization of stroke survivors? **Clinical interventions in aging**, v. 9, p. 283, 2014.

COLANTONIO, A. et al. Prestroke physical function predicts stroke outcomes in the elderly. **Archives of physical medicine and rehabilitation**, v. 77, n. 6, p. 562-566, 1996. ISSN 0003-9993.

COLANTONIO, A. et al. Psychosocial predictors of stroke outcomes in an elderly population. **Journal of gerontology**, v. 48, n. 5, p. S261-S268, 1993. ISSN 0022-1422.

EVANS, A. et al. Randomized controlled study of stroke unit care versus stroke team care in different stroke subtypes. **Stroke**, v. 33, n. 2, p. 449-455, 2002. ISSN 0039-2499.

GLASSER, L. L.; ZOROWITZ, R. D.; LINSENMEYER, T. A. Continence Status at Rehabilitation Admission Poststroke Does Not Predict 3-to 4-Year Institutionalization. **Topics in Stroke Rehabilitation**, v. 4, n. 3, p. 38-50, 1997. ISSN 1074-9357.

HANKEY, G. J. Stroke. **The Lancet**, 2016.

HARDIE, K. et al. Ten-year risk of first recurrent stroke and disability after first-ever stroke in the Perth Community Stroke Study. **Stroke**, v. 35, n. 3, p. 731-735, 2004. ISSN 0039-2499.

HU, H.-Y. et al. The World Health Organization Disability Assessment Schedule 2.0 can predict the institutionalization of patients with stroke. **European journal of physical and rehabilitation medicine**, v. 53, n. 6, p. 856-862, 2017. ISSN 1973-9087.

IHME. **Global Burden of Disease**. Institute for Health Metrics and Evaluation, 2016.

JEREZ-ROIG, J. et al. Dynamics of activities of daily living performance in institutionalized older adults: A two-year longitudinal study. **Disability and health journal**, v. 10, n. 2, p. 279-285, 2017. ISSN 1936-6574.

JEREZ-ROIG, J. et al. Autopercepção da saúde em idosos institucionalizados. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 21, p. 3367-3375, 2016. ISSN 1413-8123.

JEREZ-ROIG, J. et al. Prevalence of urinary incontinence and associated factors in nursing home residents. **Neurourology and urodynamics**, v. 35, n. 1, p. 102-107, 2016. ISSN 0733-2467.

KAO, H. F. S.; MCHUGH, M. L. The role of caregiver gender and caregiver burden in nursing home placements for elderly Taiwanese survivors of stroke. **Research in nursing & health**, v. 27, n. 2, p. 121-134, 2004. ISSN 0160-6891.

KASL, S. V. Physical and mental health effects of involuntary relocation and institutionalization on the elderly--a review. **American Journal of Public Health**, v. 62, n. 3, p. 377-384, 1972. ISSN 0090-0036.

KURICHI, J. E. et al. Predictive indices for functional improvement and deterioration, institutionalization, and death among elderly Medicare beneficiaries. **PM&R**, v. 9, n. 11, p. 1065-1076, 2017. ISSN 1934-1482.

KUSHNER, D. S.; PETERS, K. M.; JOHNSON-GREENE, D. Evaluating the siebens model in geriatric-stroke inpatient rehabilitation to reduce institutionalization and acute-care readmissions. **Journal of Stroke and Cerebrovascular Diseases**, v. 25, n. 2, p. 317-326, 2016. ISSN 1052-3057.

LIMAN, T. et al. Impact of low mini-mental status on health outcome up to 5 years after stroke: the Erlangen Stroke Project. **Journal of neurology**, v. 259, n. 6, p. 1125-1130, 2012. ISSN 0340-5354.

LUENGO-FERNANDEZ, R. et al. Population-based study of disability and institutionalization after transient ischemic attack and stroke: 10-year results of the Oxford Vascular Study. **Stroke**, v. 44, n. 10, p. 2854-2861, 2013. ISSN 0039-2499.

MARINHO, L. M. et al. Grau de dependência de idosos residentes em instituições de longa permanência. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, v. 34, n. 1, p. 104-110, 2013. ISSN 1983-1447.

NIHTILÄ, E. K. et al. Chronic conditions and the risk of long-term institutionalization among older people. **European journal of public health**, v. 18, n. 1, p. 77-84, 2007. ISSN 1464-360X.

OCEBM. The Oxford 2011 Levels of Evidence. 2011. Disponível em: <<http://www.cebm.net/index.aspx?o=5653>>.

PASQUINI, M. et al. Influence of cognitive impairment on the institutionalisation rate 3 years after a stroke. **Journal of Neurology, Neurosurgery & Psychiatry**, v. 78, n. 1, p. 56-59, 2007. ISSN 0022-3050.

PORTELLI, R. et al. Institutionalization after stroke. **Clinical rehabilitation**, v. 19, n. 1, p. 97-108, 2005. ISSN 0269-2155.

RAPP, K. et al. Risk of nursing home admission after femoral fracture compared with stroke, myocardial infarction, and pneumonia. **Journal of the American Medical Directors Association**, v. 16, n. 8, p. 715. e7-715. e12, 2015. ISSN 1525-8610.

SCHMIDT, R. et al. Prognosis with stroke in Europe: A collaborative study of population-based cohorts. Neurologic Diseases in the Elderly Research Group. **Neurology**, v. 54, n. 11 Suppl 5, p. S34-7, 2000. ISSN 0028-3878.

SIBOLT, G. et al. Severe cerebral white matter lesions in ischemic stroke patients are associated with less time spent at home and early institutionalization. **International Journal of Stroke**, v. 10, n. 8, p. 1192-1196, 2015. ISSN 1747-4930.

SOUZA, M. T. D.; SILVA, M. D. D.; CARVALHO, R. D. Revisão integrativa: o que é e como fazer. **Einstein (São Paulo)**, v. 8, n. 1, p. 102-106, 2010. ISSN 1679-4508.

TURCO, R. et al. The effect of poststroke delirium on short-term outcomes of elderly patients undergoing rehabilitation. **Journal of geriatric psychiatry and neurology**, v. 26, n. 2, p. 63-68, 2013. ISSN 0891-9887.

WALSH, T. et al. Stroke unit care: recurrence, mortality and institutionalisation rates—a four year follow-up study. **Irish journal of medical science**, v. 177, n. 2, p. 135-139, 2008. ISSN 0021-1265.

WEIR, N. U. et al. Study of the relationship between social deprivation and outcome after stroke. **Stroke**, v. 36, n. 4, p. 815-819, 2005. ISSN 0039-2499.

SEÇÃO 3

AUTOCUIDADO

DOI: 10.36926/editorainovar-978-65-86212-49-5-8

PRÁTICAS DE AUTOCUIDADO EM PACIENTES ACOMETIDOS POR PÉ DIABÉTICO**SELF-CARE PRACTICES IN PATIENTS AFFECTED BY DIABETIC FOOT**Jane Rodrigues de Melo¹Ana Ofélia Portela Lima²Alice Maria Correia Pequeno³Francisca Andrea Marques Albuquerque⁴Fátima Dayanne Wirtzbiki Ferreira⁵Isabelle Cerqueira Sousa⁶Maria Vieira de Lima Saintrain⁷**RESUMO**

O objetivo foi avaliar o conhecimento do paciente diabético acerca de seu autocuidado em uma instituição de referência em Fortaleza-Ceará, 2019. Estudo descritivo, qualitativo realizado no Centro de referência em Diabetes e Hipertensão. Foram incluídos os pacientes atendidos no CIDH, com 18 anos ou mais de idade, com diagnóstico de Diabetes Mellitus do tipo 2, acometidos de pé diabético e em condições de responder as perguntas. Os dados foram colhidos por meio de entrevista semiestruturada, com 22 pacientes no período de agosto e setembro 2019. Os dados foram analisados a partir da Análise de Conteúdo. Os entrevistados compreendem de forma geral e baseada no senso popular o que é o diabetes e quais as suas complicações. Demostram interesse para realizar o autocuidado, pois entendem a necessidade de um cuidado diferenciado frente sua doença.

Descriptores: Diabetes Mellitus; Pé diabético; Cuidados de enfermagem.

ABSTRACT

The objective was to evaluate the knowledge of diabetic patients about their self-care in a reference institution in Fortaleza-Ceará, 2019. Descriptive, qualitative study carried out at the Reference Center for Diabetes and Hypertension. We included patients treated at the IACHR, aged 18 years or older, diagnosed with type 2 Diabetes Mellitus, affected by diabetic foot and in conditions to answer the questions. The data were collected through semi-structured interviews, with 22 patients in the period from August to September 2019. The data were analyzed from the Content Analysis. Respondents understand in general and based on popular sense what diabetes is and what its complications are. They show interest in performing self-care, as they understand the need for differentiated care in the face of their disease.

Descriptors: Diabetes Mellitus; Diabetic foot; Nursing care.

¹ Graduada em Enfermagem pelo Centro Universitário da Grande Fortaleza – UNIGRANDE. E-mail: janemelo.rocha@gmail.com.

² Doutoranda em Saúde Coletiva. Mestra em Saúde Coletiva. Especialista em Enfermagem em Unidade de Terapia Intensiva. Docente do UNIGRANDE. E-mail: anaofelia.pl@gmail.com.

³ Doutora em Saúde Pública. Docente do UNIGRANDE. E-mail: alice@unigrande.edu.br.

⁴ Mestre em Ensino em Saúde. Especialista em Saúde da Família e Enfermagem do trabalho. Docente do UNIGRANDE. E-mail: andreamarques@unigrande.edu.br.

⁵ Mestranda em Saúde Pública-UFC. Especialista em Enfermagem em Clínica Médica e Cirúrgica Docente do Curso de Enfermagem- UNIGRANDE, , E-mail: fatimawf@unigrande.edu.br.

⁶ Doutoranda em Saúde Coletiva – Universidade de Fortaleza – UNIFOR. E-mail: isabellecerq@yahoo.com.br

⁷ Pós-doutora em Saúde Coletiva. Docente do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Universidade de Fortaleza – CE. E-mail: mvlsaintrain@yahoo.com.br.

1 INTRODUÇÃO

O Diabetes Mellitus (DM) é uma doença crônica não transmissível, resultante de defeitos da secreção de insulina, hormônio produzido pelo pâncreas e que é responsável pelo controle do nível de glicose no sangue, sendo uma patologia que afeta de forma intensa a vida das pessoas (SBD, 2017; COSTA et al., 2016).

Sua classificação é dividida em subtipos; Diabetes Mellitus Tipo 1, Tipo 2, gestacional, entre outros, caracterizadas por hiperglicemia resultante de defeitos na secreção de insulina, ação da insulina ou ambos (COSTA et al., 2016).

A hiperglicemia crônica do diabetes está associada a danos a longo prazo, disfunção e insuficiência de diferentes órgãos, especialmente dos olhos, rins, nervos, coração e vasos sanguíneos (BRASIL, 2013; COSTA et al., 2016).

O DM tipo 2 é considerado o mais comum, pois corresponde 90% a 95% dos casos de DM. Esse tipo específico de DM surge quando o pâncreas produz quantidade insuficiente de insulina para suprir as necessidades do corpo ou quando a existência de defeitos em receptores dificultando a utilização da insulina (FERREIRA; CAMPOS, 2014).

Em 2015, a Federação Internacional de Diabetes (*International Diabetes Federation, IDF*) estimou que 8,8% da população mundial com 20 a 79 anos de idade (415 milhões de pessoas) viviam com diabetes, sendo esperado que o número de pessoas com DM seja superior a 642 milhões em 2040.

Cerca de 75% dos casos são de países em desenvolvimento, nos quais deverá ocorrer o maior aumento dos casos nas próximas décadas. O Brasil está na quarta posição dos dez países com maior número de pessoas com DM, em 2015 a população com diabetes era de 14,3 milhões e projeta-se que em 2040 chegue em 23,3 milhões de pessoas (SBD, 2017).

Entre as complicações do DM, as úlceras em membros inferiores (popularmente denominadas de “pé diabético”), caracteriza uma das complicações mais importantes da doença, evoluindo, potencialmente, para amputações menores e maiores, podendo causar elevada morbimortalidade, alterações na qualidade de vida, prolongamento do tratamento hospitalar com consequente absenteísmo ao trabalho e aposentadorias precoce (NETO et al., 2017).

Aproximadamente 15% dos pacientes com DM estão sujeitos ao desenvolvimento do pé diabético, que antecede 85% de todas as amputações não traumáticas de membros inferiores, tendo como principal fator de risco para o pé diabético a neuropatia diabética,

que acomete 50% das pessoas com DM acima de 60 anos. Essa complicaçāo resulta na perda da sensibilidade protetora, predispondo a traumas e acarretando o risco de ulceração aumentado em sete vezes (NETO et al., 2017).

A sistematização da assistēcia de enfermagem tem impacto importante na qualidade dos cuidados ao cliente acometido de DM 2, pois interfere no autocuidado, promovendo um maior conhecimento da doença e um papel mais ativo da pessoa na autogestāo do DM (FERRITO; NUNES; CARNEIRO, 2014).

Nesse contexto, justifica-se a realização desta pesquisa e surgiram as questões norteadoras: Qual o conhecimento dos portadores de DM sobre os cuidados preventivos do pé diabético? Como se dá a adesão às orientações sobre os cuidados preventivos do pé diabético? Qual o papel do enfermeiro na prevenção do pé diabético na visão do paciente? Pressupõe-se que a prática de autocuidado do paciente diabético, enquanto grupo que vivencia a cronicidade da doença, minimiza os riscos de complicações, em especial as amputações.

Este estudo traz a sua contribuição ao salientar a importância das práticas do autocuidado por pacientes diabéticos, e contribuir para a redução do número de amputação internação e óbito dessa população.

Objetivou-se descrever o conhecimento do paciente diabético acerca de seu autocuidado em uma instituição de referência Estadual, em Fortaleza-Ceará, 2019.

2 ABORDAGEM METODOLÓGICA

Trata-se de um estudo descritivo, com abordagem qualitativa. O estudo foi realizado em uma unidade de saúde pública de referência em DM e Hipertensão, com sede no município de Fortaleza-Ceará.

Participaram do estudo 22 pacientes com 18 anos ou mais, com diagnóstico de Diabetes Mellitus tipo 2 e acometidos de pé diabético, atendidos no CIDH, e em condições de responder a entrevista. Os pacientes com demência, que apresentavam perda auditiva severa e deficiência na fala e que se recusaram a participar foram excluídos do estudo.

A coleta de dados foi realizada no período de agosto e setembro 2019, por meio de entrevista semi-estruturada. A entrevista foi gravada com a permissão do participante e constituída pela identificação sociodemográfica, com intuito de caracterizar a população do estudo e variáveis aplicadas nas práticas de autocuidado por portador de pé diabético.

Os usuários que aceitaram participar foram entrevistados no próprio ambiente, enquanto aguardavam atendimento na unidade, em local reservado. Os dados foram organizados e transcritos na íntegra a partir da Análise de Conteúdo, segundo proposta de Bardin (2011), e os entrevistados foram identificados de E1 a E22, a fim preservar sua identidade e foi realizada leitura detalhada das entrevistas e destacados os temas de maior relevância.

Foram respeitados os princípios éticos no proceder desse estudo, em conformidade com a Resolução nº 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde (CNS) (BRASIL, 2012), que regula estudos envolvendo seres humanos. A pesquisa foi aprovada pelo o comitê de ética da Unifametro sob o Parecer Consustanciado nº 3536.931.

3 RESULTADOS E DISCUSSÃO

A partir da análise dos dados coletados serão apresentadas as práticas de autocuidado por pacientes acometidos pelos 22 pacientes acometidos por pé diabético.

No componente sócio-demográfico observa-se que houve predominância da faixa etária de 51 anos ou mais (95,45%), sexo masculino (68,18%), casados (54,54%). A maioria dos entrevistados referiu ter cursado o ensino fundamental (63,64%), desenvolvia atividade profissional (54,54%) e18 (81,81%). Tinham renda de 1 a 2 salários mínimos (Tabela 1).

Tabela 1: Dados sócio demográficos dos participantes. Fortaleza-CE, 2019.

Idade	N	%
40 a 50	1	4,5
≥ 51	21	95,5
Sexo		
Masculino	15	68,18
Feminino	7	31,82
Estado civil		
Solteiro	6	27,27
Casado	12	54,54
Viúvo	-	-
Divorciado	4	18,19
Escolaridade		
Ensino fundamental	14	63,64
Ensino médio	6	27,27

Ensino superior	2	9,09
Situação ocupacional		
Trabalha fora	12	54,54
Aposentado	10	45,46
Renda familiar		
1 a 2 salários	18	81,81
2 a 3 salários	3	13,64
≥ 3	1	4,55

Fonte: Elaborado pelo pesquisador.

Após a organização e análise dos dados, surgiram 4 categorias: Percepções acerca do diabetes *mellitus* e suas complicações; Cuidados preventivos do pé diabético; Barreiras para adesão ao tratamento; e olhar do paciente acometido de pé diabético sobre o cuidado de enfermagem.

PERCEPÇÕES ACERCA DO DIABETES *MELLITUS* E SUAS COMPLICAÇÕES

Os discursos que evidenciaram que os pacientes compreendem de forma geral o que é o diabetes e suas complicações, alicerçado no senso popular. Tal percepção remete à crenças relacionadas a ter “açúcar no sangue”, sintomas como dormência nos membros que pode levar à amputação, entre outras, como a relação com a hipertensão. No dizer dos entrevistados sobre a doença emergem tais aspectos:

- *Através do açúcar né, que o açúcar ele vai é danificando o organismo através desse problema é que acontece a diabetes (E14)*
- *É uma doença silenciosa, ela tem dois tipos né, dois ou três tipos. Diabetes é hereditária, minha mãe é. Eu já perdi dedo, já fui amputada, visão turva, má circulação, cansaço (E2)*
- *A anemia né, e má circulação, dormência. E também pode atacar os rins, o coração e muita coisa (E15)*
- *Dormência, formigamento no pé, esquentamento e beliscões, como se tivesse alguma coisa “pinicando”, e tontura causada pela glicemia quando ela sobe né, dor na nuca, no caso também vem junto me causando problemas de hipertensão, eu me tornei agora hipertenso. (E12)*

O Diabetes Mellitus (DM) consiste em um distúrbio metabólico caracterizado por hiperglicemia persistente, decorrente de deficiência na produção de insulina ou na sua ação, ou em ambos os mecanismos, ocasionando complicações em longo prazo (OLIVEIRA et al., 2016).

A hiperglicemia está associada a complicações crônicas micro e macrovasculares que resultam em retinopatia, nefropatia, neuropatia, doença coronariana, doença cerebrovascular e doença arterial periférica, aumento de morbidade, redução da qualidade de vida e elevação da taxa de mortalidade (SBD, 2017).

Os participantes desse estudo compreendem a necessidade de um cuidado diferenciado frente à sua doença. Eles reconhecem a necessidade de adoção de hábitos alimentares saudáveis, com ênfase em evitar o consumo de doces, conforme se observa discursos:

- *Bom, eu creio que uma boa alimentação que você tem que ter, evitar de comer doce, essas coisas, isso é o mais importante se prevenir né? (E14)*
- *Não comer comida muito carregada, por exemplo carne de porco eu não como, e outras coisas carregadas que fala, enfim comidas mais fáceis. (E19)*

A terapia nutricional proporciona melhoria significativa no quadro clínico do portador de DM, sendo útil para um tratamento bem-sucedido. Porém, exige constância dos profissionais de saúde e empenho diário dos pacientes (ESCOTT-STUMP, 2011).

Dentre as complicações crônicas do DM, os pacientes referem as úlceras nos pés e a amputação de extremidades como as mais graves e de maior impacto, como evidenciam as falas:

- *É muito complicada, qualquer ferimentozinho se torna uma infecção. (E3)*
- *A diabetes se você não cuidar dela, ela acaba tomando conta de você, entendeu? Você pode amputar uma perna, você pode perder um dedo. (E8)*

A neuropatia periférica é uma condição crônica que em decorrência da perda da sensibilidade poderá levar a uma marcha anormal, assim como deformidades presentes no pé. Pode ocasionar também uma redução do fluxo sanguíneo, aumentando as chances de desenvolvimentos de ulcerações e amputação do membro inferior afetado. As úlceras nos pés apresentam uma incidência anual de 2%, tendo o diabético um risco de 25% em

desenvolver úlceras nos pés ao longo da vida (BOELL, RIBEIRO, SILVA, 2014; BOULTON et al., 2008).

Na visão dos entrevistados, o tratamento tem como meta a normoglicemia e em muitos casos indicam-se o início de uso dos agentes antidiabéticos, como citado na fala abaixo:

Você tem que tá tomando os remédios regularmente, e aí fazer o tratamento. (E8)

Os agentes antidiabéticos são medicamentos que reduzem a glicemia, com o objetivo de mantê-la em níveis normais (em jejum < 100 mg/dL e pós-prandial < 140 mg/dL). Esses fármacos são capazes de aumentar a secreção de insulina apenas quando a glicemia se eleva. Para pacientes com diagnóstico recente, as diretrizes das sociedades americana, europeia e brasileira de diabetes (ADA, EASD e SBD) são coincidentes nas recomendações iniciais de modificações do estilo de vida associadas ao uso de metformina (SBD, 2017).

A sexualidade foi citada por um entrevistado como prejudicada:

- *Traz falta de potência pra mulher, pro homem, tem um cunhado meu que tá com 12 anos que perdeu a potência com a mulher, sabe nem o que é mulher. (E9)*

Existem diversos fatores que influenciam a disfunção sexual no DM, as anormalidades endócrinas, os problemas psicológicos e o déficit neurológico. Os medicamentos para o tratamento também podem ter influência. Os pacientes diabéticos do sexo masculino, se enquadram nas desordens da libido, problemas de ejaculação e disfunção erétil (PIRES, PEREIRA, 2012; RUTHERFORD, COLLIER, 2005).

CUIDADOS PREVENTIVOS DO PÉ DIABÉTICO

Os entrevistados descreveram ter conhecimento sobre os cuidados com os pés, tais como: a higiene e corte das unhas dos pés, como também mantê-los secos após o banho, como medidas de evitar a ocorrência de ulcerações, como evidenciam os relatos:

- *Eu faço só lixar minha unha, minha unha do pé é tão feinha, não cresce, toda aleijadinha. (E16)*

- *Não mexer com pauzinho, não cortar com alicate, evitar de cutucar, de ter acidente e para evitar para não coçar. (E3)*

- *Quando tomar banho enxugar bem direitinho entre os dedos também, para não criar coisa. (E5)*

O profissional deve estimular os cuidados básicos relacionados ao autocuidado com os pés, como a necessidade de inspeção diária pelo próprio indivíduo, manutenção da higiene adequada, corte reto das unhas, utilização de calçados apropriados e que não causem desconforto, aplicação de hidratantes, evitar imersão dos pés em água quente, bem como evitar umidade entre os dedos, uma vez que constitui fator preditor para o aparecimento de micoses (BRASIL, 2016).

Os participantes desse estudo mostraram também preocupação acerca de cuidados realizados com os pés como alternativa para a prevenção de lesões. Como é exemplificada nos relatos a seguir:

- *Sei que tem que calçar chinela adequada, não pode ser chinela havaiana, tem que ser uma apropriada. (E5)*
- *Não usar sapato apertado. (E4)*
- *É repouso né, ficar bastante deitado né, pro tratamento né, do pé. (E19)*

Segundo as Diretrizes da Sociedade Brasileira de Diabetes (2017 -2018) inexiste um consenso sobre calçados adequados, embora várias recomendações já estejam contempladas em documentos científicos. A seleção de calçados para pacientes diabéticos é considerada uma prescrição e deve envolver critérios clínicos e confecção de acordo com normas padronizadas pela Associação Brasileira de Normas Técnicas e o Instituto Nacional de Metrologia, Qualidade e Tecnologia (SBD, 2017).

O estímulo ao autocuidado faz parte das ações de prevenção de complicações e os entrevistados demonstraram seguir parcialmente as orientações sobre os cuidados do pé diabético:

- *Eu tento seguir né, eu não vou dizer que eu sigo tudo, no momento eu não tô fazendo atividade. (E2)*

Estudos vêm mostrando que programas de avaliação e acompanhamento de pessoas com DM, para lesões de pé diabético, reduzem as taxas de amputações quando comparados ao cuidado convencional, portanto, é imprescindível que os profissionais de saúde se organizem para prover este cuidado e estimular a adesão do paciente (BRASIL, 2016; MCCABE, STEVENSON, DOLAN, 1998).

BARREIRAS PARA ADESÃO AO TRATAMENTO

Os pacientes citam como uma dificuldade de adesão ao tratamento a restrição financeira para adquirir os alimentos e estar em situação de rua. A dieta é percebida como restrição alimentar e custo elevado, gerando desgaste, expressando a concepção de desigualdade social por não terem condição de obter alimentos que na sua maioria são caros, impossibilitando o consumo do que seria favorecedor da sua saúde.

- *Alguns não dá pra seguir, por exemplo, na questão da dieta, porque na situação não tem como fazer uma dieta cem por cento diabética, porque eu acho que, não querendo discriminar a classe, mais devia ser uma doença de rico, porque um pobre não tem condições. (E4)*

Mostram uma relação significante no que se refere ao controle glicêmico, visto que os diabéticos necessitam de uma dieta mais rigorosa, e muitas vezes o dinheiro não é suficiente para a compra de alimentos específicos para eles (MCCABE, STEVENSON, DOLAN, 1998).

Morar na rua também foi citado como barreira, pois expõe as pessoas a diversos fatores de risco que ampliam sua vulnerabilidade como: alimentação incerta, pouca disponibilidade de água potável, privação de sono e dificuldade de adesão a tratamento de saúde, como mostra a fala a seguir:

- *Às vezes eu sigo (as orientações), às vezes não, porque não tenho morada certa, sou morador de rua, não tenho onde guardar remédio, as vezes não tomo o remédio certo, as vezes passo o dia sem tomar. (E21)*

O OLHAR DO PACIENTE ACOMETIDO DE PÉ DIABÉTICO SOBRE O CUIDADO DE ENFERMAGEM

Os pacientes entrevistados demonstraram que as informações recebidas pelos enfermeiros foram capazes de deixá-los mais conscientes em relação à doença e tratamento, e ressaltaram a importância da consulta de enfermagem.

- *Eu acho um papel preponderante, porque ele (enfermeiro) traz orientações, além de fazer o acompanhamento também do problema, o enfermeiro ajuda muito, é um papel assim de coparticipação, ele faz uma parte eu faço outra. (E4)*
- *Eles explicam a gente pra manter a alimentação e a dieta (E21).*

- *Principalmente informar sobre diabetes, entendeu? E dizer o que a gente tem que fazer no dia-a-dia, para a gente fazer direitinho e assim fazer o tratamento direito. (E8)*
- *Fazer a limpeza do meu pé bem direitinho, examinar meu pé, vocês enfermeiros são maravilhosos. (E9)*

Como ação da Enfermagem cuidar de maneira individualizada também foi citada como uma necessidade importante, tendo em vista que, por muitas vezes, o cuidado acaba se tornando a aplicação de uma técnica.

- *Orientar os pacientes na melhor situação que cada um tem, porque cada um, cada uma pessoa é uma pessoa, e cada situação é uma situação diferente, embora que a diabetes seja a mesma, mas todo tem que ter os cuidados necessários pra que isso possa ajudar ao diabético a ter uma vida melhor. (E14)*

Humanizar os cuidados envolve respeitar a individualidade do ser humano. Assim, para cuidar de forma humanizada, o enfermeiro, que presta cuidados mais próximos ao paciente, deve ser capaz de entender a si mesmo e ao outro, ampliando esse conhecimento na forma de ação e tomando consciência dos valores e princípios que norteiam essa ação. Neste contexto, respeitar o paciente é componente primordial no tocante a cuidados humanizados (PESSINI, 2004).

4 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O estudo possibilitou compreender o conhecimento dos pacientes diabéticos acerca de seu autocuidado. Os entrevistados comprehendem de forma geral e baseada no senso popular o que é o diabetes e quais as suas complicações. Demostram interesse para realizar o autocuidado, pois entendem a necessidade de um cuidado diferenciado frente sua doença.

Reconhecem também a necessidade de adoção de hábitos alimentares saudáveis para a prevenção de complicações da doença, pois temem lesões no pé e amputações futuras. A dificuldade financeira e estar em situação de rua foram citadas como barreiras para adesão ao tratamento, evidenciando a desigualdade social como importante fator a ser considerado no tratamento, tendo em vista que o alto custo dos produtos contribui para dificultar o acesso.

Foi evidenciado que as informações fornecidas na consulta de enfermagem eram importantes e os deixavam mais conscientes em relação a prevenção e tratamento. Portanto, melhorar o conhecimento da pessoa diabética, sobretudo o cuidado com os pés, é fundamental para minimizar ações adversas decorrentes do autocuidado ineficaz.

REFERÊNCIAS

BARDIN, Laurence. Análise de conteúdo. Lisboa: Edições 70; 2011.

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

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: diabetes mellitus / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2013. 160 p.: il. (Cadernos de Atenção Básica, n. 36)

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE (BR); CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE. Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012. Diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. **Diário Oficial da União [da] República Federativa do Brasil**, v. 150, n. 112, 2013.

BOELL, Julia Estela Willrich; RIBEIRO, Renata Mafra; DA SILVA, Denise Maria Guerreiro Vieira. Fatores de risco para o desencadeamento do pé diabético. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, v. 16, n. 2, p. 386-93, 2014.

BOULTON, Andrew et al. Comprehensive foot examination and risk assessment. **Endocrine Practice**, v. 14, n. 5, p. 576-583, 2008.

ESCOTT-STUMP, Sylvia A. Our nutrition literacy challenge: making the 2010 dietary guidelines relevant for consumers. **Journal of the American Dietetic Association**, v. 111, n. 7, p. 979, 2011.

FERREIRA, Valceir Aparecido; CAMPOS, Simone Marques Bolonheis de. Avanços farmacológicos no tratamento do diabetes tipo 2. **Brazilian Journal of Surgery and Clinical Research**, v. 8, n. 3, p. 72-78, 2014.

FERRITO, Cândida; NUNES, Lucília; CARNEIRO, António Vaz. Intervenções de enfermagem à pessoa com Diabetes Mellitus tipo 2 em cuidados de saúde primários: elaboração de uma norma de orientação clínica. **Cadernos de Saúde**, v. 6, p. 19-29, 2013.

MCCABE, C. J.; STEVENSON, R. C.; DOLAN, A. M. Evaluation of a diabetic foot screening and protection programme. **Diabetic Medicine**, v. 15, n. 1, p. 80-84, 1998.

NETO, Moacyr Oliveira et al. Avaliação do autocuidado para a prevenção do pé diabético e exame clínico dos pés em um centro de referência em diabetes mellitus. **Journal of Health & Biological Sciences**, v. 5, n. 3, p. 265-271, 2017.

OLIVEIRA, José Egidio Paulo de; VENCIO, Sérgio. Diretrizes da Sociedade Brasileira de Diabetes 2017-2018. **São Paulo: Editora Clannad**, p. 91, 2017.

OLIVEIRA, Patrícia Simplício et al. Atuação do enfermeiros da Estratégia Saúde da Família na prevenção do pé diabético Practice nurse family health strategy in the prevention of diabetic foot. **Revista de Pesquisa: Cuidado é Fundamental Online**, v. 8, n. 3, p. 4841-4849, 2016.

OLIVEIRA, Egídio Paulo de Oliveira; MONTENEGRO JUNIOR, Magalhães Montenegro; VENCIO, Sérgio. organizadores. Diretrizes da Sociedade Brasileira de Diabetes 2017-2018 [Internet]. São Paulo: Editora Clannad; 2017 [cited 2018 May 02].

PESSINI, L. Humanização da dor e do sofrimento humanos na área da saúde. Humanização e cuidados paliativos. **Pessini L, Bertachini L. organizadores. São Paulo (SP): Loyola**, 2004.

PIRES, Vera; PEREIRA, M. Graça. Ajustamento conjugal, qualidade de vida, crenças sexuais e funcionamento sexual em pacientes diabéticos (as) e parceiros (as). 2012.

RUTHERFORD, Derek; COLLIER, Andrew. Sexual dysfunction in women with diabetes mellitus. **Gynecological Endocrinology**, v. 21, n. 4, p. 189-192, 2005.

SBD. Diretrizes da Sociedade Brasileira de Diabetes 2017-2018 / Organização José Egídio Paulo de Oliveira, Renan Magalhães Junior, Sérgio Vencio. São Paulo: Editora Clannad,. 2017. [acesso 19 de setembro de 2019]. Disponível em: <https://www.diabetes.org.br/profissionais/images/2017/diretrizes/diretrizes-sbd-2017-2018.pdf>.

AUTOCUIDADO EM PACIENTES COM INSUFICIÊNCIA CARDÍACA: REVISÃO INTEGRATIVA

SELF-CARE IN PATIENTS WITH HEART FAILURE: INTEGRATIVE REVIEW

Laura Chaves Pinho da Luz¹
 Caren Nádia Soares de Sousa²
 Ed Carlos Morais dos Santos³
 Fátima Dayanne Wirtzbiki Ferreira⁴

RESUMO

Introdução: Atualmente, uma das principais doenças que acomete a população são as doenças cardiovasculares, responsáveis por aproximadamente 17,7 milhões de mortes em 2015. O autocuidado traz consigo o princípio de estimular o cliente a realizar ações e atividades voltadas para o seu próprio cuidado. **Objetivo:** Analisar as produções científicas sobre autocuidado em pacientes com Insuficiência Cardíaca. **Metodologia:** Trata-se de um estudo bibliográfico, do tipo revisão integrativa. **Resultados e Discussão:** Em 2 dos dados colhidos, o sexo masculino foi predominante devido ser o que menos se adequa de acordo com as boas qualidades de vida. Com relação aos achados dos artigos no contexto da Insuficiência Cardíaca, o autocuidado pode ser definido como adesão à medicação, às recomendações sobre estímulo (dieta e exercícios físicos). **Conclusão:** Todos os resultados evidenciam a importância do autocuidado se trabalhado ainda nas primeiras formas de abordagem dos profissionais de saúde.

Palavras-chave: Autocuidado; Insuficiência Cardíaca; Cuidado de enfermagem; Teoria de enfermagem.

ABSTRACT

Introduction: Currently, one of the main diseases that affects the population are cardiovascular diseases, responsible for approximately 17.7 million deaths in 2015. Self-care brings with it the principle of encouraging the client to perform actions and activities aimed at their own care: To analyze scientific productions on self-care in patients with heart failure. **Methodology:** This is a bibliographic study, of the type integrative review.

Results and Discussion: In 2 of the data collected, the male gender was predominant due to being the least suitable according to the good qualities of life. Regarding the findings of the articles in the context of Heart Failure, self-care can be defined as adherence to medication, recommendations about stimulus (diet and exercise). **Conclusion:** All results show the importance of self-care if worked on in the first ways of approaching health professionals.

Keywords: Self-care; Cardiac insufficiency; Nursing care; Nursing theory.

¹ Graduanda em Enfermagem pelo Centro Universitário da Grande Fortaleza. E-mail: laura.2015chaves@gmail.com.

² Mestre e Doutora em Farmacologia. Especialista em Enfermagem Cardiovascular e Hemodinâmica – UECE. Coordenadora Adjunta do Curso de Enfermagem – UNIGRANDE. E-mail: carensoares@unigrande.edu.br.

³ Doutor em Bioquímica e Biologia Molecular com sanduíche na University College Cork-Irlanda, Mestre em Bioquímica. E-mail: edcarlosms@gmail.com.

⁴ Mestranda em Saúde Pública-UFC. Especialista em Enfermagem em Clínica Médica e Cirúrgica Docente do Curso de Enfermagem- UNIGRANDE, , E-mail: fatimawf@unigrande.edu.br.

1 INTRODUÇÃO

A Insuficiência Cardíaca (IC) é a via final comum da maioria das doenças que acomete o coração, sendo um dos principais desafios clínicos atuais na área da saúde. A prevalência da IC vem aumentando nos últimos anos em todo o mundo, tornando-se um grave problema de saúde pública. Algumas razões para isto incluem o envelhecimento da população e os avanços terapêuticos no tratamento do Infarto Agudo do Miocárdio (IAM), da Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) e mesmo da IC, que elevam a sobrevida (POFFO, 2017).

As doenças cardiovasculares são a principal causa de morte no Brasil, quanto a nível mundial foram responsáveis por aproximadamente 17,7 milhões de mortes em 2015, o que corresponde a 31% de todas as mortes. A IC é um problema de saúde pública e afeta principalmente os idosos. Mais de 650.000 novos casos de IC são diagnosticados todos os anos somente nos Estados Unidos (LACERDA, 2012).

Diante de toda a técnica de tratamento realizada com sucesso é necessário um acompanhamento rigoroso, pois mesmo assim é possível acontecerem alterações de naturezas biológica, psicológica, social e espiritual (BACAL, 2018). Neste momento é necessária uma assistência atenta, para evitar fatores de risco e complicações, que resultam na maioria das vezes em descompensação e transplante cardíaco, responsáveis pelas maiores taxas de morbidade e mortalidade (RIEGEL, 2009).

Em um ambiente de convivência com cardiopatas se é possível identificar a carência dos pacientes em desenvolver o seu próprio cuidado, havendo assim ausência de desenvolvimento de ações voltadas a essa finalidade. Diante disso surge o princípio de proporcionar novas perspectivas aqueles que necessitam de assistência, assim o paciente terá uma forma aprimorada de cuidado voltado para sua própria saúde, embora com dificuldades mas com a possibilidade de encontrar várias possíveis vertentes voltadas para o desenvolvimento individual consequentemente obtendo bons resultados (LEMOS, 2019).

Para obter-se de níveis de excelência para a evolução do cuidado, o protagonismo do paciente torna-se uma estratégia cabível, já que a cada dia o doente desenvolve um conhecimento aprimorado sobre seu estado e condições de saúde. Uma prática essencial que envolve a informação e a absorção do cliente quanto ao conhecimento para uma boa aprendizagem e consequentemente a realização do seu autocuidado (QUIROS, 2014).

É crucial o fundamento de que a base para qualquer ação é o conhecimento, que pode ser garantido a partir das teorias de enfermagem, teorias estas que surgiram da atuação e pensamentos críticos de grandes contribuintes para a história e desenvolvimento da saúde, como Dorothea Orem. Baseada em sua experiência e conhecimento, Orem determinou que o cuidado do profissional de enfermagem é o fator primordial para a recuperação do indivíduo que se encontra em um estado de recuperação e que o mesmo pode promover o autocuidado (GALDINO, 2018).

O autocuidado traz consigo o objetivo de estimular o cliente a realizar ações e atividades voltadas para o seu próprio cuidado, e assim obter resultados positivos para seu bem estar e manutenção da sua qualidade de vida, alguns fatores devem ser considerados para o seu desenvolvimento (CONCEIÇÃO, 2015), (HERNANDÉZ, 2017). Este cuidado protagonizado, diante da visão de Orem, compõe a sua teoria geral que distingue-se em Teoria do autocuidado, Teoria do déficit do autocuidado e a Teoria dos Sistemas de enfermagem (HERNANDÉZ, 2017).

A Teoria do déficit do autocuidado descreve e explica a razão pela qual as pessoas podem ser ajudadas através da enfermagem. Se dá pela a necessidade de cuidados que estão associados a imaturidade das pessoas em relação as dificuldades das ações relacionadas com a saúde ou com os cuidados de saúde e são essas limitações que os deixam incapazes de cuidar de si próprio (AL-SUTARI, 2017).

Diante desta problemática surgiu uma inquietação sobre como se dá o autocuidado em pacientes com Insuficiência Cardíaca. Consequentemente, será possível reduzir complicações e reincidências. Devidamente administradas, as ações de autocuidado da enfermagem podem não só promover alívio do sofrimento, mas principalmente preveni-lo (ARAÚJO, 2017).

É neste contexto em que temos alterações no modo de recuperação e comportamental do paciente com IC. Assim, é de fundamental importância o cuidado do profissional de enfermagem, voltado para a assistência que, de alguma forma irá causar ao paciente uma autonomia direcionada.

Então como relevância, este estudo apresenta a atuação do enfermeiro dentro de ações e práticas em que o propósito é analisar as produções científicas sobre autocuidado em pacientes com Insuficiência cardíaca, então, com embasamento científico teórico instruir o paciente a alcançar protagonismo em seu período de recuperação, onde torna-se um fator primordial para sua recuperação e manutenção da qualidade de vida.

2 METODOLOGIA

Trata-se de um estudo bibliográfico, do tipo revisão integrativa, o qual possibilita um resumo das evidências disponíveis sobre um determinado tema, em que o resultado final é o conhecimento atual do assunto investigado, norteando a prática por meio do conhecimento científico (MENDES, 2008).

A revisão integrativa consiste no cumprimento das etapas: identificação do tema e seleção da questão de pesquisa; estabelecimento dos critérios de elegibilidade; identificação dos estudos nas bases científicas; avaliação dos estudos selecionados e análise crítica; categorização dos estudos; avaliação e interpretação dos resultados e apresentação dos dados na estrutura da revisão integrativa (BOTELHO, 2011).

A operacionalização desta pesquisa iniciou-se com uma consulta aos Descritores em Ciências da Saúde (DeCS), por meio da Biblioteca Virtual em Saúde (BVS); para conhecimento dos descritores universais. Foram, portanto, utilizados os descritores controlados, em português: “Autocuidado”, “Insuficiência Cardíaca”, “Cuidado de enfermagem”, “Teoria de enfermagem”.

Definiram-se os seguintes critérios de inclusão: artigos obtidos em pesquisas com dados primários e secundários, publicados na íntegra, disponíveis eletronicamente, em português, inglês e/ou espanhol, publicados no período entre 2005 e 2020. Foram excluídos os editoriais, cartas ao editor, dissertações, teses, relatos de experiência, estudos reflexivos, revisões de literatura e artigos duplicados.

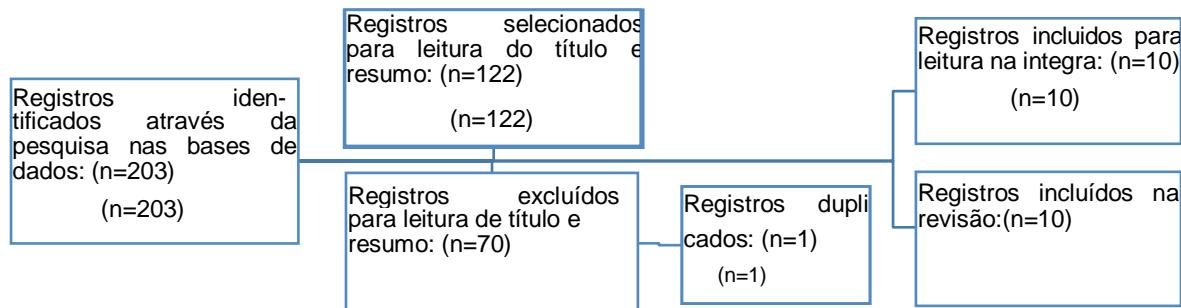
De forma ordenada, no período de março a abril de 2020, o levantamento bibliográfico foi realizado em três bases de dados: Literatura Latino-Americana em Ciências de Saúde (LILACS), Scientific Electronic Library Online (SCIELO), Medical Literature Analyses and Retrieval on-line (MEDLINE).

A coleta de dados foi realizada em duas etapas. A primeira etapa consistiu-se na busca avançada nas bases de dados, com detalhamento do quantitativo dos artigos foi totalizado 203 artigos: SCIELO (9), LILACS (2); MEDLINE (15). Na segunda etapa, procedeu-se à leitura na íntegra, sendo excluídos 71 artigos, por estarem fora dos critérios de inclusão, restando assim 10 artigos para comporem a revisão de literatura.

3 ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS DADOS

Foram identificados 203 estudos de acordo com a pesquisa nas bases de dados, e após, uma análise minuciosa, apenas 10 se adequaram aos critérios de inclusão, constituindo a amostra final desta revisão integrativa conforme a amostra (Figura 1).

Figura 1: Análise e seleção dos artigos.



Após a análise dos estudos selecionados, foram identificados os periódicos, bases de dados e autores de cada artigo, sendo estes, em seguida, organizados no quadro a seguir.

Quadro 1- Descrição dos estudos incluídos na revisão integrativa, segundo autor(es), base de dados, periódicos e ano de publicação.

Ano de publicação	N	Autor(es)	Base de dados	Periódicos
2009	1	Silva, I, Oliveira, M.F.V, Silva, S.E.D, Polano, S.H.I, Randuz, V, Santos,E.K. A, Santana, M.E.	Scielo	Rev. Esc. Enfermagem USP
2012	2	Feijó, M.K, Ávila, C.W, Souza, E.N, Jaarsma, T, Rabelo, E.R.	Scielo	Rev. Latino-Am-Enfermagem
2015	3	Conceição, A.P, Santos, M.A, Santos, B, Cruz, D.A.L.M.	Scielo	Rev. Latino-Am-Enfermagem
2015	4	Ferreira, V.M.P, Silva, L.N, Furuya, R.K, Schimult, A, Rossi, L.A, Dantas, R.A.S.	Scielo	Rev. Esc. Enfermagem USP
2016	5	Shim, J.L, Hwang, S.Y.	Mediline	Jounal of Kovan Academy of Nursing
2016	6	Linn, A.C, Azollin, K, Souza, E.N.	Medline	Rev. Bras. Enferm.
2017	7	Araújo, R.; Silva, T.; Ramos, V Cavalcanti, A.C.D.	Scielo	Rev. Latino-Am-Enfermagem
2017	8	AI- Sutari, M.M, AHMAD, M.M.	Medline	Journal of Evidence Healthcare
2017	9	Hernández, C.S, Torres, P.C, Monllor, C.B, Esquius, N.P, Galeano, C.M,	Lilacs	Aten. Primária

		Villanova, N.M, Cerdán, RM.G, Marrique, P.N, Ruiz, C.B, González, B.S.		
2019	10	Juréz, R.V, Sarabia, M.C.C, Solanas, I.A, Vellone, E, Durarte, A, Caballero, V.G, Calvo, J.I.P.	Lilacs	Rev. Clin. Esp.

Com base no quadro 1, elucidou-se que, 5 dos estudos foram selecionados da base de dados Scielo, destes, 3 foram publicados na Revista Latino Americana de Enfermagem, enquanto 2 foram publicados na Revista Escolar de Enfermagem- USP. Além disso, 2 dos artigos foram selecionados da base de dados LILACS, com 1 em publicação online da Atenção Primária e 1 publicado na Rev. Escolar de Enfermagem- USP, os 3 restantes foram selecionados da base de dados MEDLINE, destes, 2 foram publicados no Journal of Evidence HealthCare e Journal of Kovan, e por fim 1 publicado na Revista Brasileira de Enfermagem.

A partir da análise dos artigos foram estabelecidos o delineamento dos artigos, como serão detalhados no (Quadro 2).

Quadro 2- Delineamento de acordo com o tipo de estudo.

N	Delineamento
1	Estudo teórico
2	Estudo clínico randomizado controlado
3	Estudo transversal descritivo
4	Estudo metodológico
5	Estudo correlacional de corte transversal
6	Estudo transversal
7	Estudo transversal multicêntrico
8	Ensaio clínico randomizado controlado
9	Delineamento experimental comparativo
10	Estudo longitudinal

Com relação aos achados dos artigos no contexto da Insuficiência Cardíaca, o autocuidado pode ser definido como adesão à medicação, às recomendações sobre estímulo (dieta e exercícios físicos) e manejo da doença aos mínimos sinais de descompensação, onde práticas educacionais pelo o Enfermeiro podem ser efetuadas de acordo com cada definição.

Quadro 3- Relação das atividades e educação em saúde no autocuidado.

Atividades	Práticas educacionais
Adesão à medicação	Revisar os medicamentos prescritos quanto, ao nome, possíveis efeitos colaterais e para que servem
Alimentação	Apresentar a importância de uma dieta adequada e esclarecer possíveis dúvidas
Atividade física	Motivar o paciente a realizar atividade física
Monitorização de sinais	Esclarecer como o paciente pode realizar a domicílio a monitorização
Sintomas de descompensação	Apresentar os sinais e sintomas da descompensação pra o paciente ficar sob alerta de possíveis alterações

Em 2 dos estudos, o sexo masculino foi predominante quando relacionado com a IC, devido ser o que menos se adequa de acordo com as boas qualidades de vida como a prática de exercícios e alimentação, onde também 2 dos pacientes nos quais estudados foram identificados com déficit cognitivo, onde este diagnóstico pode trazer alterações nas práticas diárias do paciente com IC, como o processo de aprendizagem e alterações nas informações projetadas pelo cinco sentidos : visão, audição, paladar, tato e olfato.

De acordo com 1 dos artigos o tempo de experiência com a doença não tem maior correlação significante com a manutenção do autocuidado, onde cerca da metade da população com IC não passam por consulta de enfermagem e que o baixo nível de atividade física e a ingesta excessiva de sódio são comuns nesta população (LINN, 2020).

Para que o paciente com IC possa desenvolver o autocuidado é necessário que o Profissional de enfermagem trate de orientações gerais como sobre a doença, controle dos sintomas e adesão ao tratamento. Segundo achados dos artigos, o número de enfermeiros é insuficiente, devido a essa carência de profissionais esse atendimento não é oferecido para todos os pacientes que usam esse serviço. A partir desta situação ocorre a carência de informações e com isso o paciente não terá conhecimento necessário para desenvolver o seu próprio cuidado.

Também foi evidenciado que pela a baixa disponibilidade de enfermeiros para a demanda de pacientes, admite-se que são encaminhados os pacientes que tem mais

problemas para o controle da doença e que pode fazer mais difícil alcançar o autocuidado adequado (LINN, 2020).

Quando comparado com o Brasil, é percebido que pacientes de origem Espanhola têm um nível significativamente baixo de autocuidado quando comparados a pacientes com IC de outros países, principalmente quando se trata de gerenciar sua condição, pois a promoção do autocuidado deve ser uma prioridade para todos os profissionais de saúde envolvidos no cuidado e tratamento de pacientes com IC (JUARÉZ, 2017).

Dentre diversas variáveis, o comprometimento da cognição se sobrepõe diante da importância de tomada de decisão na teoria do autocuidado na IC. A cognição é uma variável importante a ser considerada, portanto conhecer o comportamento do autocuidado em pacientes com IC e com comprometimento cognitivo, pode direcionar o enfermeiro para a escolha das melhores estratégias educativas que auxiliem o paciente a adquirir e manter o autocuidado adequado (FEIJÓ, 2012).

Sabe-se que o autocuidado está centrado em paradigmas, que são formas de pensamento, regras e valores aplicados por uma comunidade científica, cabe destacar que o Enfermeiro é o profissional que mais tem contato com o ser doente ou saudável, e que aplica paradigmas sobre sua totalidade em auxiliar as pessoas a enfrentar ou se adaptar as suas condições patológicas. A partir do explicitado, é necessário reforçar o papel da enfermagem como promotora do restabelecimento da saúde do paciente, como implementação de práticas assistências e educativas que valorizem o ato de se autocuidar (SILVA, 2009).

Todos os resultados evidenciam a importância do autocuidado se trabalhado ainda nas primeiras formas de abordagem dos profissionais de saúde, pois a partir da devida educação e preparação do paciente com IC na qual acarreta prejuízos tanto no desenvolvimento físico como no desenvolvimento emocional dos pacientes, contribuindo para a redução da expectativa e qualidade de vida, onde os principais fatores que levam a descompensação clínica, envolvem pouco conhecimento do tratamento e baixa adesão às recomendações para o autocuidado, nas quais envolvem restrição de líquidos e de sal na dieta, a monitorização diária do peso, atividade física e o uso regular de medicamentos (FERREIRA, 2015).

4 CONCLUSÃO

É de fundamental importância o cuidado do profissional de enfermagem, já que este, utilizando uma assistência científica, embasada em teorias de Enfermagem, voltada a construção do emponderamento e autonomia do paciente, contribui de forma significativa para um desfecho positivo na evolução clínica da IC.

O autocuidado consiste no olhar para si mesmo, que implica em identificar suas próprias limitações e receber orientações de como conduzir as mais diversas situações. Diante isso, a participação do Enfermeiro é de fundamental importância para auxiliar no reforço das orientações e estratégias para melhorar as habilidades dos pacientes e seus cuidadores para a prática diária do autocuidado, conseguindo assim níveis de excelência quanto a manutenção da qualidade de vida do paciente com Insuficiência Cardíaca.

REFERÊNCIAS

- AL-SUTARI, Manal M.; AHMAD, Muayyad M. Effect of educational program on self-care behaviors and health outcome among patients with heart failure: an experimental study. **International journal of evidence-based healthcare**, v. 15, n. 4, p. 178-185, 2017.
- ARAÚJO, R, SILVA, T. RAMOS, V. Self-care agency and quality of life in the preoperative period of coronary artery bypass graft surgery. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v.50, p.232-238,2017.
- BACAL,F. et al. 3^a Diretriz Brasileira de Transplante Cardíaco. **Arq. Bras. Cardiol**,v.111, p. 230-289, 2018.
- BOTELHO, L. L. R, CUNHA, C.C.A, MACEDO, M. The integrative review method in organizational studies. **Rev Eletr Gestão Soc**,v.5,n.11, p.121-36, 2011.
- CONCEIÇÃO, A. P, SANTOS, M.A,SANTOS, B, CRUZ, D.A.L.M. Autocuidado em pacientes com Insuficiência Cardíaca, **Rev. Latino- Americana**, vol.24, n.4,p.578-86, 2015.
- FEIJÓ, M. K. et al. Adaptação transcultural e validação da European Heart Failure Self-care Behavior Scale para o português do Brasil. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, v.20, n.5, p.988-996, 2012.
- FERREIRA, V. M. P. Autocuidado, senso de coerência e depressão em pacientes hospitalizados por insuficiência cardíaca descompensada. **Rev. esc. Enferm**, v.49, n.3, p.387-393, 2015.
- GALDINO, M. J. Q. Doações e transplantes cardíacos no estado do Paraná. **Rer. Gaúcha Enf**, v.39, n.2, 2018.

HERNANDÉZ, C. Y. N, PACHECO, J. A. C, LARREYNAGA,M.R. La teoria déficit de autocuidado: Dorothea Elizabeth Orem,v.19, p.3, 2017.

JUAREZ-VELA R, SARABIA-COBO C. M., ANTÓN-SOLANAS I., et al. Investigating self-care in a sample of patients with decompensated heart failure: A cross-sectional study. Investigando el autocuidado en una muestra de pacientes con insuficiencia cardiaca descompensada: un estudio transversal. **Rev Clin Esp**,v.219, n.7, p.351–359, 2017.

LACERDA, M. S. et al . Sintomas depressivos em cuidadores familiares de pacientes com insuficiênciā cardíaca: revisão integrativa. **Rev. Gaúcha Enferm.**,v. 40, n. 10,2019.

LEMOS, D. M. P. et al . Comunicação efetiva para o cuidado seguro ao paciente com implante de dispositivo de assistência ventricular. **Rev. Gaúcha Enferm**, v.40, n. 2, 2019.

LINN, A. C, AZZOLIN, K, SOUZA, E. N. Associação entre autocuidado e reinternação hospitalar de pacientes com insuficiênciā cardíaca. **Rev. Bras. Enferm**, v.69, n.3, p.500-506,2020.

MENDES, K. D. S., 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.04, p. 758-64,2008.

POFFO, M. R. et al . Perfil dos Pacientes Internados por Insuficiênciā Cardíaca em Hospital Terciário. **Int. J. Cardiovasc. Sci**, v. 30, n. 3, p. 189-198, 2017.

QUIROS, P. J. P., VIDINHA,T. S. S, FILHO, A.J.A. Autocuidado: o contributo teórico de Orem para a disciplina e profissão de Enfermagem. **Rev. Enf. Ref**, v.3, p.157-164, 2014.

RIEGEL, B. D. N. et al. STUDENT Show all authors.Published:March,v.16, n.01,p.09, 2009.

SALVADÓ-HERNÁNDEZ, C., COSCULLUELA-TORRES, P., BLANES-MONLLOR C. et al. Insuficiencia cardiaca en atención primaria: actitudes, conocimientos y autocuidado [Heart failure in primary care: Attitudes, knowledge and self-care]. **Aten Primaria**, v.50, n.04, p.213-221, 2018.

SHIM, J. L, HWANG, S, Y. Development and Effects of a Heart Health Diary for Self-Care Enhancement of Patients with Heart Failure. **Jounal of Kovan Academy of Nursing**, v.46, n.6, p.881, 2016.

SILVA, I. J. et al. Cuidado, autocuidado e cuidado de si: uma compreensão paradigmática para o cuidado de enfermagem. **Rev. esc. Enferm**, v.43, n.3, p.697-703, 2009.

SEÇÃO 4

RECURSOS PARA O CUIDADO INTEGRAL À SAÚDE

DOI: 10.36926/editorainovar-978-65-86212-49-5-10

BENEFÍCIOS DO PILATES EM IDOSOS**PILATES BENEFITS IN THE ELDERLY**Clarice Amarante Scipiao¹Isidro Marques²Isabelle Cerqueira Sousa³Vitória Ávila Ramos de Souza⁴Ana Maria Fontenelle Catrib⁵**RESUMO**

Nos últimos anos houve um acréscimo da população mundial idosa, devido ao aumento da expectativa de vida. Com o envelhecimento, a independência e a qualidade de vida são comprometidas, por acarretar fraqueza muscular, déficit de equilíbrio e a instabilidade na marcha. Entretanto, estas disfunções podem ser modificáveis com a prática de atividade física, como o Método Pilates. Diante disto, este estudo, tem como objetivo explanar os benefícios do MP na população idosa. Trata-se de uma revisão de literatura narrativa, no formato de uma pesquisa qualitativa embasada em publicações das principais bases de dados Scielo, BVS e Lilacs. Dentro destas bases foram pesquisados artigos contendo os seguintes descritores: Pilates, idosos, atividade física e envelhecimento. A partir dos resultados encontrados concluiu-se que o MP tem diversos benefícios para o idoso, como no ganho de força, flexibilidade e equilíbrio, proporcionando um melhor desempenho funcional e qualidade de vida.

Palavras-chave: Pilates. Idoso. Atividade física. Envelhecimento.

ABSTRACT

In recent years there has been an increase in the elderly world population, due to increased life expectancy. With aging, independence and quality of life are compromised, due to causing muscle weakness, balance deficit and gait instability. However, these dysfunctions can be modifiable with the practice of physical activity. Given this problem, there are several modalities of physical exercise whose purpose is to provide a healthy lifestyle to the elderly, among them is the Pilates Method (PM). This study, therefore, aims to explain the benefits of PM in the elderly population. This is a review of narrative literature, in the format of a qualitative research based on publications of the main databases Scielo, BVS and Lilacs. Within these bases articles containing the following descriptors were searched: Pilates, elderly, physical activity and aging. From the results found it was concluded that the MP has several benefits for the elderly, such as in gaining strength, flexibility and balance, providing better functional performance and quality of life.

Keywords: Pilates. Old. Physical activity. Aging.

¹ Fisioterapeuta (FVJ), Pós-graduado em Fisioterapia Traumo-Ortopédica e Desportiva (UNICHRISTUS) E-mail: claricescipiao@outlook.com

² Fisioterapeuta, Coordenador da Pós-graduação em Fisioterapia trauma-ortopédica e reumatológica e Orientador de conteúdo (UNICHRISTUS). E-mail: isidromarques@terra.com.br

³ Mestrado em Educação, Doutoranda em Saúde Coletiva e Orientadora de metodologia (UNICHRISTUS). E-mail: isabellecerq@yahoo.com.br.

⁴ Fisioterapeuta (FVJ), Pós-graduando em Fisioterapia Traumo-Ortopédica e Desportiva (UNICHRISTUS). E-mail: fisiovitoriaavilar@outlook.com.

⁵ Pedagoga, Pós-Doutorado em Tecnologias e Serviços de Saúde (CINTESIS - Center for Health Technology and Services, da Faculdade de Medicina da Universidade do Porto-UP), Pós-doutorado em Saúde Coletiva (Universidade Estadual de Campinas-UNICAMP). E-mail: catrib@unifor.br.

1 INTRODUÇÃO

A pirâmide etária vem se modificando significativamente e de forma acelerada, devido ao aumento da população idosa e diminuição da natalidade, tornando o envelhecimento populacional um fenômeno mundial (PILLATT, NIELSSON, SCHNEIDER, 2019). No ano de 2050 haverá cerca de 2 bilhões de pessoas com mais de 60 anos, é o que pressupõe a Organização Mundial de Saúde (OMS) (CAMÕES *et al.*, 2016).

Com o envelhecimento há diversas mudanças fisiológicas, dentre elas a diminuição de massa óssea, gradativa hipotrofia muscular e fraqueza, as quais, em conjunto a outros fatores levam à redução da independência funcional. Nesse cenário, o sistema locomotor tende a ser prejudicado, acarretando uma mudança no padrão de marcha normal e dificuldade na caminhada. O padrão de marcha pode modificar-se por compensações diversas, dores por processos inflamatórios e degenerativos nas articulações, além de fraqueza muscular de músculos importantes na marcha, como por exemplo o tibial anterior, onde sua fraqueza faz com que a ponta do pé arraste durante o caminhar (SILVA *et al.*, 2016).

A marcha também pode ser alterada por mudanças biomecânicas, como a diminuição da amplitude articular da extensão do quadril, o que pode aumentar a incidência de acidentes e o risco de quedas, por ter mudança na velocidade do deslocamento e tamanho do passo (SOUZA, KIRCHNER, RODACKI, 2015). Além disso tem-se alterações da postura corporal, as quais são inevitáveis e aparecem ao longo dos anos, como o aumento da curvatura normal da coluna que causa术 desalinhamentos, afetando a rotina de vida e podendo ocasionar dificuldades na locomoção e no equilíbrio. (OLIVEIRA *et al.*, 2018)

O avançar da idade também traz consigo mudanças na força de músculos respiratórios, diminuição do recolhimento elástico pulmonar e complacência da caixa torácica. Tais modificações interferem em diversas capacidades do ciclo respiratório, como por exemplo a redução da capacidade vital forçada, volume expiratório forçado e fluxo expiratório forçado, além de aumentar a capacidade residual funcional e volume de reserva respiratório. Essas transformações interferem na força da musculatura respiratória, afetando tanto a função da bomba respiratória quanto as funções não respiratórias, que são seguidos de esforço expiratório como os atos de tossir, espirrar, falar e realizar manobra de Valsava (LOPES, RUAS, PATRIZZI, 2014).

Diversos autores creem que as disfunções da marcha e do equilíbrio podem aumentar o risco de quedas, por isso inúmeros estudos vêm avaliando essas alterações para encontrar formas de retardá-las ou minimizá-las. Alguns destes que avaliaram os idosos, viram que um baixo desempenho físico está relacionado com a ocorrência de quedas recorrentes.

Esta incidência em idosos tem causas multifatoriais, entretanto, estudos demonstraram que o exercício físico pode diminuir este risco (ABDALA *et al.*, 2017). A atividade física tem sido bastante utilizada para minimizar as limitações causadas pelo envelhecimento, preservando a capacidade funcional e a qualidade de vida. Pois a baixa resistência a atividade física, pelas alterações neuromusculares, acarreta o aumento da dependência funcional, elevando o risco de quedas, fraturas e mortalidade (PILLATT, NIELSSON, SCHNEIDER, 2019).

Segundo Costa *et al.* (2018), os idosos podem sofrer uma baixa na percepção da qualidade de vida, em razão das mudanças ocasionadas pelo envelhecimento. Por isso, a grande importância de se manter ativo, realizando atividade física, que está relacionada a diminuição de morbidade e mortalidade de doenças cardiovasculares e musculoesqueléticas. Assim destaca-se sua relevância por impactar de forma positiva na saúde e na qualidade de vida desta população. No passado, era bastante recomendado para a terceira idade, exercícios aeróbicos, por ter efeito no sistema cardiovascular e benefícios psicológicos. No entanto, atualmente tem-se visto a necessidade de treinamento com exercícios resistidos, para promoção de força e resistência (Nery *et al.*, 2016)

São diversas as opções de exercícios físicos, que podem auxiliar na melhoria da saúde, como a hidroginástica e a ginástica de solo. Entre as atividades que beneficiam esta população tem-se o Método Pilates (MP) (MELLO *et al.*, 2018). O método tem sido bastante procurado por auxiliar na preservação das aptidões físicas e prevenção de doenças. Este foi criado por Joseph Pilates e se trata de um sistema de exercícios físicos que trabalha os movimentos do corpo com seis princípios: respiração, controle, concentração, precisão, fluidez e centralização. Este integra o corpo e a mente, promovendo melhora na postura, força, resistência, flexibilidade e equilíbrio (COSTA *et al.*, 2016). Ele também diminui dores musculares, aumenta amplitude de movimento, o equilíbrio muscular, estabilidade corporal e melhora a cognição, os quais são necessários para uma vida mais longa e saudável (MELLO *et al.*, 2018). Entre os objetivos do método,

tem-se o fortalecimento do power house, ou centro do corpo, composto pelos músculos abdominais, paravertebrais, glúteos e músculos do assoalho pélvico. O criador do método uniu o ganho de força e flexibilidade ao aperfeiçoamento do desempenho motor, da estabilidade corporal e da postura (RODRIGUES *et al.* 2010).

Diante disso, de que forma o Método Pilates pode ser utilizado na promoção da saúde do idoso? Acredita-se que a união de todos os princípios da técnica e os resultados obtidos através dele, podem ajudar na saúde geral do idoso. Devido a crescente procura dessa população pelo método e aos resultados observados em seus praticantes, o presente estudo justifica-se pelo interesse em colher esses dados atualizados na literatura e em identificar efetivamente os benefícios do Pilates nesse público. O estudo tem como objetivo explanar os benefícios do Método Pilates na população idosa.

2 PERCURSO METODOLÓGICO

O estudo consiste em uma revisão de literatura narrativa, realizada no período de dezembro de 2019 a fevereiro de 2020. Realizado no formato de uma pesquisa qualitativa, definida por Morse & Field, como: “Indutivos, holísticos, êmicos, subjetivos e orientados para o processo; usados para compreender, interpretar, descrever e desenvolver teorias relativas a um fenômeno ou a um setting” (TURATO, 2005). Foi feito um levantamento nas bases de dados Scielo, BVS e Lilacs. Dentro destas bases foram pesquisados artigos contendo os seguintes descritores: Pilates, idosos, atividade física e envelhecimento.

Os critérios de inclusão foram: artigos do tipo ensaio clínico, caso-controle, intervencional, experimental e revisão de literatura, artigos nacionais, com texto completo e com data de publicação desde 2010. Foram excluídos: artigos em outro idioma que não o português, bem como publicações que embora dentro da temática, não davam suporte aos objetivos do estudo.

As buscas resultaram em 291 estudos, sendo que 11 foram elegíveis para a análise de dados. Inicialmente foi feita a leitura do título e resumo. Logo após foram excluídos aqueles que não contemplavam os critérios de inclusão e os duplicados. Então foi feita a leitura do artigo completo, observando-se a metodologia era consistente e detalhada, se os resultados contemplam os objetivos e se a discussão expunha os resultados e literatura.

3 ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS DADOS COM FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

Foram selecionados 11 estudos baseados nos critérios de inclusão, os quais serão explanados em forma de tabela contendo autor, ano de publicação, título, objetivo, metodologia e conclusão.

AUTOR/ ANO/ TÍTULO	OBJETIVO	METODOLOGIA	CONCLUSÃO
OLIVEIRA <i>et al.</i> , 2018 Método Pilates na comunidade: efeito sobre a postura corporal de idosas	Verificar o efeito do método Pilates na postura de idosas em uma comunidade.	Ensaio clínico controlado	O MP promoveu efeito positivo em algumas variáveis do perfil postural de idosas.
RODRIGUES <i>et al.</i> , 2010 Autonomia funcional de idosas praticantes de Pilates	Avaliar o efeito do método Pilates na autonomia funcional de idosas.	Estudo comparativo	A prática do método Pilates gerou melhora significativa no desempenho funcional das idosas estudadas.
BUENO <i>et al.</i> , 2018 Relação da força muscular com equilíbrio estático em idosos – comparação entre Pilates e multimodalidades	Comparar o efeito do Pilates e multimodalidades sobre a força muscular e o equilíbrio em idosas.	Estudo transversal com delineamento experimental do tipo caso-controle	O Pilates promoveu maior ganho de força muscular e equilíbrio estático, entretanto, a força muscular não mostrou relação com o equilíbrio.
LOPES, RUAS, PATRIZZI, 2014 Efeito do método Pilates na força muscular respiratória de idosas: um ensaio clínico	Avaliar os efeitos de exercícios do método Pilates na força muscular respiratória de idosas antes e após 11 semanas de treinamento.	Ensaio clínico	Os resultados apresentaram aumento significativo na pressão expiratória máxima.
MELLO <i>et al.</i> , 2018 Método Pilates Contemporâneo na aptidão física, cognição e promoção da qualidade de vida em idosos	Verificar os efeitos do Método Pilates, na aptidão física, cognição e qualidade de vida, em um grupo de idosos.	Transversal do tipo intervencional com pré e pós testes.	O método promoveu melhora nos níveis de flexibilidade, agilidade, equilíbrio dinâmico e resistência aeróbia. Além disso, constatou-se melhora no tempo de reação e qualidade de vida.
COSTA <i>et al.</i> , 2016 Os efeitos do método Pilates aplicado à população idosa: Uma revisão integrativa	O objetivo deste estudo foi revisar os efeitos do Método Pilates em idosos.	Revisão integrativa	As variáveis mais pesquisadas foram o equilíbrio e o risco de quedas e esses estudos são consensuais em relação à melhora dessas variáveis e do aumento da flexibilidade. Porém em relação aos demais efeitos relatados na literatura, ainda há controvérsia ou dados isolados

			e consequentemente inconclusivos.
NERY <i>et al.</i> , 2016 A influência da prática do Pilates na qualidade de vida dos idosos: estudo clínico e randomizado	Avaliar o impacto do método Pilates na qualidade de vida de indivíduos na terceira idade.	Prospectivo randomizado	Concluiu que o protocolo pode ser um produto importante, influenciando positivamente a qualidade de vida da população idosa submetida ao método Pilates.
COSTA <i>et al.</i> , 2018 Comparação da percepção da qualidade de vida em idosas praticantes e não praticantes do Método Pilates	Comparar a percepção da qualidade de vida em idosas praticantes e não praticantes do método Pilates.	Descritivo e comparativo	O grupo das idosas praticantes do Pilates apresentou os maiores escores na maioria dos domínios de qualidade de vida para a faixa etária de 70 a 74,9 anos.
PACHECO <i>et al.</i> , 2019 Contribuições da prática do Método Pilates na aptidão física e na força de preensão manual de idosos	Verificar a influência do Pilates de solo na aptidão física e na força de preensão manual de idosos.	Quase-experimental	Concluiu-se neste estudo que o Método Pilates de solo influenciou na melhora da força, flexibilidade de membros inferiores, agilidade/ equilíbrio dinâmico e resistência aeróbia, demonstrando ser um método que beneficia aptidão física dos idosos.
TOZIM <i>et al.</i> , 2014 Efeito do Método Pilates na flexibilidade, qualidade de vida e nível de dor em idosos	Avaliar a influência do método Pilates na flexibilidade, nível de dor e qualidade de vida em idosos.	Estudo clínico controlado randomizado	O Pilates pode contribuir na redução da dor, aumento da flexibilidade e manutenção da qualidade de vida em idosas.
SANTOS <i>et al.</i> , 2019 O Método Pilates no solo na qualidade de vida, função pulmonar e força muscular respiratória de idosas	Analizar os efeitos do Pilates no solo na qualidade de vida, função pulmonar e força muscular respiratória em mulheres idosas.	Quase-experimental	O método Pilates no solo mostrou-se eficaz para melhorar a qualidade de vida, na função pulmonar e força muscular respiratória.

Fonte: Autoria própria (2020)

Pode-se definir o envelhecimento como um processo inconvertível, inevitável e natural, o qual afeta a humanidade e ocasiona decréscimo progressivo tanto nas estruturas como na funcionalidade do organismo (SILVA *et al.*, 2016). Estes processos, iniciam-se desde o nascimento, entretanto estas características são mais nítidas quando a vida está em uma fase mais avançada (CAMÕES *et al.*, 2016).

Nos últimos anos o Brasil acompanhou a tendência de envelhecimento, ganhando 4,8 milhões de idosos desde 2012, ultrapassando 30,2 milhões em 2017, segundo a Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios Contínua – Características dos Moradores e Domicílios. Este aumento nos últimos 5 anos equivale a 18% desse grupo etário, onde as

mulheres são maioria nesse grupo (IBGE, 2018). Nessa situação, há um crescente interesse dos diversos campos do conhecimento para esclarecer as condições características do envelhecimento humano, que é tido como um desenvolvimento específico, gradual e inevitável, não um estado de vida (CARVALHO, NASCIMENTO, 2016).

Entre as condições estão as mudanças nos sistemas articular, ósseo e esquelético, além do crescimento de doenças crônico-degenerativas, que em conjunto diminuem as funções locomotoras, restringindo a funcionalidade (NERY *et al.*, 2016). Juntamente com essas alterações osteomusculares, vem a diminuição da força e flexibilidade, limitando as funções físicas o que aumenta a dependência para a realização das atividades da vida diárias (AVD), podendo ocasionar declínio na qualidade de vida (COSTA *et al.*, 2018).

Para tratar as disfunções advindas da velhice e conservar a capacidade funcional, o exercício físico vem sendo bastante utilizado, por treinarem força e equilíbrio, além de prevenir quedas nesses indivíduos (COSTA *et al.*, 2016). São associados também exercícios de alongamento, pois estes mantêm e ajudam no aumento da amplitude articular, consequência de os mesmos modificarem propriedades visco-elásticas nos músculos, o que altera o seu desempenho nos movimentos (SOUZA, KIRCHNER, RODACKI, 2015).

Dentre as atividades recomendadas para tratar estas disfunções, o Pilates vem se destacando. Este método criado por Joseph Pilates o qual tem, como algumas de suas principais características, o exercício resistido e o alongamento dinâmico, praticados juntamente com a respiração. Sua prática deve respeitar alguns princípios: concentração, fluidez do movimento, centralização, precisão, controle e respiração. O alinhamento do corpo e a prevenção de lesões são resultados da estabilidade do core, atenção ao controle muscular e postura, além da respiração (OLIVEIRA *et al.*, 2018). Este também beneficia o público idoso por proporcionar uma atividade muscular com baixo impacto articular, pois eles têm uma grande prevalência de doença articular degenerativa (COSTA *et al.*, 2018).

No ano de 2010, Rodrigues *et al.*, realizaram um estudo com 52 participantes, para verificar se o Pilates ajudava na melhora da autonomia funcional de idosas. Estas não praticavam atividade por pelo menos seis meses antes da pesquisa, e tinham idade entre 60-78 anos. Estas foram distribuídas aleatoriamente em dois grupos, onde somente um praticou o método Pilates. A autonomia funcional de todas as participantes foi avaliada

pelo protocolo do GDLAM – Grupo Latino-americano de Desenvolvimento para Maturidade. O Grupo Pilates (GP) teve redução significativa do tempo de execução de todas as tarefas, enquanto o Grupo Controle (GC) só teve escore significativamente melhor no teste de caminhada de 10 m. Quanto aos índices GDLAM, o GP apresentou redução significativa após a intervenção, ao contrário do GC. Os resultados mostram que a prática do método Pilates, promoveu melhora significativa em seu desempenho funcional.

A autonomia funcional, também pode diminuir pela presença de dor, que é associada a desordens crônicas, a qual pode ser influenciada por altos níveis de inabilidade funcional e maior fragilidade corporal. Além disso, têm-se a diminuição da flexibilidade e mobilidade da coluna lombar, ao se comparar idosos sedentários e ativos fisicamente, podendo dificultar a realização de atividades diárias, acarretando dependência e comprometendo a qualidade de vida.

Neste sentido, em 2014, foi realizado um estudo clínico controlado e randomizado, para avaliar a influência do método na melhora da dor, flexibilidade e qualidade de vida em idosas. Segundo seus autores, Tozim *et al.*, a prática de atividade física regular tem sido apontada como um importante fator analgésico, manutenção e ganho de flexibilidade, além de melhorar a qualidade de vida.

Assim sendo, seu estudo foi formado por 31 idosas, separadas em grupos (Grupo controle e Grupo Pilates). Após a intervenção a flexibilidade do grupo Pilates teve uma melhora significativa, entretanto quando feita a análise intergrupo, não houve diferenças estatísticas significantes entre a avaliação e a reavaliação. Em relação a qualidade de vida, entre os grupos, também não se observou mudança significativa em nenhum aspecto.

O grupo Pilates apresentou melhora significativa no aspecto de atividade física, mas não se viu dados significativos na capacidade funcional, dor, estado geral de saúde, vitalidade, aspecto social, aspecto emocional e saúde mental entre os grupos. Em relação a intensidade da dor, se comparados entre os grupos, não houve diferença, entretanto, o grupo Pilates apresentou melhora no nível da dor e o grupo controle se manteve igual. Podendo concluir assim, que o Pilates pode auxiliar na diminuição do nível da dor, melhora da flexibilidade e manutenção da qualidade de vida em idosas.

Ainda em relação a qualidade de vida, comparou-se 185 idosas, divididas em praticantes de Pilates, ginástica em grupo e idosas que não participavam de atividade

física regular. Entre outros instrumentos de pesquisa realizados no estudo de Costa *et al.*, em 2018, destacam-se o Questionário Internacional de Atividade Física – IPAQ –, onde foi feita uma estimativa do nível de atividade física, sendo as idosas que atingiram valores \leq 150 minutos de atividade física por semana consideradas como insuficientemente ativas e as idosas que atingiram valores $>$ 150 minutos de atividade física por semana classificadas como suficientemente ativas, considerando as recomendações da Organização Mundial da Saúde (OMS) e os instrumentos WHOQOL-BREF e WHOQOL-OLD, traduzidos e validados no Brasil, para avaliar a qualidade de vida. Os resultados demonstraram que 80,4% das idosas pertencentes à faixa etária de 60 a 64,9 anos e 82,8% das idosas na faixa etária de 70 a 74,9 anos não atenderam às recomendações da Organização Mundial da Saúde de pelo menos 150 minutos de atividade física moderada a vigorosa por semana.

De acordo com a avaliação realizada pelo questionário WHOQOL-BREF, o grupo das praticantes do Método Pilates com idade entre 60 a 64,9 anos apresentou maior percepção de qualidade de vida no domínio ambiental do que o grupo das praticantes de ginástica em grupo. Já no grupo com faixa etária de 70 a 74,9 anos, esta diferença foi maior tanto no grupo de ginástica em grupo, como no grupo sem atividade física regular. O grupo das praticantes do Método Pilates apresentou maiores percepções em todos os domínios de qualidade de vida do questionário WHOQOL-BREF.

Os resultados da comparação da percepção dos domínios de qualidade de vida mensurada pelo questionário WHOQOL-OLD para a faixa etária de 70 a 74,9 anos e diferenças significativas foram encontradas na percepção para todos os domínios de qualidade de vida. Isto sugere que o método é uma importante prática para idosos nessa faixa etária. As aulas com o método Pilates, diferente da ginástica em grupo, visam as prioridades de cada indivíduo. Este fato, juntamente com os benefícios do método, favorecem a melhora da dor, fadiga e mobilidade, melhorando as atividades da vida diária e qualidade de vida.

No ano de 2016, Nery *et al.*, também realizou um estudo clínico e randomizado com 44 voluntários acima de 60 anos, com o objetivo de avaliar o impacto do método Pilates na qualidade de vida de indivíduos na terceira idade. Os voluntários foram divididos em Grupo Controle e Grupo Pilates. O Grupo Pilates realizou exercícios do método por dois meses, e cada sessão durava 60 minutos. Para análise da qualidade de vida, também foram aplicados, antes e após o protocolo, os questionários WHOQOL-bref

e WHOQOL-old para ambos os grupos. Teve como resultado, do grupo intervenção nos momentos pré e pós-tratamento, para o questionário WHOQOL-old significância nos domínios habilidade sensorial, autonomia, morte/morrer e intimidade, com aumento significativo na qualidade de vida.

Quando analisado isoladamente o grupo intervenção, todos os domínios do questionário WHOQOL-bref aumentaram significativamente. A avaliação final entre os grupos intervenção e controle, em comparação, observamos significância estatística apenas para os domínios do questionário WHOQOL-bref, após o período analisado, ratificando o aumento da qualidade de vida do grupo intervenção.

Há uma limitação progressiva nos idosos, devido as alterações morfológicas, funcionais e bioquímicas. O sedentarismo, há longo prazo, pode intensificar estas alterações, podendo levar a incapacidade e dependência, além dos comprometimentos cognitivos, motores e aumentar o risco de incidência de doenças crônicas. Mudanças nos sistemas neuromusculares, somatosensorial, vestibular e visual, acompanham o envelhecimento e resultam no desprovimento da capacidade funcional. Levando esses pontos em consideração, Mello *et al.* (2018) realizou um estudo para verificar os efeitos do método Pilates na aptidão física, cognição e qualidade de vida, em um grupo de idosos.

Acredita-se na importância da manutenção da capacidade funcional, estabilidade postural e função cognitiva, para a saúde dos idosos, aumentando a expectativa de vida. A aptidão física foi mensurada pelos testes Senior Fitness Test (STF), composto por seis testes motores que analisa a força de membros superiores e inferiores, flexibilidade dos membros superiores e inferiores, agilidade/equilíbrio dinâmico e resistência aeróbica de acordo com a faixa etária. Também foi verificado a relação entre a atenção/concentração com a capacidade de reagir rapidamente a um estímulo e a qualidade de vida pré e pós a prática do Pilates. A intervenção durou 15 semanas, com frequência de 2 vezes na semana, com aplicação do método Pilates Solo Contemporâneo.

Foi observada mudança significante na flexibilidade de membros superiores e inferiores, agilidade e equilíbrio dinâmico e teste de resistência aeróbica, constatando a melhora na aptidão física. Nas variáveis cognitivas, teve mudança significante no tempo médio da atenção e concentração. Quanto a qualidade de vida, 30,7% dos idosos consideravam como muito boa antes da prática e 92,3% dos idosos depois do período de prática.

O estudo realizado por Pacheco *et al.* (2019), teve resultados semelhantes ao de Mello et al., pois após 34 sessões do método Pilates no Solo, observou-se melhora na força dos membros superiores e inferiores, flexibilidade dos membros inferiores, agilidade, equilíbrio dinâmico e resistência aeróbica. Entretanto o protocolo utilizado neste estudo, não resultou em melhora da flexibilidade de membros superiores e força de preensão manual.

Em 2018, Bueno *et al.* comparou 62 idosas ativas que praticavam o método Pilates e multimodalidades (hidroginástica, dança, musculação e natação), com frequência e duração dos programas similares. O qual teve como objetivo ver qual destes promove melhor efeito sobre a força muscular e equilíbrio estático. Após 16 semanas, o grupo Pilates apresentou maior força muscular global.

A análise intergrupo identificou que houve mudança significativa em ambos os grupos, na força muscular dos lados direito e esquerdo. Em relação ao equilíbrio, somente o grupo Pilates sofreu influência da lateralidade e das condições de olhos abertos e fechados. Assim sendo, houve maior força muscular e menor oscilação estática do equilíbrio no grupo Pilates quando comparado ao grupo de multimodalidades. Entretanto, a força muscular foi a variável de melhor resposta diante do Pilates e não mostrou relação com o equilíbrio, o que levou o estudo a não defender o método como única atividade na manutenção do equilíbrio para esta população.

O equilíbrio, problemas na locomoção e maior incidência de quedas, podem ser influenciados por desalinhamentos na coluna, que ocorrem com o avançar da idade, devido ao aumento da curvatura da coluna. Pensando nisso, Oliveira *et al.* (2018), realizou um estudo para verificar o efeito do método Pilates em idosas. O estudo contou com a participação de 40 idosas divididas em grupo Pilates e Grupo Controle. Estas tiveram a postura avaliada utilizando biofotogrametria, a partir do software SAPO.

Na reavaliação na vista anterior, não houve alterações estatisticamente significativas entre os grupos, apesar de ter uma pequena mudança a favor do grupo Pilates. Na vista posterior, houve uma mudança estatisticamente significativa somente nas variáveis do ângulo superior da escápula e distância do ângulo inferior da escápula, quando comparado com o grupo controle, o que sugere que o método Pilates teve efeito positivo no alinhamento das escápulas quando comparadas ao grupo controle, este alinhamento escapular é benéfico porque a pode refletir na prevenção e minimização das consequências da curvatura da região dorsal, que é acompanhada da abdução da cintura

escapular, característica da cifose torácica, muito comum na velhice. Assim conclui-se que o Pilates mostrou efeito positivo em algumas variáveis posturais.

O avançar da idade tem sido apontado como um preditor negativo das forças musculares respiratórias. É observado uma diminuição da capacidade vital forçada, volume expiratório forçado e fluxo expiratório forçado, como também o aumento na capacidade residual funcional e volume de reserva expiratório/m. Nesse contexto, foi realizado no ano de 2014, um estudo com 11 idosas para verificar o efeito de exercícios do método Pilates na força muscular respiratória de idosas, antes e após 11 semanas de treinamento. Após a intervenção, houve um aumento significativo no nível de Pressão Expiratória máxima (PEmáx). Embora o estudo tenha mostrado um aumento na PE_{máx}, não se pode afirmar que os exercícios baseados no método são indicados para os ganhos obtidos, pelo fato do número de participantes não ser significativo (LOPES, RUAS, PATRIZZI, 2014)

A função pulmonar também foi um dos objetivos da pesquisa feita por Santos *et al.* (2019), juntamente com a força muscular respiratória e qualidade de vida dessa população. Foram realizadas dez sessões de Pilates solo com 19 voluntárias.

Os resultados obtidos nesse estudo foram de melhora estatisticamente significante da Pressão Inspiratória máxima (PImáx) e da PE_{máx}, por meio da mensuração da manovacuometria, podendo afirmar a eficácia do método em idosas saudáveis. Com relação aos parâmetros ventilatórios, houve aumento dos valores da força muscular inspiratória, expiratória, da capacidade vital forçada, do volume expiratório forçado no primeiro minuto. Entretanto, foi observado melhora estatisticamente significante apenas no volume expiratório forçado no primeiro minuto. Foi verificada diferença significativa em todos os domínios do questionário SF-36, indicando aumento nos escores da qualidade de vida.

Foi realizada uma revisão integrativa, no ano de 2016, por Costa *et al.*, para revisar os efeitos do método Pilates em idosos. O estudo uniu 17 estudos, onde eles mostraram resultados positivos em relação às variáveis risco de quedas e equilíbrio, sendo estas as mais pesquisadas. Como também as variáveis, percentual de gordura, marcha, resistência muscular e qualidade de vida. Outros aspectos que tiveram resultados positivos foram coordenação motora, autonomia pessoal, mobilidade da coluna vertebral, tempo de reação, desempenho funcional pressão arterial sistólica e dor. Nos estudos

avaliados, os pontos que tiveram controvérsias ou resultados inconclusivos, foi em relação a flexibilidade, força e postura.

4 CONCLUSÃO

Pode-se concluir que o Pilates beneficia os idosos em vários aspectos, como na melhora da dor, força muscular, equilíbrio e flexibilidade. Em conjunto, estas variáveis diminuem o risco de quedas, melhoram o desempenho funcional e aptidão física, promovendo a qualidade de vida. Além de todos estes aspectos, o método também mostrou resultados positivos na questão respiratória, melhorando algumas necessidades básicas como por exemplo falar, tossir e realizar a manobra de Valsava, as quais são acompanhadas pelo esforço expiratório. Evidenciando assim que ele pode atuar na manutenção e promoção da saúde geral em idosos.

Entretanto, esses resultados podem ser supervalorizados, pelos estudos terem uma baixa qualidade metodológica, diferentes desenhos de estudo, grupos pequenos, durações diversas da prática da atividade, e protocolos variados. Sendo assim, é importante a realização de novos estudos, com metodologia mais consistente e bem delineada, para que os resultados possam ter maior confiabilidade. Considera-se importante a realização de novas pesquisas, para que os protocolos aplicados nessa população sejam baseados em evidências confiáveis. Pois o número de idosos adeptos ao método vem aumentando cada vez mais, necessitando uma melhor qualificação dos profissionais que atuam nesta área.

REFERÊNCIAS

ABDALA, Roberta Pellá et al . Padrão de marcha, prevalência de quedas e medo de cair em idosas ativas e sedentárias. **Rev Bras Med Esporte**, São Paulo , v. 23, n. 1, p. 26-30, 2017.

BUENO, Guilherme Augusto Santos et al . Relação da força muscular com equilíbrio estático em idosos – comparação entre pilates e multimodalidades. **Rev. Bras. Ciênc. Esporte**, Porto Alegre , v. 40, n. 4, p. 435-441, Dez. 2018.

CAMOES, Miguel et al. Exercício físico e qualidade de vida em idodos: diferentes contextos sociocomportamentais. **Motri.**, Ribeira de Pena , v. 12, n. 1, p. 96-105, mar. 2016.

CARVALHO, Emilia C.F ; NASCIMENTO, Marcelo de M. Repercussões de um programa de atenção psicológica sobre a qualidade de vida de idosas praticantes do método Pilates.

Estud. Pesqui. Psicol., Rio de Janeiro, 2016.

COSTA, Letícia Miranda Resende da et al . The Effects of Pilates on the Elderly: An Integrative Review. **Rev. bras. geriatr. gerontol.**, Rio de Janeiro , v. 19, n. 4,2016.

COSTA, Tiago Rocha Alves et al . Comparação da percepção da qualidade de vida em idosas praticantes e não praticantes do Método Pilates. **Cad. saúde colet.**, Rio de Janeiro, v. 26, n. 3, p. 261-269, Jul. 2018.

IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **IBGE**. Disponível: <<https://agenciadenoticias.ibge.gov.br/agencia-noticias/2012-agencia-de-noticias/noticias/20980-numero-de-idosos-cresce-18-em-5-anos-e-ultrapassa-30-milhoes-em-2017>>. Acesso: 16.12.2019.

LOPES, Emmanuel D.S.; RUAS, Gualberto; PATRIZZI, Lislei J. Efeitos de exercícios do método Pilates na força muscular respiratória de idosas. **Rev. Bras. Geriatr.Ger.**, Rio de Janeiro, 2014.

MELLO, Natalia Ferraz et al. The effect of the Contemporary Pilates method on physical fitness, cognition and promotion of quality of life among the elderly. **Rev. Bras. Geriatr. Gerontol.**, Rio de Janeiro, 2018.

NERY, Fabiana Roveda, et al., A influência da prática do pilates na qualidade de vida dos idosos. **Estud. Interdiscip. Envelhec.**, Porto Alegre, 2016.

OLIVEIRA, Luciane Marta Neiva de et al . Método Pilates na comunidade: efeito sobre a postura corporal de idosas. **Fisioter. Pesqui.**, São Paulo, v. 25, 2018.

PACHECO, Luana de Andrade et al., Contribuições da prática de Pilates na aptidão física e na força de preensão manual de idosos. **Arq. Cienc. Saúde UNIPAR**, Umuarama, v. 23, n. 3, 2019.

PILLATT, Ana Paula; NIELSSON, Jordana; SCHNEIDER, Rodolfo Heriberto. Efeitos do exercício físico em idosos fragilizados: uma revisão sistemática. **Fisioter. Pesqui.**, São Paulo, v. 26, n. 2, p. 210-217, Jun 2019.

RODRIGUES, Breno Guedes de Siqueira et al . Autonomia funcional de idosas praticantes de Pilates. **Fisioter. Pesqui.**, São Paulo , v. 17, n. 4, p. 300-305, Dez. 2010 .

SANTOS, Mariana Barcelos Fabrício dos et al., O Método Pilates no solo na qualidade de vida, função pulmonar e força muscular respiratória de idosas. **Saúde e Pesqui.** Maringá (PR), v. 12, n.2, p351-357, maio-ago. 2019.

SILVA, Roginaldo Alves da et al . GINÁSTICA GERAL PODE MELHORAR A MARCHA E A CAPACIDADE CARDIOVASCULAR DE IDOSOS. **Rev Bras Med Esporte**, São Paulo, v. 22, n. 4, p. 306-310, Ago. 2016.

SOUZA, Ricardo Martins de; KIRCHNER, Bianca; RODACKI, André Luiz Félix. Efeito agudo do alongamento na marcha de idosas em terreno inclinado. **Fisioter. mov.**, Curitiba, 2015

TOZIM, Beatriz M. et al. Efeito do método Pilates na flexibilidade, qualidade de vida e nível de dor em idosos. **ConScientiae Saúde**, São Paulo, v. 13,2014.

TURATO, Egberto Ribeiro. Métodos qualitativos e quantitativos na área da saúde: definições, diferenças e seus objetos de pesquisa. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo 2005.

DOI: 10.36926/editorainovar-978-65-86212-49-5-11

A FISIOTERAPIA AQUÁTICA COMO RECURSO TERAPÉUTICO NO MAL DE PARKINSON

AQUATIC PHYSIO THERAPY AS A THERAPEUTIC RESOURCE IN PARKINSON'S DISEASE

Caio César Barbosa Coelho¹
 Denilson de Queiroz Cerdeira²
 Isabelle Cerqueira Sousa³
 Camila da Silva Andrade⁴
 Vega Vitória Maciel Lopes⁵

RESUMO

O Mal de Parkinson é uma doença neurodegenerativa e progressiva do Sistema Nervoso Central (SNC) caracterizada pela perda de dopamina, hormônio responsável por manter a coordenação, normalidade nas atividades musculares, cognição, humor e até o sono. O estudo objetivou mostrar a atuação da Fisioterapia aquática no tratamento de pacientes com Parkinson, baseando-se em estudos publicados sobre o tema entre os anos de 2010 e 2018. Os resultados mostraram a escassa produção científica, mas foi possível detectar que a fisioterapia aquática possui meios e técnicas capazes de tratar de maneira eficaz e comprovada os pacientes com Mal de Parkinson. Conclui-se, portanto, que a terapia aquática conta com artifícios que ajudam no equilíbrio, coordenação e devolução de padrão natural dos pacientes, contudo, reconhece-se a necessidade de maiores estudos, tendo em vista novas evidências científicas.

Palavras-chave: Mal de Parkinson. Fisioterapia Aquática. Idoso. Tratamento.

ABSTRACT

Parkinson's disease is a neurodegenerative and progressive disease of the Central Nervous System (CNS) characterized by the loss of dopamine, a hormone responsible for maintaining coordination, normality in muscle activities, cognition, mood and even sleep. The study aimed to show the role of aquatic physiotherapy in the treatment of patients with Parkinson's, based on studies published on the subject between the years 2010 and 2018. The results showed little scientific production, but it was possible to detect that aquatic physiotherapy has means and techniques capable of treating patients with Parkinson's disease in an effective and proven way. It is concluded, therefore, that the aquatic therapy has devices that help in the balance, coordination and return of the patients natural pattern, however, the need for further studies is recognized, in view of new scientific evidence.

Keywords: Parkinson's disease; Aquatic Physiotherapy; Old man; Treatment.

¹ Especialista em Fisioterapia Neurofuncional pelo Centro Universitário Christus – UNICHRISTUS.
 E-mail: caiobarbosafisioterapia10@gmail.com

² Doutor em Biotecnologia pela Universidade Federal do Ceará – UFC.
 E-mail: denilsoqueiroz@hotmail.com

³ Doutoranda em Saúde Coletiva – Universidade de Fortaleza – UNIFOR.
 E-mail: isabellecerq@yahoo.com.br

⁴ Especialista em Fisioterapia Neurofuncional pelo Centro Universitário Christus – UNICHRISTUS.
 E-mail: camila.andrade.fisio@hotmail.com

⁵ Especialista em Saúde do Idoso pela Universidade Estadual do Ceará – UECE.
 E-mail: vegavitoria@yahoo.com.br

1 INTRODUÇÃO

O mal de Parkinson é classificado como uma doença degenerativa e progressiva do sistema extrapiramidal que acomete o sistema nervoso central (SNC) caracterizado pela degeneração das células neuronais da substância negra no mesencéfalo. Definida inicialmente em 1817, pelo inglês James Parkinson hoje conhecida por Doença de Parkinson. É caracterizada principalmente por quatro sinais clínicos: tremor, rigidez e bradicinesia, e fala-se ainda em instabilidade postural (SILVA et al., 2013; SOUZA et al., 2014; VASCONCELOS et al., 2015).

Uma patologia crônica que age lentamente no sistema nervoso, ocasionando a degeneração das células dos gânglios basais gerando uma interferência na ação da dopamina, principal neurotransmissor que contribui para precisão dos movimentos, coordenação, mudanças de direção e posição (ANDRADE; SILVA; DAL CORSO, 2010).

As causas do Parkinson ainda não são totalmente conhecidas, assim sendo existem alguns tipos de Parkinsonismo, os mais frequentes são: Parkinsonismo idiopático, Parkinsonismo pós-infeccioso, Parkinsonismo tóxico, Parkinsonismo arteriosclerótico e Parkinsonismo atípico (HAASE; MACHADO; OLIVEIRA, 2008).

Entre tantos tipos, o Parkinson idiopático que inclui o ponto em questão do estudo, também chamado de paralisia agitante acomete principalmente pessoas de meia idade e idosos, como afirmam Haase, Machado e Oliveira (2010). Como a terceira idade é a mais afetada, e, além dos sintomas já mencionados o Parkinson causa ainda postura fixa em flexão de tronco e o chamado fenômeno do congelamento.

Uma vez que Doença de Parkinson acomete zonas das regiões do cérebro responsáveis pelo controle, coordenação, tônus muscular, postura e equilíbrio isso faz com que a vida e a socialização desses idosos seja afetada em virtude da presença dos tremores em repouso e a bradicinesia, assim sendo, muitos pacientes optam por ficar isolados e evitam o convívio social, o que pode, nessa altura da vida, acarretar no desenvolvimento de outras patologias como a depressão, estresse e obesidade (SARMENTO; PEGORARO; CORDEIRO, 2011).

O quadro clínico inicia-se geralmente entre 50 e 70 anos de idade independente do gênero, mas podendo haver pacientes com sintomas precoces antes mesmo dos 40 anos de idade. Segundo Andrade, Silva e Corso (2010) com o aumento da expectativa de vida, acredita-se que por volta de 2020, mais de 40 milhões de pessoas no mundo serão

portadoras de Doença de Parkinson.

A evolução da Doença de Parkinson traz complicações decorrentes dos sinais e sintomas físicos que determinam o comprometimento social, mental e emocional, interfere ainda, na capacidade do idoso contribuindo, assim, para a piora da sua qualidade de vida (VASCONCELOS et al., 2015).

A Fisioterapia Aquática vem sendo muito prescrita e indicada para idosos com Mal de Parkinson, esses programas de tratamento são sugeridos graças ao ambiente seguro, com menos possibilidades de quedas que a piscina oferece, e ainda, ser de boa aceitação pelo público em questão, como afirmam Andrade, Silva e Dal Corso (2010).

A Fisioterapia Aquática no tratamento de pacientes com Mal de Parkinson é feita em ambiente líquido aquecido, piscina termo-aquecida, com a utilização de técnicas desenvolvidas para promover melhora na saúde do indivíduo, prevenir doenças, retardar os avanços, tratar e reabilitar.

Entre os vários recursos que a Fisioterapia dispõe a hidroterapia tem sido muito utilizada para tratar e combater as doenças neurológicas, os exercícios físicos praticados dentro do meio líquido associados as propriedades físicas da água trazem benefícios motores, sensoriais e preventivos muito significativos.

Em um paciente com Doença de Parkinson, uma vez que seu equilíbrio está comprometido, o trabalho sensorial é de grande importância, pois estimula o equilíbrio, as noções de espaço, controle corporal e propriocepção, causando assim, independência ao paciente (SOUZA et al., 2014).

Nesse contexto, defende-se que a Fisioterapia Aquática pode desempenhar papel relevante no acompanhamento de pessoas com diagnóstico de Parkinson, sobretudo, por acumular conhecimento técnico-científico que os permitem intervir desde a avaliação até as ações de prevenção e reabilitação.

Com base nessas considerações, elegeu-se como objeto deste estudo a atuação do Fisioterapia Aquática no tratamento de pacientes com Parkinson. Assim, busca-se responder, com base na produção científica brasileira publicada em periódicos indexados, a seguinte pergunta norteadora da investigação: Quais os benefícios proporcionados pelas técnicas e métodos da Fisioterapia Aquática para um paciente portador do Mal de Parkinson?

A eleição do objeto de estudo apresentado decorre da inserção do pesquisador no campo de estágio, na condição de aluno do curso de Pós Graduação em Fisioterapia

Neurofuncional, desenvolvendo ações junto a pessoas com Parkinson em tratamento, quando apesar do embasamento teórico e técnico da intervenção fisioterápica se deparou com a inexistência de sistematização de condutas e/ou protocolos assistenciais que permitiam um direcionamento mais uniforme dos casos, na perspectiva de evitar condutas variadas a critério do profissional, gerando multiplicidade de intervenções sem base em evidências científicas consistentes.

Outro aspecto que justifica o interesse pela temática é a identificação de uma lacuna na produção científica brasileira no concernente a atuação da Fisioterapia Aquática no tratamento de paciente com o diagnóstico de Parkinson. Esta foi evidenciada mediante uma rápida busca em bases de dados como *Scielo-BR*, *Lilacs* e *Medline*, *Pedro*, *Pubmed* e *Google Acadêmico*, onde são raras as publicações na área, sendo em sua maioria com data de publicação superior a dez anos.

Por conseguinte, o estudo mostra-se relevante pelo potencial de contribuir para a reflexão e aprimoramento teórico, técnico e prático do fisioterapeuta que atua na reabilitação aquática de pacientes com Parkinsonismo.

Além disso, por se tratar de um estudo bibliográfico, contribuirá com a sistematização da produção científica, bem como poderá gerar novos conhecimentos, permitindo a redução da lacuna evidenciada no que se refere à divulgação científica nessa área.

Dessa forma busca-se contribuir com a comunidade acadêmica com este trabalho a respeito do tratamento dos pacientes com Mal de Parkinson, e mostrar que a terapia aquática apresenta bons resultados aos que a praticam efetivamente.

2 MÉTODOS

Tratou-se de uma pesquisa do tipo revisão bibliográfica, com abordagem qualitativa. A pesquisa constitui um procedimento racional e sistemático cujo objetivo é viabilizar a solução dos problemas que são desenvolvidos por pesquisadores, com o intuito de contribuir para o crescimento social, cultural e científico da sociedade.

Nesta revisão bibliográfica, a coleta de dados foi feita nos meses de maio a agosto/2018. O período que consistiu entre os artigos e os estudos pesquisados compreendeu entre uma lacuna temporal de dez anos. Assim sendo, foram considerados estudos publicados entre os anos de 2008 a 2018. O material selecionado consiste em

artigos publicados em periódicos indexados, disponíveis, inicialmente, nas principais bases de dados: SCIELO; LILACS; PEDRO; MEDLINE; PUBMED e GOOGLE ACADÊMICO.

Para operacionalizar a busca dos artigos nas plataformas de dados, foram adotados descritores: fisioterapia no Mal de Parkinson; fisioterapia aquática; terapia aquática no Mal de Parkinson. O seguinte meio facilitou e possibilitou a busca por estudos sobre o tema proposto neste trabalho, qual seja a atuação e meio da Fisioterapia no tratamento de pacientes com Mal de Parkinson.

Foram incluídos os artigos encontrados e publicados em periódicos brasileiros indexados, no período de 2008-2018; publicados na língua portuguesa ou língua inglesa; onde pelo menos um dos autores fosse fisioterapeuta e seguissem o critério de busca dos descritores selecionados, sendo excluídos estudos duplicados e artigos que não correspondessem ao tema proposto e/ou buscado pelos descritores não respondendo ao questionamento inicial e principal do estudo, excluídos também trabalhos que apenas mencionam o tema proposto, mas não o aprofundam.

O material bibliográfico selecionado para compor o substrato analítico do nosso estudo, foi submetido ao processamento, análise e discussão dos resultados com base na técnica de conteúdo, modalidade temática, conforme proposto por Bardin (2011), cujos passos são os seguintes:

- Ordenação das informações: primeiro contato com o material de análise, no qual se faz a leitura flutuante e organização do conjunto de dados coletado.
 - Classificação dos dados: momento em que se processa a leitura exaustiva/analítica procede-se a identificação das categorias empíricas na busca de responder as questões e/ou objetivos da pesquisa.
 - Análise final: consiste no movimento, a partir da profunda inflexão sobre o material empírico, na perspectiva de aprofundar a análise articulando os achados com a literatura específica da área do estudo.
- (BARDIN, 2011)

3 APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Após a seleção total do material coletado procedeu-se com a análise crítica dos artigos, a qual foi antecedida por leituras exaustivas de conteúdo a respeito dos temas, sendo possível identificar as estruturas e categorias empíricas temáticas apresentadas a seguir.

3.1 Caracterização da produção científica brasileira sobre a atuação da Fisioterapia Aquática no tratamento do Mal de Parkinson

Ao fazer o levantamento bibliográfico relacionado a temática desse trabalho foi possível identificar uma quantidade muito pequena de estudos realizados com o tema abordado disponível e publicado nas principais bases de dados. Assim sendo, ao fim dessa triagem levantou-se um quantitativo de 20 artigos científicos, incluindo ensaios clínicos, relatos de casos e revisão sistemática.

Vale ressaltar que a maioria dos artigos encontrados abordava os temas em questão na pesquisa, porém não os aprofundava ou tomava outro viés. Ficou visto também que há poucos trabalhos desenvolvidos na área, o que implica na limitação de informação a respeito da eficácia do tema escolhido. Após a triagem e a seleção dos artigos encontrados, foram feitas leituras criteriosas e minuciosas aplicando, assim, os aspectos de inclusão e exclusão, delimitando uma quantidade específica de 06 artigos.

Já em relação a autoria dos artigos pesquisados, todos foram escritos com a participação de fisioterapeutas, em duas publicações houve presença de outros profissionais como médicos neurologistas e terapeuta ocupacional.

Identificou-se ainda que as publicações procedem de estados como Nordeste e Sudeste, o que nos mostra a falta de produção científica em outros polos do país com a atuação da Fisioterapia em pacientes com o Mal de Parkinson, levando a falta de informação e a desigualdade de acesso as pesquisas em outras regiões.

Constatou-se que os objetos de estudo estavam relacionados a qualidade de vida em idosos que fizeram uso da terapia aquática como meio de tratamento no combate ao Mal de Parkinson.

Quadro 01 – Síntese dos artigos da amostra apresentando: autor, tipo de estudo, intervenção (anos 2010 a 2018).

AUTORES	ANO	TIPO DE ESTUDO/ AMOSTRA	INTERVENÇÃO
SILVA, D. M. da	2013	Estudo de intervenção	Efeitos da Fisioterapia aquática no tratamento do Mal de Parkinson.
SOUZA, C.D. dos A.	2014	Clínico Intervencional Estudo de caso.	Abordagem da Fisioterapia aquática na Doença de Parkinson.

SARMENTO, G. da S.	2010	Revisão Sistemática	Fisioterapia aquática como tratamento de idosos.
VASCONCELOS, K. C.	2015	Estudo Intervencional	Qualidade de vida na Doença de Parkinson com a Fisioterapia aquática.
ANDRADE, C. H. S. de.	2010	Estudo Intervencional	Efeito da hidroterapia no equilíbrio de pessoas com Mal de Parkinson.
VARA, A. C.	2011	Revisão Sistemática	Tratamento fisioterapêutico na Doença de Parkinson.

Fonte: Autoria própria (2018)

O meio físico em que o paciente se exercita, as propriedades da água como forma de impulsionamento do tratamento, as atividades prescritas em meio líquido para o aumento do equilíbrio, ganho de amplitude de movimento (ADM), melhora na marcha e ganho de força e tônus muscular.

No que concerne ao cenário aos sujeitos dos estudos, todas as pesquisas foram feitas com pacientes em tratamento do Mal de Parkinson, onde no local atuavam Fisioterapeutas, e que estes, participaram e colaboraram da elaboração dos estudos.

3.2 Ações e modalidades terapêuticas aplicadas pelo fisioterapeuta no tratamento de idosos com Mal de Parkinson

A análise do material selecionado para constituir o substrato da discussão do trabalho apresenta de modo sistemático algumas modalidades de intervenção fisioterapêutica junto aos portadores de Mal de Parkinson. Entretanto, a maioria dos estudos por se tratar de estudos de intervenção e relatos de caso aprestaram aplicações de testes e técnicas tendo em vista a detecção das respostas terapêuticas.

Assim sendo, com base no delineamento dos estudos e na descrição dos resultados e conclusões expostas, pode-se então compreender as ações e a possibilidade da atuação do profissional fisioterapeuta junto a esse segmento populacional.

3.3 Avaliação/diagnóstico fisioterapêutico precoce e prevenção dos pacientes Parkinsonianos

Os estudos inclusos nesta revisão bibliográficas apresentam basicamente o mesmo ponto de vista, e enfatizam a importância do diagnóstico precoce, bem como a prática de atividades físicas como requisito fundamental para evitar o avanço rápido da doença e manutenção dos padrões de normalidade. Nesse sentido, assegura-se que quanto mais cedo, a doença for detectada, diagnosticada e tratada mais lenta será o seu avanço.

Pode-se inferir, com bases nas investigações componentes do nosso estudo, que o profissional de Fisioterapia, individualmente ou quando integra equipe multiprofissional, tem como atribuições realizar testes, avaliações diagnósticas e aplicar métodos fisioterápicos eficazes no tratamento, com vistas à detecção precoce de complicações e a intervenção de forma preventiva. Para tanto, dispõe de diversos tipos de testes e protocolos de avaliação a serem aplicadas a cada caso específico.

3.4 Tratamento e reabilitação de pacientes com Mal de Parkinson

Como foi discutido na seção Revisão de literatura, o profissional fisioterapeuta, com base na sua formação generalista, desenvolve competências e habilidades para desenvolver ações junto ao paciente com Mal de Parkinson, as quais vão desde o diagnóstico clínico e funcional, prevenção de complicações, tratamento e reabilitação.

Ao integrar a equipe multidisciplinar no acompanhamento aos pacientes com Mal de Parkinson, deve atuar no diagnóstico precoce das incapacidades motoras e neurológicas, bem como na aplicação de recursos terapêuticos voltados a reabilitação, bem como na devolução da qualidade de vida e as melhores práticas das atividades da vida diária.

Com base nos artigos selecionados nesta revisão, é possível identificar modalidades da Fisioterapia que se aplicam aos casos de pacientes com Mal de Parkinson, conforme descrito a seguir.

No estudo I, os autores, com base no estudo de intervenção, apresentam meios fisioterapêuticos para o tratamento do Mal de Parkinson com técnicas comprovadas dentro da Fisioterapia Aquática. Reconhece-se que a Fisioterapia Aquática tem grande participação na melhora do equilíbrio, e assim, melhora da percepção, já que a

instabilidade postural é um sinal do Mal de Parkinson. Além, é claro, da terapia aquática ter maior atuação sobre os domínios motores, já que melhora o desconforto físico e a mobilidade do paciente idoso.

Em relação ao estudo II, os autores desenvolveram um relato de caso, onde afirmam que na água o paciente se sente mais seguro para desenvolver os movimentos, e assim, contando com as propriedades da água oferece maiores ganhos motores e posturais, evitando os eventos de queda.

Já no estudo III, os autores produziram uma revisão bibliográfica, na qual os estudos sugeriam em meio líquido aquecido o trabalho de fortalecimento de membros inferiores, ganho de flexibilidade, resistência e alongamentos nos pacientes com Mal de Parkinson.

Nestes termos, pode-se assegurar que a Fisioterapia Aquática e suas técnicas representam uma opção para o tratamento eficaz do Mal de Parkinson, capaz de reduzir a dor, aumentar a funcionalidade, impedir o avanço da doença e dar uma melhor qualidade de vida ao paciente.

4 DISCUSSÃO DOS DADOS DA AMOSTRA COLETADA

Há poucos relatos na literatura que referenciam os efeitos positivos da terapia aquática em indivíduos com Mal de Parkinson, porém sabe-se que seus efeitos promovem benefícios motores e sensoriais que estimulam na melhora do equilíbrio corporal afirmam Andrade, Silva e Dal Corso (2010).

De acordo com Hasse, Machado e Oliveira (2008), vários estudos têm demonstrado que o aumento dos sintomas da Doença de Parkinson está associado diretamente a deterioração da condição física, caracterizado pela pobreza dos movimentos e a diminuição da ADM, gerando, assim, a diminuição das AVD's desencadeando em atrofias musculares, como explica o Princípio do Desuso.

A dificuldade nos indivíduos com Mal de Parkinson para se movimentar faz com que tenham fraqueza e encurtamentos musculares bem acentuados, além de rigidez e bradicinesia, o que causa alterações patológicas e ósseas responsáveis por incapacidade funcional afirmam Souza et al. (2014).

As limitações físicas encontradas nos pacientes com Mal de Parkinson afetam seu emocional, pois há uma tendência a tornarem-se mais dependentes de seus familiares e

cuidadores, gerando, assim, isolamento social como explicam Vasconcelos et al. (2015)

Pacientes diagnosticados com Mal de Parkinson e que não praticam exercícios na fase inicial da doença tendem a perder suas funções mais rápidas do que pacientes que tenham se exercitado na mesma fase, o que leva a conclusão segundo Andrade, Silva e Del Corso (2015) que as atividades físicas e protocolos de atividades aquáticas são de satisfatória relevância para manutenção do equilíbrio e prevenindo futuras quedas.

No estudo feito por Silva et al. (2013) a Fisioterapia Aquática teve bons resultados na instabilidade postural dos pacientes, sendo um dos sinais básicos da doença de Parkinson que está relacionado a alterações da marcha e riscos de queda. Já outros sinais foram igualmente analisados, o ganho de mobilidade, a realização de AVD's e a melhora da cognição. Explica ainda, que a Fisioterapia Aquática pode melhorar os domínios motores e não motores dos pacientes, tendo em vista que o desconforto físico e a limitação da mobilidade podem ocasionar problemas psicológicos e emocionais.

A abrangência dos resultados alcançados pela Fisioterapia Aquática nos pacientes pode estar relacionada as propriedades físicas e do aquecimento da água, que desempenha um papel importante na melhoria e na manutenção da amplitude de movimento, na redução da tensão muscular e nas dores como afirmam Silva et al. (2013).

A água aquecida favorece no aumento do metabolismo e na diminuição da tensão muscular, propiciando ao paciente um ambiente relaxante e confortável, além de contribuir para a melhora da instabilidade postural e o tremor, que possivelmente influencia na melhora do desconforto corporal, pois o relaxamento muscular permite ao indivíduo uma melhor estabilidade pelas ações do empuxo e gravidade. A diminuição do tônus muscular favorece a execução adequada dos movimentos, os quais beneficiam o alinhamento postural, atuando diretamente na melhora da postura cifótica e, consequentemente nas funções respiratórias e nas AVD's como relatam Vasconcelos et al. (2015).

O trabalho proprioceptivo em meio líquido difere do solo em função das propriedades físicas da água, segundo Souza et al (2014) os exercícios realizados na água sofrem pela resistência imposta pela pressão hidrostática e a viscosidade que podem estimular o aumento do fuso muscular, o que aumenta a formação dos estímulos que são necessários para a formação adequada do esquema corporal.

Dessa forma, ocorre a promoção de novas estratégias sensório-motoras para a efetividade do equilíbrio do paciente com Mal de Parkinson, contribuindo, assim diretamente para as AVD's.

O meio líquido permite o atendimento individual e em grupo, diminuindo a ação da gravidade, permitindo uma variedade maior de exercícios com a utilização dos MMII e MMSS simultaneamente e sem riscos de quedas, além disso, como dizem Silva et al. (2013) é um tipo de intervenção prazerosa para os pacientes, trazendo relaxamento, socialização e um ambiente agradável, pois o meio aquático propicia um ambiente lúdico e de interação social, o que pode ter sido um fator para a melhora dos pacientes.

Já Vasconcelos et al. (2015) afirma, que a Fisioterapia Aquática torna o meio imerso mais lúdico e favorece a interação social e emocional do indivíduo com Mal de Parkinson com o intuito de melhorar a autoestima e confiança, pois uma intervenção em grupo por meio da água aquecida gera um ambiente que facilita a execução dos exercícios propostos e permite uma maior socialização.

Exercícios em ambiente aquático podem facilitar atividades motoras em paciente diagnosticado com Mal de Parkinson. É possível favorecer de acordo com Souza et al. (2014) movimentos mais amplos e atividades desafiadoras, viabilizar repetições e contribuir para melhorar o desempenho motor e funcional.

Em seu estudo, Vasconcelos et al. (2015) ressaltam que a postura terapêutica deve ser enfatizada e adotada com frequência em pacientes com doenças neurodegenerativas, em especial as com Mal de Parkinson, pois é visível a mudança comportamental, além de estimular a interação social e consequentemente melhorando a qualidade de vida.

O trabalho em meio aquático favorece segundo Souza et al. (2014) a melhora da mobilidade articular e a força muscular, a funcionalidade, o equilíbrio e, consequentemente, o condicionamento físico. Os exercícios realizados na água favorecem a reabilitação, pois os efeitos proporcionam menos estresse articular, aumento da circulação e facilita os movimentos. O auxílio da flutuação permite que o paciente retome padrões de movimento com maior facilidade, reforçando, assim a motivação e a autoconfiança para a realização das AVD's.

Para Silva et al. (2013) após os protocolos de terapia aquática serem aplicados os pacientes foram detectados com melhorias em vários quesitos, como a mobilidade, AVD e cognição. Afirmou ainda que altos níveis de dopamina foram encontrados durante a realização do exercício moderado, sugerindo que um programa de atividades moderadas pode servir para reduzir a progressão do Mal de Parkinson.

Reconhece-se que a Fisioterapia aquática tem benefícios para a qualidade de vida dos pacientes com Mal de Parkinson, considerando uma terapia eficaz, não só nas

disfunções motoras, mas melhorando o bem-estar dos indivíduos, afirma Vasconcelos et al. (2015).

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

No percurso da pesquisa foi possível demonstrar que a Fisioterapia Aquática obteve respostas no controle de tronco, além de melhorar a agilidade e equilíbrio dos pacientes com Mal de Parkinson, sendo um excelente recurso fisioterápico para um tratamento eficaz.

Mostrou-se ainda eficaz na devolução de qualidade de vida e na maior manutenção da qualidade das relações sociais dos pacientes, muitos atribuem a evolução e melhora ao maior contato com pessoas e grupos que passam pelo mesmo problema simultaneamente.

O meio aquático oferece a segurança e a confiança que os pacientes idosos precisam muitas vezes para enfrentar uma atividade física que tanto exige deles, dessa forma, praticar atividades em um espaço prazeroso faz com que os exercícios sejam mais atraentes e apresentem melhores efeitos.

A terapia aquática não é capaz de curar os sintomas do Mal de Parkinson, mas é capaz de manter a boa movimentação dos pacientes evitando o agravamento do quadro motor e retardando a progressão da doença.

Vale ressaltar que ficou constatado, que ainda são poucas as pesquisas e fontes bibliográficas que abordam a Fisioterapia Aquática e sua eficácia no tratamento do Mal de Parkinson. Maiores estudos precisam ser feitos e com públicos mais vastos, para, assim, revelar a comunidade acadêmica a eficácia em grupos diversos no qual a doença alcança.

REFERÊNCIAS

ADAMS RD, Maurice V. **Doenças degenerativas do sistema nervoso**. In: Adams R. Neurologia. 6ed. Rio de Janeiro: Mc Graw Hill, 1998, p.688-727.

ANDRADE, Carlos Henrique Silva de; SILVA, Belatrice Ferreira da; CORSO, Dal Simone. Efeitos da hidroterapia no equilíbrio de indivíduos com doença de Parkinson. **Revista ConScientia e Saúde**, 9(2), p. 317-323, 2010. Disponível: <https://periodicos.uninove.br/index.php?journal=saud&page=article&op=view&path%5B%5D=2108>.

BIASOLI; M.C; MACHADO, C.M.C. Hidroterapia: aplicabilidades clínicas. **Revista Bras Med.** 2006; 63(5): p.225-237. Disponível: <https://biasolifisioterapia.com.br/publicacoes/028rbm4.pdf>.

CAMARGO, A. C. R; CÓPIO, F. C. Q; SOUSA, T. R. R; GOULART, F. O. O impacto da doença de Parkinson na qualidade de vida: uma revisão de literatura. **Revista Bras Fisioterapia.** 2004; (8)3: 267-272. Disponível: https://www.researchgate.net/publication/313501050_O_impacto_da_doenca_de_Parkinson_na_qualidade_de_vida_Uma_revisao_de_literatura

CAMBIER, J; MASSON, M; DEHEN, H. **Manual de Neurologia.** 11 ed. Rio de Janeiro: Guanabara/Koogan, 2005.

CHAVES, C; MITRES, M; LIBERATO, F. Efeitos de um programa de fisioterapia em pacientes com doença de Parkinson. **Revista Neurociência.** 2011. Disponível: <http://www.revistaneurociencias.com.br/edicoes/2011/RN1903/19%2003%20relato%20de%20caso/502%20rc.pdf>.

DEGANI, A. M. Hidroterapia: os efeitos físicos, fisiológicos e terapêuticos da água. **Fisioterapia e Movimento.** 1998; 11: p.91-106. Disponível: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/lil-223962>

DEVEREUX, K; ROBERTSON, D; BRIFFA, N.K. Effects of a water-based program on women 65 years and over: a randomized controlled trial. **Aust J Phisioter.** 2005;51(2):p.102-108. Disponível: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/15924512/>

HAASE, Deisy Cristina Bem Venutti; MACHADO, Daneile Cruz; OLIVEIRA; Janaísa Gomes Dias de. Atuação da fisioterapia no Paciente com doença de Parkinson. **Fisioterapia e Movimento.** 21 (1): p. 79-85, jan./mar., 2008. Disponível em: <http://www2.pucpr.br/reol/index.php/RFM?dd1=1890&dd99=pdf>. Acesso em: 18 de Jun. 2018.

MADUREIRA, A. S; LIMA, S. M. Influência do treinamento físico no meio aquático para mulheres na terceira idade. **Revista Brasileira de Atividade Física e Saúde.** 1998; 3(3): p.59-66. Disponível: <https://rbafs.org.br/RBAFS/article/view/1091>.

SARMENTO, Gisele da Silveira; PEGORARO, André S. Navarro; CORDEIRO, Renata Cereda. Fisioterapia aquática como modalidade de tratamento em idosos não institucionalizados: uma revisão sistemática. **Journal Einstein**, 9(1 pt 1), p. 84-89, 2011. Disponível: <https://journal.einstein.br/pt-br/article/fisioterapia-aquatica-como-modalidade-de-tratamento-em-idosos-nao-institucionalizados-uma-revisao-sistematica/>.

SILVA, Douglas Monteiro da et al . Efeitos da fisioterapia aquática na qualidade de vida de sujeitos com doença de Parkinson. **Fisioter. Pesqui.**, São Paulo , v. 20, n. 1, p. 17-23, Mar. 2013 . Disponível: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1809-29502013000100004&lng=en&nrm=iso>. <http://dx.doi.org/10.1590/S1809-29502013000100004>.

SILVA, J; BRANCO, F. **Fisioterapia aquática funcional.** São Paulo: Artes Médicas, 2011.

SOUZA, Cristiane Dias dos Anjos; NASCIMENTO, Paula Lima; MORAES, Alexandre Lara; BRAGA, Douglas Martins. Abordagem da fisioterapia aquática na doença de Parkinson: Estudo de Caso. **Revista Neurociência:** SP, 22(3), p. 453-457, 2014. Disponível: http://www.revistaneurociencias.com.br/edicoes/2014/2203/Relato_de_Caso/954rc.pdf.

VARA, Andressa Correa; MEDEIROS, Renata; STRIEBEL, Vera Lúcia Widniczck. O tratamento fisioterapêutico na doença de Parkinson. **Revista Neurociência:** SP, 20 (2), p. 266-272, 2012. Disponível: <http://www.revistaneurociencias.com.br/edicoes/2012/RN2002/revisao%2020%2002/624%20revisao.pdf>

VASCONCELOS, Kássia Costa; SANTOS, Jéssica Nayara Gondin; ROCHA, Rodrigo Santiago Barbosa; OLIVEIRA, Larissa Salgado. Percepção da qualidade de vida na doença de Parkinson após fisioterapia aquática. **Saúde em Rev.**, Piracicaba, v.15, n.39, p. 17-23, jan./abr., 2015. Disponível: <https://www.metodista.br/revistas/revistas-unimep/index.php/sr/article/view/2093>.

VIVAS, J; ARIAS, P; CUADEIRO, J. Aquatic therapy versus conventional land-based therapy for Parkinson's disease: an open-label pilot study. **Arch Phys Med Rehabil**, 2011; 92(8), p. 1202-1210. Disponível em: <http://www.pedro.com.au/index/project>. Acesso em: 25 de Ago. 2018.

DOI: 10.36926/editorainovar-978-65-86212-49-5-12

PLANTAS MEDICINAIS UTILIZADAS POR PACIENTES DE UM CURSO DE ODONTOLOGIA

MEDICINAL PLANTS USED BY PATIENTS IN A DENTISTRY COURSE

Edla Helena Salles de Brito¹

Dulce Maria de Lucena Aguiar²

Maria Vieira de Lima Saintrain³

Débora Rosana Alves Braga⁴

Maria Elisa Machado Ferreira Marcelo⁵

Débora Frota Colares⁶

RESUMO

A fitoterapia tem grande importância na vida das pessoas, não apenas pela sua eficácia na ação terapêutica, mas também por ser parte da cultura de um povo. O objetivo desse estudo consistiu em enumerar as plantas utilizadas por pacientes atendidos nas clínicas de ensino do curso de Odontologia em Fortaleza-Ceará, as formas de preparo dessas substâncias e vias de administração. Foram entrevistados 250 pacientes atendidos nas disciplinas Clínica Integrada III, Clínica Integrada IV e na urgência. Um total de 194 (77,6%) relataram fazer uso de plantas medicinais, principalmente o boldo (38,7%). A aroeira foi a planta mais utilizada para afecções da boca e a forma de administração mais usada foi o chá (26,7%). Os profissionais da área da saúde devem orientar e estimular os pacientes atendidos nas clínicas de ensino a utilizar fitoterápicos, inclusive nas afecções orais.

Descriptores: *Plantas medicinais. Saúde bucal. Terapias complementares.*

ABSTRACT

Phytotherapy has great importance in people's lives, not only for its therapeutic action, but also for the culture of a people. The aim of this study is to list the plants which are used by patients of a dentistry school in Fortaleza-Ceará, as ways of preparing these substances and routes of administration. 250 patients were interviewed in urgent care and in the clinical subjects Clínica Integrada III and Clínica Integrada IV. A total of 194 (77.6%) patients referred to use medicinal plants, mainly boldo (38.7%). Aroeira was the most used plant for mouth diseases and tea was the most used form of administration (26.7%). Health care professionals should guide and encourage patients treated at teaching clinics to use herbal medicines, including to the treatment of oral diseases.

Keywords: Medicinal plants. Oral health. Complementary therapies.

¹ Mestranda em Saúde Coletiva – Universidade de Fortaleza – UNIFOR. E-mail: edla_brito@hotmail.com

² Doutora em Saúde Pública pela Universidade de São Paulo, Docente da Universidade de Fortaleza CE. E-mail: dulce@unifor.br

³ Pós-doutora em Saúde Coletiva. Docente do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Universidade de Fortaleza – CE. E-mail: mvlsaintrain@yahoo.com.br

⁴ Mestranda em Saúde Coletiva – Universidade de Fortaleza – UNIFOR. E-mail: deboraabraga@gmail.com

⁵ Mestre em Saúde Coletiva – Universidade de Fortaleza – UNIFOR. E-mail: ma-elisa@bol.com.br

⁶ Cirurgiã-Dentista – Universidade de Fortaleza – UNIFOR. E-mail: deborafrotac@live.com

1 INTRODUÇÃO

Uma das formas mais antigas de prática medicinal da humanidade é a utilização de plantas para fins de prevenção, cura e tratamento de doenças. A prática de saúde através de plantas medicinais por meios não convencionais possui diferentes termos, podendo ser reconhecida como: Medicina tradicional (MT), Medicina Integrativa (MI) e Medicina Alternativa e Complementar (MAC). No Brasil, com incentivo da Organização Mundial de Saúde (OMS), está inserida nas Práticas Integrativas e Complementares (PIC), preconizadas pela Atenção Primária a Saúde (CONTATORE *et al.*, 2015).

Dessa forma, a Medicina Alternativa e Complementar (MAC) é uma conduta que está sendo cada vez mais reconhecida pelos profissionais de saúde para promoção de saúde e de bem-estar das pessoas, colaborando também para prevenção de doenças, sendo reconhecida como um dos principais pilares de abastecimento de serviços de saúde ou como complemento (AL MANSOUR *et al.*, 2016; WHO, 2013). Apesar de ser consumo em quase todos os países do mundo, a medicina não convencional ainda tende a ter maior adesão, pois, tendo sua eficácia, segurança e qualidade comprovadas, ela auxilia no acesso aos cuidados de saúde por grande parte da população (WHO, 2013).

Além disso, a importância da fitoterapia se dá por fazer parte da cultura de um povo. Existem registros de cultivo de plantas medicinais desde a antiguidade, em civilizações como as da Índia, Grécia, Egito e China; nessa última, o uso terapêutico dessas plantas possui registros de 3000 a.C (AKERELE, 1992; NOLLA *et al.*, 2005; ALVES, 2013; STEFANELLO *et al.*, 2018).

No Brasil, as plantas da flora nativa são consumidas com pouca, ou até mesmo nenhuma, comprovação de suas propriedades farmacológicas (BOCHNER *et al.*, 2012; SOUZA *et al.*, 2016). Por serem preparações vegetais padronizadas em que uma ou mais substâncias presentes em determinadas plantas são misturadas e preparadas adequadamente com finalidades distintas, os fitoterápicos, podem causar efeitos colaterais (MACHADO, OLIVEIRA, 2014; NAZARI *et al.*, 2017). Contudo, percebe-se uma generalização do uso pela justificativa de que, por ser natural, não é tóxico e muito menos que causa danos à saúde. Esses efeitos podem advir de adulterações propositais com substâncias farmacêuticas potentes, contaminação por agrotóxicos, metais pesados e microrganismos, bem como a própria interação com outros medicamentos ou alimentos ingeridos no dia a dia pelo paciente, além de características próprias do paciente, como

idade e sexo (HOFMANN, 2016).

Entretanto, a limitação do acesso a medicamentos convencionais por questões econômicas muitas vezes leva as pessoas a buscarem alívio de seus sintomas e enfermidades utilizando-se de procedimentos baratos ou gratuitos, e as plantas medicinais, retiradas diretamente da natureza, são um exemplo disso. Segundo dados do Ministério da Saúde, em 2015, a procura por tratamentos com base na fitoterapia pelo Sistema Único de Saúde (SUS) cresceu em 161% em relação a 2013, totalizando 16 mil brasileiros interessados nesses medicamentos (MACIEL, 2016).

As principais utilizações de tais plantas estão relacionadas com as doenças que mais acometem a população, como resfriados e gripes, enxaquecas, cólicas e insônia (STEFANELLO *et al.*, 2018). Na Odontologia, um dos maiores avanços em relação aos fitoterápicos foi o desenvolvimento de derivados naturais no que se refere às plantas com ação antimicrobiana e anestésica (FRANCISCO *et al.*, 2010). Segundo revisão realizada por Machado e Oliveira (2014), além da crescente inclusão de fitoterápicos em dentifrícios, certos chás podem ser utilizados para inibir o crescimento e aderência bacteriana nas superfícies dentais; além disso, espécies como a romã e a camomila, são indicadas em casos de inflamação, aftas e abscessos dentários.

Por mais que existam inúmeras possibilidades de utilização desses fitoterápicos por parte de profissionais da saúde, na Odontologia o potencial dessas plantas ainda é pouco explorado, seja no âmbito do tratamento de doenças sistêmicas com manifestações orais ou até mesmo apenas em doenças bucais (EVANGELISTA *et al.*, 2013).

Tendo em vista a crescente procura por esses medicamentos e sua vasta diversidade, bem como o pouco conhecimento sobre seu potencial na Odontologia, o objetivo desse estudo consistiu em enumerar as plantas utilizadas por pacientes atendidos nas clínicas de ensino de um curso de Odontologia, bem como as formas de preparo dessas plantas e suas vias de administração.

2 METODOLOGIA

Estudo transversal e descritivo, com a participação de pacientes atendidos no primeiro semestre do ano de 2018 nas clínicas de ensino do curso de Odontologia de uma Universidade no município de Fortaleza/Ceará.

A abordagem, de forma individual dos pacientes, foi realizada na recepção da Clínica Odontológica, antes da entrada para a consulta. Foram explicitados os objetivos e procedimentos da pesquisa. Aqueles que concordaram em participar receberam o questionário e o responderam de forma individual, após a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido-TCLE.

O critério de inclusão considerou idade igual ou maior que dezoito anos e concordar em participar do estudo.

O instrumento de coleta de dados foi um questionário semiestruturado contendo perguntas objetivas sobre o uso, preparo e aplicação de plantas medicinais nos processos odontológicos. Os questionários foram repassados aos participantes após parecer favorável do Comitê de Ética e Pesquisa da UNIFOR (nº. 2.685.383).

Os dados foram consolidados em planilhas do Excel e analisados mediante estatística descritiva.

3 RESULTADOS E DISCUSSÃO

As plantas medicinais eram, outrora, utilizadas para tratamento e cura de doenças em classes sociais mais baixas. Porém, ultimamente estão sendo difundidas muito além disso, tendo uso nas práticas médicas, odontológicas e de enfermagem, por todas as classes sociais (GE; ZHANG; ZUO, 2014).

Nesse estudo, foram entrevistados 250 pacientes atendidos na clínica integrada de graduação de Odontologia, priorizando aqueles cujo perfil de tratamento se enquadrava em procedimentos de maior complexidade, a saber: cirurgias de terceiros molares, tratamento endodôntico de múltiplos canais, além dos atendimentos de caráter de urgência, incluindo queixas de dor de dente e abcessos dentários.

Dos participantes, 194 (77,6%) relataram fazer uso de plantas medicinais para tratamento de condições de saúde bucal e sistêmicas. Dentre as afirmações de uso, relacionam-se as identificadas pela quantidade de respondente e percentual, seguindo a prevalência do uso: Boldo (n= 48; 24,7%), Hortelã (n= 22; 11,3%), Capim-santo (n= 14; 7,2%), Erva cidreira e Eucalipto (n= 13; 6,7% cada), Camomila (n= 11; 5,7%), Mastruz e Romã (n= 10; 5,2% cada), Erva doce (n= 9; 4,7%), Malva (n= 8; 4,1%), Alho, Babosa, Laranja (n= 4; 2,1% cada), Alfavaca, Aroeira (n= 3; 1,5% cada), Quebra pedra, Sucupira

(n= 2; 1,1% cada). Além dessas, outras plantas foram citadas em menor percentual, sendo elas: Abacate, Alho com limão, Bananeira, Copaíba, Corama, Coronha, Couve com gengibre, Cumaru, Florais de Bach, Folha de tamarindo, Jenipapo, Limão, Melão Caetano e Picão (n= 1; 0,5% cada).

Quando os perguntados se utilizavam uma segunda planta, o capim-santo e a erva cidreira foram as mais citadas, ao mesmo tempo em que, ao relatarem utilizar uma terceira planta, prevaleceram o boldo, a erva cidreira e hortelã.

Em relação às afecções bucais, dos 194 participantes que afirmaram utilizar plantas medicinais, apenas 30 (15,5%) responderam fazer uso de fitoterápicos com tal finalidade.

Na Odontologia, as plantas medicinais são indicadas principalmente na fabricação de substâncias para controle de biofilme, afecção bucal, tratamento de patologias e controle da ansiedade pré-operatória. As formas de apresentação mais utilizadas nessa área são representadas por géis, comprimidos, cápsulas, soluções aquosas, pomadas, infusões e soluções hidroalcoólicas. Dentre as principais vantagens, em detrimento a medicamentos convencionais, estão a relativamente menor toxicidade, maior biocompatibilidade e a maior facilidade de acesso pela população (FRANCISCO et al., 2010; ARADA, PEREZ, 2019).

Nesse contexto, dentre os que afirmaram fazer uso de fitoterapia para tratamento de afecções bucais (n=30), relacionam-se as formas identificadas pela quantidade de respondente e percentual, seguindo a prevalência do uso: a aroeira (n= 8; 26,7%); babosa, camomila, gengibre, malva e pedra hume (n= 2; 6,7%); alçafrão, alho, arnica, boldo, eucalipto, alfavaca, casca de ameixa, casca de laranja, coronha, cravo, hortelã, malvarisco, mastruz (n= 1; 3,3%).

Estudos comprovam a eficácia do cravo da Índia (*Syzygium aromaticum*), que pode ser usado no tratamento de gengivite, abscesso e inflamações. A partir dessa planta se extrai o eugenol, substância antimicrobiana amplamente utilizada em produtos com finalidade de proteção do complexo dentino-pulpar, como cimentos e pastas à base de óxido e zinco e eugenol. A babosa (*Aloe Vera*) também possui propriedades anti-inflamatórias e antissépticas, atuando na indução do crescimento celular e recuperação de tecido danificado. Além disso, tem sido mostrado potencial para a babosa quanto ao seu uso na desinfecção de lesões de cárie e consequente redução de cáries secundárias em estudos *in vivo* (FRANCISCO et al., 2010, ALELUIA et al., 2017, ARADA; PEREZ,

2019; PATRI; SAHU, 2017).

Ademais, a aroeira (*Schinus terenithifolius*) apresenta ação antimicrobiana, antibacteriana, antifúngica, anti-inflamatória e antiulcerogênica, sendo amplamente utilizada em antissépticos e no tratamento de estomatites (FRANCISCO *et al.*, 2010; MACHADO; OLIVEIRA, 2014). Vista como indicação para cicatrização no tratamento de inflamações em geral, seu uso no tratamento da gengivite já é demonstrado na literatura, uma vez que possui efeito de redução do índice de sangramento gengival. Além disso, também possui eficácia anticariogênica e contribui para a dureza superficial do esmalte, além de agir na redução da reabsorção óssea alveolar em estudo feito com ratos que tiveram doença periodontal induzida (DIAS; SILVA; LIMA, 2015; MACHADO, OLIVEIRA, 2014; ALELUIA *et al.* 2015).

Conhecida cientificamente como *Malva sylvestris*, a malva possui propriedades anti-inflamatórias, antibacterianas, antifúngicas e anti-aderentes. Seu uso na Odontologia é mais bem conhecido na forma de antisséptico bucal (Malvaticin®) para bochechos pós exodontia e controle de biofilme, tendo suas características antimicrobianas já confirmadas amplamente na literatura (BOHNEBERGER *et al.*, 2019; PINTO *et al.*, 2013; SARMENTO *et al.*, 2013; RIBEIRO *et al.*, 2015).

Finalmente, a camomila (*Matricaria chamomilla L.*) é conhecida por seu efeito calmante, mas também possui papel anti-inflamatório, antimicrobiano e cicatrizante, sendo utilizado para tratamento de halitose (sendo a planta incorporada a dentífricos) e em diversos quadros inflamatórios da cavidade oral, desde gengivites e abscessos à aftas e mucosite, principalmente em pacientes quimioterápicos (BOHNEBERGER *et al.*, 2010). Deve-se ressaltar, entretanto, que seu uso deve ser controlado pela possível interação com anticoagulantes, barbitúricos e outros sedativos (ALELUIA *et al.*, 2017).

Além das citadas pelos pacientes, extratos de sálvia e menta vêm sendo associados a dentífricos com o intuito de prevenir halitose e tratar doenças periodontais. A própolis é um recurso terapêutico pós-operatório bastante frequente nas áreas da cariologia, endodontia, periodontia e patologia oral, devido a suas propriedades antimicrobianas, anti-inflamatórias e indutoras de dentina reparadora e tecidos duros. O alho (*Allium sativum*) é um outro exemplo utilizado para combater infecções bacterianas. O araçá (*Psidium albidum*), por sua vez, é direcionado para controlar a placa bacteriana por propriedades antibacterianas evidenciadas na presença de soluções aquosas e hidroalcoólicas (ALELUIA *et al.*, 2017; FRANCISCO *et al.*, 2010, SCHEFFELMEIER;

MIASATO; VIEIRA, 2018).

Quando perguntados para quais condições bucais essas plantas são utilizadas, relacionam-se as identificadas pela quantidade de respondente e percentual: qualquer tipo de inflamação bucal ($n= 11; 37,9\%$); afta, corte, machucado na boca ($n= 9; 27,8\%$); dor de dente ($n= 4; 13,9\%$); mau hálito ($n= 2; 6,8\%$); gengiva vermelha, sangramento, boca seca, tumores ($n= 1; 3,4\%$).

Sobre as formas de utilização das plantas medicinais pelos participantes, as mais relatadas foram chá (84,1%) e o bochecho (16,8%). Esses dados foram confirmados por Souza *et al.* (2016) e Bhardwaj e Bhardwaj (2012), os quais mostram esse como principal meio de utilização das plantas medicinais. De acordo com Silva *et al.* (2015), a preferência pela utilização do chá corresponde pela praticidade, facilidade e rapidez na obtenção do medicamento.

Foi observado que as plantas medicinais tiveram sucesso em sua finalidade de tratamento para a maioria dos entrevistados que faziam seu uso (55,7%). Pode-se perceber, portanto, que elas são reconhecidas quanto as propriedades de tratamento para condições de saúde sistêmicas, ao contrário do uso para tratar de afecções bucais, uma vez que apenas uma pequena parcela da amostra mostrou algum conhecimento (15,5%).

Sendo assim, mais pesquisas sobre a terapêutica através de plantas na Odontologia são necessárias devido a popularização das propriedades benéficas, mas baixa comprovação de efeitos adversos, embora algumas já sejam contraindicadas em situações pré-operatórias, bem como para uso concomitante a outras medicações, podendo induzir o aumento da chance de hemorragias pós tratamentos cirúrgicos (MACHADO *et al.*, 2017; NAZARI *et al.*, 2017).

4 CONCLUSÃO

Conclui-se que a fitoterapia é uma forma eficaz, de baixo custo e fácil acesso, tanto para a população quanto para a indicação dos profissionais. Para tratamento da boca, a aroeira é a mais usada, principalmente na forma de chá. Vale ressaltar que a população carece de orientação profissional para o uso de tais fitoterápicos, principalmente na área odontológica, que se mostrou pouco conhecida tanto nesta pesquisa como na literatura. Sugere-se que os profissionais da área da saúde orientem e eduquem a população quanto à ingestão de tais plantas que podem ser benéficas ou maléficas, e também,

orientar quanto à forma correta de serem utilizadas.

REFERÊNCIAS

ALELUIA, Camila de Melo *et al.* Fitoterápicos na Odontologia. **Revista de Odontologia da Universidade Cidade de São Paulo**, [S.I.], v. 27, n. 2, p. 126 - 134, nov. 2017.

AL MANSOUR, Mohammed Abdullah *et al.* Medical students' perceptions of complementary and alternative medicine therapies: a pre- and post-exposure survey in majmaah university, Saudi Arabia. **African Journal of Traditional Complementary and Alternative Medicine**, v. 13, n. 1, p. 6-16, 2016.

ALVES, Lúcio F. Produção de fitoterápicos no Brasil: história, problemas e perspectivas. **Revista Virtual de Química**, v. 5, n. 3, p. 450-513, 2013.

AKERELE, O. WHO guidelines for the assessment of herbal medicines. **Fitoterapia**, v. 63, p. 99-104, 1992.

BHARDWAJ, Amit; BHARDWAJ, Shalu Verma. Ethno-dentistry: popular medicinal plants used for dental diseases in India. **Journal of Intercultural Ethnopharmacology**, v. 1, n. 1, p. 62-65, 2012.

BOCHNER, Rosany *et al.* Problemas associados ao uso de plantas medicinais comercializadas no Mercadão de Madureira, município do Rio de Janeiro, Brasil. **Revista Brasileira de Plantas Medicinais**, v. 14, n. 3, p. 537-547, 2012.

BOHNEBERGER, Gabriela *et al.* Phytotherapy in dentistry, when can we use them? **Brazilian Journal of Health Review**, v. 2, n. 4, p. 3504-3517, 2019.

CONTATORE, Octávio Augusto *et al.* Uso, cuidado e política das práticas integrativas e complementares na Atenção Primária à Saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 20, n. 10, p. 3263-3273, 2015.

DIAS, J. N.; SILVA, M. P. C. F.; LIMA, I. P. C. O uso de fitoterápicos à base de aroeira como coadjuvante no tratamento da gengivite: Revisão Sistemática. **Revista Brasileira de Plantas Medicinais**, v. 17, n. 4, p. 1187-1191, 2015.

EVANGELISTA, S.S. *et al.* Fitoterápicos na odontologia: estudo etnobotânico na cidade de Manaus. **Revista Brasileira de Plantas Medicinais**, v. 15, n. 4, p. 513-519, 2013.

FRANCISCO, Keryson Martins Soares *et al.* Fitoterapia: uma opção para o tratamento odontológico. **Revista Saúde**, v. 4, n. 1, p. 18-24, 2010.

ARADA, Juan Marques Garcia; PEREZ, Zenon Coimbra. Phytotherapy in dentistry: survey of products of plant origin for health oral. **Brazilian Journal of Implantology and Health Sciences**, v.1, n. 3, p. 35-40, 2019.

GE, Beikang; ZHANG, Zhen ; ZUO, Zhong. Updates on the clinical evidence dherb-warfarin interactions. **Evidence-Based Complementary Alternative Medicine**, v. 2014.

HOFMANN, Bjørn. Medicalization and overdiagnosis: different but alike. **Medicine, Health Care and Philosophy**, v. 19, n. 2, p. 253-264, 2016.

MACHADO, A. C.; OLIVEIRA, R. C. Medicamentos Fitoterápicos na odontologia: evidências e perspectivas sobre o uso da aroeira-do-sertão (*Myracrodrodon urundeuva* Allemão). **Revista Brasileira de Plantas Medicinais**, v. 16, n. 2, p. 283-289, 2014..

MACHADO, Ricardo *et al.* Anticoagulant effects of phytotherapeutic drugs and their importance in surgical dental procedures. **Revista Gaúcha de Odontologia**, v. 65, n. 2, p. 148–150, 2017.

MACIEL, Victor Uso de fitoterápicos e plantas medicinais cresce no SUS. 2016. Disponível em: <<http://portalsms.saude.gov.br/noticias/agencia-saude/24205-uso-de-fitoterapicos-e-plantas-medicinais-cresce-no-sus>>. Acesso em: 18 ago. 2018.

NAZARI, Somayeh; RAMESHRAD, Maryam; HOSSEINZADEH, Hossein. Toxicological effects of *glycyrrhiza glabra* (Licorice): a review. **Phytotherapy Research**, v. 31, n. 11, p. 1635–1650, 2017.

NOLLA, Delvino; SEVERO, B. M. A.; MIGOTT, A. M. B. Plantas medicinais. 2. ed. Rio Grande do Sul: Passo Fundo: UPF, 2005.

PATRI, Gaurav; SAHU, Aliva. Role of herbal agents-tea tree oil and Aloe vera as cavity disinfectant adjuncts in minimally invasive dentistry-An in vivo comparative study. **Journal of Clinical and Diagnostic Research: JCDR**, v. 11, n. 7, p. DC05, 2017.

PINTO, Arielle Thaysa Muniz *et al.* Atividade Antimicrobiana de Dentífricos Fitoterápicos Contra *Streptococcus mutans* e *Staphylococcus aureus*. **Journal of Health Sciences**, v. 15, n. 4, 2013.

RIBEIRO, Ana Santos Coutinho *et al.* Atividade antimicrobiana de diferentes colutórios fitoterápicos. **Ensaios e Ciência**, v. 19, n. 4, 2015.

SARMENTO, Dimitri José de Santana *et al.* Potencial Antimicrobiano dos Antissépticos de Uso Popular Anapyon®, Água Rabelo® e Malvaticin® sobre Microrganismos do Meio Ambiente Oral. **Pesquisa Brasileira em Odontopediatria e Clínica Integrada**, v. 13, n. 4, 2013.

SCHEFFELMEIER, Bruna Balthazar; MIASATO, José Massao; VIEIRA, Bárbara de Azevedo Abraham. Fitoterápicos: uma possibilidade na clínica odontopediátrica. **Revista de Odontologia da Universidade Cidade São Paulo**, v. 30, n. 1, p. 77-82, 2018.

SILVA, M.D.P.; MARINI, F.S.; MELO, R.S. Levantamento de plantas medicinais cultivadas no Município de Solânea, agreste paraibano: reconhecimento e valorização do saber tradicional. **Revista Brasileira de Plantas Medicinais**, v. 14, n. 4, Suppl 2, p. 881-90, 2015.

SOUZA, Gleicy Fátima Medeiros de *et al.* Medical plants x herbalists: use in dentistry **Revista de Cirurgia e Traumatologia Bucomaxilofacial**, v.16, n. 3, 2016.

STEFANELLO, Suzana. *et al.* Levantamento do uso de plantas medicinais na universidade federal do Paraná, Palotina–PR, Brasil. **Extensão em Foco**, v. 1, n. 15, 2018.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). Traditional medicine strategy 2014–2023. Geneva (Switzerland): World Health Organization; 2013. Disponível em:<www.who.int/medicines/publications/traditional/trm_strategy14_23/en/>. Acesso em 20 mai. 2020.

SOBRE AS ORGANIZADORAS

Ana Ofélia Portela Lima

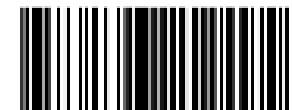
Possui graduação em enfermagem pela Universidade de Fortaleza (2007), especialista em Unidade de Terapia Intensiva pela UECE e graduação em Pedagogia com Habilitação em Biologia pela Universidade Estadual Vale do Acaraú (2002). Mestra em Saúde Coletiva pela Universidade de Fortaleza (2017), Doutoranda em Saúde Coletiva.

Isabelle Cerqueira Sousa

Formada em Terapia Ocupacional na Universidade de Fortaleza (UNIFOR), com Especializações em: Psicopedagogia (UFC), Desenvolvimento Neuro-psicomotor (IBRM Rio de Janeiro), NeuroAprendizagem (UNICHRISTUS), Desenvolvimento Infantil na primeira infância (UNICHRISTUS), MESTRADO em Educação Especial (UECE), Doutoranda em Saúde Coletiva (UNIFOR) e Revisora ad hoc da Revista Brasileira em Promoção da Saúde (RBPS) da Universidade de Fortaleza (UNIFOR).

O cuidar "de forma integral" favorece a promoção do bem estar físico, biopsicossocial e espiritual no mundo contemporâneo, pois o ser humano sendo cuidado na sua inteireza, poderá resgatar as possibilidades criativas de superação que lhe são inerentes mesmo diante de um quadro patológico. Portanto, esse e-book proporcionará uma visão ampliada, demarcando as atuações em saúde, e suas relações edificadas por meio dos diferentes saberes.

ISBN 978-65-86212-49-5



9 786586 212495 >