

A enfermagem a partir de uma visão crítica: Excelência das práticas de cuidado

2

Ana Maria Aguiar Frias
(Organizadora)



A enfermagem a partir de uma visão crítica: Excelência das práticas de cuidado

2

Ana Maria Aguiar Frias
(Organizadora)



Editora chefe

Prof^a Dr^a Antonella Carvalho de Oliveira

Assistentes editoriais

Natalia Oliveira

Flávia Roberta Barão

Bibliotecária

Janaina Ramos

Projeto gráfico

Natália Sandrini de Azevedo

Camila Alves de Cremo

Luiza Alves Batista

Maria Alice Pinheiro

Imagens da capa

iStock

Edição de arte

Luiza Alves Batista

Revisão

Os autores

2021 by Atena Editora

Copyright © Atena Editora

Copyright do Texto © 2021 Os autores

Copyright da Edição © 2021 Atena Editora

Direitos para esta edição cedidos à Atena Editora pelos autores.

Open access publication by Atena Editora



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

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

Todos os manuscritos foram previamente submetidos à avaliação cega pelos pares, membros do Conselho Editorial desta Editora, tendo sido aprovados para a publicação com base em critérios de neutralidade e imparcialidade acadêmica.

A Atena Editora é comprometida em garantir a integridade editorial em todas as etapas do processo de publicação, evitando plágio, dados ou resultados fraudulentos e impedindo que interesses financeiros comprometam os padrões éticos da publicação. Situações suspeitas de má conduta científica serão investigadas sob o mais alto padrão de rigor acadêmico e ético.

Conselho Editorial

Ciências Humanas e Sociais Aplicadas

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

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

Prof^a Dr^a Andréa Cristina Marques de Araújo – Universidade Fernando Pessoa

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

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

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

Prof. Dr. Arnaldo Oliveira Souza Júnior – Universidade Federal do Piauí
Prof. Dr. Carlos Antonio de Souza Moraes – Universidade Federal Fluminense
Prof. Dr. Crisóstomo Lima do Nascimento – Universidade Federal Fluminense
Prof^a Dr^a Cristina Gaio – Universidade de Lisboa
Prof. Dr. Daniel Richard Sant'Ana – Universidade de Brasília
Prof. Dr. Deyvison de Lima Oliveira – Universidade Federal de Rondônia
Prof^a Dr^a Dilma Antunes Silva – Universidade Federal de São Paulo
Prof. Dr. Edvaldo Antunes de Farias – Universidade Estácio de Sá
Prof. Dr. Elson Ferreira Costa – Universidade do Estado do Pará
Prof. Dr. Elio Martins Senhora – Universidade Federal de Roraima
Prof. Dr. Gustavo Henrique Cepolini Ferreira – Universidade Estadual de Montes Claros
Prof. Dr. Humberto Costa – Universidade Federal do Paraná
Prof^a Dr^a Ivone Goulart Lopes – Istituto Internazionale delle Figlie di Maria Ausiliatrice
Prof. Dr. Jadson Correia de Oliveira – Universidade Católica do Salvador
Prof. Dr. José Luis Montesillo-Cedillo – Universidad Autónoma del Estado de México
Prof. Dr. Julio Cândido de Meirelles Junior – Universidade Federal Fluminense
Prof^a Dr^a Lina Maria Gonçalves – Universidade Federal do Tocantins
Prof. Dr. Luís Ricardo Fernandes da Costa – Universidade Estadual de Montes Claros
Prof^a Dr^a Natiéli Piovesan – Instituto Federal do Rio Grande do Norte
Prof. Dr. Marcelo Pereira da Silva – Pontifícia Universidade Católica de Campinas
Prof^a Dr^a Maria Luzia da Silva Santana – Universidade Federal de Mato Grosso do Sul
Prof. Dr. Miguel Rodrigues Netto – Universidade do Estado de Mato Grosso
Prof. Dr. Pablo Ricardo de Lima Falcão – Universidade de Pernambuco
Prof^a Dr^a Paola Andressa Scortegagna – Universidade Estadual de Ponta Grossa
Prof^a Dr^a Rita de Cássia da Silva Oliveira – Universidade Estadual de Ponta Grossa
Prof. Dr. Rui Maia Diamantino – Universidade Salvador
Prof. Dr. Saulo Cerqueira de Aguiar Soares – Universidade Federal do Piauí
Prof. Dr. Urandi João Rodrigues Junior – Universidade Federal do Oeste do Pará
Prof^a Dr^a Vanessa Bordin Viera – Universidade Federal de Campina Grande
Prof^a Dr^a Vanessa Ribeiro Simon Cavalcanti – Universidade Católica do Salvador
Prof. Dr. William Cleber Domingues Silva – Universidade Federal Rural do Rio de Janeiro
Prof. Dr. Willian Douglas Guilherme – Universidade Federal do Tocantins

Ciências Agrárias e Multidisciplinar

Prof. Dr. Alexandre Igor Azevedo Pereira – Instituto Federal Goiano
Prof. Dr. Arinaldo Pereira da Silva – Universidade Federal do Sul e Sudeste do Pará
Prof. Dr. Antonio Pasqualetto – Pontifícia Universidade Católica de Goiás
Prof^a Dr^a Carla Cristina Bauermann Brasil – Universidade Federal de Santa Maria
Prof. Dr. Cleberton Correia Santos – Universidade Federal da Grande Dourados
Prof^a Dr^a Diocléa Almeida Seabra Silva – Universidade Federal Rural da Amazônia
Prof. Dr. Écio Souza Diniz – Universidade Federal de Viçosa
Prof. Dr. Fábio Steiner – Universidade Estadual de Mato Grosso do Sul
Prof. Dr. Fágnier Cavalcante Patrocínio dos Santos – Universidade Federal do Ceará
Prof^a Dr^a Girlene Santos de Souza – Universidade Federal do Recôncavo da Bahia
Prof. Dr. Jael Soares Batista – Universidade Federal Rural do Semi-Árido
Prof. Dr. Jayme Augusto Peres – Universidade Estadual do Centro-Oeste
Prof. Dr. Júlio César Ribeiro – Universidade Federal Rural do Rio de Janeiro
Prof^a Dr^a Lina Raquel Santos Araújo – Universidade Estadual do Ceará
Prof. Dr. Pedro Manuel Villa – Universidade Federal de Viçosa
Prof^a Dr^a Raissa Rachel Salustriano da Silva Matos – Universidade Federal do Maranhão
Prof. Dr. Ronilson Freitas de Souza – Universidade do Estado do Pará
Prof^a Dr^a Talita de Santos Matos – Universidade Federal Rural do Rio de Janeiro

Prof. Dr. Tiago da Silva Teófilo – Universidade Federal Rural do Semi-Árido
Prof. Dr. Valdemar Antonio Paffaro Junior – Universidade Federal de Alfenas

Ciências Biológicas e da Saúde

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

Ciências Exatas e da Terra e Engenharias

Prof. Dr. Adélio Alcino Sampaio Castro Machado – Universidade do Porto
Prof^a Dr^a Ana Grasielle Dionísio Corrêa – Universidade Presbiteriana Mackenzie
Prof. Dr. Carlos Eduardo Sanches de Andrade – Universidade Federal de Goiás
Prof^a Dr^a Carmen Lúcia Voigt – Universidade Norte do Paraná
Prof. Dr. Cleiseano Emanuel da Silva Paniagua – Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia de Goiás
Prof. Dr. Douglas Gonçalves da Silva – Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia
Prof. Dr. Eloí Rufato Junior – Universidade Tecnológica Federal do Paraná
Prof^a Dr^a Érica de Melo Azevedo – Instituto Federal do Rio de Janeiro

Prof. Dr. Fabrício Menezes Ramos – Instituto Federal do Pará
Profª Dra. Jéssica Verger Nardeli – Universidade Estadual Paulista Júlio de Mesquita Filho
Prof. Dr. Juliano Carlo Rufino de Freitas – Universidade Federal de Campina Grande
Profª Drª Luciana do Nascimento Mendes – Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia do Rio Grande do Norte
Prof. Dr. Marcelo Marques – Universidade Estadual de Maringá
Prof. Dr. Marco Aurélio Kistemann Junior – Universidade Federal de Juiz de Fora
Profª Drª Neiva Maria de Almeida – Universidade Federal da Paraíba
Profª Drª Natiéli Piovesan – Instituto Federal do Rio Grande do Norte
Profª Drª Priscila Tessmer Scaglioni – Universidade Federal de Pelotas
Prof. Dr. Sidney Gonçalo de Lima – Universidade Federal do Piauí
Prof. Dr. Takeshy Tachizawa – Faculdade de Campo Limpo Paulista

Linguística, Letras e Artes

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

A enfermagem a partir de uma visão crítica: excelência das práticas de cuidado 2

Diagramação: Maria Alice Pinheiro
Correção: Thiago Meijerink
Indexação: Gabriel Motomu Teshima
Revisão: Os autores
Organizadora: Ana Maria Aguiar Frias

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)

E56 A enfermagem a partir de uma visão crítica: excelência das práticas de cuidado 2 / Organizadora Ana Maria Aguiar Frias. – Ponta Grossa - PR: Atena, 2021.

Formato: PDF

Requisitos de sistema: Adobe Acrobat Reader

Modo de acesso: World Wide Web

Inclui bibliografia

ISBN 978-65-5983-456-3

DOI: <https://doi.org/10.22533/at.ed.563211609>

1. Enfermagem. 2. Saúde. I. Frias, Ana Maria Aguiar (Organizadora). II. Título.

CDD 610.73

Elaborado por Bibliotecária Janaina Ramos – CRB-8/9166

Atena Editora

Ponta Grossa – Paraná – Brasil

Telefone: +55 (42) 3323-5493

www.atenaeditora.com.br

contato@atenaeditora.com.br

DECLARAÇÃO DOS AUTORES

Os autores desta obra: 1. Atestam não possuir qualquer interesse comercial que constitua um conflito de interesses em relação ao artigo científico publicado; 2. Declaram que participaram ativamente da construção dos respectivos manuscritos, preferencialmente na: a) Concepção do estudo, e/ou aquisição de dados, e/ou análise e interpretação de dados; b) Elaboração do artigo ou revisão com vistas a tornar o material intelectualmente relevante; c) Aprovação final do manuscrito para submissão.; 3. Certificam que os artigos científicos publicados estão completamente isentos de dados e/ou resultados fraudulentos; 4. Confirmam a citação e a referência correta de todos os dados e de interpretações de dados de outras pesquisas; 5. Reconhecem terem informado todas as fontes de financiamento recebidas para a consecução da pesquisa; 6. Autorizam a edição da obra, que incluem os registros de ficha catalográfica, ISBN, DOI e demais indexadores, projeto visual e criação de capa, diagramação de miolo, assim como lançamento e divulgação da mesma conforme critérios da Atena Editora.

DECLARAÇÃO DA EDITORA

A Atena Editora declara, para os devidos fins de direito, que: 1. A presente publicação constitui apenas transferência temporária dos direitos autorais, direito sobre a publicação, inclusive não constitui responsabilidade solidária na criação dos manuscritos publicados, nos termos previstos na Lei sobre direitos autorais (Lei 9610/98), no art. 184 do Código penal e no art. 927 do Código Civil; 2. Autoriza e incentiva os autores a assinarem contratos com repositórios institucionais, com fins exclusivos de divulgação da obra, desde que com o devido reconhecimento de autoria e edição e sem qualquer finalidade comercial; 3. Todos os e-book são *open access*, *desta forma* não os comercializa em seu site, sites parceiros, plataformas de e-commerce, ou qualquer outro meio virtual ou físico, portanto, está isenta de repasses de direitos autorais aos autores; 4. Todos os membros do conselho editorial são doutores e vinculados a instituições de ensino superior públicas, conforme recomendação da CAPES para obtenção do Qualis livro; 5. Não cede, comercializa ou autoriza a utilização dos nomes e e-mails dos autores, bem como nenhum outro dado dos mesmos, para qualquer finalidade que não o escopo da divulgação desta obra.

APRESENTAÇÃO

A coleção intitulada “A enfermagem a partir de uma visão crítica: Excelência das práticas de cuidado” discute temáticas várias e evidencia os cuidados de enfermagem de excelência ao longo do ciclo de vida, desde a gestação ao envelhecimento. A pessoa é cuidada tendo em conta a sua singularidade, capacidade de autocuidado, qualidade de vida e segurança.

Os 89 capítulos que compõem a coleção estão expostos em 4 volumes. O volume 1 relaciona-se com a gravidez, nascimento, recém-nascido, criança, adolescente e saúde do adulto. Fisiopatologias e linhas de orientação respeitantes a patologias várias, ginecológica feminina e masculina são explanadas neste volume. O volume 2 com relevância para a saúde pública, apresenta a questão pandémica do SARS CoV2 e outras infecções. Abarca a prestação de cuidados de Enfermagem em unidades de cuidados intensivos e atuação no processo de doação de órgãos tendo sempre no horizonte a excelência dos cuidados. O volume 3 aborda assuntos de gestão de cuidados e políticas de saúde de forma a melhorar e contribuir para a gestão da qualidade e qualidade de vida. Fica também claro, nos capítulos que compõem este volume, a humanização dos cuidados. O Volume 4 oferece, através dos diversos artigos, respostas aos problemas biopsicossociais, tanto académicas como profissionais, de forma a capacitar estudantes, enfermeiros, utentes e ainda a população em geral para o cuidar e o autocuidar.

Nestes volumes e em cada capítulo conhece-se, apreende-se, recorda-se e reflete-se sobre a enfermagem. Visões críticas e interdisciplinar enriquecem esta obra. Um reconhecimento especial para o trabalho cuidado crítico e minucioso dos autores que objetivam uma leitura prazerosa e refletida sobre as práticas de cuidado.

Investigações e pesquisas, bem conseguidas, necessitam ser divulgadas. Mais uma vez a plataforma Atena Editora revelou-se crucial na publicação destes estudos científicos, de robusta produção de autores e coautores, no âmbito da excelência dos cuidados e com ênfase na saúde da pessoa/população. O desafio é proporcionar aos leitores a reflexão e o aumento do interesse para a realização de outros trabalhos/pesquisas em prole da segurança do cuidar, do bem-estar e qualidade de vida.

Ana Maria Aguiar Frias

SUMÁRIO

CAPÍTULO 1.....1

INFOCOVID: INFORMAÇÕES CIENTÍFICAS SOBRE COVID-19 NAS REDES SOCIAIS

Gênesis Vivianne Soares Ferreira Cruz
Closeny Maria Soares Modesto
Tiago Rebouças Mazza
Evelin Graciela da Cruz e Silva
Juliana Assunção da Silva
Leonardo Pedro dos Santos Alves
Yara Rocha Luz
Yasmin Aynohan Sacal

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.5632116091>

CAPÍTULO 2.....11

ASPECTOS DA COBERTURA VACINAL SOB O OLHAR DO TÉCNICO DE ENFERMAGEM DA SALA DE VACINAS

Douglas Vieira da Silva
Miria Elisabete Bairros de Camargo
Bruna Klering Barros
Caroline Machado Garcia
Eduarda de Pellegrin
Flávia Letícia Martinelli
Jonas Hantt Corrêa Lima
Luciana Oliveira do Amaral
Sheila Beatris Kochhann
Maria Isabel Morgan Martins
Maria Renita Burg

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.5632116092>

CAPÍTULO 3.....26

A CONTRIBUIÇÃO DA TEORIA AMBIENTALISTA DE FLORENCE NIGHTINGALE COMO UMA DAS PRIMEIRAS ALTERNATIVAS PARA O COMBATE, PREVENÇÃO E CONTROLE DA PANDEMIA CAUSADA PELO COVID-19

Vinícius Alves de Figueiredo
Ana Vitória Bento Alves Silva
Raila Moanny Freitas Delmondes Tasso
Tamires de Alcantara Medeiros
Iandra de Morais Silva
Cicero Wendel de Sousa Pereira
Natalya Wegila Felix da Costa
Kayque Gabriel Rodrigues Ferreira
Evilani de Souza Silva
José Rômulo Cavalcante Prata Junior
Dayse Christina Rodrigues Pereira Luz

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.5632116093>

CAPÍTULO 4.....33

AÇÕES PREVENTIVAS EM UM CENTRO DE MATERIAL E ESTERILIZAÇÃO CONTRA CONTAMINAÇÃO POR SARS-COV-2: O INIMIGO INVISÍVEL

Gisele Massante Peixoto Tracera

Sérgio Abreu de Jesus

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.5632116094>

CAPÍTULO 5.....40

O IMPACTO GLOBAL DAS AÇÕES DE ENFERMAGEM NA PREVENÇÃO E CONTROLE DE INFECÇÕES HOSPITALARES

Ana Cristina Cabral de Moraes

Fabiana Lopes Joaquim

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.5632116095>

CAPÍTULO 6.....53

PERCEPÇÕES DE CONVIVER COM HIV/AIDS E FAZER USO DA TERAPIA ANTIRRETROVIRAL: UM SCOPE REVIEW

Kemily Benini Costa

Marcia Niituma Ogata

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.5632116096>

CAPÍTULO 7.....73

ASSISTÊNCIA DO ENFERMEIRO NA ATENÇÃO PRIMÁRIA A PACIENTES COM TRICOMONÍASE

Ana Beatriz Garcia de Jesus

Gutiesley Marques de Freitas

Marina Shinzato Camelo

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.5632116097>

CAPÍTULO 8.....85

CONHECIMENTO, ATITUDES E PRÁTICAS EM RELAÇÃO A ARBOVIROSES EM UM MUNICÍPIO DA AMAZÔNIA LEGAL

Jacqueline Pimenta Navarro

Mariano Martinez Espinosa

Ana Cláudia Pereira Terças-Trettel

Juliana Herrero da Silva

Lavinia Schuler-Faccini

Marina Atanaka

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.5632116098>

CAPÍTULO 9.....97

TERRITÓRIO VIVO EM TEMPOS PANDÉMICOS: OS DESAFIOS DO PROFISSIONAL RESIDENTE EM SAÚDE DA FAMÍLIA E COMUNIDADE DE TERRITORIALIZAR EM UM MUNICÍPIO DO ESTADO DO CEARÁ

Máira dos Santos Albuquerque

Adna Regadas Araújo

Tiago Amaral de Farias
Letícia Ribeiro Azevedo
Germano Lucas de Araújo
Aridenis dos Santos Lopes
Rafael Brito Pamplona
Geralda Menezes Magalhães de Farias
Carlos Felipe Fontinelles Fontineles
Dennis Moreira Gomes
Débora Joyce Nascimento Freitas

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.5632116099>

CAPÍTULO 10.....103

ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM: PERCEPÇÃO DO PACIENTE INTERNADO NA UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA

Dallyane Cristhefane Carvalho Pinto
Francisca Cecília Viana Rocha
Marcia Maria Gonçalves Franco Dourado
Roberta Oliveira de Morais
Gislane de Sousa Rodrigues
Maryanne Marques de Sousa
Luciana Spindola Monteiro Toussaint
Eduardo Melo Campelo
Fábio Soares Lima Silva
Jardilson Moreira Brilhante
Felipe de Sousa Moreiras
Karen Mota Silva

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.56321160910>

CAPÍTULO 11.....114

CULTURA DE SEGURANÇA DO PACIENTE EM UMA UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA DO PIAUÍ

Anna Larissa de Castro Rego
Amanda Delmondes de Brito Fontenele Fernandes
Raylane da Silva Machado
Antonia Mauryane Lopes
Andréa Pinto da Costa
Grazielle Roberta Freitas da Silva

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.56321160911>

CAPÍTULO 12.....127

IMPORTÂNCIA DAS INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM NA PESSOA INTERNADA EM SERVIÇOS DE MEDICINA INTENSIVA COM ALTERAÇÕES DA NATREMIA: REVISÃO INTEGRATIVA DA LITERATURA

Ana Rita Reis Bastos Silva
Ana Sofia Caetano Elisário
Lara Santos Espinheira
Rafael de Sousa Bastos

Renata da Silva Meireles
Zélia Maria Rodrigues Pereira
João Filipe Fernandes Lindo Simões

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.56321160912>

CAPÍTULO 13.....142

USO DE *BUNDLE* PARA A PREVENÇÃO DE PNEUMONIA ASSOCIADA À VENTILAÇÃO MECÂNICA EM UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA.

Natalia Geovana Aragão Dutra
Norma Mejías Quinteiro
Aline Bedin Zanatta
Luís Eduardo Miani Gomes
Grace Pfaffenbach

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.56321160913>

CAPÍTULO 14.....155

CIRURGIA DE WHIPPLE: DOENÇAS CAUSADORAS, SUAS COMPLICAÇÕES E CUIDADOS DE ENFERMAGEM

Samantha Lara da Silva Torres Anaisse
Marta Luiza da Cruz
Liane Medeiros Kanashiro
Daiane Medina de Oliveira
Pamela Nery do Lago
Paola Conceição da Silva
Michelly Angelina Lazzari da Silva
Fabiana Ribeiro da Silva Braga
Lívia Sayonara de Sousa Nascimento
Danielle Freire dos Anjos
João Paulo Morais Carvalho
Juliane Guerra Golffetto

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.56321160914>

CAPÍTULO 15.....167

DESFECHO DE PACIENTES ADMITIDOS COM INFARTO AGUDO DO MIOCÁRDIO EM UM HOSPITAL CARDIOLÓGICO NO BRASIL

Silvana Ferreira da Silva
Denise Corado de Souza
Débora Aparecida de Oliveira Leão
Silvia Emanoella Silva Martins de Souza
Leila de Assis Oliveira Ornellas
André Ribeiro da Silva

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.56321160915>

CAPÍTULO 16.....177

ANÁLISE DOS CÁLCULOS E REGISTROS DOS GANHOS E DAS PERDAS INSENSÍVEIS DE BALANÇOS HÍDRICOS DE PACIENTES CRÍTICOS

Mariangela Aparecida Gonçalves Figueiredo

Cátia Aparecida Lopes Nazareth
Lucia Aparecida de Souza
Rita de Cássia de Souza Silva
Alan de Paiva Loures
Natalia dos Reis Dias da Silva

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.56321160916>

CAPÍTULO 17.....188

A INFLUÊNCIA DO ACESSO VASCULAR NA AUTOIMAGEM DE PACIENTES EM HEMODIÁLISE: REVISÃO INTEGRATIVA DA LITERATURA

Denise Rocha Raimundo Leone
Adriana de Grázia Terror Casagrande
Jamille Pires de Almeida
Jussara Regina Martins
Karine Martins Ferreira

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.56321160917>

CAPÍTULO 18.....199

CONTROLE DO TABAGISMO: TRATAMENTO NA ATENÇÃO BÁSICA GERA RESULTADOS POSITIVOS NO MUNICÍPIO DE BALSAS/MA

Maria Luiza Nunes
Ana Beatriz Vieira Lima
Ana Júlia Virginio dos Santos
Ana Caren dos Santos Paz
Bruna Kelly Rodrigues
Jádina Santos Silva
Lisley Flávia Rocha Pereira
Suzana Soares Lopes
Maria Eugênia Ferreira Frazão
Mikalela Rafela Aparecida Gomes
Tatiza Silva Miranda Guimaraes
Wesley Ribeiro Cordeiro

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.56321160918>

CAPÍTULO 19.....208

INTOXICAÇÃO POR CHUMBO LEAD POISONING

Arthur Silva Pimentel de Jesus
Amanda Tainara Fernandes Reis
Daiane Silva Costa
Ingrid Michelle Ferreira
Rafaela Perpetua Silva
Thais Suelen Leal Lobo
Arliton Januario Bacelar Junior

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.56321160919>

CAPÍTULO 20.....218

DESAFIOS DOS CUIDADOS PALIATIVOS NA DOENÇA DE PARKINSON: UMA REVISÃO
BIBLIOGRÁFICA

Ana Paula Merscher Zanoni

Isabela Dias Afonso

Isadora Dufraayer Fânzeres Monteiro Fortes

Isadora Cristina Barbosa Ribeiro

Elisa Smith Barbiero Medeiros

Marcela Souza Lima Paulo

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.56321160920>

CAPÍTULO 21.....225

ATUAÇÃO DA ENFERMAGEM NO PROCESSO DE DOAÇÃO DE ÓRGÃOS E NA
ABORDAGEM À FAMÍLIA

Francisca Vaneska Lima Nascimento

Regiane Thaís Silva

Maria Bruna Coelho Diniz

Raquel Moura Chagas

Paola Karoline Gonçalves da Silva

Adriana Sousa Carvalho de Aguiar

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.56321160921>

CAPÍTULO 22.....233

MANEJO DOS PACIENTES COM MORTE ENCEFÁLICA E POTENCIAL DOADOR DE
ÓRGÃOS: REVISÃO INTEGRATIVA

Ellen Cristina de Alcântara Chaves

Rosane da Silva Santana

João Hericlys Veras Pinheiro

Benilda Silva Rodrigues

Virgínia Raquel Dudiman de Abreu

Paula Cruz Fernandes de Sousa

Édila Rayane Viana Neponuceno

Davyd da Conceição Lima

Lídia Cristina de Sousa Sá Carvalho

Elziane Lima e Silva

Maria da Conceição de Azevedo Sousa

Thátila Larissa da Cruz Andrade

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.56321160922>

SOBRE A ORGANIZADORA.....243**ÍNDICE REMISSIVO.....244**

CAPÍTULO 1

INFOCOVID: INFORMAÇÕES CIENTÍFICAS SOBRE COVID-19 NAS REDES SOCIAIS

Data de aceite: 20/08/2021

Yasmin Aynohan Sacal

Universidade Federal de Mato Grosso,
Faculdade de Enfermagem. Cuiabá-MT
<https://orcid.org/0000-0001-8698-5653>

Gênesis Vivianne Soares Ferreira Cruz

Universidade Federal de Mato Grosso,
Faculdade de Enfermagem. Cuiabá-MT
<https://orcid.org/0000-0002-3248-1182>

Closeny Maria Soares Modesto

Universidade Federal de Mato Grosso,
Faculdade de Enfermagem. Cuiabá-MT
<https://orcid.org/0000-0001-8883-6459>

Tiago Rebouças Mazza

Universidade Federal de Mato Grosso,
Faculdade de Enfermagem. Cuiabá-MT
<https://orcid.org/0000-0002-3366-5186>

Evelin Graciela da Cruz e Silva

Universidade Federal de Mato Grosso,
Faculdade de Enfermagem. Cuiabá-MT
<https://orcid.org/0000-0002-0066-3475>

Juliana Assunção da Silva

Universidade Federal de Mato Grosso,
Faculdade de Enfermagem. Cuiabá-MT
<https://orcid.org/0000-0001-7458-6751>

Leonardo Pedro dos Santos Alves

Universidade Federal de Mato Grosso,
Faculdade de Enfermagem. Cuiabá-MT
<https://orcid.org/0000-0001-7156-3941>

Yara Rocha Luz

Universidade Federal de Mato Grosso,
Faculdade de Enfermagem. Cuiabá-MT
<https://orcid.org/0000-0003-2519-457X>

RESUMO: Acredita-se que é possível estimular a relação academia/comunidade nessa complexa realidade, produzindo informações, trocas de saberes e estimulando a adoção de medidas que possam combater o avanço da pandemia, bem como trazer incremento à qualificação profissional. O objetivo do projeto de extensão universitária foi informar a população e profissionais de saúde através de dados científicos, utilizando uma linguagem acessível em diversas estratégias de alcance. Trata-se de um relato de experiência descritivo das atividades de extensão desenvolvidas em 2020 por voluntários do projeto intitulado “Cuidado e Prevenção: ações educativas no combate ao COVID19”, vinculado à Faculdade de Enfermagem (FAEN) da Universidade Federal do Mato Grosso (UFMT). O planejamento e a execução das ações de extensão foram mediadas por recursos virtuais (aplicativos de trocas de mensagens, redes sociais, rede de internet) e equipamentos eletrônicos (celular e computador), mantendo as recomendações de distanciamento social. O projeto de extensão é divulgado como página do aplicativo social Instagram, sendo nomeado como “@infocovid_enufmt” e, até o momento, possui 304 seguidores, já efetuou 161 publicações, stories e lives com diferentes conteúdos relacionados ao COVID-19. Considera-se que o projeto tem

promovido a responsabilidade social de acadêmicos com a comunidade através da educação em saúde, reinventando meios de alcance e comunicação, com o propósito de promover o bem-estar e a saúde.

PALAVRAS - CHAVE: Coronavírus, Rede Social, Informações Científicas.

INFOCOVID: SCIENTIFIC INFORMATION ABOUT COVID-19 ON SOCIAL MEDIA

ABSTRACT: It is believed that it is possible to stimulate the academy/community relationship in this complex reality, producing information, exchanging knowledge and encouraging the adoption of measures that can combat the advance of the pandemic, as well as bringing an increase in professional qualification. The objective of the university extension project was to inform the population and health professionals through scientific data, using accessible language in various outreach strategies. This is a descriptive experience report of the extension activities developed in 2020 by volunteers from the project entitled "Care and Prevention: educational actions in the fight against COVID19", linked to the Faculty of Nursing (FAEN) of the Federal University of Mato Grosso (UFMT). The planning and execution of the extension actions were mediated by virtual resources (messaging applications, social networks, internet network) and electronic equipment (mobile phone and computer), maintaining the recommendations of social distancing. The extension project is advertised as a page of the social application Instagram, being named "@infocovid_enfufmt" and, so far, it has 304 followers, has already made 161 publications, stories and lives with different contents related to COVID-19. It is considered that the project has promoted the social responsibility of academics with the community through health education, reinventing means of reach and communication, with the purpose of promoting well-being and health.

KEYWORDS: Coronavirus, Social Media, Scientific Information.

1 | INTRODUÇÃO

O coronavírus é uma família de vírus que provoca importantes infecções respiratórias que, em geral, produzem sintomas leves e moderados. No entanto, o agente da pandemia atual é uma nova cepa do vírus (SARS-CoV-2), que foi descoberta na China no final do ano de 2019 e que tem causado sintomas graves com vítimas fatais (BRASIL, 2020). Oficialmente, em fevereiro de 2020, a Organização Mundial de Saúde (OMS) denominou o agravo de "COVID-19", uma abreviação para Coronavirus Disease em referência ao ano de 2019. Os sintomas do COVID-19 podem aparecer após 2-14 dias de exposição e os principais sintomas são: febre, tosse e dificuldade ao respirar (CENTERS FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION, 2020; WORD HEALTH ORGANIZATION, 2020).

As informações mais atualizadas e o conhecimento sobre a transmissão, a prevenção e o tratamento do COVID-19 podem trazer impactos diretos no controle da doença nas casas, no trabalho, nas escolas e nas comunidades, multiplicando saberes que podem alcançar outras pessoas (familiares, vizinhanças, etc.) evitando, assim, a propagação do vírus e interferindo na evolução da doença.

A atuação acadêmica neste contexto de pandemia pode favorecer o engajamento dos discentes em atividades direcionadas à comunidade, especialmente da enfermagem, com o potencial para promover a saúde e o bem-estar. Acredita-se que é possível estimular a relação academia/comunidade nessa complexa realidade, produzindo informações, trocas de saberes e estimulando a adoção de medidas que possam combater o avanço da pandemia, bem como trazer incremento à qualificação profissional. Além disso, em todas as ações universitárias busca-se a promoção da formação técnico-científica, ao inserir os alunos nos cenários de prática e de pesquisa, contribuindo para a formação em saúde/enfermagem.

As redes sociais cada vez mais fazem parte de vida em sociedade, ocupando um expressivo tempo de nossos dias, se tornaram muito mais do que ambientes de encontros e conversas, são canais de informação, de comunicação, de mídia, de atendimento e de relacionamento (PINTO; ANTUNES; ALMEIDA, 2020).

Na cultura contemporânea, são cada vez mais evidentes mudanças na forma como os indivíduos buscam informações sobre saúde, no relacionamento entre pacientes/comunidade e profissionais de saúde e nas interações sociais a respeito dos problemas e experiências em saúde. Tais mudanças são evidenciadas pelas novas formas e possibilidades de sociabilização proporcionadas pelas novas tecnologias, fenômeno denominado Cibercultura (FERNANDES; CALADO; ARAÚJO, 2018), e o desenvolvimento das ações do projeto possibilitou a reflexão sobre a importância do fortalecimento dessas estratégias com potencial para o empoderamento da população sobre esse novo fenômeno que foi trazido à tona de uma forma mais abrangente com a pandemia.

As tecnologias de comunicação em saúde são ferramentas educativas que podem promover a articulação entre o meio acadêmico e a comunidade, desenvolvendo potenciais de autonomia e o respeito à cidadania (PINTO; ROCHA, 2016; PINTO; ANTUNES; ALMEIDA, 2020).

Através das redes sociais pode-se oferecer informação, utilizando o espaço virtual para troca de saberes e conhecimentos (GIARETTA; GIULIO, 2018). No contexto de pandemia de COVID-19, surgiu, então, a iniciativa de abordar o tema “comunicação e saúde” com a finalidade de fornecer informações confiáveis à população, bem como incentivar atividades acadêmicas por meio de plataformas virtuais, valorizando as redes sociais.

Apesar das redes sociais estarem presente no cotidiano da maioria das pessoas, foi um desafio buscar informações confiáveis, oficiais e evidências científicas num terreno movediço de abruptas descobertas científicas, constantes atualizações, disseminação de notícias falsas (*fake news*), incertezas e muita fragilidade da população, que ainda vive num clima de insegurança com relação ao tratamento e às descobertas de vacinas. Cada vez mais se vêm notícias sobre os avanços da pandemia pelo mundo e os dados epidemiológicos sobre internações, complicações e óbitos das vítimas.

O acesso ilimitado e irrestrito às redes de informações, portanto, possui grande potencial de impactos negativos por permitir a veiculação de *fake news* sem possibilidade de checagens e verificações, o que pode gerar uma série de erros, medos e ansiedade; ao mesmo tempo que verifica-se na prática assistencial: precarização do atendimento às vítimas e a falta de estrutura das instituições de saúde, bem como a necessidade de uma atualização emergencial dos conhecimentos dos profissionais que integram as equipes de enfrentamento do COVID-19.

Diante deste cenário, o objetivo geral do projeto de extensão universitária “INFOCOVID” foi informar a população e profissionais de saúde através informações e dados científicos, utilizando uma linguagem acessível, em diversas estratégias de alcance: sínteses de artigos, documentários, notícias de fontes com referências confiáveis e verificáveis, elaboração de cartilhas e manuais técnicos, além da interação com o público, fomentando a troca de saberes, experiências e aprendizados.

Dentre os objetivos específicos, foram: realizar busca de evidências científicas para fundamentar as ações propostas; elaborar e organizar materiais educativos, vídeos, manuais e cartilhas voltados ao público-alvo; divulgar os materiais produzidos nas redes sociais: aplicativos de troca de mensagens e páginas sociais; realizar transmissões ao vivo (*lives*) em redes sociais para debater as estratégias de prevenção e combate do COVID-19; e distribuir materiais gráficos produzidos em instituições públicas hospitalares para profissionais de saúde.

2 | PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS

Trata-se de um relato de experiência descritivo sobre as atividades de extensão desenvolvidas por voluntários do projeto intitulado “INFOCOVID: ações educativas no combate ao COVID19”, vinculado ao curso de enfermagem de uma universidade pública federal, desenvolvido no ano de 2020.

A equipe de trabalho do projeto foi composta por 02 docentes (coordenadora e vice-coordenadora) e 10 voluntários acadêmicos de enfermagem de diversos semestre de graduação. O planejamento, organização e a execução das ações de extensão foram mediadas por recursos virtuais (aplicativos de trocas de mensagens, redes sociais, salas virtuais, rede de internet) e equipamentos eletrônicos (celular e computador), mantendo as recomendações de distanciamento social, necessárias neste contexto apesar dos impactos sociais.

As ações desenvolvidas foram compostas pelas seguintes etapas: *revisão de literatura e busca de evidências científicas mais atuais relacionadas ao tema proposto; *produção de textos/materiais/manuais com base na literatura científica; *elaboração de cartilhas, vídeos e materiais ilustrativos voltados à prevenção, manejo e tratamento do COVID19 para população em geral e profissionais de saúde; *divulgação dos produtos nas

redes sociais; *realização de entrevistas e debates com profissionais de saúde da linha de frente de combate ao COVID-19.

Os encontros virtuais da equipe eram semanais, periodicamente duas vezes na semana pela plataforma *Google meet*, para definição e acompanhamento das atividades a serem desenvolvidas com posterior elaboração de relatório pelo *Google forms*. Os voluntários desenvolveram os materiais por meio de programas de software de acesso gratuito disponíveis na internet e aplicativos de smartphone, para a idealização, pesquisa, diagramação e edição dos produtos, sendo posteriormente revisados pelas orientadoras (docentes).

Os materiais gráficos (manuais/cartilhas/folders) foram solicitados à gráfica universitária, conforme autorização das instâncias superiores, sendo entregues nos serviços públicos hospitalares parceiros, com a finalidade precípua de que os mesmos possam ser utilizados como ferramenta de educação permanente em saúde.

As revisões de literatura foram feitas em bases científicas onde estão indexadas revistas nacionais e internacionais, identificando artigos com temas mais relevantes e pertinentes ao tema e para a produção de materiais informativos a serem postados na rede social on-line Instagram. Para a criação da arte dos posts foi utilizado o Canva, uma ferramenta de desenvolvimento de designe gráfico com acesso gratuito por smartphone e computadores.

Na plataforma Instagram também foram realizadas transmissões ao vivo com enfermeiros que atuam na linha de frente do combate ao COVID-19, em formato de entrevista (lives), com o intuito de relatar suas experiências na assistência direta aos pacientes infectados, respondendo perguntas do público on-line sobre a temática.

O público-alvo atingido foi de profissionais e acadêmicos de saúde, população em geral, internautas, que possuíssem acesso às plataformas gratuitas das redes sociais.

3 | RESULTADOS

O projeto INFOVOCID foi divulgado como página do aplicativo social *Instagram*, nomeado como “@infocovid_enfufmt”(Figura 1) que, até o momento, possui 304 seguidores e já efetuou 161 publicações (posts) com diferentes conteúdos relacionados ao COVID-19, entre eles: recomendações sobre a saúde mental e física, características clínicas da doença, alimentação saudável, estresse infantil durante a pandemia, saúde indígena e população negra, informativos e atualizações sobre a doença, séries: “mito ou verdade?” e “você sabia?”, utilizando várias estratégias de postagens e “stories” através de imagens gráficas ilustrativas e interativas.



Figura 1: Página “Infocovid” no Instagram.

Fonte: Elaborado pelos autores

Outra forma de interagir na plataforma, foi através das *lives* (entrevistas ao vivo) mediadas por docentes que, geralmente, ocorreram no período noturno, com audiência em média de 40 pessoas simultaneamente on-line. Para essa ação foi exigida uma fase de preparação para os envolvidos na busca pelo desenvolvimento de habilidades de comunicação e de relações interpessoais, bem como o manejo dos recursos tecnológicos, demandados para a ambiência virtual.

No total, até o momento, ocorreram 09 *lives* que obtiveram entre 51 e 118 visualizações, com duração média de 1 hora. Os convidados entrevistados foram enfermeiros que atuavam na linha de frente do cuidado ao paciente com COVID-19 em diversas áreas de atuação (UTI adulto, neonatal e pediátrica; hospitais de referência; policlínicas e SAMU), utilizando um roteiro de entrevistas (Figura 2).

ROTEIRO

1. Introdução: apresentação do convidado.
2. Relato de rotina na assistência do combate ao covid-19: quais as dificuldades encontradas no ambiente de trabalho, medos, expectativas, etc...
3. Como tem sido a capacitação/preparação para atuar na enfermagem.
4. Cuidados com a saúde mental e física do profissional de saúde.
5. Rotina familiar no período de pandemia.
6. Aprendizados extraídos durante o período de pandemia.
7. Qual a mensagem escolhida pelo entrevistado a ser transmitida para futuros enfermeiros e a população.
8. Perspectivas futuras para a população.

Figura 2: Roteiro de entrevista em “lives” realizadas na página do *Instagram*

Fonte: Elaborado pelos autores

Acredita-se que essa modalidade de comunicação/interação foi a de maior alcance nessa plataforma social, visto que a interação entre o público e os entrevistados foi maior do que nas publicações (posts). Durante as *lives*, os enfermeiros relatavam suas rotinas de assistência aos pacientes com COVID-19 e as perguntas feitas on-line abrangeram temas como: o uso de medicamentos, manejo clínico, cuidados na interação social, recomendações e protocolos da Organização Mundial da Saúde (OMS) e Ministério da Saúde. Assim, o *chat on-line* (um espaço para comentários dos internautas) possibilitou a troca de informações e a comunicação mais direta sobre a temática.

A ferramenta “*stories*” do *Instagram* também foi muito utilizada para divulgar e enfatizar as novas publicações, anúncios e divulgação das *lives*, além de promover *stories* interativos através de *enquetes*, *perguntas* e *testes* sobre a temática COVID-19, que serviram para subsidiar o alcance dos objetivos propostos assim também como direcionar a escolha de novas temáticas.

Foi produzido um “Manual de cuidados a pacientes críticos com COVID-19” e uma coletânea de materiais técnicos direcionado aos profissionais da saúde, cuja publicação será viabilizada através da editora universitária. A construção desses materiais foi idealizada e elaborada pelos alunos voluntários no projeto e alunos da graduação, remotamente, sendo revisado pelos docentes, incluindo a diagramação e ilustração de um encarte que depois de impresso será distribuído aos enfermeiros em assistência direta aos pacientes com COVID-19 em hospitais públicos parceiros do município.

No decorrer da execução remota das ações extensão em “tempos de COVID-19”, foi possível perceber o “passar” por uma experiência com potencial para ampliar não só o universo de nossos saberes técnicos formais de uma área específica, como a enfermagem,

mas também alavancar o desenvolvimento de habilidades e competências para a utilização e manejo de aplicativos e software ainda não utilizados no processo de ensino-aprendizagem, pois abruptamente, as ações de extensão diretas com a comunidade e aulas presenciais foram substituídas para meios remotos, obrigando professores e alunos a um aprendizado rápido de novas tecnologias de comunicação e informação (TICs) (AMEM; NUNES, 2006; GIARETTA; GIULIO, 2018).

Essa nova forma de ensinar, aprender e executar veio para preencher um espaço vazio que surgiu com o distanciamento social, que no seu início se caracterizou como um contexto ainda desconhecido para muitos dos atores sociais envolvidos, mas com o passar do tempo e o engajamento de grupos sociais (PINTO; ANTUNES; ALMEIDA, 2020; FERNANDES; CALADO; ARAÚJO, 2018), feito de forma bastante colaborativa.

Para a equipe executora das ações desta extensão universitária as dificuldades foram sendo superadas no “decorrer delas”, no “aprender fazendo”, dando lugar às experiências cada vez mais desafiadoras, e após cada uma das atividades realizadas eram feitas reuniões de avaliação para que se discutisse os aspectos positivos e também os negativos que geravam novos desafios/aprendizados para a superação necessária.

Neste cenário, os recursos tecnológicos, particularmente as Tecnologias de Informação e Comunicação (TIC), tiveram papel central tanto para a ampliação de processos de participação social dos voluntários (GIARETTA; GIULIO, 2018), como para a possível inovação de ações educativas bem diferenciadas das comumente realizadas antes da pandemia, trazendo novas configurações sociais, educacionais, profissionais, comunicacionais e políticas.

Também é importante considerar os impactos diretos provocados pelo contexto da pandemia do coronavírus na vida em sociedade, pois trouxe consigo duas realidades conflitantes: a convivência com o agente causador do agravo, que assolou o mundo inteiro nos últimos meses; e a necessidade de distanciamento e resiliência da população, em todos os sentidos, sendo necessária a prevenção da doença através da implementação de cuidados pessoais (higienização das mãos, do ambiente, de vestimentas e de utensílio) e adoção de uma nova rotina e novos hábitos de vida.

Acredita-se que a socialização de saberes e informações confiáveis e seguras favorece a promoção da saúde e o desenvolvimento da resiliência necessária para o enfrentamento do processo de adoecimento, além de uma maior e melhor adesão às medidas de prevenção, sendo considerada uma importante ferramenta do cuidado comunitário (PINTO; ROCHA, 2016).

De modo geral, considera-se que o projeto INFOCOVID teve obtido êxito em seus objetivos ao atingir a população e os profissionais da saúde por meio de plataformas virtuais com informações claras e confiáveis (científicas), assim também como contribui para minimizar os impactos da pandemia no cotidiano das pessoas e dos atores que integram a linha de frente de combate a COVID-19.

Além disso, em sua proposta tem promovido a responsabilidade social de acadêmicos com a comunidade através de métodos inovadores de educação em saúde, reinventando meios de alcance e comunicação, com o propósito de promover o bem-estar e a saúde, tornando possível que a academia (universidade) cumpra com o seu papel social – uma das bases necessárias para a operacionalização da integração do tripé ensino-serviço-comunidade.

No entanto, reconhece-se seus limites, especialmente quanto ao seu alcance, pois construir uma ampla rede de interações com alto nível de engajamento requer tempo e impulsionamento orgânico.

Portando, ainda é preciso pensar em estratégias cada vez mais abrangentes e acessíveis, como o uso de outras plataformas sociais (como Facebook e Twitter), para obter maior alcance de internautas e divulgação dos produtos gerados pela extensão.

4 | CONSIDERAÇÕES FINAIS

Através das redes sociais vimos o crescente interesse a população sobre a temática abordada, pois a pandemia trouxe sérios prejuízos não só para a saúde da população, como também para a economia dos países, com grandes impactos no cotidiano das famílias e na qualidade de vida das pessoas, causando sofrimentos psíquicos e emocionais.

Dentre as mudanças sociais mais drásticas, encontram-se as novas formas de ensinar, aprender e socializar as informações que são importantes para a população em geral. A rede de notícias e informações se propagam velozmente ultrapassando as fronteiras das mídias tradicionais e alcançando cada vez mais os meios virtuais de relacionamento, incluindo aplicativos de trocas de mensagens instantâneas e páginas de interação social.

Com o distanciamento social, no meio acadêmico, os docentes e discentes tiveram que adquirir competências e habilidades no manejo de tecnologias virtuais para o ensino/aprendizagem remota, enfrentando um período de adaptação da ambição virtual do ensino.

Com relação aos efeitos práticos dessas modalidades de ação, acredita-se que a rede de socialização de saberes e informações tem possibilitado, sobretudo, o potencial de minimizar os riscos decorrentes do processo pandêmico que vivemos neste cenário de incertezas, resultando em escolhas mais conscientes, adoção de hábitos saudáveis, contribuindo para a redução da curva epidemiológica (à longo prazo). Tais efeitos podem ser alcançados com engajamento de todos os atores envolvidos e com ampla participação social, com o compromisso e a responsabilidade necessários para a consolidação do papel social da academia (universidade).

Esperamos que essa semente que foi plantada no contexto atual, possa ser cultivada futuramente quando a pandemia passar, pois isso pode dar visibilidade a uma nova forma de fazer a enfermagem e alcançar os objetivos traçados quanto a utilização de estratégias

de educação em saúde, bem como para a implementação dos cuidados inovadores em enfermagem nos diversos contextos de atuação, individualizados e comunitários.

REFERÊNCIAS

BRASIL, Ministério da Saúde. **O que é coronavírus?** Brasília, 2020. Disponível em: <https://coronavirus.saude.gov.br/>

FERNANDES, Larissa de Siqueira; CALADO, Camila; ARAUJO, Claudia Affonso Silva. Redes sociais e práticas em saúde: influência de uma comunidade online de diabetes na adesão ao tratamento. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro , v. 23, n. 10, p. 3357-3368, Oct. 2018.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DE SAÚDE (OPAS). **Mensagens e ações importantes para a COVID-19 Prevenção e controle em escolas**. Março de 2020. Disponível em: https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/51955/OPASBRACOVID1920015_por.pdf?sequence=1&isAllowed=y. Acesso em: 15 Ago. 2020.

GIARETTA, Juliana Barbosa Zuquer; GIULIO, Gabriela Marques Di. O papel das tecnologias de comunicação e informação (TIC) no urbano do século XXI e na emergência dos novos movimentos sociais: reflexões a partir de experiências na megacidade de São Paulo. **Rev. Bras. Estud. Urbanos Reg.**, São Paulo , v. 20, n. 1, p. 161-179, Apr. 2018 . Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2317-15292018000100161&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 04 Nov. 2020.

AMEM, Bernadete Malmegrim Vanzella; NUNES, Lena Cardoso. Tecnologias de Informação e Comunicação: contribuições para o processo interdisciplinar no ensino superior. **Rev. bras. educ. med.**, Rio de Janeiro , v. 30, n. 3, p. 171-180, Dec. 2006. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-55022006000300008&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 23 Ago. 2020.

PINTO, Luiz Felipe; ROCHA, Cristianne Maria Famer. Inovações na Atenção Primária em Saúde: o uso de ferramentas de tecnologia de comunicação e informação para apoio à gestão local. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro , v. 21, n. 5, p. 1433-1448, maio 2016 . Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232016000501433&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em 14 nov. 2020.

PINTO, Pâmela A.; ANTUNES, Maria João L.; ALMEIDA, Ana Margarida P. O Instagram enquanto ferramenta de comunicação em saúde pública: uma revisão sistemática. **15th Iberian Conference on Information Systems and Technologies (CISTI)**, Seville, Spain, 24 – 27 June 2020. Disponível em: <https://www.researchgate.net/profile/Pamela_Pinto/publication/342966660_Instagram_as_a_communication_tool_in_public_health_a_systematic_review/links/5f1058a545851512999e95aa/Instagram-as-a-communication-tool-in-public-health-a-systematic-review.pdf>. Acesso em 20 Nov. 2020.

CAPÍTULO 2

ASPECTOS DA COBERTURA VACINAL SOB O OLHAR DO TÉCNICO DE ENFERMAGEM DA SALA DE VACINAS

Data de aceite: 20/08/2021

Data de submissão: 04/06/2021

Luciana Oliveira do Amaral

Universidade Luterana do Brasil

Canoas - Rio Grande do Sul

<http://lattes.cnpq.br/0198642710113379>

Douglas Vieira da Silva

Universidade Luterana do Brasil

Canoas - Rio Grande do Sul

<http://lattes.cnpq.br/4202230094567927>

Sheila Beatris Kochhann

Universidade Luterana do Brasil

Canoas - Rio Grande do Sul

<http://lattes.cnpq.br/2341509227784208>

Miria Elisabete Bairros de Camargo

Universidade Luterana do Brasil

Canoas - Rio Grande do Sul

<http://lattes.cnpq.br/4072704510387488>

Maria Isabel Morgan Martins

Universidade Luterana do Brasil

Canoas - Rio Grande do Sul

<http://lattes.cnpq.br/0372820116852027>

Bruna Klering Barros

Universidade Luterana do Brasil

Canoas - Rio Grande do Sul

<http://lattes.cnpq.br/001003801461>

Maria Renita Burg

Universidade Luterana do Brasil

Canoas - Rio Grande do Sul

<http://lattes.cnpq.br/3384385720328482>

Caroline Machado Garcia

Universidade Luterana do Brasil

Canoas - Rio Grande do Sul

<http://lattes.cnpq.br/3140987612655232>

RESUMO: **Introdução:** A imunização

pelas vacinas é uma importante estratégia de prevenção das doenças da infância e considerada uma das ações de saúde mais efetivas. **Objetivo:** Identificar as dificuldades que impedem a vacinação infantil na visão dos profissionais técnicos de enfermagem da sala de vacinas. **Metodologia:** Estudo transversal, de cunho exploratório-descritivo com abordagem quantitativa. A população foi constituída por 129 técnicos de enfermagem da rede básica de saúde do município de Canoas/RS, participantes de educação permanente em sala de vacinas.

No primeiro dia todos eles assinaram o TCLE e responderam o instrumento de pesquisa, aprovado pelo CAAE 23748819.5.0000.5349. **Resultados:** Os técnicos de enfermagem de

Eduarda de Pellegrin

Universidade Luterana do Brasil

Canoas - Rio Grande do Sul

<http://lattes.cnpq.br/5711497259248866>

Flávia Letícia Martinelli

Universidade Luterana do Brasil

Canoas - Rio Grande do Sul

<http://lattes.cnpq.br/4929769455367147>

Jonas Hantt Corrêa Lima

Universidade Luterana do Brasil

Canoas - Rio Grande do Sul

<http://lattes.cnpq.br/2044140344775092>

nível médio, demonstraram muita qualificação para atuarem na atenção primária, onde 44% estão cursando cursos de graduação, 43,1% realizaram capacitações em vacinas há mais de dois anos e 38,9% não realizaram capacitação específica. Apontaram a vacina da Influenza como sendo a de maior índice de cobertura em sua unidade, em 2018. Foram sugeridas algumas ações que visem melhorar os índices de vacinação no município, como promover mais informações através de divulgações nas redes sociais. **Considerações finais:** A atividade realizada pelo PET Interprofissionalidade preencheu a lacuna com a capacitação abordando como o sistema imune reage, o calendário vacinal atualizado e a rede de frio. Os agentes comunitários de saúde podem colaborar efetivamente na cobertura vacinal realizando buscas de crianças com vacinas em atraso.

PALAVRAS - CHAVE: vacinação, cobertura vacinal, técnicos de enfermagem, sala de vacinas.

ASPECTS OF VACCINATION FROM THE PERSPECTIVE OF THE NURSING TECHNICIAN IN THE VACCINATION ROOM

ABSTRACT: **Introduction:** Immunization by vaccines is an important prevention strategy for childhood diseases and considered one of the most effective health actions. **Objective:** to identify the difficulties that prevent childhood vaccination in the view of nursing technicians in the vaccination room. **Methodology:** cross-sectional, exploratory-descriptive study with a quantitative approach. The population was constituted by 129 nursing technicians from the basic health network in the municipality of Canoas/RS, who were participants in permanent education in a vaccination room. On the first day, they all signed the TCLE and answered the survey instrument, approved by CAAE 23748819.5.0000.5349. **Results:** the mid-level nursing technicians demonstrated an expressive qualification to work in primary care, where 44% are taking undergraduate courses. 43.1% accomplished training in vaccines for more than two years and 38.9% did not complete specific training. They pointed out the Influenza vaccine as having the highest coverage rate in their unit in 2018. Some actions were suggested to improve the vaccination rates in the municipality, such as promoting more information through disclosures on social networks. **Final considerations:** The activity performed by PET Interprofessionality filled the gap with training addressing how the immune system reacts, the updated vaccination schedule and the cold chain. Community health workers can effectively collaborate in vaccination coverage by conducting searches for children with delayed vaccines.

KEYWORDS: vaccination, vaccination coverage, nursing technicians, vaccination room.

1 | INTRODUÇÃO

A importância das vacinas na prevenção de doenças na infância é considerada uma das ações de saúde mais efetivas. Entretanto, muitas crianças ainda deixam de ser vacinadas pelos mais diversos fatores. Dentre eles, os hábitos e crenças dos pais e/ou responsáveis, o desconhecimento das doenças preveníveis e sua gravidade, o descrédito na possibilidade de adquirir as doenças teoricamente controladas e os equívocos sobre a vacinação, como a superestimação das contraindicações (BERNARDO et al., 2018).

Em relação aos serviços de saúde, ressalta-se o desconforto gerado pela falta de

infraestrutura, abastecimento insuficiente de imunobiológicos, falta de profissionais, falhas na comunicação quanto às informações do programa e horários de funcionamento dos serviços (BERNARDO et al., 2018).

A vacina é uma intervenção preventiva reconhecida pelo impacto na redução da morbimortalidade de doenças imunopreveníveis. A prática de vacinação em massa se fundamenta na característica de imunidade de rebanho das vacinas, em que indivíduos imunes vacinados protegem indiretamente os não vacinados, podendo gerar a eliminação da circulação do agente infeccioso no ambiente e, consequentemente, a proteção da coletividade e de indivíduos vulneráveis. Sua legitimação científico-tecnológica contribuiu para normatizações sobre a vacinação em diversos países do mundo, intensificadas na segunda metade do século XX (AITH; BARBIERI; COUTO, 2017).

No Brasil, o Ministério da Saúde, em 1973, implantou o Programa Nacional de Imunização (PNI), com o objetivo que todas as crianças brasileiras tivessem acesso às vacinas recomendadas pela Organização Mundial de Saúde (BERNARDO et al., 2018). O PNI foi criado antes do Sistema Único de Saúde (SUS) em 1988 e foi determinante para o controle bem-sucedido das doenças imunopreveníveis no Brasil. Sua atuação contribuiu sobremaneira para melhorias importantes na situação de saúde da população brasileira. Podem ser citados exemplos como a erradicação da varíola; a eliminação da poliomielite e da febre amarela urbana, da circulação do vírus do sarampo (2016) e da rubéola (2015); assim como a redução da incidência da difteria, da coqueluche, da meningite causada por *H. influenzae* tipo B, do tétano, da tuberculose em menores de 15 anos de idade, e, mais recentemente, das meningites e pneumonias (SATO, 2015).

A redução da incidência e da mortalidade por doenças imunopreveníveis, especialmente nos primeiros anos de vida, teve notáveis reflexos no aumento da esperança de vida e na redução de hospitalizações (DOMINGUES et al. 2019). O Ministério da Saúde, amparado pelo PNI, oferece essas vacinas nas Unidades Básicas de Saúde – UBS, distribuídas de forma universal à população, tanto em fase adulta quanto em infantil. A vacinação, além de necessária para prevenção de doenças e garantia de saúde (LAMY; ABUD; FERREIRA, 2019).

A abrangência e desempenho do PNI do Brasil é comparável ao de países desenvolvidos. Sua complexidade é crescente, pois, em pouco tempo, introduziu numerosas vacinas no calendário de rotina. Dentre as muitas vacinas incluiu vacinas combinadas e ampliou a oferta daquelas já fornecidas, até recentemente, para grupos populacionais não contemplados pelo programa (SATO, 2015).

No entanto, para ser alcançado o objetivo do PNI, que é fornecer vacinas com qualidade a todas as crianças, buscando coberturas vacinais de 95% e de forma homogênea, alguns desafios ainda precisam ser superados. Dentre eles, o de manter altas coberturas para as vacinas já incorporadas, alcançar boas coberturas para as novas vacinas e conquistar alta homogeneidade de coberturas para todas elas. Porque apesar dos avanços obtidos

após a criação do PNI, e do grande quantitativo de famílias assistidas pela Estratégia da Saúde da Família (ESF) a cobertura vacinal de crianças ainda é insatisfatória para alguns imunobiológicos (BERNARDO et al., 2018).

A partir da década de 1990, as coberturas vacinais infantis estavam acima de 95%, o que indicava boa adesão da população à vacinação. No entanto, a partir de 2016, essas coberturas têm declinado cerca de 10 a 20 pontos percentuais. Esse fato era inesperado e veio acompanhado do aumento da mortalidade infantil e materna (LIMA; PINTO, 2017).

O PNI passou a coordenar as atividades de imunizações desenvolvidas rotineiramente na rede de serviços. Para isso, traçou diretrizes pautadas na experiência da Fundação de Serviços de Saúde Pública (FSESP), com a prestação de serviços integrais de saúde através de sua rede própria. A legislação específica sobre imunizações e vigilância epidemiológica (Lei 6.259 de 30 de outubro de 1975 e pelo Decreto nº 78.231 de 12 de agosto de 1976), deu ênfase às atividades permanentes de vacinação e contribuiu para fortalecer institucionalmente o Programa (GALHARDO et al, 2016).

Com a institucionalização do SUS dá-se início a um intenso processo de descentralização e implantação de novas políticas, programas, projetos, serviços e ações de saúde nas três esferas de governo. Entre os programas implantados, tem-se o Programa Saúde da Família (PSF), em 1994, que, com o avançar do número de equipes e a melhoria dos indicadores de morbidade e mortalidade, principalmente os relacionados a dois grupos prioritários – o da mulher e o da criança. Atualmente é uma política estruturante da atenção primária à saúde (APS), que vem tornando viável a construção de um novo modelo de atenção à saúde (BASTOS et al, 2016).

A equipe de vacinação, das unidades básicas de saúde, é formada pelo enfermeiro e pelo técnico ou auxiliar de enfermagem, que são responsáveis pelas atividades de manuseio, conservação, preparo e administração, monitoramento dos eventos adversos, registro e descarte dos resíduos resultantes das ações de vacinação. O enfermeiro é responsável pela supervisão da sala de vacina e pelo processo de educação permanente da equipe (GALHARDO et al, 2016).

A temática que envolve o processo de Vacinação/Imunização é um assunto bem polêmico nos dias de hoje. O que era uma rotina para os pais, levarem seus filhos para tomarem suas doses de vacina, hoje, existem várias correntes que influenciam as pessoas para que não procurem o serviço para a imunização. Tendo em vista essa problemática, ainda é possível analisar que os índices vacinais devem estar no mínimo em 95%. O grupo de Vacinas, faz parte do Programa de Educação para o Trabalho (PET) do governo Federal, este capacita os profissionais da saúde do município de Canoas em vacinas, investigam as dificuldades encontradas a respeito da situação vacinal do Município de Canoas. Bem como, usar como ponto de referência a condição vacinal de crianças de zero a dez anos, onze meses e vinte e nove dias de idade.

Neste contexto, o objetivo do estudo foi identificar as dificuldades que impedem a

vacinação infantil na visão dos profissionais técnicos de enfermagem da sala de vacinas.

2 | METODOLOGIA

Trata-se de um estudo transversal, de cunho exploratório-descritivo com abordagem quantitativa. O presente estudo integra o projeto de pesquisa intitulado: Percepção dos profissionais da saúde em relação aos fatores que influenciam na incompletude vacinal de crianças no município de Canoas/RS, aprovado na Plataforma brasil CAAE: 23748819.5.0000.5349 e do Parecer: 3.680.156 de 4/11/2019, conduzido pelos professores orientadores desta pesquisa, ambas tutores do PET Interprofissionalidade.

O município de Canoas/RS, fica localizado na região metropolitana de Porto Alegre, com uma população de 343.853 mil habitantes. A atenção básica é composta por 24 Unidades Básicas de Saúde (UBS), 4 Clínicas de Família, todas com sala de vacinas, nas quais estão instaladas 69 Equipes de Saúde da Família (ESF).

A amostra foi constituída por 129 Técnicos de Enfermagem, divididos em quatro turmas, entre os meses de outubro e novembro de 2019, nas dependências da ULBRA. Os profissionais atuam na rede de atenção básica do município, e foram convidados a participar de educação permanente sobre vacinas pela equipe do Programa de Educação pelo Trabalho (PET)/Interprofissionalidade. A capacitação foi planejada e executada por 06 acadêmicos da saúde da Universidade Luterana do Brasil (ULBRA): enfermagem, medicina e biomedicina; dois enfermeiros preceptores do município de Canoas/RS e dois professores da ULBRA.

O instrumento de coleta de dados foi aplicado aos profissionais no primeiro dia de encontro, antes do início das atividades. Todos assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Foi realizado pré-teste e pós teste do instrumento com os profissionais.

Os critérios de inclusão foram: ser profissional da atenção básica do município de Canoas/RS e participar da Educação Permanente sobre vacinas no período programado. Os critérios de exclusão foram: profissionais em período de férias ou atestado médico.

As variáveis de identificação utilizadas foram: sexo; idade; anos de profissão; anos na UBS; escolaridade. Ainda, 10 questões relativas às informações sobre a sala de vacina no município de crianças de zero a 11 anos de idade.

Os instrumentos preenchidos foram organizados em planilha no aplicativo Microsoft Office Excel 20. Os resultados das variáveis nominais da identificação foram expressos através de análises de frequência e apresentados em tabelas.

Essa pesquisa foi conduzida dentro dos padrões exigidos pela Resolução nº 466/12,13 que trata sobre as exigências éticas e científicas fundamentais com os seres humanos, da autonomia, beneficência, não maleficência e justiça, visando assegurar os direitos e deveres que dizem respeito aos participantes da pesquisa.

3 | RESULTADOS

O perfil dos profissionais entrevistados, estão descritos na Tabela 1, trazendo o sexo, faixa etária, nível de escolaridade, tempo de profissão e de permanência na Unidade Básica de Saúde (UBS).

Variáveis	Técnicos de Enfermagem	
	n = 129	%
Sexo		
Feminino	119	92,0
Masculino	10	8,0
Faixa etária		
20-30	13	10,0
31-40	55	42,6
41-50	35	27,2
51 ou +	26	20,2
Não informado	0	0
Escolaridade		
Ensino Médio	75	58,0
Superior Incompleto	44	34,0
Superior Completo	08	6,0
Especialização	37	28,7
Não Informado	02	2,0
Tempo de profissão (anos)		
Menos de 1 ano	03	2,3
01-05	18	14,0
06-10	33	25,6
11-15	31	24,0
16-20	27	21,0
21-30	13	8,5
31 ou +	02	1,5

Não Informado	02	1,5
Anos na UBS		
Menos de 1	0	0
01-05	90	70,0
06-10	07	5,4
11-15	04	3,0
16-20	04	3,0
21-30	01	0,8
Não informado	03	2,3

Tabela 1: Caracterização dos Entrevistados.

Fonte: Dados da pesquisa.

É possível observar, na tabela 1, que os profissionais que atuam na atenção primária, apresentam uma boa qualificação. A escolaridade de 58% são de nível médio, e 34% estão cursando cursos de graduação; 6% já concluíram alguma graduação e 28,7% possuem algum curso de especialização lato sensu. Quando perguntados quanto ao tempo que atuam na UBS, 70% trabalham na unidade entre 1 e 5 anos. Os técnicos de enfermagem, que atuam nas UBS, realizam rodízio mensal na sala de vacinas, desta forma, todos os profissionais tem experiência em sala de vacinas.

Questões	Número de respostas	
	n	%
1. No seu entendimento, o que se sabe sobre os movimentos anti-vacinas?		
Nunca ouvi notícias sobre o tema;	22	18,0
São comuns na Europa e EUA, bem como ganham força no Brasil;	51	41,5
São compostos por grupos majoritários de médicos;	09	2,5
Não têm relevância, pois não estão interferindo nas vacinas;	19	18,0
Principal fator nas quedas de vacinações no Brasil.	28	20,0
2. Na sua opinião, quais das alternativas utilizadas em outros países poderiam contribuir na melhor cobertura vacinal na sua UBS?		

A UBS fazer ligação telefônica lembrando a data da aplicação das vacinas;	04	3,0
Criar um aplicativo no celular que avisa o usuário da próxima vacinação;	28	22,0
Fazer campanhas de vacinação nas escolas atualizando o calendário das crianças;	33	26,0
Fazer panfletagem dentro das UBS;	04	3,0
Fazer campanhas mais impactantes nas redes na TV e rádio.	60	46,0

4. Quando você iniciou o trabalho com vacinas, passou por treinamento/capacitação específico para sala de vacinas?

Recebi treinamento de outro profissional do mesmo cargo;	87	70,0
Recebi treinamento multiprofissional;	20	15,5
Realizei curso do Ministério da Saúde presencial e ou EAD;	06	4,0
Não realizei treinamentos;	12	8,5
Realizei treinamento não específico para sala de vacinas.	04	2,0

5. Caso você atua na sala de vacinas, como você se sente?

Totalmente satisfeita;	22	17,0
Satisfeita;	49	40,0
Parcialmente satisfeita;	43	33,0
Insatisfeita;	03	1,5
Não trabalho em sala de vacinas.	12	8,5

6. Com que frequência faltam vacinas na sua unidade?

Diariamente;	22	15,5
Mensalmente;	43	33,0
Raramente faltam vacinas;	52	43,0
Nunca faltam vacinas na minha unidade;	0	0
Não tenho essa informação.	12	8,5

7. Qual vacina apresentou maior cobertura vacinal em sua UBS no último ano (2018)? Resposta:

Influenza;	58	45,0
Pentavalente	34	26,2
Febre Amarela;	11	8,4
Outras	13	10,2
Não tenho essa informação;	13	10,2

8. Qual o principal papel da Estratégia Saúde da Família para atingir a cobertura vacinal em crianças, no seu ponto de vista?	63	50,1
Fazer busca ativa dos usuários pelos agentes comunitários de saúde;	01	0,7
Ampliar o horário de expediente da UBS;	49	38,0
Educar a população em saúde incluindo as vacinas;	13	9,4
Promover campanhas na cidade;	03	1,8
Realizar propaganda nas redes sociais.		

9. Quando você realizou a última educação permanente sobre vacinas?	20	14,8
Há 1 ano;	01	0,7
Há 6 meses;	55	43,1
Há mais de 2 anos;	03	2,5
Há menos de 3 meses;	50	38,9
Nunca realizei		

Tabela 2. Entendimento dos entrevistados acerca da vacinação, Canoas, 2020.

Fonte: Dados da pesquisa. Obs: Questões de múltipla escolha.

Na Tabela 2, observa-se as respostas dos profissionais da saúde em relação ao seu conhecimento a respeito da cobertura vacinal. É possível perceber que 41,4% afirmaram que os movimentos antivacinas são comuns na Europa e EUA e estão ganhando força no Brasil, e 20% afirmaram ser este o principal fator de quedas nas vacinações no Brasil.

Alguns países adotaram algumas alternativas, como aumentar as chamadas nas mídias sociais, TV, revistas, que contribuíram para a melhoria da cobertura vacinal. Dentre os profissionais 46% assinalaram que fazer campanhas mais impactantes nas redes sociais, TV e radio e 26% responderam que seriam necessárias mais campanhas em escolas atualizando o calendário para as crianças.

Foi relatado pelos profissionais da saúde que 70% receberam treinamento de outro profissional do mesmo cargo e, 15,5% afirmou que a capacitação ocorreu com a equipe multiprofissional. Em relação a satisfação na sala de vacinas, 57% afirmaram estar satisfeitas e 33% parcialmente satisfeitas. A falta das vacinas foi uma questão trazida pelos profissionais. Sendo que 48,5% afirmaram faltar diariamente, por vezes, mensalmente e, 43% afirmaram que raramente falta.

Em relação a vacina com maior cobertura vacinal 45% dos entrevistados responderam ser a vacina da gripe e 26,2% a da pentavalente. Bem como, em relação ao principal papel da Estratégia Saúde da Família para atingir a cobertura vacinal em crianças, mostrou que 50,1% afirmaram que a busca ativa dos usuários pelos agentes comunitários de saúde foi essencial e, 38,0% assinalaram que realizar educação em saúde incluindo a vacinação como temática.

Quando questionados a respeito de educação permanente sobre a sala de vacinas,

43,1% afirmaram que a última capacitação foi há mais de 2 anos e 38,9% nunca realizaram capacitação em vacinas.

4 | DISCUSSÃO

Foi possível observar que 92%, daqueles que participaram foram mulheres, com faixa etária de 31 a 40 anos (42,6%); mostraram ser profissionais qualificados, visto que, 34% estão cursando graduação e 6% já concluiu alguma graduação, sendo que a formação exigida é ter o ensino médio.

A experiência na atenção primária é outro aspecto relevante nos achados, visto que 70% dos profissionais trabalham na rede básica no município entre 1 e 5 anos. Como os técnicos de enfermagem realizam rodízio mensalmente na sala de vacinas, portanto, todos tem amplo conhecimento em vacinas. Os resultados encontram consonância com o estudo feito em Recife-Pernambuco, com 39 profissionais de enfermagem de salas de vacinas, onde 89,7% trabalham há mais de um ano em salas de vacinas e 53,9% há mais de 4 anos. O sexo feminino também prevaleceu em outra pesquisa, com trabalhadores de ESF em 65,1% (ARAUJO et al., 2018).

Os movimentos anti-vacinas, foram apontados pelos entrevistados em (41,5%) como sendo comuns na Europa e nos Estados Unidos, bem como ganham força no Brasil, seguido em (20%) ser o principal fator na quedas de vacinação em nosso país. Apesar dos grupos anti-vacinas serem pouco numerosos, eles possuem a capacidade de colocar em risco grande parte do esforço e sucesso do PNI no combate às doenças infectocontagiosas (ANDRADE, SILVA, TELES, 2020). Viu-se que em 2018, o vírus do sarampo foi reintroduzido no país e manteve-se com transmissão sustentada por mais de 12 meses consecutivos, ou seja, foi restabelecida a circulação endêmica (SI-PNI, 2018).

Viu-se um afrouxamento dos programas governamentais, e consequente diminuição da cobertura; também o desleixo dos pais em vacinar seus filhos e, por vezes, achar erroneamente que não é necessário a vacina para uma doença que já foi erradicada no país. Devido a esses diversos fatores, o Brasil perdeu seu certificado de país livre do sarampo, sendo percebida uma ascensão do movimento antivacinação no Brasil que ameaça a vida e a saúde da população (ANDRADE; SILVA; TELES, 2020).

O crescente aumento desse movimento pode ser notado através do compartilhamento de conteúdo antivacinação nas mídias sociais. A nível mundial há relatos de mais 400 sites de Internet que chamam a atenção do leitor, com argumentos contra o ato vacinal. A Organização Mundial da Saúde (OMS) possui informações com evidências referentes a segurança e eficácia das vacinas. A divulgação constante dessas notícias falsas torna as pessoas suscetíveis mais vulneráveis, por terem dificuldade de diferenciar quando as notícias são falsas (ANDRADE; SILVA; TELES, 2020).

Os entrevistados foram questionados sobre quais alternativas utilizadas em outros

países poderiam auxiliar na melhoria da cobertura vacinal na sua UBS. Verificou-se que 46% acreditam que realizar campanhas mais impactantes nas redes sociais, na TV e rádio seria a melhor solução, e 26% assinalou ser como a ação mais importante fazer campanhas de vacinação nas escolas atualizando o calendário das crianças e 22% criar um aplicativo no celular que avisava o usuário na véspera da data vacina usado no o Canadá.

O aplicativo - ImmunizeCA, foi desenvolvido no instituto de pesquisa do hospital de Ontario, no Canadá, para a plataforma iOS, este é capaz de armazenar todas as informações vacinais de uma família, buscando fornecer a mesma funcionalidade dos registros em papel utilizados na cidade. O aplicativo interage com o calendário do telefone para realizar a função de alerta quando a data de recebimento de uma vacina está próxima ou em atraso; outra função é enviar alertas ao usuário sobre surtos de doenças imunopreveníveis. O governo canadense estuda tornar o aplicativo oficial, disponibilizando-o para outras plataformas digitais (WILSON; ATKINSON; PENNEY, 2014; 2015).

Neste estudo 43,1% dos técnicos de enfermagem realizaram capacitações em vacinas há mais de dois anos; 14,8% há um ano, mas, 38,9% relatou que nunca realizou capacitação específica. Os resultados vem ao encontro de outra pesquisa, na qual 62,5% receberam treinamento para trabalhar na sala de vacina (ARAUJO et al., 2018). Também em Pernambuco, os profissionais de enfermagem da sala de vacinas, em 21,0% não receberam nenhum treinamento e 79% recebeu algum treinamento em vacinas. Ressalta-se a importância da educação permanente em sala de vacina uma vez que novas vacinas são incorporadas anualmente, consequentemente novos conhecimentos são inseridos, tornando imprescindível a capacitação na prática cotidiana das salas de vacina (BASTOS et al., 2016).

Quando questionados sobre sua satisfação em trabalhar na sala de vacinas, foram encontrados que 40% se sentem satisfeitos e, 17% totalmente satisfeitos, totalizando 57% em satisfação. Sabe-se que a equipe de ESF no seu processo de trabalho é envolvida com atividades assistenciais e administrativas, podendo haver decisões gerenciais que não agradam plenamente alguns profissionais. O sentido de cooperação entre equipes e gestor, e o envolvimento dos profissionais com os usuários e famílias que procuram as UBS, contribui para melhor resolutividade da assistência, identificado como gerador de satisfação. O aspecto das relações é determinante da satisfação no trabalho (MACHADO; NUNES; PIRES, 2020).

A falta de imunobiológicos na sala de vacinas, pode ser uma barreira à imunização e também influenciar no quotidiano do trabalho em vacinação, pois a ausência de vacinas compromete a busca ativa e contribui para o atraso vacinal. Nesta pesquisa, 33% assinalou a falta de imunobiológicos mensalmente e 15,5% com faltas diariamente, totalizando 48% entre falta diária e mensal. Já 43% referiram que raramente faltam vacinas em sua unidade. Já a pesquisa realizada na África do Sul também identificou que a falta de imunobiológicos contribuiu para o atraso vacinal. Destacaram outros motivos de atraso vacinal como: as

oportunidades perdidas de vacinação; deficiências nos registros e falta de informação. A falta de imunobiológicos pode estar associada a falhas na gestão e no planejamento dos imunobiológicos (LANZA et al., 2018).

O índice da cobertura vacinal, que demonstra o percentual de vacinação de cada município, o preconizado é acima de 95%. Neste estudo, os entrevistados apontaram a vacina da Influenza (45%) sendo a com maior índice de cobertura em 2018 na sua unidade; seguidos da pentavalente (26,2%) e a febre amarela (8,4%). Dados epidemiológicos mostram que o município de Canoas, no ano de 2018 teve a cobertura das três doses da pentavalente em 79,58% e a febre amarela em 52,72%. Já a Influenza foi de 78% de cobertura, superando o índice estadual de 75%. Mas, entre a população idosa, a influenza obteve 128,56% e dos profissionais da saúde em 117,64%. Assim percebeu-se que os entrevistados tinham um bom conhecimento referente as vacinas com melhores indicadores de saúde (PREFEITURA DE CANOAS, 2020). O município tem definido no seu Plano Municipal de Saúde (2018-2021) a garantia do acesso das crianças às vacinas em tempo adequado; estruturar as salas de vacinas; capacitar e valorizar os recursos humanos envolvidos no processo e o monitoramento de novos casos (CANOAS, 2017).

Em pesquisa no estado de Sergipe, o índice de cobertura da aplicação de doses da pentavalente em 2017, teve variância de 69,93 à 92,38%, e em 2018 foi de 77,92 à 101,18% (GALOTTI et al., 2017).

Os entrevistados foram questionados sobre quais alternativas utilizadas em outros países poderiam auxiliar na obtenção de níveis melhores de cobertura vacinal na sua UBS. Verificou-se que 50,1% acreditam que realizar busca ativa com os usuários através dos agentes comunitários de saúde seria uma solução e 38% escolheu como ação importante - educar a população em saúde incluindo vacinas. Os resultados corroboram com outro estudo, que aponta a importância da busca ativa a qual deve fazer parte do quotidiano do processo de trabalho dos profissionais. Destacam o papel do agente comunitário de saúde (ACS) na busca ativa por estar mais próximo da população. É necessário, então, que esses profissionais possuam conhecimentos adequados sobre imunização, sendo a Educação Permanente aliada desse processo (LANZA et al., 2018).

A última educação permanente, realizada pelos entrevistados, em 43,1% ocorreu no último ano, mas, 38,9% não haviam realizado educação permanente. O Ministério da Saúde (MS) orienta que o processo de capacitação deve ser contínuo e realizado no próprio local de trabalho, buscando-se evitar formas tradicionais de ensino, baseadas na simples transferência de conhecimentos. A gestão municipal gerencia os instrumentos de capacitação, como o treinamento em sala de vacina, de gerenciamento em rede de frio, em sistema de informação e vigilância de eventos adversos. A falta de educação permanente é um fator que pode interferir na cobertura vacinal, como apontam as pesquisas, realizadas nas Regiões Norte e Nordeste do Brasil (ARAUJO et al., 2018).

5 | CONSIDERAÇÕES FINAIS

A realização desse estudo, deixa evidente que manter a vacinação das nossas crianças em dia é muito fundamental, para conter a disseminação das doenças imunopreveníveis. O calendário vacinal foi criado com o intuito de ser uma medida preventiva contra doenças. Deve-se ter a noção que para uma efetiva cobertura vacinal, deve-se obter patamares acima de 95%. O cenário atual não apresenta esses índices de cobertura para nenhuma vacina do calendário, resultando no retorno de doenças consideradas erradicadas para nossa comunidade.

Um aspecto de extrema importância dentro de uma sala de vacinação, é a preparação dos profissionais que vacinam a população, pois uma simples informação poderá influenciar a família continuar vacinando ou não suas crianças. Viu-se que grande parte dos profissionais, nunca receberam nenhuma capacitação ou educação permanente, com o tema de vacinas demonstrando uma situação bem preocupante. Assim, a atividade realizada pelo PET Interprofissionalidade preencheu essa lacuna com a capacitação sobre o como o sistema imune reage, o calendário vacinal, rede de frio.

Sugere-se para melhorar os índices de vacinação no município, utilizar aplicativo de celular, assim cada usuário teria sua carteira de vacinação em um aplicativo e, com isso, seria informado quando da época de realizar a próxima dose/vacina, medida essa usada em países como Canadá e, que seria facilmente aplicável. Bem como, promover mais informações para sociedade, através de divulgações periódicas nas redes sociais e através dos agentes comunitários de saúde que podem colaborar efetivamente nas buscas ativas de crianças faltosas.

REFERÊNCIAS

- ANDRADE, E.G.S.; SILVA; M.R.; TELES, L.A.S. **Antivacinação: Um movimento consequente na realidade brasileira.** 2020. Disponível em: <https://revistasfaces.senaires.com.br/index.php/iniciacao-cientifica/article/view/307/248>.
- ARAUJO, T.M.E; CARVALHO, M.L.; LAGO; E.C.; SOUZA, I.B.J.; TAPETY, F.I. **Conhecimento de enfermeiros e médicos de uma microrregião do Nordeste brasileiro sobre vacinação infantil.** 2018. Disponível em: <http://www.revistanursing.com.br/revistas/247/pg52.pdf>;
- AITH, F.M.A.; BARBIERI, C.L.A.; COUTO, M.T. **A (não) vacinação infantil entre a cultura e a lei: os significados atribuídos por casais de camadas médias de São Paulo, Brasil.** 2017. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v33n2/1678-4464-csp-33-02-e00173315.pdf>;
- BERNARDO, A.L.B; CAMINHA, M.F.C; CASTRO, A.A.M.; LIMA, E.J.F.; SILVA, M.B.; SILVA, S.L.; VENTURA, M.L.A.B.; VERAS, A.A.C.A. **Fatores Associados à Cobertura Vacinal em Crianças – Análise de uma Comunidade.** 2018. Disponível http://higia.imip.org.br/bitstream/123456789/362/1/Artigo%20PIBIC_Amanda%20Alves%20Moreira%20de%20Castro.pdf;

BASTOS, E.B.; COSTA, S.S.; FERREIRA, G.B.; NEGREIROS, J.A.; NETO, F. R.G.X.; XIMENES, M.R.G.. **Necessidade de qualificação, dificuldades e facilidades dos técnicos de enfermagem na estratégia saúde da família.** 2016. Disponível em: <https://sanare.emnuvens.com.br/sanare/article/view/927;>

CANOAS, Secretaria da Saúde. Plano municipal de saúde 2018 – 2021. 2017. Disponível em: [https://www.canoas.rs.gov.br/wp-content/uploads/2019/10/Plano-Municipal-de-Saude-2018-2021b.pdf;](https://www.canoas.rs.gov.br/wp-content/uploads/2019/10/Plano-Municipal-de-Saude-2018-2021b.pdf)

SATO, A.P.S. **Programa Nacional de Imunização: Sistema Informatizado como opção a novos desafios.** 2015. Disponível em: [http://www.scielo.br/pdf/rsp/v49/pt_0034-8910-rsp-S0034-89102015049005925.pdf;](http://www.scielo.br/pdf/rsp/v49/pt_0034-8910-rsp-S0034-89102015049005925.pdf)

DOMINGUES, C.M.A.S.; DUARTE, E.; FANTINATO, F.F.S.T.; GARCIA, L. P. **Vacina Brasil e estratégias de formação e desenvolvimento em imunizações.** 2019. Disponível em: [https://www.scielosp.org/article/ress/2019. v28n2/e20190223/;](https://www.scielosp.org/article/ress/2019. v28n2/e20190223/)

GALLARDO, M.P.S.; OLIVEIRA, V.C.; PINTO, I.C.; RABELO, A.F.G.; RENNÓ, H. M. S.; SANTOS, Y. R. **Educação para o trabalho em sala de vacina: percepção dos profissionais de enfermagem.** 2016. Disponível em: <http://www.seer. ufsj.edu.br/index.php/recom/article/view/1180;>

GALLOTTI, F.C.M.; SANTOS, V.M.C.; SANTOS, M.N.; SOARES, J.N.S.; PASSOS, R.L.S. **Cobertura vacinal no estado de Sergipe: uma questão de comparação e profilaxia.** 2017. Disponível em: <https://eventos.set.edu.br/cie/article/ view/11798/4577>

LAMY, M.; ABUD, C.O.; FERREIRA, M.R. **Vacinação Infantil: Autonomia da Vontade x Dever Familiar.** 2019. Disponível em: [https://periodicos.unisanta.br/index.php/ ENPG/article/download/2187/1685;](https://periodicos.unisanta.br/index.php/ ENPG/article/download/2187/1685)

LIMA, A.A.; PINTO, E.S.. **O contexto histórico da implantação do Programa Nacional de Imunização (PNI) e sua importância para o Sistema Único de Saúde (SUS).** 2017. Disponível em: <http://www.sus tenere.co/index.php/sciresalutis/article/view/SPC2236-9600.2017.001.0005; download/2187/1685;>

LANZA, F.M.; MARTINS, J.R.T.; OLIVEIRA, V.C.; VIEGAS, S.M.F. **O quotidiano na sala de vacinação: vivências de profissionais de enfermagem.** 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.15446/av.enferm. v37n2.73784;>

MACHADO, R.R.; NUNES, A.C.B.; PIRES, D.E.P. **Satisfação e insatisfação no trabalho de gestores na estratégia saúde da família.** 2020. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.5380/ce.v25i0.61440;>

PREFEITURA DE CANOAS. Campanha de vacinação atinge 78% do público - alvo em Canoas. 2020. Disponível em: <https://www.canoas.rs.gov.br/noticias/ campanha-de-vacinacao-atinge-78-do-publico-alvo-em-canoas/>

SI-PNI. Sistema de Informação do Programa Nacional de Imunizações. **Cobertura Vacinal para vacina de Febre Amarela.** 2018. Disponível em: <http://sipni.datasus.gov.br/si-pni-web/faces/inicio.jsf;>

SI-PNI. Sistema de Informação do Programa Nacional de Imunizações. **Cobertura Vacinal para vacina de Pentavalente.** 2018. Disponível em: <http://sipni. datasus.gov.br/si-pni-web/faces/inicio.jsf;>

WILSON, K; ATKINSON, K.M; PENNEY, G. **Development and release of a national immunization app for Canada (ImmunizeCA).** Vaccine. 2015;33(14):1629-1632. Disponível em: <http://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0264410X15001899>;

WILSON, K; ATKINSON, K; PLUSCAUSKAS, M; BELL, C. **A mobile-phone immunization record in Ontario: uptake and opportunities for improving public health.** Journal of Telemedicine and Telecare. 2014; 20(8):476-480. Disponível em: <http://journals.sagepub.com/doi/10.1177/1357633X14537771>.

CAPÍTULO 3

A CONTRIBUIÇÃO DA TEORIA AMBIENTALISTA DE FLORENCE NIGHTINGALE COMO UMA DAS PRIMEIRAS ALTERNATIVAS PARA O COMBATE, PREVENÇÃO E CONTROLE DA PANDEMIA CAUSADA PELO COVID-19

Data de aceite: 20/08/2021

Vinícius Alves de Figueiredo

Graduando em Enfermagem Pelo Centro Universitário de Juazeiro do Norte – UniJuazeiro. Abaiara- Ceará
<http://lattes.cnpq.br/1401687890655583>

Ana Vitória Bento Alves Silva

Graduanda em Enfermagem Pelo Centro Universitário de Juazeiro do Norte –UniJuazeiro Milagres- Ceará
<http://lattes.cnpq.br/1691908817358822>

Raila Moanny Freitas Delmondes Tasso

Graduanda em Enfermagem Pelo Centro Universitário de Juazeiro do Norte –UniJuazeiro Juazeiro do Norte- Ceará
<http://lattes.cnpq.br/8245080095494370>

Tamires de Alcantara Medeiros

Graduanda em Enfermagem Pelo Centro Universitário de Juazeiro do Norte –UniJuazeiro Juazeiro do Norte- Ceará
<http://lattes.cnpq.br/1393162410590206>

Iandra de Moraes Silva

Graduanda em Enfermagem Pelo Centro Universitário de Juazeiro do Norte –UniJuazeiro Crato- Ceará
<http://lattes.cnpq.br/6387833737392616>

Cicero Wendel de Sousa Pereira

Graduando em Enfermagem Pelo Centro Universitário de Juazeiro do Norte –UniJuazeiro Abaiara- Ceará
<http://lattes.cnpq.br/7595258240152030>

Natalya Wegila Felix da Costa

Graduanda em Enfermagem Pelo Centro Universitário de Juazeiro do Norte –UniJuazeiro Ouricuri- Pernambuco
<http://lattes.cnpq.br/2496122071615765>

Kayque Gabriel Rodrigues Ferreira

Graduando em Enfermagem pelo Centro Universitário de Juazeiro do Norte – UniJuazeiro Salgueiro- Pernambuco
<http://lattes.cnpq.br/4095598602605830>

Evilani de Souza Silva

Graduanda em Enfermagem pelo Centro Universitário de Juazeiro do Norte – UniJuazeiro Barbalha- Ceará

José Rômulo Cavalcante Prata Junior

Docente na Instituição Centro Universitário de Juazeiro do Norte – UniJuazeiro Juazeiro do Norte- Ceará
<http://lattes.cnpq.br/6012960642884604>

Dayse Christina Rodrigues Pereira Luz

Enfermeira e Mestre em enfermagem pela Universidade Federal do Ceará – UFC; Diretora da Rede de Saúde Mental de Juazeiro do Norte; Doutora e pós - doutoranda em Ciências da Saúde pelo Centro Universitário de Medicina do ABC – FMABC. Juazeiro do Norte- Ceará
<http://lattes.cnpq.br/0704841932344140>

RESUMO: Diante do surgimento de uma pandemia causada pelo COVID-19, o Ministério da Saúde lança como meio de resposta o Plano

de Contingência Nacional como uma ferramenta de prevenção da infecção humana pelo novo coronavírus. Ao analisar as medidas iniciais adotadas e a teoria proposta pela pioneira da enfermagem moderna Florence Nightingale, é perceptível uma analogia. Essa revisão teve como principal objetivo refletir sobre a relação e contribuição da teoria ambientalista de Florence Nightingale com as recomendações e medidas adotadas inicialmente para prevenção, combate e controle do novo coronavírus. Trata-se de uma revisão integrativa, cuja metodologia consistiu na seleção de artigos a partir do descritor em ciências da saúde DeCS: “coronavírus” e as palavras-chave: “Florence” e “teoria”, foram encontrados cinco artigos como resultados na BVS, onde somente quatro contribuíram na construção da temática proposta e uma produção científica significativa na HERE, apresentando como resultado final que os saberes nighthingaleanos foram relevantes, importantes e cruciais no atual cenário pandêmico. Assim as medidas mais simples de controle do ambiente como: limpeza e higiene são muito eficaz para evitar propagação da infectividade desse ser microscópico e patogênico.

PALAVRAS - CHAVE: Florence. Coronavírus. Teoria.

THE CONTRIBUTION OF FLORENCE NIGHTINGALE'S ENVIRONMENTAL THEORY AS ONE OF THE FIRST ALTERNATIVES FOR COMBATING, PREVENTING AND CONTROLLING THE PANDEMIC CAUSED BY COVID-19

ABSTRACT: Faced with the emergence of a pandemic caused by COVID-19, the Ministry of Health launches as a means of response the National Contingency Plan as a tool to prevent human infection by the new coronavirus. When analyzing the initial measures adopted and the theory proposed by the pioneer of modern nursing Florence Nightingale, an analogy is noticeable. This review aimed to reflect on the relationship and contribution of Florence Nightingale's environmental theory with the recommendations and measures initially adopted for the prevention, combat and control of the new coronavirus. This is an integrative review, whose methodology consisted of selecting articles based on the DeCS health sciences descriptor: “coronavirus” and the keywords: “Florence” and “theory”, five articles were found as results in the VHL , where only four contributed to the construction of the proposed theme and a significant scientific production in HERE, presenting as a final result that the Nighthingale knowledge was relevant, important and crucial in the current pandemic scenario. Thus, the simplest environmental control measures such as: cleaning and hygiene are very effective in preventing the spread of the infectivity of this microscopic and pathogenic being.

KEYWORDS: Florence. Coronavirus. Theory.

INTRODUÇÃO

O Coronavírus (COVID-19) é uma doença infectocontagiosa, responsável por causar uma síndrome respiratória aguda grave *Severe Acute Respiratory Syndrome Coronavirus 2* (SARS-CoV-2), ocasionando quadros clínicos respiratórios que podem variar de infecções assintomáticas até casos mais graves, como insuficiência respiratória, e em alguns casos evoluindo para óbito. Os sintomas característicos são: Febre, coriza, dor na garganta, tosse e dificuldade para respirar. A transmissão acontece de forma direta de uma pessoa para outra, ou indireta, de objetos ou superfícies contaminadas por secreções, salivas ou

gotículas expelidas através de tosse, espirro ou fala. A Organização Mundial de Saúde (OMS) definiu essa situação como uma emergência internacional de saúde pública, e em março de 2020, caracterizou o cenário atual como uma pandemia (OMS, 2020).

Através do documento intitulado “Plano de Contingência Nacional para infecção humana pelo novo coronavírus COVID-19”, foram adotadas medidas preventivas, entre elas: isolamento e quarentena domiciliar, adoção de lavagem das mãos com água e sabão ou sua higienização com álcool em gel 70%, etiqueta respiratória, distanciamento social, ventilação dos ambientes e implementação da utilização das máscaras faciais como um dos EPIs essenciais para prevenção contra esse ser microscópico (BRASIL, 2020).

Ao estabelecer uma relação entre o presente cenário atual e o passado contexto histórico, nota-se uma relação entre a teoria adotada pela precursora da enfermagem moderna Florence Nightingale e as medidas adotadas inicialmente para o controle, prevenção e combate ao novo coronavírus. Durante a guerra da Crimeia, em 1854, Florence notou que o ambiente era um fator influente no estado clínico dos pacientes, e os aspectos sanitários e higiênicos eram elementos determinantes nas condições de saúde dos enfermos atendidos (SCHAURICH; MUNHOZ; DALMOLIN, 2020).

De acordo com Palumbo e Chagas (2020), a teoria ambientalista trata os fatores como: ar, luz, aquecimento e limpeza componentes atenuantes no processo saúde-doença, influenciando na cura ou no adoecimento das pessoas, ou seja, as defesas naturais são impactadas por um ambiente saudável ou não. A inclusão das recomendações de Nightingale em um contexto pandêmico mostra que a adoção de cuidados sanitários e higiênicos são medidas preventivas e importantíssimas aliadas na luta contra seres patogênicos invisíveis.

O presente estudo tem como objetivo refletir sobre a relação e contribuição da teoria ambientalista de Florence Nightingale com as recomendações e medidas adotadas inicialmente para prevenção, combate e controle do novo coronavírus.

METODOLOGIA

Trata-se de uma revisão integrativa da literatura. Este método possibilita conclusões de estudos anteriores para o desenvolvimento teórico-científico, tendo como propósito reunir resultados de pesquisas sobre uma determinada temática para fornecer uma compreensão do tema investigado.

A pesquisa é de abordagem qualitativa, de aspecto teórico-reflexivo, sob a ótica da teoria ambientalista proposta por Florence Nightingale e suas contribuições na pandemia causada pelo COVID-19. A coleta de dados foi realizada na BVS (Biblioteca Virtual de Saúde) e na HERE (História de Enfermagem: revista eletrônica), utilizando-se o descritor em ciências da saúde DeCS: “coronavírus” e as palavras-chave: “Florence” e “teoria”. Os critérios de inclusão implantados foram: publicações no idioma português, escritos nos últimos dois anos, tendo como base de dados: BDENF, LILACS, MEDLINE, obtendo

cinco artigos como resultados na BVS, onde somente quatro contribuíram na construção da temática proposta e uma produção científica significativa na HERE. Os critérios de exclusão foram artigos duplicados e que se apresentavam inconclusivos ou inconsistentes metodologicamente.

Para a realização da pesquisa foi utilizado o protocolo de acordo com o modelo descrito por Mendes, Silveira e Galvão (2008) o qual consiste em seis etapas, sendo a primeira etapa: identificação do tema e seleção da hipótese para a elaboração da revisão integrativa; segunda etapa: estabelecimento de critérios para inclusão e exclusão de estudos/ amostragem e busca na literatura; terceira etapa: definição das informações a serem extraídas dos estudos selecionados/categorização dos estudos; quarta etapa: avaliação dos estudos incluídos na revisão integrativa; quinta etapa: interpretação dos resultados; sexta etapa: apresentação da revisão/síntese do conhecimento.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

A partir do descriptor em ciências da saúde DeCS: “coronavírus” e as palavras-chave: “Florence” e “teoria”, foram encontrados cinco artigos como resultados na BVS, onde somente quatro contribuíram na construção da temática proposta e uma produção científica significativa na HERE. Segue abaixo o quadro da caracterização do estudo.

AUTOR / ANO	TÍTULOS	OBJETIVOS	RESULTADOS E DESFECHOS
Diego Schaurich Oclaris Lopes Munhoz Angélica Dalmolin 2020.	Teoria de Florence Nightingale: aproximações reflexivas no contexto da pandemia da covid-19	Refletir acerca das contribuições da teoria ambientalista de Florence Nightingale e aproximá-las das recomendações de prevenção e controle à COVID-19.	No contexto da pandemia da COVID-19, os postulados de Florence em relação aos ambientes salubres, iluminados, arejados, e sobre as necessidades de higiene, separação dos mais adoecidos e de organização do cuidado reforçam a importância de sua contribuição.
Isabel Cristina Bueno Palumbol Solange Spanghero Mascarenhas ChagasII 2020.	Contribuições da Teoria Ambientalista de Florence Nightingale para a prevenção e tratamento da COVID-19	Avaliar a contribuição da teoria ambientalista de Florence Nightingale na formulação de medidas para o enfrentamento da atual pandemia provocada pela COVID-19.	Após a análise realizada, constatou-se correspondência entre as medidas recomendadas por Nightingale e pela OMS relativas à necessidade da adoção de hábitos de limpeza e higiene mais rigorosos para evitar o contágio.

Andréia Guedes Oliva Fernandes Talita de Cássia Raminelli da Silva 2020.	Guerra contra a pandemia COVID-19: reflexão à luz da teoria de enfermagem de Florence Nightingale	Refletir sobre a relação e importância da teoria ambientalista no tocante às práticas para a promoção, prevenção e tratamento da COVID-19.	Observa-se que a aplicação dos fundamentos teóricos propostos na teoria ambientalista tem relação com as práticas atuais, utilizadas no combate à pandemia da COVID-19.
Lucas Eduardo Mello Barboza et al., 2020.	Os conceitos de Florence Nightingale em tempos de pandemia da COVID-19 retratados em história em quadrinhos: relato de experiência	Descrever a experiência do processo de elaboração de uma história em quadrinhos acerca das medidas de prevenção para o combate ao novo coronavírus a partir do legado de Florence Nightingale e da Teoria Ambientalista.	A história em quadrinhos produzida pelos alunos e docentes foi construída com o objetivo de transmitir informação de forma simples e lúdica sobre as medidas de prevenção de infecções por coronavírus (COVID-19)
Diogo Henrique Tavares et al., 2020	Aplicabilidade da Teoria Ambientalista de Florence Nightingale na pandemia do novo Coronavírus	Refletir sobre as contribuições da Teoria Ambientalista na pandemia do novo Coronavírus.	Foi possível visualizar as articulações entre os conceitos expostos pela Teoria Ambientalista e a pandemia do novo Coronavírus, mostrando a atualidade da relação destes.

Quadro 01: Caracterização do estudo

Florence Nightingale foi a primeira pesquisadora e pioneira na área da saúde a comprovar o impacto do ambiente na saúde das pessoas, desse modo, nota-se que as bases sólidas propostas por ela ainda contribuem significativamente no presente cenário. Ao analisar o saber nightingaleano, observa-se que os fatores ambientais influenciam de forma positiva ou negativa no processo saúde-doença. Na crise ambiental que a sociedade contemporânea enfrenta, tornam-se necessárias ações de políticas públicas de saúde relacionada à vigilância epidemiológica e sanitária, importantes para contenção da propagação do novo coronavírus (FERNANDES; SILVA, 2020).

No cenário ocasionado pela pandemia do COVID-19, cuidados relacionados à higienização dos ambientes, do corpo e da água, priorização da ventilação natural e o trabalho ativo das vigilâncias são peças necessárias na prevenção, e controle da diminuição da infectividade (BARBOZA et al., 2020).

Ao analisar o protocolo de recomendações impostas pela OMS e as orientações formuladas por Florence, é perceptível uma analogia. Dentre as estratégias divulgadas, destacam-se: lavar frequentemente as mãos com água e sabão ou limpá-las com álcool em gel, principalmente antes de tocar os olhos, nariz ou boca; evitar compartilhamento de copos, pratos ou outros artigos de uso pessoal; cobrir a boca com o antebraço ou lenço descartável quando houver tosse ou espirro; realizar limpeza de objetos e de superfícies

tocadas por muitas pessoas; evitar contato com outros indivíduos com sintomas de gripe e procurar atendimento médico imediato, caso tenha viajado para os epicentros da pandemia (PALUMBO; CHARGAS, 2020).

No Brasil, com a publicação do Plano de Contingência Nacional para infecção humana pelo novo coronavírus publicado em fevereiro de 2020, um dos critérios cruciais implementados foram as medidas de controle e bloqueio de infecções por meio de precauções para contato, gotículas e aerossóis, principalmente em procedimentos de saúde, pois são geradores de moléculas contagiosas. Nas recomendações ministeriais é enfatizado que os ambientes de circulação de pessoas sejam arejados, evitando assim que partículas contaminantes/gotículas /aerossóis permaneçam por mais tempo no ambiente, o que evitaria o contágio (TAVARES et al., 2020).

As experiências, vivências e conhecimentos de Florence auxiliaram na construção de sua própria metodologia de trabalho, acontecendo assim uma formação de uma visão ampliada e singular sobre o cuidado, a qual subsidiou as bases científicas que fundamentam a ciência da enfermagem, impactando nas assistências posteriores, sendo relevante e significativa no contexto da pandemia do COVID-19 (SCHAURICH; MUNHOZ; DALMOLIN, 2020).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente estudo revelou a importância da teoria ambientalista postulada por Florence Nightingale no atual cenário pandêmico. Os saberes nightingaleanos contribuíram como base para formulação das primeiras alternativas para o combate, controle e prevenção do novo coronavírus. Analisando o protocolo de recomendações da Organização Mundial da Saúde e as orientações propostas pela pioneira da enfermagem identifica-se uma relação de semelhança entre os fatos, ambos evidenciam que o ambiente é um fator bastante influente na transmissão e contingência das doenças infectocontagiosas que são transmitidas de pessoa para pessoa por meio do contato, partículas, superfícies e resíduos corporais. Assim as medidas mais simples de controle do ambiente como: limpeza e higiene são muito eficaz para evitar propagação da infectividade desse ser microscópio e patogênico.

REFERÊNCIAS

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE (OMS). **Folha informativa – COVID-19 (doença causada pelo novo coronavírus)**. 2020. Disponível em <<https://www.paho.org/pt/covid19>>. acessos em 01 jul. 2021.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Plano de contingência nacional para infecção humana pelo novo coronavírus COVID-19**. 2020. Disponível em <<https://portalarquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2020/fevereiro/13/plano-contingencia-coronavirus-COVID19.pdf>>. acessos em 01 jul. 2021.

SCHAURICH, Diego; MUNHOZ, Oclaris Lopes; DALMOLIN, Angélica. **Aproximações Reflexivas da Teoria de Florence Nightingale no Contexto da Pandemia da COVID-19**. Enfermagem em Foco, v. 11, n. 2. ESP, 2020. Disponível em <<http://revista.cofen.gov.br/index.php/enfermagem/article/view/4106/977>>. acessos em 01 jul. 2021.

Palumbo ICB, Chagas SSM. [Contribuições da Teoria Ambientalista de Florence Nightingale para a prevenção e tratamento da COVID-19]. Hist enferm Rev eletrônica [Internet]. 2020;11(Especial):39-45. Disponível em <<http://here.abennacional.org.br/here/v11/especial/a4.pdf>>. acessos em 02 jul. 2021.

MENDES, Karina Dal Sasso; SILVEIRA, Renata Cristina de Campos Pereira; GALVAO, Cristina Maria. **Revisão integrativa: método de pesquisa para a incorporação de evidências na saúde e na enfermagem**. Texto contexto - enferm., Florianópolis , v. 17, n. 4, p. 758-764, Dec. 2008. Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072008000400018&lng=en&nrm=iso>. access on 03 Jul. 2021. <https://doi.org/10.1590/S0104-07072008000400018>.

Fernandes, Andréia Guedes Oliva e Silva, Talita de Cássia Raminelli **da War against the COVID-19 pandemic: reflection in light of Florence Nightingale's nursing theory**. Revista Brasileira de Enfermagem [online]. 2020, v. 73, suppl 5 [Acessado 04 Julho 2021] , e20200371. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/reben/a/cJJ9sW3XhDS6JhDRNnWdsvf/?lang=pt#>>. Epub 21 Dez 2020. ISSN 1984-0446. <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2020-0371>.

BARBOZA, Lucas Eduardo Mello et al . **Os conceitos de Florence Nightingale em tempos de pandemia da COVID-19 retratados em história em quadrinhos: relato de experiência**. Esc. Anna Nery, , v. 24, n. spe, e20200200, 2020 . Disponível em <http://www.revenf.bvs.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-81452020000500601&lng=pt&nrm=iso>. acessos em 05 jul. 2021. Epub 09-Nov-2020. <http://dx.doi.org/10.1590/2177-9465-ean-2020-0200>.

TAVARES, Diogo Henrique et al. **Aplicabilidade da Teoria Ambientalista de Florence Nightingale na pandemia do novo Coronavírus**. J. nurs. health, p. 20104037-20104037, 2020. Disponível em <https://docs.bvsalud.org/biblioref/2020/12/1145284/aplicabilidade-da-teoria-ambientalista-de-florence-nightingale_OYr09qJ.pdf>. acessos em 06 jul. 2021.

CAPÍTULO 4

AÇÕES PREVENTIVAS EM UM CENTRO DE MATERIAL E ESTERILIZAÇÃO CONTRA CONTAMINAÇÃO POR SARS-COV-2: O INIMIGO INVISÍVEL

Data de aceite: 20/08/2021

Data de submissão: 28/06/2021

Gisele Massante Peixoto Tracera

Universidade Federal do Rio de Janeiro/UFRJ

Universidade do Estado do Rio de Janeiro/

UERJ

Rio de Janeiro/RJ

<http://lattes.cnpq.br/4865236628789035>

Sérgio Abreu de Jesus

Instituto Nacional do Câncer/INCA/MS

Escola de Enfermagem Anna Nery/EEAN/UFRJ

Rio de Janeiro/RJ

<http://lattes.cnpq.br/6423762710368410>

RESUMO: **Objetivo:** Descrever a conduta adotada em um centro de material e esterilização de um hospital público oncológico na prevenção de riscos aos profissionais de enfermagem por contaminação pelo SARS-CoV-2. **Método:** Trata-se de um estudo descritivo do tipo relato de experiência em um Centro de Material e Esterilização oncológico localizado na cidade do Rio de Janeiro/Brasil, realizado no período de março a dezembro de 2020. **Resultados/ Discussão:** O Centro de Material e Esterilização onde foram realizadas as alterações na rotina é composto por 36 profissionais com idade média de 47,4 anos (DP=9,7), dentre os quais 15 possuíam o ensino médio e 21 possuíam nível superior ou mais. A prática profissional no CME foi dividida em duas fases, denominadas “fase pré-pandêmica” e “fase pandêmica”. Dentre as

novas rotinas, pode-se destacar a supressão de dispositivos de lavagem por pressão no expurgo, rigor na utilização dos EPI, treinamento de paramentação e desparamentação, realização de limpeza automatizada e desinfecção térmica dos materiais respiratórios e não respiratórios, esterilização de lâminas e cabos de laringoscópios e as mudanças no transporte de material contaminado. **Conclusão:** Observou-se que a contaminação dos profissionais associada à paramentação e desparamentação adequada representava a estratégia apropriada, uma vez que não tivemos casos de acidentes com risco de auto contaminação. Dentre as recomendações, destaca-se a gestão dos recursos materiais e humanos de forma a priorizar a segurança dos profissionais e dos usuários dos serviços de saúde, além de planejamento constante, visando garantir o funcionamento de todos os serviços que dependem do Centro de Material e Esterilização.

PALAVRAS - CHAVE: Esterilização; Cuidados de enfermagem; Infecções por Coronavírus; Equipamentos de proteção individual; Equipe de enfermagem.

PREVENTIVE ACTIONS AT A MATERIAL AND STERILIZATION CENTER AGAINST SARS-COV-2 CONTAMINATION: THE INVISIBLE ENEMY

ABSTRACT: **Objective:** To describe the conduct adopted in the Center for Supplies and Sterilization from a public oncologic hospital to prevent SARS-CoV-2 from contaminating nursing workers. **Method:** This is a descriptive experience report carried out in an oncologic

Center for Supplies and Sterilization in the city of Rio de Janeiro/Brazil, from March to December 2020. **Results/Discussion:** The Center for Supplies and Sterilization where the changes in the routine were carried out is made up by 36 professionals, with a mean age of 47.4 (SD=9.7). From these, 15 finished high school and 21 completed higher education or had higher degrees. The professional practice in the CSS was divided in two stages, called “pre-pandemic” and “pandemic”. Among the new routines, stand out the suppression of pressure cleaning devices in purge, rigor in the use of the PPEs, training in wearing and removing protective apparel, automatic cleansing and thermal disinfection of respiratory and non-respiratory materials, sterilizing of blades and laryngoscope cables, and changes in the transportation of contaminated materials. **Conclusion:** It was found that the contamination of professionals, associated to the wearing and removing of the adequate apparel, was the appropriate strategy, since there were no accidents that offered the risk of self-contamination. Among the recommendations, stand out the management of material and human resources, to prioritize the safety of professionals and users of health services, added to a constant planning that aimed to guarantee that all services that depend on the Center for Supplies and Sterilization are functional.

KEYWORDS: Sterilization; Nursing care; Coronavirus infections; Personal Protective Equipment; Nursing Team.

1 | INTRODUÇÃO

Adisseminação da Covid-19 foi declarada, em 11 de março de 2020, pela Organização Mundial de Saúde (OMS) como pandemia e, até o momento, poucas informações a respeito do SARS-CoV-2 são efetivas. Sabe-se que é um vírus altamente contagioso em humanos, transmitido por contato direto ou indireto com pessoas ou superfícies contaminadas, por meio de gotículas que penetram no organismo humano através da mucosa – olho, nariz e boca (ROMANO et al., 2020; YU et al., 2020). Porém, um grande número de pessoas contaminadas pode ser assintomático, enquanto, ao mesmo tempo, transmite o vírus para pessoas saudáveis (FURUKAWA; BROOKS; SOBEL, 2020).

Como profissionais de saúde, viver uma pandemia nos faz refletir sobre as condutas que adotamos no dia a dia de trabalho, visando a prevenção e a promoção da saúde tanto da equipe quanto dos pacientes. Nessa perspectiva, enquanto enfermeiros, cabe a nós reavaliar o conceito de cuidado centrado no paciente, neste caso o cirúrgico, mudando essa perspectiva para o cuidado centrado na comunidade.

O que estamos, a duras penas, querendo deixar claro, aqui, é que, precisamos cada vez mais voltar o olhar clínico e crítico não apenas para “o que fazemos”, mas principalmente para “como fazemos”.

Soluções para pandemias partem de vários princípios, sendo um ponto importante, e talvez o principal, a prevenção. Ou seja, devemos impedir que o problema ocorra, pois, uma vez instalado, o risco do fracasso torna-se intimidador e preocupante.

Sendo assim, este artigo teve como objetivo descrever a conduta adotada em

um Centro de Material e Esterilização (CME) de um hospital público oncológico sob a perspectiva de prevenção dos riscos oferecidos aos profissionais de enfermagem por contaminação pelo SARS-CoV-2.

2 | MÉTODO

Trata-se de um estudo descritivo, do tipo relato de experiência, sobre a prevenção dos riscos pelos profissionais de enfermagem de um CME oncológico localizado na cidade do Rio de Janeiro, Brasil.

De março a dezembro de 2020 foram realizadas alterações em rotinas existentes e criadas novas rotinas referentes ao recebimento e processamento de materiais respiratórios e não-respiratórios potencialmente contaminados por SARS-COV-2.

Para implementação das novas rotinas, foi necessária a realização de treinamentos e supervisões constantes para o uso correto dos Equipamentos de Proteção Individual (EPI), além de paramentação e desparamentação seguindo a técnica, a fim de evitar a contaminação pelo vírus. Toda a equipe de enfermagem do setor teve participação.

Esse treinamento versa sobre o momento apropriado para usar o EPI; qual é o equipamento necessário; como vesti-lo, usá-lo e retirá-lo; como descartá-lo ou desinfetá-lo adequadamente; além de inspecionar os danos no EPI e as limitações do mesmo (Miranda et. al, 2020).

A execução das estratégias de prevenção foi elaborada com o apoio da Comissão de Controle de Infecção Hospitalar (CCIH) da unidade e seguiu os critérios estabelecidos na literatura disponível à época, com atualizações semanais.

Este estudo não foi submetido à avaliação do Comitê de Ética em Pesquisa da instituição, de acordo com a resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde, por ser um relato de experiência.

3 | RESULTADOS E DISCUSSÕES

O setor onde foram realizadas as alterações de rotina é composto por 36 profissionais com idade média de 47,4 anos ($DP=9,7$), dentre os quais 15 possuíam o ensino médio e 21 possuíam nível superior ou mais.

O CME é a unidade de apoio técnico destinado a processar todo o material contaminado em todas as etapas que acontecem a partir da recepção, passando pela limpeza, inspeção e preparo (GOMES, 2021).

Atualmente, a prática profissional no CME pode ser dividida em duas fases claramente definidas, as quais denominamos “fase pré-pandêmica” e “fase pandêmica”. Isso se deve ao fato de termos que adequar as rotinas, a fim de minimizar a exposição ocupacional dos profissionais de enfermagem atuantes nesse setor, embasados em recomendações preconizadas em todo o mundo.

O Centro de Controle de Doenças (CDC) recomenda a desinfecção de alto nível para os artigos semicríticos, sendo eles os endoscópios, tubos endotraqueais, circuitos respiratórios de anestesia e equipamentos de terapia respiratória que entrem em contato com membranas, mucosas ou pele não íntegra (PETERSEN, 2017; OSHA, 2020).

Na fase pré-pandêmica, permitia-se, na área do expurgo – área de recebimento de material contaminado ou área restrita (Miranda et al., 2020) –, o uso jatos de água em alta pressão para auxiliar na limpeza de produtos para a saúde (PPS) de conformação complexa, como os instrumentais videolaparoscópicos. Durante a fase pandêmica, todos os processos que geram aerossóis foram interrompidos, uma vez que potencializam a contaminação da superfície do setor, desde o teto, pias e bancadas, até os equipamentos, consequentemente potencializando o risco de contaminação do profissional atuante nessa área.

Segundo Miranda et al. (2020), faz-se necessária a capacitação das equipes para compreender os riscos, a fim de que sigam rigorosamente os protocolos instituídos. Ainda assim, para a mudança na prática diária dessa área, foi necessária da implementação de limpeza terminal duas vezes ao dia, pela equipe da higienização hospitalar, a fim de diminuir a carga viral supostamente presente nas superfícies.

O uso de EPI também sofreu alteração na rotina na fase pandêmica, tornando-se imprescindível, uma vez que o “vírus pode permanecer viável e infeccioso em aerossóis por horas e em superfícies por dias” (COFEN, 2020, p. 17), e, para efetivação da nova rotina, foram necessários treinamentos de paramentação e desparamentação, a fim de reduzir o risco de auto contaminação por conduta inadequada.

A recomendação passou a ser o uso de touca cirúrgica, protetor facial associado à máscara N95/PFF2, óculos de proteção, avental impermeável e luvas de borracha, que não faziam parte, em conjunto, da prática diária do CME citado neste estudo. Com o advento da pandemia, houve a obrigatoriedade de mudança na rotina e adesão de todos os profissionais às novas recomendações institucionais.

Atentos ao fato de que máscaras cirúrgicas não são consideradas EPI e, portanto, não possuem Certificado de Aprovação (CA), estas devem atender à ABNT NBR 15052:2004, que as classificam como artigos de não tecido de uso odonto-médico-hospitalar (MIRANDA et al., 2020).

Devido ao alto risco de aerossolização de materiais contaminados por SARS-CoV-2, a lavagem dos materiais respiratórios – como circuitos de ventiladores mecânicos, ressuscitador manual (ambu), cânula de Guedel, lâminas de laringoscópio e máscaras de Venturi – passou a ser feita, na fase pandêmica, de maneira automatizada, com programação de pré-lavagem, lavagem, termodesinfecção à 85°C e secagem, para minimizar a exposição dos profissionais.

De acordo com Miranda et al. (2020), para os PPS resistentes ao calor indica-se a termodesinfecção e, na ausência de equipamento para tal, deve-se proceder a desinfecção

química.

O transporte do material contaminado dentro da Instituição, indo de todos os setores até o CME, foi padronizado com o uso de saco vermelho, fechado, acondicionado em contêiner identificado com o símbolo de risco biológico (COFEN, 2020). É recomendado o uso de uma combinação de precauções padrão de contato, transportadas pelo ar e proteção ocular para proteção dos profissionais com exposição ao vírus (OSHA, 2020).

O Quadro 1 demonstra, de forma resumida, as condutas adotadas na rotina das atividades internas dos profissionais de enfermagem, o motivo para tal e as vias de risco de contágio pelo SARS-CoV-2.

Nova Conduta	Motivo	Vias de contágio
Não utilizar dispositivos de lavagem por pressão no expurgo	Risco de gerar aerossóis	Via aérea superior
Utilização rigorosa dos EPI	Proteção de vias aéreas e mucosas	Via aérea superior e contato com mucosas
Treinamento de paramentação e desparamentação	Evitar a auto contaminação	Via aérea superior e contato com mucosas
Realizar limpeza automatizada e desinfecção térmica dos materiais respiratórios e não respiratórios	Evitar a produção de aerossóis e reduzir o risco de acidentes com materiais contaminados	Via aérea superior e contato com mucosas
Realizar esterilização de lâminas e cabos de laringoscópios	Eliminação de microorganismos, exceto esporos bacterianos	Via aérea superior e contato com mucosas
Transporte de material contaminado em saco vermelho e contêiner com tampa	Reducir o risco de contaminação por contato e infecção cruzada	Via aérea superior e contato com mucosas

Quadro 1 - Condutas modificadas na rotina interna dos profissionais, baseadas nos motivos e respectivas vias de contágio, novembro/2020. Rio de Janeiro, Brasil.

4 I LIMITAÇÕES DO ESTUDO

Por ser realizado em um hospital de grande porte e especializado em oncologia, o grande fluxo de atendimento pode ter sido um dificultador na implantação das novas rotinas, assim como as constantes atualizações das rotinas já implementadas. Contudo, o monitoramento permitiu a consolidação dos resultados esperados.

A estrutura inadequada, de acordo com a RDC nº 50 (2002), e a falta de treinamento de rotina permitiu a percepção da falta de domínio técnico de alguns profissionais nos processos de trabalho, o que demandou algum tempo para a adequação das normas e rotinas.

5 I CONTRIBUIÇÕES PARA A PRÁTICA

Este estudo contribui para a reflexão da importância do conhecimento técnico da enfermagem em CME e para alertar para a necessidade de implantação de rotinas de treinamentos e capacitações para toda a equipe, visando boas práticas de atenção à saúde e cuidados adequados tanto com os PPS quanto com o ambiente de trabalho.

6 I CONCLUSÃO

Observou-se que o índice de contaminação nos profissionais, associado à paramentação e desparamentação adequada, representava a estratégia adequada, uma vez que não tivemos casos de acidentes com risco de auto contaminação.

O bom relacionamento e adesão da equipe às mudanças de rotina permitiu a percepção de que os profissionais se sentiam seguros no exercício da profissão, e estes demonstraram estar a par da necessidade de treinamentos frequentes.

Dentre as recomendações, destaca-se a gestão dos recursos materiais e humanos de forma a priorizar a segurança dos profissionais e dos usuários dos serviços de saúde, além de planejamento constante, visando garantir o funcionamento de todos os serviços que dependem da CME.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. RDC nº 50, de 21 de fevereiro de 2002. **Dispõe sobre o Regulamento Técnico para planejamento, programação, elaboração e avaliação de projetos físicos de estabelecimentos assistenciais de saúde.** Diário Oficial da República Federativa do Brasil. Brasília, 20 de mar. de 2002.

COFEN, 2020. **Recomendações gerais para organização dos serviços de saúde e preparo das equipes de enfermagem. As unidades de saúde devem se adequar às mudanças necessárias para enfrentamento da pandemia da COVID-19.** v3-4. 2020.

FURUKAWA, N. W.; BROOKS, J. T.; SOBEL, J. **Evidence Supporting Transmission of Severe Acute Respiratory Syndrome Coronavirus 2 While Presymptomatic or Asymptomatic.** Emerging Infectious Diseases, v. 26, n. 7, 2020.

GOMES, H. M. et al. **Organização de uma central de material e esterilização em uma Unidade de Pronto Atendimento Referência em Covid-19.** Revista Científica Multidisciplinar Núcleo do Conhecimento. 2021. 1(8), pp. 85-93.

MIRANDA, A. M. F. et al. **NOTA técnica coronavírus e CME: emissão inicial 28 de março de 2020.** São Paulo: NASCE/CME, 2020. 43p.

Petersen, B. T. et al. **Multisociety guideline on reprocessing flexible GI endoscopes: 2016 update.** Gastrointestinal Endoscopy, 85(2), 282-294.e1, 2017.

ROMANO, Mario. R. et al. **Facing COVID-19 in ophthalmology department.** Curr Eye Res. v. 45, n. 6, 2020.

United States Department of Labor. **Occupational Safety and Health Administration** [Internet]. Washington, DC: OSHA; 2020. [cited 2021 Mar 20]. Available from: <https://www.osha.gov/SLTC/covid-19/controlprevention.html>

YU, A-Y. et al. **A comprehensive Chinese experience against SARS-CoV-2 in ophthalmology.** Eye and Vision. v.7, n.19, 2020.

CAPÍTULO 5

O IMPACTO GLOBAL DAS AÇÕES DE ENFERMAGEM NA PREVENÇÃO E CONTROLE DE INFECÇÕES HOSPITALARES

Data de aceite: 20/08/2021

Data de submissão: 02/07/2021

Ana Cristina Cabral de Moraes

Enfermeira. Especialista em Controle de Infecção em Assistência à Saúde pela Universidade Federal Fluminense (UFF). Niterói - Rio de Janeiro, Brasil.
<https://orcid.org/0000-0002-3629-9492>

Fabiana Lopes Joaquim

Enfermeira. Pós-Doutora, Doutora e Mestre pelo Programa de Pós-Graduação em Ciências do Cuidado em Saúde da Universidade Federal Fluminense (UFF). Niterói - Rio de Janeiro, Brasil.
<https://orcid.org/0000-0003-1344-2740>

RESUMO: Este estudo tem como objetivo identificar nas produções do conhecimento o impacto das ações de prevenção e controle de infecções hospitalares exercidas pela enfermagem e analisar se estas estão em consonância com o que preconiza a Organização Mundial de Saúde (OMS) e o Ministério da Saúde (MS), através da Portaria 2616/98. Trata-se de um estudo de revisão integrativa realizada nas bases de dados: MEDLINE; LILACS; BDENF e IBECS, através dos critérios orientadores PICO; os descriptores e sinônimo pertinentes ao tema foram identificados no DECs e MeSH: cross infection, prevention, control, disease prevention, infection control, nurses, hospital infection control program. Critérios de inclusão:

artigos disponibilizados na íntegra, nas bases de dados selecionadas, com aderência à temática nos idiomas português, espanhol e inglês, publicados entre os anos 2000 - 2021, com vistas a identificar as evidências da temática em questão publicada nos últimos 21 anos. Os resultados incluíram 13 artigos nacionais e internacionais com diversas abordagens metodológicas e contextos investigativos, publicados entre os anos de 2009 - 2021, que abordaram como ações para a prevenção e controle das infecções: vigilância epidemiológica, avaliação de estrutura e processo, treinamentos e capacitações, avaliação do conhecimento e suporte administrativo. Estas apresentam impacto global positivo. Conclui-se que as ações de prevenção e controle verificadas nos artigos estão em consonância com a OMS e MS, contribuindo para a segurança dos pacientes e profissionais, sendo necessária maior efetividade das ações.

PALAVRAS - CHAVE: Controle de Infecções; Enfermagem; Infecção Hospitalar; Prevenção de Doenças; Revisão.

THE GLOBAL IMPACT OF NURSING ACTIONS IN THE PREVENTION AND CONTROL OF NOSOCOMIAL INFECTIONS

ABSTRACT: This study aims to identify the impact of actions for the prevention and control of hospital infections carried out by nurses in the production of knowledge the impact the actions for the prevention and control of hospital infections performed by nursing and to analyze whether they are in line with what the World

Health Organization (WHO) and the Ministry of Health (MS) recommend, through of Ordinance 2616/98. This is an integrative review study carried out in the following databases: MEDLINE; LILACS; BDENF and IBECS, through the PICO guiding criteria; the relevant descriptors and synonyms were identified in the DECs and MeSH: cross infection, prevention, control, disease prevention, infection control, nurses, hospital infection control program. Inclusion criteria: articles made available in full, in the selected databases, with adherence to the theme in Portuguese, Spanish and English, published between the years 2000 - 2021, in order to identify the evidence of the subject in question published in the last 21 years. The results included 13 national and international articles with different methodological approaches and investigative contexts, published between the years 2009 - 2021, which addressed as actions for the prevention and control of infections: epidemiological surveillance, structure and process evaluation, training and capacity building, knowledge assessment and administrative support. These have a positive overall impact. It is concluded that the prevention and control actions verified in the articles are in line with the WHO and MS, contributing to the safety of patients and professionals, requiring greater effectiveness of the actions.

KEYWORDS: Infection Control; Nursing; Hospital Infection; Prevention of diseases; Revision.

1 | INTRODUÇÃO

As infecções relacionadas à assistência em saúde (IRAS) afetam a qualidade da assistência à saúde global encontrando-se relacionada à segurança do paciente. As IRAS promovem aumento dos custos e tempo de hospitalização, bem como podem levar o paciente acometido ao óbito (SANTANA *et al*, 2015), sendo fundamental o acompanhamento dos índices pelos poderes públicos, através da notificações dos casos (OPAS, 2021).

Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS) o percentual de IRAS é de 7 % em países desenvolvidos e 10 % em países em desenvolvimento, o que afeta centenas de milhões de pessoas em todo mundo (WHO, 2014). A Organização Panamericana de Saúde no Brasil indica que em aproximadamente 14% das internações ocorrem infecções relacionadas à assistência (OPAS, 2021). Destarte, torna-se importante a adoção de ações que visem conter o avanço dos casos e promover repercussões positivas sobre a Segurança do Paciente.

A OMS apresenta a denominada aliança global que tem como objetivo reduzir os índices de infecções e consequentemente aumentar a segurança do paciente, acompanhantes, visitantes e profissionais de saúde (OLIVEIRA, 2013), por intermédio de temas que permanecem em voga por biênios como desafios globais sendo estes: higienização das mãos (2005-2006) e cirurgia segura (2007-2008), ambas com o objetivo de reduzir infecções associadas ao cuidado em saúde ou a procedimentos cirúrgicos (WHO, 2008; WHO, 2009); e a medicação sem danos (2017-2018) que visa à prevenção da resistência microbiana (SOARES, 2020).

No Brasil, a ANVISA também desenvolve objetivos que visam à redução destes índices, apresentando como objetivo geral através do programa nacional de controle

infecções relacionadas à assistência (PNPCIRAS) a redução das incidências das IRAS em todo o país e como objetivos específicos para o período de 2016 a 2020 visava consolidar o sistema de vigilância epidemiológica; reduzir nacionalmente a incidência das IRAS prioritárias; prevenir e controlar a disseminação da resistência microbiana em serviços de saúde e consolidar o PNPCIRAS; o que se encontra em harmonia com o que preconiza a OMS (ANVISA, 2016). Mas para que os referidos objetivos sejam alcançados, faz-se necessário que o Programa de Controle de Infecção Hospitalar por intermédio da Portaria 2616 de 12 de maio de 1998, seja implementado em totalidade, prezando pelo desenvolvimento de ações que visem à redução de incidência e gravidade das infecções hospitalares (BRASIL, 1998).

Frente ao exposto, o referido estudo torna-se relevante por identificar se as atividades exercidas pelos enfermeiros e demais profissionais de enfermagem, com vistas à prevenção e controle de infecções hospitalares estão em consonância com o que preconiza a OMS e o Ministério da Saúde, visto que os referidos profissionais são responsáveis pelos processos de trabalho com o objetivo de prevenção e controle de infecções nos cuidados assistenciais diretos que envolvem os processos de cuidar da enfermagem e nos indiretos relacionados com o administrar.

Este estudo objetivou identificar nas produções do conhecimento o impacto das ações de prevenção e controle de infecções hospitalares exercidas pela enfermagem e analisar se estas estão em consonância com o que preconiza a Organização Mundial de Saúde e o Ministério da Saúde, através da Portaria 2616/98.

2 | METODOLOGIA

Trata-se de um estudo de revisão integrativa da literatura desenvolvido inicialmente com a identificação do tema de pesquisa que são as atividades exercidas pela enfermagem. Posteriormente, foi definido como problema de pesquisa, as atividades de prevenção e controle de infecções hospitalares preconizadas pela Organização Mundial da Saúde e pelo Ministério da Saúde e, a partir dessa definição, elaborou-se a questão norteadora do estudo pautada na estratégia PICO (STILLWELL *et al*, 2010), sendo esta: “Quais ações preconizadas pela Organização Mundial da Saúde e pelo Ministério da Saúde são adotadas pela enfermagem com vistas à prevenção e controle de infecções hospitalares”.

A busca ocorreu nas bases de dados: MEDLINE (Medical Literature Analysis and Retrieval System Online); LILACS (Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde); BDENF (Banco de Dados da Enfermagem); IBECS (Índice Bibliográfico Espanhol de Ciências da Saúde).

A estratégia de busca foi a utilização de descritores e termos alternativos pertinentes ao tema selecionados e identificados através do DECs e do MeSH, sendo estes: cross infection, prevention, control, disease prevention, infection control, nurses, nursing; e

operadores booleanos “AND” e “OR”. Dessa forma, foram utilizados, para a busca dos artigos, esses descritores com o filtro: Papel do profissional de enfermagem.

Os critérios de inclusão adotados para a busca foram: artigos disponibilizados na íntegra, nas bases de dados selecionadas, que apresentam aderência à temática nos idiomas português, espanhol e inglês, publicados entre os anos 2000 - 2021, com vistas a identificar as evidências da temática em questão publicada nos últimos 21 (vinte um) anos. Ressalta-se que se adotou como ponto de partida para as buscas o ano 2000, visto que a Portaria que regulamenta as comissões de controle de infecções hospitalares ter sido criada no ano de 1998.

Os critérios de exclusão foram: produções científicas que apresentavam apenas o resumo e publicações que não abordavam as ações realizadas pelos profissionais de enfermagem na prevenção e controle de infecções hospitalares. A busca ocorreu durante o mês de março de 2021.

A busca com descritores associados aos operadores booleanos permitiu a identificação dos estudos pré-selecionados ($N=109$; estando estes na MEDLINE ($n=75$); LILACS ($n=18$); BDENF ($n=10$) e IBECS ($n=06$)) que tiveram seus títulos, resumos e descritores lidos, a fim de identificar sua adequação à pergunta norteadora e aos critérios de inclusão e exclusão pré-estabelecidos. Esta leitura foi realizada por dois revisores independentes, verificando-se a pertinência dos estudos serem incluídos na revisão, para leitura na íntegra, categorização, análise, interpretação e apresentação dos achados, sendo selecionados para esta etapa 13 artigos (MEDLINE: $n=10$; LILACS: $n=01$; BDENF: $n=02$; IBECS: $n=00$).

Torna-se importante esclarecer que a busca prezou pelo recorte temporal de artigos publicados entre os anos de 2000 e 2021, mas evidenciou-se, durante a leitura do material selecionado, que apenas os artigos publicados nos anos 2009, 2012, 2013, 2015, 2016, 2018, 2020 e 2021 apresentavam relação com a temática abordada sendo incluídos nesse estudo.

A análise dos dados ocorreu mediante a sumarização dos artigos selecionados, com vistas a alcançar o objetivo do estudo. Diante do exposto, os dados extraídos foram descritos e organizados em quadro com informações referentes a autores/ano de publicação/título, ações de prevenção e controle da infecção, por qual órgão (OMS/ MS) a ação adotada é preconizada (Quadro 1). Ao final da análise e interpretação dos resultados os achados inerentes à revisão/síntese do conhecimento foram apresentados na discussão deste estudo.

3 | RESULTADOS

A pesquisa em base de dados permitiu a inclusão de 13 artigos na revisão que tiveram a qualidade das evidências científicas verificadas por intermédio do nível de

evidência (STILLWELL *et al.*, 2010). Neste artigo, os níveis de evidência das produções científicas selecionadas dizem respeito aos níveis II, IV e VI, sendo estes verificados pelo método adotado nas produções.

Quanto ao continente em que os estudos foram desenvolvidos, verificou-se o predomínio de estudos inerentes ao continente Asiático (n= 05), seguido da Americano, mas especificamente da América do Sul (n=04), Europeu (n= 03) e Oceania (n=1). Quanto aos países verificou-se o desenvolvimento de estudos na China (n=03), Brasil (n=03), Kuwait (n=01), Holanda (n=1), Chile (n=1), Polônia (n=01), Iran (n=01), Austrália (n=1), Suécia (n=1).

Os estudos selecionados e inclusos na revisão encontram-se descritos a seguir no Quadro 1.

Autores / Ano de publicação/ Título	Ações de prevenção e controle da infecção	Por qual órgão (OMS/ MS) a ação adotada é preconizada
ERASMUS <i>et al.</i> /2009/ Uma exploração qualitativa das razões para má higiene das mãos entre funcionários de hospitais	Avaliação das barreiras para conformidade de higienização das mãos.	OMS/MS
SALAMA <i>et al.</i> /2012/ Efeito da conformidade com a higiene das mãos em infecções adquiridas em hospitais em uma UTI de um hospital universitário do Kuwait	Vigilância epidemiológica, treinamento e avaliação da adesão da higiene das mãos, verificação de estrutura e processo.	OMS/MS
ALENJO <i>et al.</i> /2013/ Redução da incidência de pneumonia associada à ventilação mecânica após cirurgia cardíaca: 13 anos de vigilância epidemiológica	Vigilância epidemiológica, treinamentos, criação de protocolos, adequação à conformidade de estrutura.	OMS/MS
GARUS-PAKWOSKA <i>et al.</i> /2013/ O uso de luvas de proteção por pessoal médico	Avaliação do uso de luvas.	OMS/MS
MEDEIROS <i>et al.</i> /2015/ Impacto da abordagem multidimensional da higienização das mãos do International Nosocomial Infection Control Consortium (INICC) em 3 cidades no Brasil	Supporte administrativo, disponibilidade de suprimentos, educação e treinamento, lembretes no local de trabalho, vigilância de processos e feedback de desempenho.	OMS/MS
MACIEL <i>et al.</i> /2016/ Barreiras à investigação e notificação de surtos nosocomiais (NOs) às autoridades de saúde em São Paulo, Brasil: uma abordagem de métodos mistos	Vigilância epidemiológica	MS

JEIHOON <i>et al.</i> /2018/ Promoção em enfermeiras de comportamentos para prevenção das infecções nosocomiais	Treinamento	OMS/MS
KONG <i>et al.</i> /2018/ Prevalência de colonização por <i>Staphylococcus aureus</i> resistente à meticilina entre profissionais de saúde em um hospital terciário no sudeste da China	Vigilância epidemiológica	MS
CIAMPOLI <i>et al.</i> /2020/ Avaliação da prevenção de infecções associadas ao ventilador em quatro unidades de terapia intensiva australianas	Avaliação do conhecimento e das condutas para prevenção de infecções	MS
MINHUI <i>et al.</i> /2020/ Infecção cruzada de adenovírus entre a equipe médica: um alerta d unidade de terapia intensiva de um hospital universitário terciário na China	Vigilância epidemiológica	MS
SANTOS <i>et al.</i> /2020/ Desempenho dos programas de prevenção e controle de infecções em pequenos hospitais	Avaliação de conformidade de estrutura e processo	MS
ZHOU <i>et al.</i> /2020/ Pesquisa sobre o modelo de treinamento individualizado de curto prazo de enfermeiras em enfermarias de isolamento de emergência durante o surto de covid-19	Treinamento	OMS/MS
BLOMGREN <i>et al.</i> /2021/ Percepções dos profissionais de saúde e aceitação de um sistema de lembrete eletrônico para higiene das mãos	Avaliação da adesão à higienização das mãos	OMS/MS

Quadro 1 - Descrição dos estudos incluídos na revisão integrativa, segundo autores/ano de publicação / título, ações de prevenção e controle da infecção, por qual órgão (OMS/ MS) a ação adotada é preconizada.

Fonte: MEDLINE, LILACS, BDENF (2021).

4 | DISCUSSÃO

Ao realizar a seleção das bibliografias potenciais e efetuar a leitura dos artigos na íntegra, elaborou-se a categorização dos dados, levando-se em consideração a semelhança entre os materiais selecionados. Diante do exposto, emergiram 03 categorias que serão descritas a seguir.

4.1 A Importância do Sistema de Vigilância Epidemiológica na Prevenção e Controle das Ias

A Vigilância Epidemiológica tem como função detectar e prevenir doenças, atuando sobre fatores de riscos e agravos relacionados a estas, com vistas à elaboração de estudos

e normas de ações. Assim, verifica-se que a vigilância apresenta papel primordial nas ações que prezam pelo controle das infecções hospitalares, sendo notório este papel nos estudos analisados.

Estudo que objetivou investigar as taxas de transporte de *Staphylococcus aureus* e *Staphylococcus aureus* resistente à meticilina (MRSA) entre profissionais de saúde em hospital da China demonstrou que a transmissão estaria ocorrendo entre os profissionais através de infecções cruzadas, levando a necessidade de se realizar o controle destas (KONG *et al*, 2018).

Mediante o exposto, verifica-se a necessidade que o controle da disseminação das bactérias seja realizado e para tal, torna-se veemente identificar a origem da problemática para que estratégias sejam traçadas.

Destarte, a vigilância epidemiológica emerge com vistas a fornecer evidências científicas aos profissionais de saúde sobre necessidade de implantação de medidas de prevenção e controle das IRAS indicando a estes a necessidade de aderirem a condutas que prezem pela redução dos casos (KONG *et al*, 2018).

Estudo realizado no Chile relacionado à ocorrência de Pneumonia associada à ventilação mecânica (PAV) em pacientes que se submeteram a cirurgia cardíaca evidenciou a necessidade de treinamentos com as enfermeiras sobre o manuseio dos equipamentos de ventilação mecânica (VM), bem como sua higienização com álcool em gel, com vistas à redução dos casos de infecção (AJENJO *et al*, 2013).

Ante o exposto, verifica-se que a vigilância epidemiológica apresentou-se como ferramenta importante na identificação de casos de infecção, com vistas ao desenvolvimento de ações de prevenção e controle que precisam ser aderidas pelos enfermeiros, fornecendo qualificação da assistência à saúde e consequente redução de custos e melhoria da segurança do paciente, seguindo, o que determina a OMS (AJENJO *et al*, 2013).

Ressalta-se que a adesão dos profissionais de saúde as condutas de prevenção e controle das IRAS é fundamental, visto que a falta de adesão compromete a assistência, repercutindo sobre a investigação e notificações de surtos nosocomiais (MACIEL *et al*, 2016).

A vigilância epidemiológica é fundamental a prevenção e controle de infecções hospitalares, mas os profissionais que a desempenham encontram barreiras no exercício desta função no que se refere à investigação e notificação, relacionada à falta de conhecimento em como realizar tais ações; recursos humanos insuficientes para a execução do serviço; falta de material e de autonomia para emitir relatórios por medo de afetar a imagem da instituição (MACIEL *et al*, 2016). No entanto, estas questões pontuadas demonstram a necessidade de serem implementadas políticas que assegurem aos profissionais da vigilância à sua prática investigativa (MACIEL *et al*, 2016).

Visto que a falta de vigilância epidemiológica ou a realização desta de modo insuficiente constitui hipótese para o aumento das notificações das IRAS, torna-se veemente

que sejam adotadas a partir do que é evidenciado pelo setor o uso de indicadores e dos Procedimentos Operacionais Padrão (POPs) com vistas à prevenção e controle das IRAS.

4.2 A IMPORTÂNCIA DA AVALIAÇÃO DOS INDICADORES E DOS PROCEDIMENTOS OPERACIONAIS PADRÃO (POPS) NA PREVENÇÃO E CONTROLE DAS IRAS

A avaliação de estrutura e processo corroboram com a averiguação de conformidades institucionais como: recursos humanos; infraestrutura física; recursos materiais, instrumentos técnicos e administrativos; diretrizes operacionais, vigilância epidemiológica e atividades de prevenção e controle das IRAS. Porém toda essa gama de possibilidades ainda é subutilizada no Brasil, o que demonstra necessidade de medidas de educação e auditoria para melhoria da qualidade da assistência em saúde e maior efetividade nos resultados das ações preconizadas pelo MS e OMS (SANTOS *et al*, 2020).

A avaliação dos indicadores e a adequação das conformidades de estrutura e processo devem ocorrer anteriormente à realização de protocolos, pois não podemos determinar que algo seja realizado sem anteriormente fornecer os subsídios para tais ações. Pensando nessas premissas básicas para executar a assistência à saúde com qualidade, que uma tecnologia de lembrete eletrônico e instalação de dispenseres com álcool gel foi adotada na Suécia como estratégia para redução dos índices de infecção decorrente da transmissão de microrganismos pelas mãos dos profissionais (BLOMGREM *et al*, 2021). Não obstante a tecnologia seja aliada é importante ressaltar que nada substitui a lavagem e higienização das mãos antes e após a assistência, bem como o uso de luvas no desenvolvimento de procedimentos assistenciais.

O centro de controle de doenças (CDC) e a OMS apontam a obrigatoriedade de utilização de luvas em contato com sangue, mucosa, pele ferida ou material potencialmente infeccioso, com vistas à prevenção de infecção cruzada, mas estudo Polonês aponta que há insuficiente adoção desta conduta pelos profissionais (50%) durante o exercício profissional (GARUS-PAKOWSKA *et al*, 2013) levando risco aos profissionais e aos pacientes e nos faz pensar sobre o que levaria os profissionais a se arriscarem no exercer profissional, sendo a resposta para esta pergunta à falta de suporte administrativo; indisponibilidade de suprimentos; ausência de educação e treinamentos; falta de lembretes no local de trabalho; ausência de vigilância de processos e feedback de desempenho, principalmente no que diz respeito à higienização das mãos (MEDEIROS *et al*, 2015).

Ao pensarmos em condutas que priorizem medidas de prevenção e controle de infecção nos deparamos com os denominados Procedimentos Operacionais Padrão (POPs) que dizem respeito a documentos elaborados por instituições de saúde objetivando planejar o trabalho gerando consenso de ação entre os setores da unidade na qual os POPs foram elaborados.

No cenário internacional os POPs fornecem lugar ao que chamamos de *guidelines* ou *role models* que são diretrizes orientadas por órgãos de saúde e que norteiam as condutas no cenário hospitalar, porém em estudo Holandês verificou-se que os denominados *role*

models, traduzido como modelos de comportamento, não eram cumpridos devido à cultura hospitalar do referido país a época em que o estudo foi realizado, permitir que os profissionais seguissem suas crenças pessoais. Os pesquisados do referido estudo acreditavam que não havia evidências científicas substanciais sobre a transmissão de doenças decorrente da falta de higiene das mãos (ERASMUS *et al.*, 2009).

Ante o exposto, torna-se importante refletirmos sobre o fato de que pensamentos equivocados e pautados em crenças pessoais sem saber científico envolvido podem comprometer o desenvolvimento científico a nível global, quando publicados, visto que há o consumo de ciência através de escritos científicos assim, torna-se importante ressaltar que a ciência está em constante evolução e que o saber científico obtido através de pesquisas corroboram para a mudança de paradigmas institucionais e pessoais.

Na Austrália, mesmo com a existência de *bundle*, protocolos de prevenção e a confirmação através dos questionários de pesquisa de que as enfermeiras que atuam na terapia intensiva possuem o conhecimento necessário sobre a prevenção de IRAS, verificou-se falha na adoção de ações e cuidados assistenciais que prezasse pela prevenção de pneumonia associada à ventilação como um todo, principalmente nos cuidados referentes à cavidade oral do paciente, visto que os conhecimentos das enfermeiras não se traduziam em prática devido a crenças pessoais de que alguns procedimentos são desnecessários, além da falta de aderência ao *bundle* e aos POPs (CIAMPOLI *et al.*, 2020).

Ante o exposto, aponta-se a necessidade de que ocorra continuamente treinamento profissional nos cenários assistenciais prezando pela segurança dos profissionais e dos pacientes.

4.2 O Treinamento Profissional como Instrumento para a Segurança do Profissional e do Paciente

O treinamento profissional fornece repercussões positivas para a assistência e esta afirmação pode ser comprovada através de estudo realizado no Chile no qual enfermeiras foram treinadas sobre o manuseio dos equipamentos de ventilação mecânica (VM), bem como higienização com álcool em gel; o referido treinamento resultou na redução dos casos de infecção que de 56,7 passou para 25 casos em 1000 dias (AJENJO *et al.*, 2013).

O referido estudo apontou também que outras IRAS sofreram redução no número de casos, após os treinamentos, mas que embora tenham ocorrido reduções, os índices de adesão às medidas de prevenção às IRAS ainda eram baixas, não superiores a 30% (AJENJO *et al.*, 2013). Demonstrando a importância dos treinamentos como estratégia para a redução dos casos de IRAS.

Destarte, a abordagem educacional sobre as indicações e técnicas da higiene das mãos, lembretes afixados nas áreas de trabalho, sessões de grupos focadas, *feedback* sobre a conformidade da higiene das mãos e taxas de infecção (SALAMA *et al.*, 2013), adoção de programas baseado no esclarecimento dos modelo de crenças de saúde para

prevenção de infecções (*JEIHOON et al, 2018*) e treinamentos (*MEDEIROS et al, 2015*) são pontos que corroboram com a adesão dos profissionais as condutas de prevenção e controle, bem como contribuem com a redução da taxa geral de infecções.

Logo, ações que visam o treinamento são essenciais à segurança profissional e dos pacientes, pois por intermédio destas, os profissionais são instruídos sobre prevenção de infecções, paramentação e desparamentação correta da vestimenta hospitalar o que contribui para redução de taxas de infecções (*ZHOU et al, 2020*).

Ações que abordem sobre a lavagem e higienização correta das mãos, bem como a importância do uso de luvas (*MINHUI et al, 2020*) também são fundamentais para que ocorra resposta mais efetiva na redução das infecções, decorrentes da ausência ou precariedade na realização destas ações, visto que há baixa adesão às precauções padrão e higienização das mãos durante a prestação de cuidados (*CIAMPOLI et al, 2020*).

De tal modo, torna-se notório que ações como a lavagem e higienização das mãos, vistas por muitos profissionais como ações óbvias, ainda são pontos cruciais a serem trabalhados durante as capacitações, por ainda serem pontos críticos no que diz respeito à transmissão de microrganismos corroborando com a propagação de infecções.

Ante o exposto, destaca-se ser importante que após identificação de questões a serem trabalhadas com vistas à prevenção e controle de infecções, sejam definidos objetivos a serem alcançados com o treinamento e seja realizada a avaliação do conhecimento dos profissionais antes e após capacitação verificando se os objetivos propostos foram alcançados.

O estudo apresentou como limitação a seleção de artigos publicados de 2009 a 2021, embora tenha se adotado o recorte temporal de 2000 a 2021. Esse fato pode estar relacionado com as bases de dados e estratégia de busca adotada para o desenvolvimento do estudo. Outra limitação diz respeito ao número restrito de artigos em bases nacionais e internacionais que viessem a contribuir para a discussão dos objetivos propostos.

5 | CONCLUSÃO

Os resultados apontaram que as ações para a prevenção e controle das infecções exercidas pelos profissionais de enfermagem são: vigilância epidemiológica, avaliação de estrutura e processo, treinamentos e capacitações, avaliação do conhecimento e suporte administrativo.

Os achados apontaram que estas ações apresentam impacto global positivo na prevenção e controle de infecções, estando em consonância com o que preconiza a Organização Mundial de Saúde (OMS) e o Ministério da Saúde (MS), através da Portaria 2616/98. Conclui-se com os achados que apesar das ações preconizadas pelo MS e pela OMS estarem sendo executadas com êxito no âmbito global, há necessidade de aumento dos percentuais de conformidade e maior adesão à realização de práticas de prevenção e

controle das IRAS tornando estas mais efetivas.

Mediante o exposto, sugere-se que os resultados deste estudo corroborem para pesquisas futuras e para maior adesão na assistência de práticas de prevenção e controle das IRAS com vistas à segurança dos profissionais e pacientes.

REFERÊNCIAS

ANVISA. Programa Nacional de Prevenção e Controle de Infecções Relacionadas à Assistência à Saúde. 2016-2020. **Gerência Geral em Tecnologia dos Serviços de Saúde-GGTES**, Brasília, 2016. Disponível em: https://www.saude.gov.br/images/imagens_migradas/upload/arquivos/2017-02/pnpsciras-2016-2020.pdf. Acesso em: 07 mar. 2021.

AJENJO, M. Cristina; *et al.* Reducción de incidencia de neumonía asociada a ventilación mecánica post cirugía cardíaca: experiencia de 13 años de vigilancia epidemiológica en un hospital universitario. **Rev. chil. infectol.** v. 30, n. 2, p. 129-134, 2013. Disponível em: <https://scielo.conicyt.cl/pdf/rch/v30n2/art02.pdf>. Acesso em: 30 mar. 2021

BLOMGREM, P-O; LYTSY, B; HJELM, K; SWENNE, C L. Healthcare worker's perceptions and acceptance of an electronic reminder system for hand hygiene. **J Hosp Infect**, v. 108, p. 197-204, 2021. Disponível em: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0195670120305582>. Acesso em: 21 mar. 2021.

BRASIL. Portaria nº 2616 de 12 de maio de 1998. **Ministério da Saúde**. Brasília. 1998. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/1998/prt2616_12_05_1998.html. Acesso em: 25 fev. 2021.

CIAMPOLI, Natasha; *et al.* Evaluation of prevention of ventilator-associated infections in four Australian Intensive care units. **J Infect Prev**, v. 21, n. 4, p. 147-154, 2020. Disponível em: <https://journals.sagepub.com/doi/10.1177/1757177420908006>. Acesso em: 21 mar. 2021.

ERASMUS, V; *et al.* A qualitative exploration of reasons for poor hand hygiene among hospital workers: lack of positive role models and of convincing evidence that hand hygiene prevents cross-infection. **Infect Control Hosp Epidemiol.** v. 30, n. 5, p. 415-9, 2009 Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/resource/pt/mdl-19344264>. Acesso em: 30 mar. 2021.

GARUS-PAKOWSKA, Anna; *et al.* The use of proctective gloves by medical personnel. **Int J Occup Med Environ Health**. v. 26, n. 3, p. 423-429. 2013. Disponível em: <http://ijomeh.eu/The-use-of-protective-gloves-by-medical-personnel,2188,0,2.html>. Acesso em: 27 mar. 2021.

JEIHOON, Ali Khani; *et al.* Promoción en las enfermeras de comportamientos para la prevención de las infecciones nosocomiales. Efecto de un programa educativo basado en el Modelo de Creencias de Salud. **Invest Educ Enferm**, v. 36, n. 1, e.09, 2018. Disponível em: <https://revistas.udea.edu.co/index.php/iee/article/view/331950/20787941>. Acesso em: 30 mar. 2021.

KONG, Yi; *et al.* Prevalence of methicillin-resistant Staphylococcus aureus colonization among healthcare workers at a tertiary care hospital in southeastern China. **J Glob Antimicrob Resist**, v.15, p. 256-261, 2018. Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S2213716518301607?via%3Dihub>. Acesso em: 27 mar. 2021.

MACIEL, ALP; *et al.* Barriers to investigating and reporting nosocomial outbreaks to health authorities in São Paulo, Brazil: a mixed methods approach. **J Hosp Infect**, v. 94, n. 4, p. 330-337, 2016. Disponível em: [https://www.journalofhospitalinfection.com/article/S0195-6701\(16\)30216-X/fulltext](https://www.journalofhospitalinfection.com/article/S0195-6701(16)30216-X/fulltext). Acesso em: 27 mar. 2021.

MEDEIROS, Eduardo A; *et al.* Impact of the international nosocomial Infection Control Consortium (INCC) multidimensional hand hygiene approach in three cities in Brazil. **Am J Infect Control**, v. 43, n. 1, p. 10-5, 2015. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/mdl-25564118>. Acesso em: 21 mar. 2021.

MINHUI, Dai; *et al.* Cross-infection of adenovirus among medical staff: A warning from the intensive care unit in a tertiary care teaching hospital in China. **Int J Infect Dis**, v. 98, p. 390-397, 2020. Disponível em: <https://www.ijidonline.com/action/showPdf?pii=S1201-9712%2820%2930538-5>. Acesso em: 27 mar. 2021.

OLIVEIRA, Diana Carmem Almeida Nunes de. Prevenção de infecções relacionadas à assistência à saúde e o plano nacional de prevenção e controle de infecção relacionadas à assistência à saúde. **Simpósio Internacional de Segurança do paciente**, Rio de Janeiro, 2013. Disponível em: <https://www.saude.rj.gov.br/comum/code/MostrarArquivo.php?C=Njk3Mg%2C%2C>. Acesso em: 07 mar. 2021.

OPAS. Estratégias para Segurança do Paciente. **Organização Pan-Americana da Saúde**. 2021. Disponível em: www.paho.org/bra/index.php?option=com_content&view=article&id=1106:opas-oms-e-anvisa-apresentam-estrategias-para-seguranca-do-paciente&Itemid=463. Acesso em: 06 mar. 2021.

SALAMA, Mona F; *et al.* The effect of hand hygienecompliance on hospital-acquired infections in an ICU setting in a Kuwaiti teaching hospital. **J Infect Public Health**, v. 6, n. 1, p. 27-34, 2013. Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S187603411200130X?via%3Dihub>. Acesso em: 27 mar. 2021.

SANTANA, Rosane da Silva; *et al.* Atribuição do Enfermeiro na Comissão de Controle de Infecção Hospitalar: Revisão Integrativa. **Rev Prev Infec e Saúde**, v. 1, n. 2, p. 67-75, 2015. Disponível em: <https://revistas.ufpi.br/index.php/nupcis/article/view/4338/pdf>. Acesso em: 06 mar. 2021.

SANTOS, Priscilla Ladislau Carneiro; *et al.* Desempenho dos programas de prevenção e controle de infecções em pequenos hospitais. **Rev Esc Enferm USP**, v. 54, e03617, 2020. Disponível em: <http://www.revenf.bvs.br/pdf/reeusp/v54/1980-220X-reeusp-54-e03617.pdf>. Acesso em: 30 mar. 2021.

SOARES, Filipe. Desafio Global de Segurança do Paciente Medicação Sem Danos. **Biblioteca virtual de enfermagem – COFEN**, 2020. Disponível em: <http://biblioteca.cofen.gov.br/desafio-global-seguranca-paciente-medicacao-sem-danos/#:~:text=O%20Desafio%20Global%20de%20Seguran%C3%A7a%20do%20Paciente%20tem%20como%20objetivo,estrat%C3%A9gias%20de%20preven%C3%A7%C3%A3o%20de%20danos>. Acesso em: 16 mar. 2021.

STILLWELL, Susan B; *et al.* Searching for the evidence: strategies to help you conduct a successful search. **AJN**, v. 110, n. 5, p. 41-7, 2010. Disponível em: http://download.lww.com/wolterskluwer_vitalstream_com/permalink/ncnj/a/ncnj_546_156_2010_08_23_sadfo_165_sdc216.pdf. Acesso em: 25 fev. 2021.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). World Health Organization & WHO Patient Safety . The second global patient safety challenge: safe surgery saves lives. **World Health Organization**. 2008. Disponível em: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/70080>. Acesso em 16 mar. 2021.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). WHO Patient safety & World Health Organization. WHO guidelines for safe surgery: 2009: safe surgery saves lives. **World Health Organization**. 2009. Disponível em: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/44185>. Acesso em 16 mar. 2021.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). Health care-associated infections Fact Sheet. **World Health Organization**. 2014. Disponível em: https://www.who.int/gpsc/country_work/gpsc_ccisc_fact_sheet_en.pdf. Acesso em: 06 mar. 2021.

ZHOU, Min; *et at.* Research on the individualized short-term training model of nurses in emergency isolation wards during the outbreak of covid-19. **Nurs Open**, v. 7, n. 6, p. 1902-08, 2020. Disponível em: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/nop2.580>. Acesso em: 27 mar. 2021.

CAPÍTULO 6

PERCEPÇÕES DE CONVIVER COM HIV/AIDS E FAZER USO DA TERAPIA ANTIRRETROVIRAL: UM SCOPE REVIEW

Data de aceite: 20/08/2021

Data de submissão: 31/05/2021

Kemily Benini Costa

Enfermeira, Mestre em Ciências da Saúde.
Departamento de Enfermagem, Universidade
Federal de São Carlos
São Carlos, São Paulo, Brasil
ORCID: 0000-0003-1410-7637
<https://orcid.org/0000-0003-1410-7637>

Marcia Niituma Ogata

Prof^a Dr^a Titular Senior de Enfermagem,
Departamento de Enfermagem, Universidade
Federal de São Carlos
São Carlos, São Paulo
ORCID: 0000-0001-8390-7334
<http://orcid.org/0000-0001-8390-7334>

para a amostra da pesquisa. Construíram-se 4 categorias de análise. 1.Processo de aceitação do diagnóstico do HIV, marcado por difícil assimilação da infecção; 2.Conquistas e desafios com a Terapia Antirretroviral, que afasta a ideia de finitude, mas desperta questionamentos quanto aos obstáculos de seu uso na vida cotidiana; 3.Divulgação da Soropositividade, que é mantida em sigilo e 4.Conviver com HIV/aids: do medo e estigma à adaptação ao longo da vida, denotando o processo de superação e retorno do equilíbrio psicossocial diante a condição. Conclusão: Prevalece percepções negativas de conviver com HIV/aids moduladas pelo estigma. A terapia antirretroviral, nesse contexto, ameniza esses significados de sofrimento emocional à medida que afasta a ideia de morte e traz a possibilidade de futuro, mas também carrega obstáculos, sobretudo quanto aos efeitos colaterais.

palavras - chave: Percepção; Representação; HIV; Terapia Antirretroviral.

RESUMO: Objetivo: Analisar as percepções de conviver com HIV/aids e fazer uso da terapia antirretroviral. Método: Trata-se de um Scope Review. A base de dados utilizada foi a Biblioteca Virtual de Saúde e a coleta ocorreu em abril e maio de 2018, incluindo artigos em português ou inglês, completos e disponíveis online. Não houve recorte temporal. Seguiu-se pela seleção primária dos mesmos pela leitura dos resumos e nova seleção destes pela análise completa dos textos. Após delineamento das principais características das pesquisas, os dados mais relevantes e frequentes foram agrupados em categorias e sintetizados de forma descritiva. Resultados: 29 artigos foram selecionados

PERCEPTIONS OF LIVING WITH HIV/AIDS AND ANTIRETROVIRAL THERAPY: A SCOPE REVIEW

ABSTRACT: Objective: Analyze the perceptions of living with HIV/aids and make use of antiretroviral therapy. Method: This is a Scope Review. The database used was the Virtual Health Library and the collection took place in April and May of 2018, including articles in portuguese or english, complete and available online. There was no temporal cut. It was followed by the primary selection of the same ones by the reading of the abstracts and new selection of these by the complete analysis of the texts. After outlining the

main characteristics of the surveys, the most relevant and frequent data were grouped into categories and synthesized in a descriptive way. Results: 29 articles were selected for the research sample. Four categories of analysis were constructed. 1. Acceptance process of HIV diagnosis, marked by difficult assimilation of the infection; 2. Conquests and challenges with Antiretroviral Therapy, which removes the idea of finitude, but raises questions about the obstacles of its use in daily life; 3. Disclosure of HIV status, which is kept confidential and 4. Living with HIV/aids: from fear and stigma to lifelong adaptation, denoting the process of overcoming and returning the psychosocial balance to the condition. Conclusion: Prevalence of negative perceptions of living with HIV/aids modulated by stigma. Antiretroviral therapy, in this context, softens these meanings of emotional distress as it removes the idea of death and brings the possibility of future, but also carries obstacles, especially as to the side effects.

KEYWORDS: Perception, Representation, HIV, Antiretroviral Therapy.

1 | INTRODUÇÃO

O surgimento do vírus da imunodeficiência adquirida (HIV) na década de 1980 despertou questões universais tangentes, sobretudo à qualidade de vida, terapia medicamentosa, direitos humanos e políticas públicas. Representa ainda um grave problema de saúde coletiva, em função do seu caráter pandêmico e gravidade (Brandão et al, 2017). Em 2019, em torno de 38 milhões de pessoas viviam com HIV/aids, sendo que neste mesmo ano houve 1,7 milhões de casos novos e 690 mil mortes relatadas pela doença no mundo (UNAIDS, 2020). No Brasil, o número de infectados chega a 920 mil pessoas (UNAIDS, 2020), sendo que do início da epidemia até dezembro de 2019, foram identificados 349.784 óbitos cuja causa básica foi a aids (BRASIL, 2020).

O estranhamento à nova infecção junto a alta mortalidade, perda da qualidade de vida, associado ao público principal que atingia, profissionais do sexo, homossexuais e usuários de drogas, repercutiu em percepções sociais de medo e estigma que se tornaram alicerce da doença (MOREIRA et al, 2010, DANTAS et al, 2014). O HIV/aids passou a ser percebido como perigosa e contagiosa (THAPA et al, 2018) relacionada à pessoas irresponsáveis que assumiram comportamentos desviantes das normas sociais e por isso viviam o desfecho da soropositividade (VILIARINHO, PADILHA, 2014, ZAMBENEDETTI, BOTH, 2013, DANTAS et al, 2015).

A epidemia, por sua vez, foi marcada por transição do perfil epidemiológico ao longo do tempo. Caracterizado a princípio pela transmissão homossexual masculino de elevada escolaridade seguiu-se pela atual expansão à exposição heterossexual e feminização, bem como disseminação progressiva para estratos sociais de menor escolaridade (SILVA et al, 2017). Além disso, o surgimento da Terapia Antirretroviral (TARV) na década de 1990, mostrou-se eficaz em diminuir a mortalidade quanto ao HIV/aids e promover qualidade de vida das pessoas que vivem com a infecção (PERAZZO et al, 2016, GUIMARÃES et al, 2017). Esse contexto permitiu rever e reformular os significados da condição, considerando

seu afastamento da imagem degradante e morte, bem como inespecificidade de grupos a serem atingidos, conferindo-lhe o título de doença crônica (OLIVEIRA et al, 2017).

Todavia, após anos de conhecimento sobre a infecção, a trajetória de conquistas sociais, formulação de políticas públicas e construção/fortalecimento de uma assistência resolutiva e eficaz aos indivíduos com HIV/aids é impossível negar a expressividade e permanência do estigma, movido, sobretudo, pelo medo de contágio e falta de informação, e consequentemente o impacto holístico que traz para a vida de quem convive com a condição (ARAÚJO et al, 2018).

Essa realidade, por sua vez, desperta algumas inquietações. Visto a quantidade de estudos em contínuo desenvolvimento na temática do HIV/aids desde seu surgimento, o cenário deveria ser outro, considerando o poder que a informação e conscientização sobre determinado tema tem de mudar percepções sobre o mesmo. Remete-se, então, a reflexão se a produção literária tem se limitado as universidades e pesquisadores e qual a extensão que vem permeando as pessoas em seu cotidiano de vida, se possuem acesso a esses novos conhecimentos. Além do mais, cabe discutir, se pra aqueles que detêm de constante atualização teórica, o aprimoramento tácito tem mudado realmente seus significados em relação a infecção.

Devido o estigma é comum as pessoas que convivem com HIV/aids sentirem-se culpadas, excluídas e discriminadas, denotando a força que as imagens construídas socialmente exercem nesses indivíduos (FITZGERALD-HUSEK et al, 2017). A estratégia de ocultar a doença é a abordagem predominante para evitar acusações, isolamento ou julgamento e assim garantir sua sobrevivência social, onde todo o preconceito existente pode resultar em depressão, baixa autoestima, poucos estímulos ao tratamento e dificuldades de desenvolver relacionamentos afetivos (THAPA et al, 2018). Para tanto, dar voz a esses sujeitos é a possibilidade de conhecer seus anseios, medos, dificuldades, atitudes, barreiras e sentimentos construídos, assim como a influencia que exercem em suas experiências e cotidianos (GOMES, SILVA, OLIVEIRA, 2017). É o primeiro passo para se sentirem aceitos, à medida que estabelecem uma relação de confiança na qual seus sentimentos e representações são importantes e precisam ser dialogados.

A exteriorização do que vem de dentro é uma oportunidade de reflexão não só para quem vive e sente, mas para quem desenvolve a capacidade de se colocar no lugar do outro. A troca de experiências e de saberes, permite revogar, com o descarte da ignorância, novos conceitos, novas representações. Estar inserido em suas percepções contribuirá para melhorar a qualidade de vida dos que vivem com HIV/aids por meio de ações em saúde mais adequadas e satisfatórias. Diante desse contexto o objetivo dessa pesquisa foi investigar quais são as percepções do conviver com HIV/aids e fazer uso da Terapia Antirretroviral.

2 | MÉTODO

Trata-se de um Scope Review, um método de mapeamento da literatura, tendo como finalidade identificar lacunas e resumir resultados de pesquisas, explorar a extensão das publicações em um domínio particular sem descrever as descobertas em detalhes e auxiliar na formulação da pergunta de pesquisa para outras revisões, direcionando-as para aspectos relevantes a partir do mapeamento do tema desejado (ARMSTRONG et al, 2011, PETERS et al, 2015). Para seu delineamento, houve primeiramente a identificação da pergunta de pesquisa e construção do PCC, respectivamente “Quais são as percepções das pessoas que convivem com HIV/aids e fazem uso da terapia antirretroviral?”, sendo P= Pessoas que convivem com HIV e fazem a terapia antirretroviral, C= qualquer contexto, C= percepções e significados do viver com HIV/Aids.

A base de dados escolhida foi a Biblioteca Virtual de Saúde (BVS). Utilizaram-se os seguintes descritores com base no DeCS, referentes ao PCC: Antirretroviral OR Fármacos anti-HIV OR Terapia antirretroviral de alta atividade AND Percepção OR Representação OR Psicologia social OR Qualidade de vida OR Emoções OR Compreensão OR Percepção social. Entre os critérios de inclusão encontram-se artigos completos em português ou inglês, disponíveis online. Não houve recorde temporal, permitindo uma varredura de toda a publicação na base de dados escolhida sobre o tema.

A busca literária ocorreu no período de abril a maio de 2018. Houve seleção primária dos artigos pela leitura dos resumos e nova seleção destes pela análise completa dos textos. Após, os dados referentes aos mesmos foram organizados em planilhas no Microsoft Word contendo os autores, ano de publicação, população do estudo, revista publicada e tipo de pesquisa a fim de facilitar a sumarização de suas características. Seguiu-se pela identificação e agrupamento de pontos convergentes, lacunas e resumo dos resultados que deu origem a quatro categorias de análise.

3 | RESULTADOS

Foram identificadas 512 publicações sobre o tema, todos artigos. A partir da leitura do resumo, 66 foram selecionados e após análise do texto apenas 29 contemplaram os objetivos propostos pela pesquisa, compondo a amostra do presente estudo. São predominantes as pesquisas com metodologia qualitativa ($n=21$; 72,4%), seguido por pesquisas quantitativas ($n=6$; 20,6%) e duas ($n=2$; 6,8%) publicações apresentaram metodologia mista.

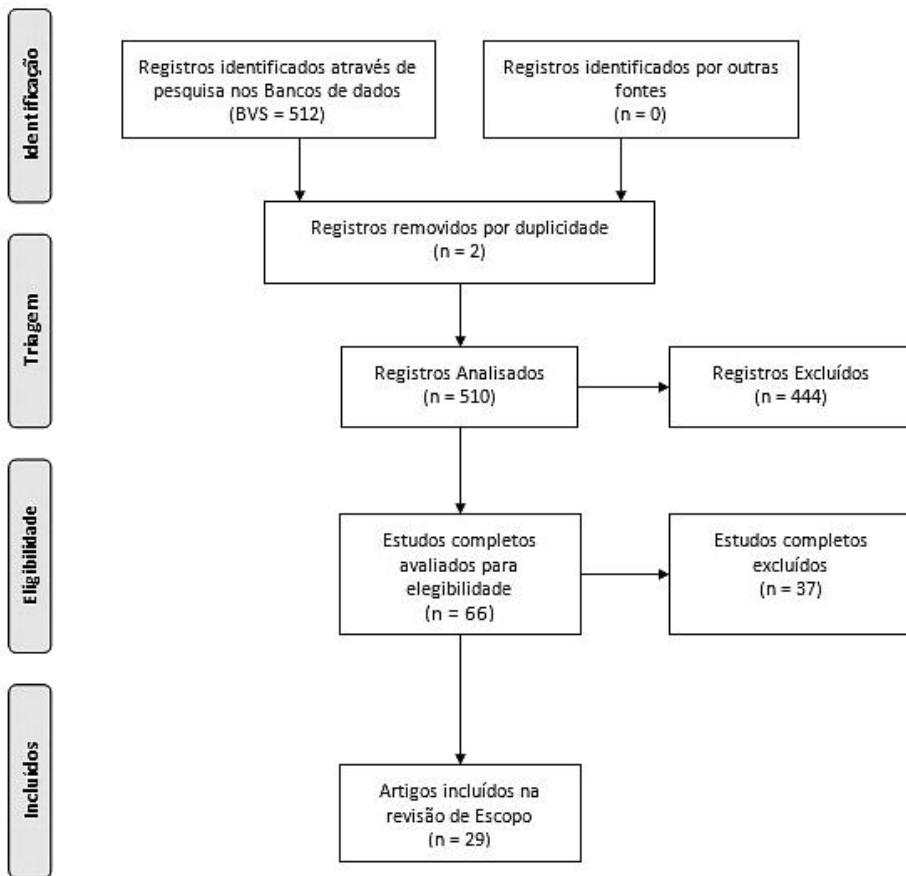


Figura 1- Fluxograma Prisma (2009). São Carlos, SP, Brasil, 2018.

Quanto ao número de publicações por país, em primeiro lugar apresenta-se a Uganda ($n=7$; 24,1%) seguida pelo Brasil ($n=4$; 13,7%) e África do Sul ($n=4$; 13,7%). Dos demais ($n=14$; 48,2%) a maior quantidade refere-se ao Continente africano ($n=7$, 24,1%), enquanto a América do Norte, Europa e Ásia apresentaram dois ($n=2$; 6,8%) estudos cada um (n total=6; 20,6%) e a Oceania apenas uma publicação ($n=1$; 3,4%). Com exceção daqueles produzidos em território nacional, os demais foram publicados e acessados na língua inglesa. Foram encontrados artigos de 2005 a 2017, sendo o ano de maior publicação em 2010 ($n=5$; 17,2%), depois 2013 e 2014, ambos com quatro artigos ($n=4$; 13,7%) (n total=8; 27,5%), e o de menor, 2005 e 2016 com uma publicação ($n=1$; 3,4%).

Referente à temática das pesquisas deve-se destacar que a maior parte ($n=17$; 58,6%) teve como foco a terapia antirretroviral no tangente a percepções, práticas relacionadas, adesão e seus influenciadores, bem como o estigma relacionado ao uso da mesma. Esses responderam à questão norteadora do estudo, uma vez que os significados

da Terapia Antirretroviral também compõem os aspectos do viver com HIV/aids.

Entretanto, poucos foram os artigos exclusivos a tratar das percepções gerais do conviver com a infecção, sem exploração de um foco delimitado e com abrangência de sua investigação. Das 12 (41,4%) publicações restantes, apenas 7 (24,1%) apresentaram com profundidade empírica achados sobre o tema, ou seja, identificaram distintas variáveis, analisando criticamente as percepções de viver com a infecção. Os demais (n=5; 17,2%) se direcionaram a fatores específicos desse convívio, como por exemplo, a divulgação da soropositividade ou sexualidade, e embora, tenham contribuído para pesquisa, oferecem resultados focais e limitados de viver com a condição ou ainda dados superficiais e pouco discutidos de fatores desse convívio.

Artigo	Tipo de Pesquisa	Amostra	Resultados
LAMBERT et al, 2005.	Quantitativa	82 mulheres vivendo com HIV/aids em Londres, Inglaterra.	Há medo de divulgar a soropositividade para HIV decorrente estigma. A convivência com a infecção dificulta o estabelecimento de relacionamentos afetivos.
SEIDL et al, 2007.	Quantitativa	101 indivíduos que convivem com HIV/aids em uso da TARV no Distrito Federal.	Percepções positivas da TARV, promotora de possibilidade e qualidade de vida. Horários rígidos, efeitos colaterais e mudanças no cotidiano foram as principais dificuldades relatadas em seu uso.
SMITH, MBAKWEM, 2007.	Qualitativa	22 indivíduos vivendo com HIV/aids em uso da TARV na Nigéria.	TARV renova a ideia de futuro e planejamento da vida, mas traz dilemas quanto à divulgação forçada do HIV, estigma e a dificuldade em estabelecer relacionamentos interpessoais.
WATT et al, 2009.	Qualitativa	36 pessoas que convivem com HIV/aids em uso da TARV na Tanzânia.	O diagnóstico do HIV é associado à morte, e nesse sentido, a TARV traz possibilidade de vida. O tratamento auxilia na retomada da força laboral e a divulgação de conviver com HIV/aids é seletiva.
SCOTT, 2009.	Qualitativa	10 mulheres vivendo com HIV/aids nos EUA.	HIV é associado ao estigma e necessidade de ocultar a soropositividade. TARV é percebida como uma solução incompleta por não resultar em cura.
PEARSON et al, 2010.	Quantitativa	277 pessoas vivendo com HIV/aids e em uso da TARV a mais de um ano em Moçambique.	Conviver com HIV/aids resulta em forte estigma, com diminuição do suporte social e aumento da depressão.

HO, TWINN, ,CHENG, 2010.	Qualitativa	30 homens e 6 mulheres vivendo com HIV/aids em uso da TARV na China.	Diagnóstico do HIV remete ao desespero e medo da morte. Há ocultamento da soropositividade devido estigma e uso da TARV em segredo. Ocorre um processo de adaptação à condição ao longo dos anos.
ROOT, 2010.	Mista: Quantitativa e Qualitativa	36 pessoas vivendo com HIV/aids em Suazilândia.	Percepção de estigma e exclusão, sobretudo da família. Ocultamento da soropositividade. Conviver com HIV/aids remete-se a perdas, de identidade, emprego, relacionamentos. TARV oferece o afastamento da imagem estereotipada do HIV.
NEWMAN et al, 2010.	Qualitativa	17 homens homossexuais vivendo com HIV/aids em uso da TARV na Austrália.	TARV afastou a ideia de morte, mas gerou dilemas quanto ao replanejamento da vida, sobretudo àqueles que já haviam aceitado sua iminente finitude.
LI et al, 2010.	Qualitativa	26 adolescentes vivendo com HIV/aids em uso da TARV na África do Sul.	O HIV é descrito como fisicamente e emocionalmente doloroso, gera exclusão social e exige sigilo quanto à condição. TARV renova a esperança de futuro e planejamento.
GUIRO et al, 2011.	Quantitativa	412 pessoas vivendo com HIV/aids sendo 306 em uso da TARV na cidade Ouahigoya no norte de Burkina Faso.	TARV associada à percepção de controle da doença e restauração da saúde. Efeitos colaterais apresentaram-se como a principal dificuldade em seu uso.
NATTABI et al, 2011.	Quantitativa	476 pessoas vivendo com HIV/aids atendidas em 3 clínicas de HIV em St. Mary's Hospital em Uganda.	Mulheres relataram maior percepção de estigma do que os homens, que inclui sentir-se excluído, julgado, inútil e responsável por trazer problemas à família, sendo que quanto maior o tempo de uso da TARV e de diagnóstico, maior foi à percepção do estigma.
SANTOS et al, 2011.	Qualitativa	Pessoas que convivem com HIV/aids em uso da TARV em Belo Horizonte – MG, Brasil.	TARV gera mudanças e dificuldades no cotidiano de vida pela exigência de responsabilidade em seu uso, consultas e exames regulares, porém, renova a esperança de futuro e vida com qualidade.
ELLIOTT et al, 2011.	Qualitativa	27 pessoas vivendo com HIV/aids, sendo 18 em uso da TARV na Camboja.	TARV é tida como renovadora de esperança e qualidade de vida. Efeitos colaterais correspondem ao principal desafio de seu uso, que, no entanto, não é uma barreira para continuidade do tratamento.

FRIED, HARRIS, EYLES, 2012.	Qualitativa	20 pessoas vivendo com HIV/aids em uso da TARV na África do Sul.	TARV resulta em bem estar físico e emocional, afastando a percepção de morte. Efeitos colaterais são citados, porém não impactam a significação de importância do tratamento.
MATOVU et al, 2012.	Qualitativa	6 mulheres convivendo com HIV/aids em uso da TARV em Uganda.	O diagnóstico do HIV é marcado por intenso sofrimento psíquico. As medicações são ingeridas de forma oculta para impedir a divulgação e os efeitos colaterais correspondem a sua principal dificuldade.
MBONYE et al, 2013.	Qualitativa	41 pessoas vivendo com HIV/aids em uso da TARV em Jinja, Uganda.	A descoberta do diagnóstico de HIV é associada à morte. TARV renova a esperança de vida e retorno ao trabalho, sua principal dificuldade é os efeitos colaterais.
COSTA et al, 2013.	Qualitativa	84 sujeitos em uso da TARV em um município do Estado do Rio de Janeiro, Brasil	TARV é associada ao prolongamento da vida e retomada de esperança pelo futuro, exige responsabilidade e tem como principais dificuldades os efeitos colaterais e a divulgação forçada de conviver com a infecção.
LINDA, 2013.	Qualitativa	93 pessoas vivendo com HIV/aids e em TARV na África do Sul	Percepções moduladas por experiências de estigma e preconceito. Ocultamento de conviver com a infecção e uso da medicação em segredo.
KYADDONDO et al, 2013.	Qualitativa	148 pessoas que convivem com HIV/aids em Uganda	Há ocultamento do convívio com HIV/aids por medo do estigma.
BEUTHIN et al, 2014.	Qualitativa	5 pessoas com 50 anos ou mais, vivendo com HIV/aids há pelo menos 10 anos no Canadá.	Predominam percepções negativas do convívio com HIV/aids, relacionadas sobretudo ao estigma e consequente ocultamento dessa convivência. Trata-se de uma vida de perdas (trabalho, identidade, relacionamentos afetivos). TARV exige auto cuidado, mudanças na rotina, preocupações quanto aos efeitos em longo prazo e efeitos colaterais como uma dificuldade em seu uso. Entretanto, a possibilidade de envelhecimento com advento da medicação permitiu ressignificar a existência, buscando conexões de pertencimento aos outros.
BEZABHE et al, 2014.	Qualitativa	24 indivíduos que convivem com HIV/aids em uso da TARV na Etiópia.	Embora, o inicio da TARV, para alguns, tenha refletido em prejuízo da atividade laboral, ela é majoritariamente associada a vitalidade e saúde, sendo os efeitos colaterais a principal dificuldade de seu uso.
ARANSIOLA et al, 2014.	Qualitativa	15 pessoas vivendo com HIV/aids em uso da TARV na Nigéria.	Percepções de estigma e sofrimento psíquico diante a infecção, com ocultação do diagnóstico por medo de julgamento social. Conviver com HIV refere-se a uma vida de perdas e dificuldades relacionais.

BEDINGFIELD et al, 2014.	Qualitativa	14 pessoas vivendo com HIV/aids em uso da TARV na Uganda.	TARV restaura a autoestima e bem estar físico, torna possível retornar ao trabalho e afasta a ideia de morte. Permanece o estigma e a busca constante por ressignificar a existência.
NABUKEERA-BARUNGI et al, 2015.	Mista	227 adolescentes que convivem com HIV/aids em uso da TARV em Uganda.	O estigma é uma barreira à adesão a TARV decorrente o medo de divulgação pelo seu uso. Efeitos colaterais, quantidade de medicamentos e impossibilidade de cura são as principais dificuldades referidas do tratamento.
MEDIN et al, 2015.	Quantitativa	95 adolescentes infectados no período perinatal em Madri, Espanha.	Há medo de divulgação da soropositividade. Prevalecem percepções de estigma social.
TREFFRY-GOATLEY et al, 2016.	Qualitativa	19 pessoas que convivem com HIV/aids e fazem uso da TARV em uma área rural da África do Sul.	Alusão ao HIV como doença crônica. Preocupações quanto aos efeitos colaterais e mudanças corporais com uso da TARV. Medo de divulgar o status de viver com a infecção.
FREITAS et al, 2017.	Qualitativa	30 pessoas em uso da TARV em Minas Gerais, Brasil.	Há receio de divulgar a convivência com HIV/aids decorrente o estigma, entretanto, a possibilidade de divulgação a pessoas de confiança que ofereçam apoio emocional é tido como indispensável na adaptação a condição.
BERNAYS et al, 2017.	Qualitativa	43 jovens vivendo com HIV/aids em uso da TARV em Uganda, EUA, Reino Unido e Irlanda.	Sigilo da soropositividade e uso dos medicamentos em segredo. O HIV é responsável por uma vida de angústia. Há forte percepção da importância da TARV para manutenção da saúde.

Quadro 1 – Caracterização dos estudos analisados segundo artigo, tipo de pesquisa, amostra e resultados, São Carlos, SP, 2018.

A sumarização e agrupamento dos resultados qualitativos das pesquisas deu origem as seguintes categorias: Processo de aceitação do diagnóstico do HIV/aids; Conquistas e desafios com a Terapia Antirretroviral; Divulgação da Soropositividade; Conviver com HIV/aids: do medo e estigma à adaptação ao longo da vida.

Processo de aceitação do diagnóstico do HIV

A descoberta do diagnóstico sobre o HIV/aids configura-se como de difícil aceitação, angústia, sofrimento, depressão e medo, sobretudo decorrente do estigma relacionado a condição (BEUTHIN, BRUCE, SHEILDS, 2014, TREFFRY-GOATLEY et al, 2016, MATOVU, LA COUR, HEMMINGSSON, 2012, HO, TWINN, CHENG, 2010) e a falta de esperança diante a crença de morte (WATT et al, 2009, MBONYE et al, 2013). A vergonha e culpa também são sensações experimentadas, relacionando que se adquire a doença quando

assumido comportamentos socialmente reprováveis (MBONYE et al, 2013). Ressalta-se ainda que esses sentimentos vivenciados no diagnóstico da doença são reduzidos ao longo dos anos, no processo de adaptação a condição (WATT et al, 2009).

Conquistas e desafios com a terapia antirretroviral (TARV)

Em cinco artigos (MATOVU, LA COUR, HEMMINGSSON, 2012, HO, TWINN, CHENG, 2010, SANTOS et al, 2011, COSTA et al, 2013, SEIDL et al, 2007) a Terapia antirretroviral (TARV) foi tida como uma dificuldade no conviver com HIV/aids à medida que exige que o individuo assuma um autocuidado e responsabilização em tomar os medicamentos em horários rígidos e armazená-los corretamente, bem como realizar consultas e exames periódicos, o que impacta na rotina diária e possíveis alterações nessa, como por exemplo, viajar. Entre os principais obstáculos de seu uso destaca-se majoritariamente os efeitos colaterais (BEUTHIN, BRUCE, SHEILDS, 2014, MATOVU, LA COUR, HEMMINGSSON, 2012, MBONYE et al, 2013, SANTOS et al, 2011, COSTA et al, 2013, SEIDL et al, 2007, GUIRO et al, 2011, NABUKEERA-BARUNGI et al, 2015, BEZABHE et al, 2014), sendo os mais relatados náuseas, mal estar, enjo e lipodistrofia (MBONYE et al, 2013, SEIDL et al, 2007, ELLIOT et al, 2011) e as possíveis revelações forçadas da soropositividade (MATOVU, LA COUR, HEMMINGSSON, 2012, COSTA et al, 2013, SEIDL et al, 2007). Muitos se sentem presos em uma vida medicalizada, obrigatória para se evitar a morte que, no entanto, não traz cura (SANTOS et al, 2011, COSTA et al, 2013, SCOTT, 2009, NABUKEERA-BARUNGI et al, 2015).

Em dois estudos (NATTABI et al, 2011, PEARSON et al, 2009) o uso da TARV foi associada como potencializadora para sentir-se excluído e estigmatizado, uma vez que evidencia mais abertamente o status de viver com HIV/aids pela alta frequência nos serviços de saúde para aquisição dos medicamentos e contato com maior número de profissionais de saúde. Mentir sobre a finalidade das medicações ou ingeri-las em segredo, é uma prática bastante comum, evitando essa divulgação (MATOVU, LA COUR, HEMMINGSSON, 2012, HO, TWINN, CHENG, 2010, WATT et al, 2009, LINDA, 2009) e nesse aspecto o estigma dificulta a adesão a TARV (NABUKEERA-BARUNGI et al, 2015), onde há procura por serviços de saúde afastados do seu meio de vida, evitando que esta ocorra (BEZABHE et al, 2014, LINDA, 2009). Outros dois estudos (BEUTHIN, BRUCE, SHEILDS, 2014, TREFFRY-GOATLEY et al, 2016) demonstraram receio de iniciar o uso da terapia antirretroviral devido aos efeitos colaterais, possíveis mudanças corporais ou ainda pela incerteza e preocupação quanto aos efeitos a longo prazo da terapia (BEUTHIN, BRUCE, SHEILDS, 2014).

Três publicações (HO, TWINN, CHENG, 2010, SANTOS et al, 2011, BEZABHE et al, 2014) relataram que o uso da terapia antirretroviral representa dificuldades na dinâmica do trabalho decorrentes dos horários dos remédios e das consultas regulares. Enquanto somente dois (BEUTHIN, BRUCE, SHEILDS, 2014, BEZABHE et al, 2014) apontam os

efeitos colaterais como redutores da capacidade laboral, sobretudo nas primeiras semanas de medicação. Cabe destacar, no entanto, que um deles (BEZABHE et al, 2014) apresenta o contraponto positivo da TARV como potencializadora da força do trabalho observado entre seus entrevistados.

Estudos (SMITH, MBAKWEM, 2007, LI et al, 2010) demonstram ainda que a possibilidade de vida e envelhecimento através da TARV, embora traga felicidade, gera diversos dilemas, como a possibilidade de casar, a dificuldade em encontrar um parceiro devido estigma e o sustento econômico. A necessidade de replanejar o futuro para alguns indivíduos que convivem com HIV/aids culminou problemas financeiros e angústia, visto que, sobretudo naqueles contaminados antes da terapia antirretroviral, houve o gasto de economias e desinteresse de investimento em aposentadoria ou relacionamentos interpessoais, algo que não se preocupavam devido a crença de morte iminente. O prolongamento da vida, então, foi percebida com medo e necessidade de adaptação, o que gerou ansiedade e sofrimento emocional (NEWMAN et al, 2010, BEDINGFIELD et al, 2014).

Em detrimento dos aspectos negativos da terapia antirretroviral, 8 publicações (WATT et al, 2009, MBONYE et al, 2013, SANTOS et al, 2011, COSTA et al, 2013, GUIRO et al, 2011, ELLIOT et al, 2011, SMITH, MBAKWEM, 2007, BEDINGFIELD et al, 2014) referem percepções que seu uso renova a esperança de viver à medida que afasta a ideia de morte, introduz a possibilidade de futuro, qualidade de vida e retomada de planos como encontrar um parceiro, ter filhos e trabalhar. Há o apontamento da condição de saúde como boa ou muito boa e embora considerem as possíveis dificuldades para uso da TARV, ressaltam os seus benefícios, resultando em redução de emoções negativas para lidar com a soropositividade. Apontam, assim, que mesmo diante os obstáculos é vantajoso aderí-la (HO, TWINN, CHENG, 2010, SANTOS et al, 2011, WATT et al, 2009, SEIDL et al, 2007, ELLIOT et al, 2011, FRIED, HARRIS, EYLES, 2012).

Ademais, percepções de melhora da aparência e fisionomia foram apresentados, restaurando autoestima, afastando a imagem estereotipada do HIV/aids e tendo maior controle na divulgação, o que resulta em diminuição do estigma, impactando positivamente nas interações sociais (FRIED, HARRIS, EYLES, 2012, ROOT, 2010). Os estudos analisados indicam ainda que grande parte das pessoas que convivem com HIV/aids consideram que o uso da terapia antirretroviral não interfere negativamente no trabalho, pelo contrário confere maior vitalidade, com aumento de peso e melhora do apetite, favorecendo a atividade laboral (WATT et al, 2009, MBONYE et al, 2013, GUIRO et al, 2011, BEZABHE et al, 2014, BEDINGFIELD et al, 2014). Foi ressaltado que a TARV ao promover um bem estar físico e consequentemente emocional melhora a confiança para restabelecer relacionamentos e atividade sexual (MBONYE et al, 2013). E por isso, há forte percepção da sua importância (BERNAYS et al, 2017).

Divulgação da soropositividade

Decorrente do predomínio do estigma diante o HIV/aids, as pessoas que convivem com a infecção relatam, no tangente a seus relacionamentos que há uma preocupação constante quanto a divulgação de sua soropositividade, que configura-se como uma das principais dificuldades em conviver com a infecção (BEUTHIN, BRUCE, SHEILDS, 2014, TREFFRY-GOATLEY et al, 2016, HO, TWINN, CHENG, 2010, NABUKEERA-BARUNGI et al, 2015, LI et al, 2010, ROOT, 2010, MEDIN, 2015, KYADDONDO et al, 2013³. Esse receio abala a autoconfiança, resulta em medo de ser julgado, excluído e até mesmo de se relacionar, gerando solidão e angústia. É necessário viver em segredo, ter constante autoproteção (BEUTHIN, BRUCE, SHEILDS, 2014). Além do mais, a divulgação pode resultar na experiência de reviver a descoberta do diagnóstico, bem como julgamento e sentimentos de culpa e vergonha (MBONYE et al, 2013, LINDA, 2009, KYADDONDO et al, 2013).

Todavia, a revelação da soropositividade quando bem sucedida foi apontada como geradora de sentimentos de alívio e leveza, podendo resultar em apoio e suporte social de familiares e amigos, facilitando o processo de superação e adaptação à condição, afastando aspectos negativos desse convívio (BEZABHE et al, 2014, LINDA, 2009, LI et al, 2010, NEWMAN et al, 2010, KYADDONDO et al, 2013, ARANSIOLA et al, 2014, FREITAS et al, 2017), favorecendo ainda a adesão à terapia antirretroviral uma vez que elimina a restrição de se esconder, gerando menor ansiedade e maior estímulo em seu uso (WATT et al, 2009, BEZABHE et al, 2014, FRIED, HARRIS, EYLES, 2012).

Conviver com HIV/aids: do medo e estigma à adaptação ao longo da vida

A convivência com HIV/aids é considerada de altos e baixos, cheias de obstáculos (BEUTHIN, BRUCE, SHEILDS, 2014). O estigma é considerado como um fardo psicológico, favorecendo o desenvolvimento de transtornos depressivos, humilhação e exclusão⁴⁵. Constante são as experiências de discriminação e isolamento, que ocorrem principalmente pelos familiares, amigos e profissionais da saúde (BEUTHIN, BRUCE, SHEILDS, 2014, MATOVU, LA COUR, HEMMINGSSON, 2012, NABUKEERA-BARUNGI et al, 2015, LINDA, 2009, LI et al, 2010, ARANSIOLA et al, 2014). Estas são vivenciadas por meio de insultos, uso de nomes pejorativos, fofoca e zombaria, bem como separação de utensílios domésticos e recusa de contato físico (NABUKEERA-BARUNGI et al, 2015, LINDA, 2009, ROOT, 2010). Pessoas que convivem com HIV/aids comumente referem ser associadas a promiscuidade e consideradas culpadas pelo contágio (ARANSIOLA et al, 2014).

Mulheres relataram maior percepção de estigma do que os homens (NATTABI et al, 2011, PEARSON et al, 2009). E este é mais comumente percebido no abuso verbal e auto percepção negativa, que inclui sentir-se inútil, diferente e não merecer viver, ser responsável por trazer problemas à família, ter vergonha da doença, sentir que não é mais a mesma pessoa e ter sua identidade alterada (NATTABI et al, 2011).

Viver com HIV/aids é tido como experimentar continuamente medo e perda, de amigos, familiares, companheiros, emprego, autoconfiança, inocência quanto a morte e identidade (BEUTHIN, BRUCE, SHEILDS, 2014, SCOTT, 2009, ROOT, 2010, ARANSIOLA et al, 2014). Há dificuldade em encontrar parceiros sexuais, sobretudo devido ao estigma (ARANSIOLA et al, 2014) onde as pessoas que convivem com a infecção referem em comum a abstinência sexual, considerando essa prática menos agradável, pelo uso da camisinha, medo de contaminar o outro e por vezes a perda de libido pelo uso da TARV (BEUTHIN, BRUCE, SHEILDS, 2014, HO, TWINN, CHENG, 2010, GUIRO et al, 2011, ARANSIOLA et al, 2014, LAMBERT, KEEGAN, PETRAK, 2005). Nesse sentido há busca por parceiros que também convivem com HIV/aids (MBONYE et al, 2013).

Para muitos que vivem com HIV/aids, todos esses fatores resultam em cotidianos menos alegres e angústia, com a necessidade de repensar seu objetivo de vida (HO, TWINN, CHENG, 2010, LI et al, 2010, BERNAYS et al, 2017). E nesse movimento contínuo de dar sentido à existência, é reconhecida que a possibilidade de envelhecimento pela terapia antirretroviral oferece tempo para adaptar-se e reorganizar a vida, abrindo espaço para aceitação da doença. Sendo presente o anseio de pertencimento e conexão com os outros e enfrentamento da solidão, desejo de relações significativas na capacidade de compartilhar sua vida sem restrições (BEUTHIN, BRUCE, SHEILDS, 2014).

DISCUSSÃO

Alguns fatores devem ser destacados referentes à busca na produção científica. Primeiramente, dos 66 artigos selecionados pela leitura do resumo, 19 (28,7%) eram referentes à avaliação da qualidade de vida em pessoas que convivem com HIV/aids, contudo, apenas um ($n=1$; 5,2%) foi selecionado para a amostra final. Isso porque as publicações voltadas a essa temática, em sua maioria, se limitaram a correlacionar variáveis sociodemográficas, oferecendo dados sem profundidade das percepções de conviver com HIV/aids. O objetivo dessas pesquisas foi identificar o nível da qualidade de vida com uso de instrumentos fechados e escalas, apresentando resultados quantitativos com superficialidade de discussão empírica e representacional e por isso não contemplaram os objetivos do estudo.

Em consequência do recorte proposto, percebe-se referente à amostra da presente pesquisa a prevalência de publicações que se debruçam em entender as nuances e percepções da terapia antirretroviral para as pessoas que convivem com HIV/aids. Publicações com esse foco são interessantes e necessárias, pois a introdução da mesma representou uma estratégia primordial para redução da mortalidade relacionada à aids, que teve um declínio mundial de 49,5%, passando de 1,9 milhões em 2005 para 940 mil em 2017 (UNAIDS, 2020).

Além disso, trouxe um novo panorama de conviver com HIV/aids e tornou

importantíssimo identificar e analisar suas contribuições, bem como dificuldades para as pessoas que passaram a utilizá-la. Ademais, estudos nessa temática contribuem para o entendimento do significado que a infecção passou a adotar ao longo dos anos e as mudanças perceptivas decorrente o avanço no cuidado e manejo da condição de conviver com a doença.

Ainda nesse contexto, a exigência do estudo se limitar a pessoas que convivem com HIV/aids em tratamento antirretroviral torna possível entender o ano de 2005 como o primeiro correspondente a amostra. A introdução da TARV se deu em meados dos anos de 1990, porém foi nos anos 2000 que se instauraram padrões cada vez mais efetivos e de qualidade, fomentando, pela prévia assimilação da terapia, interesse e possibilidade de investigação representacional real sobre o tema, devido abrangência da cobertura das pessoas em tratamento antirretroviral, limitada no início de sua dispensação (NUNES JUNIOR, CIOSAK, 2018). Foi nesse período que as combinações medicamentosas e os avanços farmacológicos resultaram em estabilidade dos efeitos e maior controle sobre suas variáveis. Além disso, passado o primeiro impacto de surpresa e desconhecimento sobre a terapia, bem como especulações diversas, tornou-se viável estabelecer pesquisas embasadas, com amostra qualificada e que oferecessem uma constância de resultados.

Empiricamente, nota-se que embora a TARV seja percebida como potencial causadora de uma série de dificuldades no cotidiano de vida para as pessoas que convivem com HIV/aids, prevalece seu uso associado a introdução de uma vida com esperança e afastamento da ideia de morte, bem como melhora da percepção de saúde física e emocional. As publicações demonstram que no geral, os indivíduos que convivem com a infecção consideram que os benefícios dos medicamentos sobrepõem-se a qualquer obstáculo, uma vez que essas são passíveis de adaptação e superação. Aqui se faz presente à potencialidade da Terapia Antirretroviral em modificar crenças e valores, não só da sociedade, mas até mesmo o estigma internalizado para as pessoas que convivem com a infecção, contribuindo para melhor qualidade de vida pela reestruturação de aspectos psíquicos, auto aceitação e continuidade da vida sob nova perspectiva.

No conviver com HIV/aids uma dificuldade que apresentou grande interesse das publicações e se fez recorrente nos estudos foi a divulgação do status de ser soropositivo para HIV. Há uma tendência ao sigilo, onde 1/3 dos indivíduos que convivem com a infecção não divulgam essa realidade devido ao receio de julgamento e estigma (THAPA et al, 2018, ARANSIOLA et al, 2014). A vida em segredo resulta assim em maior sofrimento e necessidade de superação isolada, o que gera um grande desequilíbrio emocional (GALANO et al, 2016). Entretanto, os estudos analisados demonstram que por mais que seja constante o medo quanto sua realização, os indivíduos que convivem com a infecção tem necessidade a fazê-lo e ser retribuído com apoio social e sentimentos de bem-estar. Além disso, a divulgação de viver com HIV/aids vem sendo associada à adesão da terapia antirretroviral e consequentemente uma vida mais saudável, bem como estabelecimento

de relações significativas (THAPA et al, 2018). Diante desses aspectos, os profissionais de saúde devem auxiliar a identificação e escolha de pessoas de confiança, incentivando a divulgação em vista de seus benefícios e criando estratégias para que esta seja conduzida (ARAÚJO et al, 2008).

Falar de HIV/aids é inevitavelmente referir-se a estigma. Este atribui valores morais negativos as pessoas que convivem com a doença, despersonalizando e descaracterizando esses indivíduos (ARAÚJO et al, 2018). É um processo social marcado pela rejeição, desvalorização e culpa (THAPA et al, 2018). Presente em todas as publicações da amostra e inevitavelmente como discussão primordial de grande parte dos estudos, prevalece em meios a todas as mudanças e conquistas que permeiam o conviver com HIV/aids, demonstrando que é a origem de todo o sofrimento psíquico desse cotidiano. As dificuldades encontradas nesse convívio originam-se devido ao estigma. É por causa dele que essas pessoas têm medo de divulgar seu status de viver com HIV, que laços familiares são destruídos, há perda de emprego e amigos, são e sentem-se discriminadas e excluídas, vivenciando continuamente depressão e desequilíbrio emocional.

Nesse sentido é compreensível a permanência de percepções negativas do viver com a infecção, observado no presente estudo. Toda a construção positiva da terapia antirretroviral relatada de forma isolada é ocultada quando os indivíduos referem o panorama geral de viver com HIV/aids, uma vida de luta, dificuldades, preconceito e intenso desejo de reestabelecer significado à vida. Percebe-se então um contraste entre as publicações com objetivo de analisar as percepções em vista da terapia antirretroviral ou sem colocá-la em foco. As primeiras, embora ressaltem dificuldades no convívio com HIV/aids, apresentam um panorama mais positivo em relação ao mesmo, enquanto as segundas reforçam o sofrimento psíquico e estigma associado a doença.

Destaca-se ainda que os profissionais de saúde comumente apareceram como protagonistas de atos de discriminação e exclusão. Esse é um dado preocupante, pois estes devem ser os primeiros a fomentar mudanças nas percepções sociais quanto à infecção. Evidencia-se, assim, que o conhecimento técnico-teórico sobre o HIV/aids não é suficiente para alterar valores e crenças se esses profissionais não estiverem dispostos a refletir sobre o que são e o que acreditam (NABUKEERA-BARUNGI et al, 2015).

O cuidado oferecido só será integral e efetivo quando os mesmos passarem a reconhecer os outros como humanos em suas subjetividades e particularidades, que merecem e precisam ser respeitas e valorizadas, sem julgamento ou preconceito. Consequentemente essas relações serão pautadas no vínculo e confiança, contribuindo para denotação de sentido e adesão às ações de saúde construídas e compartilhadas entre profissional-usuário, qualificando a atenção oferecida, pela escuta e planejamento conforme as reais necessidades dos indivíduos e cuidados passíveis de sua realidade (ZIHLMANN, ALVARENGA, 2015).

No processo de resignificar a vida, se o HIV/aids é relacionado a comportamentos fora

das normas sociais, é necessário adaptar-se buscando papéis mais aceitos coletivamente como ser mãe, pai, avó, avô, identidades que oferecem um alívio do estigma porque mudam o foco do HIV, enquadrando o indivíduo em padrões morais esperados (BEUTHIN, BRUCE, SHEILDS, 2014). Entretanto, ao mesmo tempo que isso lhes é exigido, mulheres que convivem com HIV/aids que estão grávidas ou que esboçam o desejo da gestação são consideradas como irresponsáveis, sofrendo forte julgamento social (ZIHLMANN, ALVARENGA, 2015).

Diante do conhecimento das percepções que regem o cotidiano de vida daqueles que convivem com HIV/aids torna-se possível desenvolver o senso de empatia e a partir do conhecimento dos sentimentos predominantes nesses indivíduos sensibilizar o cuidado, promovendo ações de saúde cada vez mais satisfatórias em vista das peculiaridades e necessidades desses sujeitos (FERNANDES et al, 2015). É imprescindível que o profissional de saúde esteja desconstruído de significados sociais estigmatizantes, a fim de oferecer uma atenção integral, pautado no vínculo e confiança que só será alcançado diante um relacionamento sem julgamento ou exclusão, auxiliando não só no processo de superação e adaptação à infecção, mas corroborando para mudanças de construção das percepções sociais do HIV/aids.

Entre as lacunas da temática, destaca-se a quantidade limitada de publicações a tratar com profundidade e abrangência as percepções de conviver com HIV/aids, bem como pesquisas direcionadas a análise desses significados em grupos específicos como adolescentes, mulheres, gestante e idosos que apresentam peculiaridades nesse convívio. É preciso ainda que a análise das percepções perpassem os diferentes aspectos dessa convivência e haja diálogo, sobretudo com a terapia antirretroviral, em vista da sua potencialidade para mudar as imagens quanto à infecção. Nesse aspecto, novos estudos devem ser conduzidos focados na percepção de conviver com HIV e fazer uso da Terapia antirretroviral. Cabe destacar ainda que embora a avaliação, sobretudo da adesão à terapia traga significados sobre a mesma, ainda falta à análise do seu conjunto. A falta de pesquisas nessa linha tem contribuído para o contraste de percepções observado neste estudo e por isso merecem melhor exploração.

CONCLUSÃO

Os estudos demonstram que inevitavelmente o estigma e preconceito prevalecem nas percepções de conviver com HIV/aids, o que acarreta em significados de sofrimento e desequilíbrio emocional, onde a descoberta do diagnóstico causa angústia, desespero e defronte com a morte. Além do mais, resulta em viver em segredo, na impossibilidade e medo constante de divulgar o status de conviver com a infecção, gerando um processo solitário de superação à condição. Já no tangente a Terapia Antirretroviral, em detrimento das dificuldades postuladas, na qual se destaca a necessidade de um efetivo autocuidado,

os efeitos colaterais e obstáculos no cotidiano de vida devido manipulação e horário das medicações, predominam percepções positivas ao seu uso, afastando a ideia de morte e interferindo positivamente na autoestima, bem estar físico e emocional, contribuindo para a ressignificação de conviver com a infecção, na possibilidade do envelhecimento, da resiliência e do futuro.

LIMITAÇÕES DO ESTUDO

Destaca-se como limitação do estudo o uso de apenas uma base de dados, limitando os achados em amplitude, sobretudo, no âmbito internacional. Aponta-se ainda, a pouca quantidade de publicações da Europa e América do Norte encontradas na base de dados referida, impossibilitando comparação das diferentes características das percepções de conviver com HIV/aids e fazer uso da terapia antirretroviral na variação dos continentes, em vista de seus aspectos culturais e contextuais.

APOIO FINANCEIRO

Programa de Iniciação Científica e Tecnológica CNPq – UFSCar pelo financiamento da pesquisa. Edital 001/2017- PIBIC/CNPq/UFSCar, PIBIC-Af/CNPq/UFSCar, PIBITI/CNPq/UFSCar, PADRD/UFSCar e ICT sem remuneração Seleção 2017 – 2018.

REFERÊNCIAS

ARANSIOLA, J. et al. **Living well with HIV in Nigeria? Stigma and survival challenges preventing optimum benefit from an ART clinic.** Global Health Promotion, v.21, n.1, pp. 13-22, 2014.

ARAÚJO, W.J. et al. **Percepção de enfermeiros executores de teste rápido em Unidades Básicas de Saúde.** Rev Bras Enferm, v.71, n.1, pp. 631-636, 2018.

ARAÚJO, M.A.L. et al. **Gestantes portadoras do HIV: enfrentamento e percepção de uma nova realidade.** Cienc Cuid Saude, v.7, n.2, pp. 216-223, 2008.

ARMSTRONG, R. et al. **Cochrane Update ‘Scoping the scope’ of a cochrane review.** Journal of Public Health, v.33, n.1, pp. 147-150, 2011.

BEDINGFIELD, N. et al. **Revelations of HIV-infected patients treated with highly active antiretroviral therapy (HAART) in rural Uganda.** AIDS Care: Psychological and Socio-medical Aspects of AIDS/HIV, v.26, n.1, pp. 75-78, 2014.

BERNAYS, S. et al. **“Not Taking it Will Just be Like a Sin”: Young People Living with HIV and the Stigmatization of Less- Than-Perfect Adherence to Antiretroviral Therapy.** Medical Anthropology, v.36, n.5, pp. 485-499, 2017.

BEUTHIN, R.E.; BRUCE, A.; SHEILDS, L. **Storylines of Aging With HIV: Shifts Toward Sense Making.** Qualitative Health Research, 2014.

BEZABHE, W.M. et al. **Barriers and Facilitators of Adherence to Antiretroviral Drug Therapy and Retention in Care among Adult HIV Positive Patients: A Qualitative Study from Ethiopia.** PLOS ONE, v.9, n.5, 2014.

BRANDÃO, B.M.G.M et al. **Representações sociais da equipe de enfermagem perante o paciente com hiv/aids: uma revisão integrativa.** Rev enferm UFPE online, Recife, v.11, n.2, pp. 625-633. 2017.

BRASIL. **Boletim Epidemiológico - Aids e DST.** Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde - Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais, 2020.

COSTA, T.L. et al. **Análise estrutural das representações sociais da terapia antirretroviral entre pessoas que vivem com HIV/Aids: possibilidades de convivência, normatividade e ressignificação.** Psicologia e Saber Social, v.2, n.1, pp. 104-114, 2013.

DANTAS, M.S. et al. **Representações sociais do HIV/AIDS por profissionais de saúde em serviços de referência.** Rev Gaúcha Enferm, v.35, n.4, pp. 94-100, 2014.

DANTAS, M.S. et al. **HIV/AIDS: significados atribuídos por homens trabalhadores da saúde.** Esc Anna Nery, v.19, n.2, pp. 323-330, 2015.

ELLIOTT, J. et al. **Social meanings of adherence to antiretroviral therapy in Cambodia.** Culture, Health & Sexuality, v.13, n.6, pp. 685-697, 2011.

FERNANDES, I.A. et al. **Orientação a pessoa vivendo com HIV: o papel do enfermeiro na adesão ao tratamento e no desenvolvimento da prática do autocuidado.** Revista Fafibe On-Line, Bebedouro SP, v.8, n.1, pp.359-370, 2015.

FITZGERALD-HUSEK, A. et al. **Measuring stigma affecting sex workers (SW) and men who have sex with men (MSM): A systematic review.** PLOS ONE, 2017.

FREITAS, M.I.F. et al. **Interações sociais e a adesão à terapia antirretroviral de pessoas vivendo com HIV/aids.** REME-Rev Min Enferm, v.21, n. e-1001, 2017.

FRIED, J.; HARRIS, B.; EYLES, J. **Hopes interrupted: accessing and experiences of antiretroviral therapy in South Africa.** Sex Transm Infect, v. 88, pp. 147-151, 2012.

GALANO, E. et al. **Vivências dos adolescentes soropositivos para HIV/Aids: estudo qualitativo.** Rev Paul Pediatr, v.34, n.2, pp. 171-177, 2016.

GOMES AMT, SILVA EMP, OLIVEIRA DC. **Representações sociais da AIDS para pessoas que vivem com HIV e suas interfaces cotidianas.** Rev. Latino-Am. Enfermagem, v.19, n.3, 2011

GUIMARÃES, M.D.C. et al. **Mortalidade por HIV/Aids no Brasil, 2000-2015: motivos para preocupação?** Rev Bras Epidemiol, v.20, n.1, pp. 182-190, 2017.

GUIRO, A.K. et al. **Attitudes and practices towards HAART among people living with HIV/AIDS in a resource-limited setting in northern Burkina Faso.** Public Health, v.125, pp. 784-790, 2011.

HO, C.F.; TWINN, S.; CHENG, K.K.F. **Quality of life constructs of Chinese people living with HIV/AIDS.** Psychology, Health & Medicine, v.15, n.2, pp. 210-219, 2010.

KYADDONDO, D. et al. **Disclosure of HIV status between parents and children in Uganda in the context of greater access to treatment.** SAHARA-J: Journal of Social Aspects of HIV/AIDS, v.10, n.1, pp. 37-45, 2013.

LAMBERT, S.; KEEGAN, A.; PETRAK, J. **Sex and relationships for HIV positive women since HAART: a quantitative study.** Sex Transm Infect, v.81, pp. 333-337 2005.

LINDA, P. **To tell or not to tell: Negotiating disclosure for people living with HIV on antiretroviral treatment in a South African setting.** SAHARA-J: Journal of Social Aspects of HIV/AIDS, v.10, n.1, pp. 17-27, 2013.

LI, R.J. et al. **Positive futures: a qualitative study on the needs of adolescents on antiretroviral therapy in South Africa.** AIDS Care: Psychological and Sociomedical Aspects of AIDS/HIV, v.22, n.6, pp. 751-758, 2010.

MATOVU, S.N.; LA COUR, K.; HEMMINGSSON, H. **Narratives of Ugandan Women Adhering to HIV/AIDS Medication.** Occup. Ther. Int, v. 19, pp. 176-184, 2012.

MBONYE, M. et al. **Stigma trajectories among people living with HIV (PLHIV) embarking on a life time journey with antiretroviral drugs in Jinja, Uganda.** BMC Public Health, v.13, n.804, 2013.

MEDIN, G. et al. **Disease disclosure, treatment adherence, and behavioural profile in a cohort of vertically acquired HIV-infected adolescents.** NeuroCoRISpeS study. AIDS Care: Psychological and Socio-medical Aspects of AIDS/HIV, 2015.

MOREIRA, V. et al. **Fenomenologia do estigma em HIV/AIDS: “coestigma”.** Mental, Universidade Presidente Antônio Carlos Barbacena, Brasil, v.8, n.14, pp. 115-131, 2010.

NABUKEERA-BARUNGI, N. et al. **Adherence to antiretroviral therapy and retention in care for adolescents living with HIV from 10 districts in Uganda.** BMC Infectious Diseases, v.15, n.520, 2015.

NATTABI, B. et al. **Factors associated with perceived stigma among people living with HIV/AIDS in post-conflict northern Uganda.** AIDS Education and Prevention, v.23, n.3, pp. 193-205, 2011.

NEWMAN, C. et al. **HIV generations? Generational discourse in interviews with Australian general practitioners and their HIV positive gay male patients.** Social Science & Medicine, v.70, pp. 1721-1727, 2010.

NUNES JÚNIOR, S.S.; CIOSAK, S.I. **Terapia antirretroviral para HIV/aids: o estado da arte.** Rev enferm UFPE online. Recife, v.12, n.4, pp. 1103-1111, 2018.

OLIVEIRA, F.B.M. et al. **Orientação sexual e qualidade de vida de pessoas vivendo com HIV/aids.** Rev Bras Enferm, v.70, n.5, pp. 1057-1062, 2017.

PEARSON, C.R. et al. **One Year After ART Initiation: Psychosocial Factors Associated with Stigma Among HIV-Positive Mozambicans.** AIDS Behav, v.13, n.6, pp.1189-1196, 2009.

PERAZZO, J.D. et al. **People Living with HIV: Implications for Rehabilitation Nurses.** Rehabilitation Nursing, v.0, pp. 1-8, 2016.

PETERS, M.D.J. et al. Joanna Briggs Institute Reviewers' Manual: 2015 edition /Supplement. **Methodology for JBI Scoping Reviews**, 2015.

ROOT, R. **Situating experiences of HIV-related stigma in Swaziland.** Global Public Health, v.5, n.5, pp.523-538, 2010.

SANTOS, W.J. et al. **Barreiras e aspectos facilitadores da adesão à terapia antirretroviral em Belo Horizonte-MG.** Revista Brasileira de Enfermagem, v.64, n.6, pp.1028-1037, 2011.

SCOTT, A. **Illness Meanings of AIDS Among Women With HIV: Merging Immunology and Life Experience.** Qualitative Health Research, v.19, n.4, pp. 454-465, 2009.

SEIDL, E.M.F. et al. **Pessoas vivendo com HIV/AIDS: variáveis associadas à adesão ao tratamento anti-retroviral.** Cad. Saúde Pública. Rio de Janeiro, v.23, n.10, pp. 2305-2316, 2007.

SILVA, R.A.R. et al. Atenção à saúde de portadores de HIV: avaliação de usuários. Rev Fund Care Online, v.9, n.1, pp. 21-27, 2017.

SMITH, D.J.; MBAKWEM, B.C. **Life projects and therapeutic itineraries: marriage, fertility, and antiretroviral therapy in Nigeria.** AIDS, v.21, n.5, pp. 37-41 2007.

THAPA, S. et al. **Theorizing the complexity of HIV disclosure in vulnerable populations: a grounded theory study.** BMC Public Health, v.18, n. 162, pp.1-13 2018.

TREFFRY-GOATLEY, A. et al. **Understanding Specific Contexts of Antiretroviral Therapy Adherence in Rural South Africa: A Thematic Analysis of Digital Stories from a Community with High HIV Prevalence.** PLOS ONE, pp.1-18, 2016.

UNITED NATIONS PROGRAMME ON HIV/AIDS (UNAIDS). **UNAIDS data 2020.** Joint United Nations Programme on HIV/AIDS. Global Aids Update. Geneva, Switzerland, 2020.

VILIARINHO, M.V.; PADILHA, M.I. **Percepção da Aids pelos profissionais da saúde que vivenciaram a epidemia durante o cuidado prestado às pessoas com a doença, em Florianópolis (SC), Brasil (1986-2006).** Ciência & Saúde Coletiva, v.19, n.6, pp. 1951-1960, 2014.

ZAMBENEDETTI, G.; BOTH, N.S. **“A vida que facilita é a mesma que dificulta” Estigma e Atenção em HIV-aids na Estratégia Saúde da Família- ESF.** Fractal, Rev. Psicol, v.25, n.1, pp. 41-58, 2013.

ZIHLMANN, K.F.; ALVARENGA, A.T. **Que desejo é esse? Decisões reprodutivas entre mulheres vivendo com HIV/aids sob o olhar da psicanálise.** Saúde e Sociedade. São Paulo, v.24, n.2, pp. 635-345, 2015.

WATT MH, et al. **“It's all the time in my mind”: Facilitators of adherence to antiretroviral therapy in a Tanzanian setting.** Soc Sci Med. v.68, n.10, pp. 1793-1800, 2009.

CAPÍTULO 7

ASSISTÊNCIA DO ENFERMEIRO NA ATENÇÃO PRIMÁRIA A PACIENTES COM TRICOMONÍASE

Data de aceite: 20/08/2021

Data de submissão: 06/07/2021

Ana Beatriz Garcia de Jesus

<http://lattes.cnpq.br/3116388117563504>

Gutiesley Marques de Freitas

<http://lattes.cnpq.br/3153356701843685>

Marina Shinzato Camelo

Centro Universitário do Planalto Central
Apparecido dos Santos – UNICEPLAC/Gama-

DF, Brasil.

<http://lattes.cnpq.br/4009171271280336>.

RESUMO: A tricomoníase é causada pela parasitose sexualmente transmissível e seu tratamento tardio favorece a infecção pelo HIV, infertilidade, câncer uterino e de próstata. Atribui-se à atenção primária o diagnóstico precoce e tratamento instantâneo dessa infecção, destacando a assistência qualificada do enfermeiro desde promoção e prevenção à saúde, abordagem sindrômica, exames de detecção e implementação de enfermagem. Trata-se de uma revisão integrativa utilizando 11 artigos publicados entre 2012 e 2021. O objetivo deste estudo foi descrever a assistência de enfermagem a pacientes com tricomoníase. Os resultados citam diagnóstico frequente de leucorreia profuso amarelo-esverdeado, confirmação através do exame citopatológico e terapia com metronidazol ou tinidazol. Conclui-se que o enfermeiro tem a competência de realizar

ações e estratégias para assistir a pacientes com tricomoníase no contexto da atenção básica, realizando ações e estratégias que visem prevenir, diagnosticar e tratar a infecção.

PALAVRAS - CHAVE: Assistência de Enfermagem. Doenças Sexualmente Transmissíveis. Enfermagem. Tricomoníase. Tratamento.

NURSE ASSISTANCE IN PRIMARY CARE SERVICES FOR PATIENTS WITH TRICHOMONIASIS

ABSTRACT: Trichomoniasis is caused by sexually transmitted parasitosis, and its late treatment favors HIV infection, infertility, uterine and prostate cancer. The early diagnosis and instant treatment of this infection is attributed to Primary Care services, highlighting the qualified assistance of nurses from health promotion and prevention, syndromic approach, tests detection and nursing implementation. This is an integrative review using 11 articles published between 2012 and 2021. The aim of this study was to describe nursing care for patients with trichomoniasis. The results cite frequent diagnosis of profuse greenish-yellow leukorrhea, confirmation through cytopathological examination and therapy with metronidazole or tinidazole. It is concluded that the nurse has the competence to carry out actions and strategies to assist patients with trichomoniasis in the context of Primary Care, performing actions and strategies aimed at preventing, diagnosing and treating the infection.

KEYWORDS: Nursing Care. Sexually Transmitted Diseases. Nursing. Trichomonas Infections. Therapeutics.

1 | INTRODUÇÃO

O *Trichomonas vaginalis* é um protozoário flagelado unicelular, causador da Infecção Sexualmente Transmissível (IST) chamada tricomoníase, que parasita o trato urogenital de homens e mulheres com vida sexual ativa, sendo encontrado com maior frequência na genitália feminina (BRASIL, 2020a). Apesar da prevenção ser simples, pelo uso de preservativos masculinos ou femininos, o levantamento da Organização Mundial de Saúde (OMS) aponta que dentre os 376 milhões de novos casos de IST curáveis em 2016, 156 milhões representam os casos de tricomoníase, superando sífilis, gonorreia e clamídia (WHO, 2019).

Cerca de 30% dos acometidos são assintomáticos, o que dificulta a busca por tratamento e consequentemente, sem a intervenção apropriada, a tricomoníase torna-se um facilitador de outras IST e propicia complicações (NALEVAIKO, 2015). Nas mulheres, pode resultar na doença inflamatória pélvica (DIP), câncer do colo do útero, infecções pós-histerectomia, gravidez ectópica e quando gestantes, pode evoluir para a rotura das membranas, aborto espontâneo, parto pré-termo (BRASIL, 2020b). Nos homens, pode levar a prostatite e epididimite, aumentando o risco de câncer de próstata, tal como infertilidade para ambos os sexos (BRASIL, 2020b).

Na Atenção Primária à Saúde (APS) é possível detectar e tratar pacientes acometidos por tricomoníase e suas parcerias, baseado nos aspectos clínicos que os diferencia de outras IST, principalmente características do corrimento, e através do exame de cultura (BRASIL, 2020c). Nas Unidades Básicas de Saúde (UBS) a equipe multidisciplinar deve oferecer assistência integral, que visa o autocuidado, prática de sexo seguro, interrupção da cadeia de transmissão, diminuição de agravos decorrentes da infecção e ainda, o acometimento por outras IST (BRASIL, 2020c).

Na rotina das UBS é o enfermeiro que assiste a pacientes com diversas IST, atuando na promoção e prevenção em saúde, tratamento e fatores de riscos, através de uma visão holística e biopsicossocial, analisando a singularidade de cada indivíduo, superando preconceitos e tabus presentes nas comunidades (SOUZA, 2016). Compete à enfermagem acolher os pacientes, oferecer uma assistência humanizada, realizar todas as etapas da consulta com auxílio da Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE), da ética e do sigilo profissional (MACHADO; SOUZA, 2015).

Para uma detecção precoce evitando problemas a longo prazo, é imprescindível que o enfermeiro se atente às vulnerabilidades, necessidades, condições financeiras e faixa etária do seu público-alvo (BARBOSA, 2019). O enfermeiro deve ser capacitado para treinar a equipe de enfermagem, realizar ações educativas que sensibilizem a população quanto ao controle da infecção, através de palestras informativas sobre prevenção, sintomatologia, esclarecer dúvidas do público e incentivar consultas de rotina (HORONATO, 2017).

Esse estudo objetivou descrever o papel do enfermeiro na assistência a pacientes

com tricomoníase no contexto da APS, salientando a importância da detecção precoce, especificando o tratamento nas UBS e evidenciando a relevância da assistência do enfermeiro.

2 | REFERENCIAL TEÓRICO

O *Trichomonas vaginalis* é transmitido através de relação sexual não protegida, e possui capacidade de colonizar e se estabelecer firmemente na região vaginal, uretra peniana, prepúcio, próstata e epidídimo (SÁ, 2016; PEREIRA; TARSO, 2018). Ressalta-se que o parasita sobrevive por algumas horas fora do seu habitat natural, sendo três horas na urina coletada, seis horas no sêmen expelido, e pode sobreviver até duas semanas no prepúcio (PEREIRA; TARSO, 2018; SOUZA, 2016).

São diversos fatores que predispõem a patologia, como condições socioeconômicas, acesso à saúde, atividade sexual, idade, histórico de outras IST, uso de contraceptivos, hábitos de higiene e número de parcerias sexuais (SÁ, 2016; PEREIRA; TARSO, 2018). Bem como, o uso prolongado de antibióticos, imunossupressores, quimioterápicos, DIU, absorventes internos, sabonete íntimo, ducha vaginal, menopausa e diabetes, podem alterar o pH vaginal acima de 5,0 facilitando o desenvolvimento do parasita (SOUZA, 2016; GONÇALVES, 2019).

Pacientes sintomáticos costumam apresentar ardor, disúria, dispareunia, prurido intenso e leucorreia com fluidos abundantes de cor amarela-esverdeada de odor fétido (SÁ, 2016; LIMA; SAMPAIO; SANTOS, 2018). No sexo masculino dificilmente há apresentação de sintomas, apesar disso, pode haver uretrite com fluxo leitoso ou purulento com leve sensação de prurido na uretra, disúria e polaciúria (LIMA; SAMPAIO; SANTOS, 2018; BRASIL, 2020b).

Em razão da infecção por *Trichomonas vaginalis*, gestantes que contraíram o parasita e não realizaram tratamento adequado são suscetíveis a morte materna, pode-se transmitir o parasita na hora do parto normal, principalmente para as meninas, promover em neonatos baixo peso e infecção das vias aéreas (MOSCA; MENDONÇA, 2016; SILVA et al., 2017).

A Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), aprovada pela Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017, estabelece diretrizes para a organização Atenção Básica (AB), na Rede de Atenção à Saúde (RAS), objetivando suprir necessidades de saúde da população adscrita através do cuidado integral e regulamentação dos exercícios e atribuições da equipe multiprofissional, realizando distribuições legais de cada profissão (BRASIL, 2017).

A PNAB estabelece a APS como principal porta de entrada do público aos serviços do Sistema Único de Saúde (SUS) onde o enfermeiro se destaca, visto sua competência em atender a população vinculada às equipes, realizando escuta qualificada, procedimentos de enfermagem, visita domiciliar, encaminhamentos a outros serviços, solicitação de

exames complementares, prescrição de medicações conforme normativas, gerenciamento de ações entre outras descritas na portaria supracitada (BRASIL, 2017).

Utilizando a SAE, na consulta de enfermagem é realizada a coleta os dados, avaliação dos fatores de risco para IST a partir da investigação da ocorrência de IST anteriores, múltiplas parcerias, uso irregular de preservativos, cuidados com a higiene íntima, entre outros (RIBEIRO; PADOVEZE, 2018; BRASIL, 2020b). Caso os pacientes se queixem de corrimento e/ou outros sintomas, é perguntado sobre a coloração do corrimento, odor, consistência, presença de prurido e/ou irritação local (BRASIL, 2020b).

Durante o atendimento, o exame físico céfalo-podálico permite analisar os sinais e sintomas, seguindo com o exame ginecológico nas mulheres, caso o corrimento esteja presente sem outras intercorrências, realiza-se o exame espectral, coletando o material para microscopia, se esse exame estiver indisponível realiza-se análise do pH vaginal, confirmado o diagnóstico da tricomoníase, inicia-se o tratamento, podendo ser prescrito tanto por médicos como por enfermeiros no contexto da APS (BRASIL, 2020b; LIMA; SAMPAIO; SANTOS, 2018).

Com estratégias de prevenção e promoção em saúde para a comunidade que visam erradicar a infecção, o enfermeiro por meio da educação em saúde, explana sobre o que é a tricomoníase, seus sinais, sintomas e riscos, aborda sobre a importância do sexo seguro, incentiva a conhecer o próprio corpo atentando-se a alterações para que possam buscar assistência, a realizar higienização íntima adequada e exames de rotina como exame preventivo (LIMA; SAMPAIO; SANTOS, 2018).

3 I PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS

Trata-se de um estudo de revisão integrativa (RI), onde ocorre análise de inúmeras metodologias, possibilitando uma ligação de dados do conhecimento empírico e teórico, buscando esclarecer alguns questionamentos por meio de levantamento bibliográfico em livros, artigos de periódicos, teses e dissertações, expandindo as possibilidades de avaliação da literatura (MATTOS, 2015).

A busca dos artigos ocorreu através dos Descritores em Ciência da Saúde (DeCS), a saber: Assistência de Enfermagem, Doenças Sexualmente Transmissíveis, Enfermagem, Tricomoníase e Tratamento. Utilizou-se os operadores booleanos AND e OR para realizar as combinações. A busca de dados ocorreu no mês de março de 2021.

Com isso, determinou-se critérios de inclusão: artigos disponíveis na íntegra, no idioma português e publicados nos últimos 10 anos. Os critérios de exclusão foram: artigos duplicados nas bases de dados e que divergem do tema de pesquisa.

Na primeira estratégia de busca foi usado: (doenças sexualmente transmissíveis) OR (tricomoníase) AND (enfermagem). A Scientific Electronic Library Online (SciELO) foi a primeira base de dados, resultando 71 artigos, dos quais, 30 estavam na linguagem

inglesa, 17 não foram publicados entre 2011 e 2021, e após breve leitura, 20 apresentaram fuga ao tema. A amostra final foram 04 artigos.

A Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS) foi a segunda base de dados, usando essa mesma estratégia de busca, resultou em 03 artigos, após filtro de idioma português e de publicação nos últimos 10 anos, restaram 02 artigos. Os 02 artigos restantes já haviam sido encontrados na base SciELO, dessa forma a amostra final foi 0 artigos.

O Sistema Online de Busca e Análise de Literatura Médica (MEDLINE) foi a terceira base de dados, usando a mesma estratégia de busca, resultando em 19 artigos. Após aplicação do filtro de idioma português restaram 0 artigos, sendo a amostra final de 0 artigos.

Na segunda estratégia de busca foi: (tricomoníase) AND (assistência de enfermagem) OR (tratamento). Na base de dados da SciELO, resultaram 145 artigos, dentre os quais, 13 estavam na linguagem inglesa, 110 não foram publicados entre 2011 e 2021, e após breve leitura, 20 apresentaram fuga ao tema, sendo a amostra final de 02 artigos.

A LILACS foi a segunda base de dados, usando essa mesma estratégia de busca, resultaram 41 artigos. Utilizando o filtro de idioma português e de publicação nos últimos 10 anos, restaram 13 artigos. Após breve leitura, 08 apresentaram fuga ao tema, resultando em uma amostra final de 05 artigos.

A MEDLINE foi a terceira base de dados, usando essa mesma estratégia de busca, resultou em 905 artigos, após aplicação do filtro de idioma português e de publicação nos últimos 10 anos restou 1 artigo que já tinha sido encontrado na base SciELO. Resultando em uma amostra final de 0 artigos.

Os dados foram analisados através da leitura exploratória do conteúdo, por meio do estudo textual durante a leitura. A partir do entendimento foram organizados os assuntos relevantes, com intuito de organizar as informações fornecidas sobre o tema em discussão.

4 | APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DOS DADOS

Através de duas estratégias utilizando os DeCS já citados, foram encontrados 1184 manuscritos, apenas 11 desses artigos eram relacionados à temática. Os artigos selecionados estão apresentados nos quadros 1 e 2 abaixo, divididos a partir de estratégia de busca e organizados pelo nome dos autores, ano de publicação, tipo de estudo, objetivos e resultados.

Observou-se que os assuntos predominantes nos artigos analisados se referem ao diagnóstico e tratamento da tricomoníase nas UBS, sendo o exame colpocitológico o método diagnóstico mais relatado e a utilização de metronidazol como princípio ativo mais eficaz para a terapêutica.

Citação	Tipo de estudo	Objetivo	Resultados
ARAÚJO et al., 2015.	Retrospectivo.	Analisar os casos de DST atendidos em uma unidade primária de saúde em Fortaleza, Ceará.	As mulheres apresentaram mais úlcera, verruga e mais de uma síndrome genital. Já os homens, resultado reagente para o HIV.
CAVALCANTE et al., 2020.	Ensaio clínico controlado randomizado.	Comparar a efetividade da comunicação verbal e por cartão no comparecimento de parceiros性uals de pessoas com IST.	Não houve diferença estatisticamente significativa entre os tipos de Notificação de Parceiro (NP) em relação ao sucesso no comparecimento de parceiros.
LIMA MC et al., 2013.	Transversal.	Analizar fatores associados à prevalência da tricomoníase em mulheres assistidas nas Unidades de Saúde da Família do município de Vitória de Santo Antão-PE.	A prevalência de Trichomonas vaginalis foi de 10,5%, sendo que 35% das mulheres analisadas residiam na zona rural. Preditores independentes para a presença da tricomoníase: elevada pressão arterial, odor vaginal desagradável e dispurenia.
LIMA T et al., 2013.	Avaliativo de abordagem qualitativa.	Comparar os achados de infecções vaginais em gestantes obtidos por meio do fluxograma de corrimento vaginal com exames presentes na prática clínica da Enfermagem.	O fluxograma não se mostrou eficaz na identificação de candidíase e tricomoníase, apresentou baixa sensibilidade e valor preditivo positivo para as duas infecções e baixa especificidade para tricomoníase.

Quadro 1: Relação de artigos selecionados pela sua elegibilidade – Primeira estratégia.

Fonte: Autores, 2021.

Citação	Tipo de estudo	Objetivo	Resultados
CAMARGO et al., 2015.	Corte transversal.	Estimar a prevalência da vaginose bacteriana, candidíase e tricomoníase e comparar os achados do exame físico da secreção vaginal com o diagnóstico microbiológico.	A prevalência da vaginose bacteriana, candidíase e tricomoníase foi de 25,5, 9,3 e 2,0%, respectivamente. A análise da sensibilidade, especificidade e valor preditivo para tricomoníase foi prejudicada.
CARVALHO et al., 2021.	Evidências científicas e validado em discussões com especialistas.	Apresentar aspectos epidemiológicos e clínicos relacionados às situações de corrimento vaginal e orientar gestores e profissionais de saúde na triagem, diagnóstico e tratamento desses agravos.	Apresentadas informações sobre estratégias para as ações de vigilância, prevenção e controle, a fim de promover o conhecimento do problema e a oferta de assistência de qualidade e tratamento efetivo.
LINHARES et al., 2019.	Revisão da literatura.	Promover padronização das condutas relacionadas as vaginites e vaginoses.	As vulvovaginites e vaginoses, são processos nos quais o meio ambiente vaginal fisiológico, encontra-se alterado, possibilitando a proliferação de outros microrganismos.

LEMOS; AMARAL, 2015.	Revisão sistemática da literatura (RSL).	Identificar as principais vias de sinalização envolvidas na interação <i>T. vaginalis</i> e célula do hospedeiro, para estabelecer correlação entre parasito e o câncer cervical.	Os estudos selecionados demonstraram correlação entre <i>T. vaginalis</i> e neoplasia cervical, apontando os efeitos citopatogênicos do parasito e enfatizando a importância das vias de sinalização.
SERPA et al., 2014.	Estudo experimental e ensaio de campo.	Avaliar a atividade anti <i>Trichomonas vaginalis</i> do extrato de folhas de videira (<i>Vitis labrusca</i>).	Os extratos de <i>V. labrusca</i> não apresentaram atividade anti <i>T. vaginalis</i> nas concentrações de 5 e 10 mg/mL.
SOUZA et al., 2012.	Revisão da literatura.	Analizar as alternativas de tratamento para as principais vulvovaginites durante a gestação.	É recomendado o uso tópico de imidazólicos nos casos de candidíase, e metronidazol para tratamento da vaginose bacteriana e tricomoníase.
TABILE et al., 2016.	Estudo transversal de natureza exploratória e descritivela.	Conhecer as características clínicas e a prevalência das vulvovaginites.	De 66 pacientes, foram diagnosticadas com leucorréia fisiológica 35, vaginose bacteriana 24, candidíase 6 e 1 com tricomoníase.

Quadro 2: Relação de artigos selecionados pela sua elegibilidade – Segunda estratégia.

Fonte: Autores, 2021.

Segundo Lima MC et al. (2013) a tricomoníase prevalece mundialmente mesmo com a facilidade em prevenir e diagnosticar, desse modo determina a importância de as Unidades de Saúde da Família serem estabelecidas na sociedade e administradas por enfermeiros qualificados para o monitoramento dessa IST.

Como atribuição dos profissionais, ao integrarem a equipe multidisciplinar da atenção primária, está a responsabilidade de cumprir com a estratégia recomendada pela OMS (2019) de executar o diagnóstico precoce e tratamento instantâneo de pacientes e suas parcerias sexuais de forma a prevenir a disseminação da tricomoníase.

Araújo et al. (2015) afirma que deveria fazer parte da rotina dos postos de saúde o atendimento imediato aos casos de IST, visto que até 2015 inúmeros pacientes alegavam dificuldades para acessar, bem como, declara que profissionais se sentem inaptos a aconselhar, promover profilaxia e essencialmente convocar parcerias sexuais a realizarem tratamento juntamente ao paciente, o que resultaria em reincidências decrescentes.

Evidenciou-se ao longo dos estudos selecionados, que o enfermeiro deve estar preparado para dispor de sua autonomia na atenção primária para detecção da tricomoníase realizando abordagem sindrômica e esfregaço cervicovaginal, além dos exames a fresco

do conteúdo vaginal em soro fisiológico, bacterioscopia a fresco, coloração de giemsa, cultura com diferentes métodos e exame especlar.

Já o exame ginecológico antecede quaisquer exames de investigação de IST e apresenta realização simples e acessível, é eficiente em confirmar diagnóstico sindrômico e avaliar o colo uterino para analisar aspectos de *colpitis macularis*, devido a pontos hemorrágicos causado pelo contágio (ARAÚJO et al., 2015; LINHARES et al., 2019).

Estudo de Tabile et al. (2016) traz como resultado que 70% das queixas ginecológicas são representadas por vulvovaginites, ressaltando a importância de os profissionais habilitados dominarem sua sintomatologia favorecendo a detecção precoce, para intervir previamente, dificultando a ascensão do protozoário no trato genital.

A maioria dos artigos encontrados nesta revisão, citam leucorreia, geralmente profuso amarelo-esverdeado, seguido de ardor genital, queimação, disúria e dispureunia (LIMA MC et al., 2013; LINHARES et al., 2019; CAMARGO et al., 2015; CARVALHO et al., 2021; TABILE et al., 2016; SOUZA et al., 2012).

A abordagem sindrômica realizada no sistema de saúde apesar da simples implementação, é ineficaz ao manejo das IST, pois depende do profissional que realiza o atendimento limitando a detecção de casos assintomáticos (CAMARGO et al., 2015; LIMA T et al., 2013).

Os artigos estudados indicam a terapêutica fundamentada no Ministério da Saúde Brasileiro, metronidazol 2g via oral em dose única, ou como alternativa, a cada 12 horas 250mg via oral durante 7 dias, sendo o mesmo às gestantes e puérperas, aliviando sintomas e prevenindo infecção em recém-nascidos (BRASIL, 2020c).

Ressalta-se a importância da garantia do tratamento aos parceiros, como também evitar relações sexuais e ingestão alcoólica durante terapia, em razão do efeito antabuse que causa mal-estar, tonturas, náuseas e gosto metálico na boca (CARVALHO et al., 2021).

A partir das reações adversas observadas pelo uso das medicações, Serpa et al. (2014) explorou o uso das folhas de *V. labrusca* como tratamento de baixa toxicidade para a saúde e baixo custo, até o momento a pesquisa não apresentou excelência como ação anti-trichomonas, permanecendo em análise para maiores investigações.

Diante do não comparecimento de parceiros ao tratamento, Cavalcante et al. (2020) reflete sobre ações de Notificação de Parceiro (NP) para beneficiá-los, respeitando o sigilo e a confidencialidade, servindo de apoio e suporte, amenizando o constrangimento em relação à abordagem verbal.

5 | CONSIDERAÇÕES FINAIS

Constatou-se a carência de estudos que referem especificamente sobre o papel do enfermeiro na assistência a pacientes com tricomoníase no contexto da APS, uma vez que os artigos são baseados em protocolos do Ministério da Saúde que abordam o atendimento

às pessoas com IST focado em diagnóstico e tratamento, deixando à parte argumentos que vão além da finalidade curativa, como a redução de casos de reincidência.

Observou-se a necessidade de discussão tanto de métodos que facilitem a detecção precoce, como a busca ativa através da identificação de características e vulnerabilidades que propiciam a infecção, quanto da apresentação do esquema terapêutico que apresente melhor adesão, deixando a critério do profissional de saúde definir o tratamento adequado ao paciente.

Portanto, a tricomoníase está distante de ser uma adversidade em via de solução e que embora curável pode ocasionar complicações irreversíveis, atribuindo aos profissionais enfermeiros a implementação de novos meios de promoção e prevenção, para ser conhecida como outras IST, possibilitando pacientes a identificar a sintomatologia, buscar atendimento a fim de obter a diminuição da transmissão e incentivar exames de rotina, como o citopatológico.

REFERÊNCIAS

ARAÚJO, Maria Alix Leite et al. **Doenças sexualmente transmissíveis atendidas em unidade primária de saúde no Nordeste do Brasil**. Cadernos Saúde Coletiva, v. 23, n. 4, p. 347-353, 2015. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1414-462X2015000400347&script=sci_arttext&tlang=pt. Acesso em: 15 mar. 2021.

BARBOSA, Márcia Regina da Silva. **Educação em saúde como estratégia na prevenção de infecções sexualmente transmissíveis na atenção básica**. Trabalho de conclusão de curso (graduação em enfermagem), Faculdade Pitágoras, Fortaleza, 41 p, 2019. Disponível em: https://repositorio.pgsskroton.com.br/bitstream/123456789/27103/1/m%c3%81rcia_barbosa_atividade4.pdf. Acesso em: 29 ago. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de doenças de condições crônicas e infecções sexualmente transmissíveis. 2020b. **Diagnósticos das IST**. 2020. Disponível Em: <http://www.aids.gov.br/pt-br/profissionais-de-saude/ist/diagnostico-das-ist>. Acesso Em: 29 ago.2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de doenças de condições crônicas e infecções sexualmente transmissíveis. **Protocolo clínico e diretrizes terapêuticas para atenção integral às pessoas com infecções sexualmente transmissíveis (IST)**. Brasília-DF, 2020c. Disponível em: <http://www.aids.gov.br/pt-br/pub/2015/protocolo-clinico-e-diretrizes-terapeuticas-para-atencao-integral-pessoas-com-infecoes>. Acesso em: 30 ago. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de doenças de condições crônicas e infecções sexualmente transmissíveis. Brasília-DF, 2020a. **Tricomoníase**. Disponível em: <http://www.aids.gov.br/pt-br/publico-geral/o-que-sao-ist/tricomonias>. Acesso em: 30 ago. 2020.

BRASIL. Ministério da saúde. Gabinete do ministro. **Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017**. Brasília, 2017.

CAMARGO, Kélvia Cristina de et al. Secreção vaginal anormal: **Sensibilidade, especificidade e concordância entre o diagnóstico clínico e citológico**. Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia, v. 37, n. 5, p. 222-228, 2015. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0100-72032015000500222&script=sci_arttext&tlang=pt. Acesso em: 15 mar. 2021.

CARVALHO, Newton Sergio de et al. **Protocolo Brasileiro para Infecções Sexualmente Transmissíveis 2020: infecções que causam corrimento vaginal**. Epidemiologia e Serviços de Saúde, v. 30, p. e2020593, 2021. Disponível em: <https://www.scielosp.org/article/ress/2021.v30nspe1/e2020593/>. Acesso em: 15 mar. 2021.

CAVALCANTE, Elani Graça Ferreira et al. **Estratégias de notificação de parceiros sexuais de pessoas com infecções sexualmente transmissíveis: ensaio clínico randomizado**. Revista da Escola de Enfermagem da USP, v. 54, 2020. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0080-62342020000100490&script=sci_arttext&tlang=pt. Acesso em: 15 mar. 2021.

GONCALVES, Jennefer Aparecida do Nascimento. **Microbiota no trato genital feminino inferior**. Trabalho de conclusão de curso (monografia), Universidade Federal de Ouro Preto, Ouro Preto- MG, 63 p, 2019. Disponível em: <https://www.monografias.ufop.br/handle/35400000/1958>. Acesso em: 31 de ago. 2020.

HORONATO, Joana Mendes. **A importância do enfermeiro na estratégia de saúde da família**. Trabalho de Conclusão de Curso (graduação em enfermagem), Anhanguera Unaes Unidade II, Campo Grande, 31 p, 2017. Disponível em: <https://repositorio.pgsskroton.com.br/bitstream/123456789/13908/1/joana%20mendes%20honorato.pdf>. Acesso em: 14 set. 2020.

LEMOS, Patrícia Abreu Pinheiro de; AMARAL, Waldemar Naves do. **Trichomonas vaginalis e sua associação com o câncer cervical**: uma revisão sistemática. Femina, p. 209-214, 2015. Disponível em: <http://files.bvs.br/upload/S/0100-7254/2015/v43n5/a5317.pdf>. Acesso em: 15 mar. 2021.

LINHARES, Iara Moreno et al. **Vaginites e vaginoses**. Femina, p. 235-240, 2019. Disponível em: <https://docs.bvsalud.org/biblioref/2019/12/1046513/femina-2019-474-235-240.pdf>. Acesso em: 15 mar. 2021.

LIMA, Morgana Cristina Leôncio de et al. **Prevalência e fatores de risco independentes à tricomoníase em mulheres assistidas na atenção básica**. Acta Paulista de Enfermagem, v. 26, n. 4, p. 331-337, 2013. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0080-62342013000601265&script=sci_arttext. Acesso em: 15 mar. 2021.

LIMA, Monaiza Oliveira; SAMPAIO, Mariana Gomes Vidal; SANTOS, Bruno Souza dos. **A importância do diagnóstico precoce da tricomoníase e as principais técnicas utilizadas na confirmação da doença**. Revista expressão católica saúde, [s.l.], v. 2, n. 2, p. 04-08, 2018. Disponível em: <http://publicacoesacademicas.unicatolicaquixada.edu.br/index.php/recsaude/article/view/2177>. Acesso em: 11 set. 2020.

LIMA, Thais Marques et al. **Corrimientos vaginales em gestantes: comparação da abordagem sindrômica com exames da prática clínica da enfermagem**. Revista da Escola de Enfermagem da USP, v. 47, n. 6, p. 1265-1271, 2013. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0103-21002013000400006&script=sci_arttext. Acesso em: 15 mar. 2021.

MACHADO, Eleuza Rodrigues; SOUZA, Luciana Pires de. **Tricomoníase: assistência de enfermagem na prevenção e controle.** Ensaio e ciências: ciências biológicas, agrárias e da saúde, Brasília, v. 16, n. 4, 2015. Disponível em: <https://revista.pgskroton.com/index.php/ensaioesciencia/article/view/2782>. Acesso em: 16 set. 2020.

MATTOS, Paulo de Carvalho. **Tipos de revisão de literatura.** v. 14, n. 02, 2015. Disponível Em: <https://www.fca.unesp.br/Home/Biblioteca/tipos-de-evisao-de-literatura#:~:text=O%20m%C3%A9todo%20de%20revisão%C3%A3o%20integrativa,estudos%20sobre%20um%20determinado%20t%C3%B3pico>. Acesso Em: 25 out. 2020.

MOSCA, Valéria Aparecida Baquetti; MENDONÇA, Patrícia de Souza Bonfim. **Tricomoníase e outras vulvovaginites em mulheres atendidas em unidades básicas de saúde de mandaguari.** Revista uningá review, Paraná, v. 28, n. 2, p. 47-51, 2016. Disponível em: <http://34.233.57.254/index.php/uningareviews/article/view/1868/1467>. Acesso em: 11 set. 2020.

NALEVAIKO, Karyne Fabíola Anacleto. **Mulheres acometidas por tricomoníase: quem são?.** Trabalho de conclusão de curso (bacharel em enfermagem), Universidade federal de mato grosso (UFMT), Sinop- MT, 62 p, 2015. Disponível em: <https://bdm.ufmt.br/bitstream/1/1692/1/tcc-2015-karyne%20fab%c3%88dola%20anacleto%20nalevaiko.pdf>. Acesso em: 20 ago. 2020.

PEREIRA, Núbia Caroline Teixeira; TARSO, Paulo de. **Estudo epidemiológico de tricomoníase em mulheres atendidas pelo sistema único de saúde (SUS) em porto velho-RO no período de 2010-2015.** Revista saber científico, Porto Velho, 2018. Disponível em: <http://repositorio.saolucas.edu.br:8080/xmlui/bitstream/handle/123456789/2965/n%c3%babia%20caroline%20teixeira%20pereira%20-%20estudo%20epidemiol%c3%b3gico%20de%20tricomon%C3%ADase%20em%20mulheres%20atendidas%20 pelo%20sistema%20c3%9anic%20de%20sa%C3%bade%20%28sus%29%20em%20porto%20velho-ro%20no%20per%C3%adodo%202010-2015.pdf?sequence=1&isallowed=y>. Acesso em: 30 ago. 2020.

RIBEIRO, Grasielle Camisão; PADOVEZE, Maria Clara. **Sistematização da assistência de enfermagem em unidade básica de saúde: percepção da equipe de enfermagem.** Revista da escola de enfermagem, Campinas, v. 52, p. 3-375, 2018. Disponível em: https://www.scielo.br/pdf/reeusp/v52/pt_1980-220x-reeusp-52-e03375.pdf. Acesso em: 25 ago. 2020.

SÁ, Vanessa Caroline Gomes. **Tricomoníase: uma revisão clínica e epidemiológica atual.** Monografia (bacharel em biomedicina), Centro Universitário São Lucas, Porto Velho, 37 p, 2016. Disponível em: <http://repositorio.saolucas.edu.br>. Acesso em: 27 ago. 2020.

SERPA, Marcos et al. **Atividade citotóxica do extrato de Vitis labrusca em culturas de Trichomonas vaginalis.** Scientia Medica, v. 24, n. 1, 2014. Disponível em: https://www.researchgate.net/profile/Niara-Medeiros/publication/288091653_Cytotoxic_activity_of_Vitis_labrusca_extract_in_cultures_of_Trichomonas_vaginalis/links/5ad7a97b458515c60f5889dd/Cytotoxic-activity-of-Vitis-labrusca-extract-in-cultures-of-Trichomonas-vaginalis.pdf. Acesso em: 15 mar. 2021.

SILVA, Ana Karollaine Da et al. **Vulvovaginites durante a gestação e a importância do tratamento imediato-uma revisão de literatura.** Encontro de extensão, docência e iniciação científica (EEDIC), Quixadá, v. 3, n. 1, 2017. Disponível em:<http://publicacoesacademicas.unicatolicaquixada.edu.br/index.php/eedic/article/view/900/648>. Acesso em: 30 de ago. 2020.

SOUZA, Guilherme Negrão de et al. **Tratamento das vulvovaginites na gravidez.** Femina, v. 40, n. 3, 2012. Disponível em: <http://files.bvs.br/upload/S/0100-7254/2012/v40n3/a3238.pdf>. Acesso em: 15 mar. 2021.

SOUZA, Vanessa Santos. **Prevalência de trichomonas vaginalis em mulheres atendidas no sistema único de saúde (SUS) no município de porto velho/RO nos períodos de 2014-2015.** Monografia (bacharel em biomedicina), Centro Universitário São Lucas, Porto Velho, 31 p, 2016. Disponível em: <http://repositorio.saolucas.edu.br:8080/xmlui/handle/123456789/1748>. Acesso em: 25 de ago. 2020.

TABILE, Patrícia Micheli et al. **Características clínicas, prevalência e diagnóstico de vulvovaginites em ambulatório do interior do Rio Grande do Sul.** Journal of Health & Biological Sciences, v. 4, n. 3, p. 160-165, 2016. Disponível em: <https://periodicos.unicristus.edu.br/jhbs/article/view/657/334>. Acesso em: 15 mar. 2021.

WHO. World Health Organization. **Sexually transmitted infections (STIs).** 2019. Disponível em: [https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/sexually-transmitted-infections-\(stis\)](https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/sexually-transmitted-infections-(stis)). Acesso em: 30 ago. 2020.

CAPÍTULO 8

CONHECIMENTO, ATITUDES E PRÁTICAS EM RELAÇÃO A ARBOVIROSES EM UM MUNICÍPIO DA AMAZÔNIA LEGAL

Data de aceite: 20/08/2021

Data de submissão: 18/07/2021

Jacqueline Pimenta Navarro

Universidade Federal de Mato Grosso,
Instituto de Saúde Coletiva, Programa de Pós-
Graduação em Saúde Coletiva
Cuiabá-MT, Brasil

<https://orcid.org/0000-0002-1967-9290>

Mariano Martinez Espinosa

Universidade Federal de Mato Grosso,
Instituto de Saúde Coletiva, Programa de Pós-
Graduação em Saúde Coletiva
Cuiabá-MT, Brasil

<https://orcid.org/0000-0002-0461-5673>

Ana Cláudia Pereira Terças-Trettel

Universidade do Estado de Mato Grosso,
campus de Tangará da Serra, Departamento de
Enfermagem, Tangará da Serra-MT, Brasil
<https://orcid.org/0000-0001-8761-3325>

Juliana Herrero da Silva

Prefeitura Municipal de Tangará da Serra,
Tangará da Serra-MT, Brasil
<https://orcid.org/0000-0002-5481-4603>

Lavinia Schuler-Faccini

Universidade Federal do Rio Grande do Sul,
Departamento de Genética, Pelotas-RS, Brasil
<https://orcid.org/0000-0002-2428-0460>

Marina Atanaka

Universidade Federal de Mato Grosso,
Instituto de Saúde Coletiva, Programa de Pós-
Graduação em Saúde Coletiva
Cuiabá-MT, Brasil
<https://orcid.org/0000-0003-3543-3837>

RESUMO: **Introdução:** A comunicação em saúde tem importante papel na ampliação do conhecimento da população sobre os aspectos preventivos, principalmente no que tange às arboviroses, contribuindo com os avanços na redução da morbimortalidade por doenças transmissíveis no Brasil. **Objetivo:** Avaliar o conhecimento, atitudes e práticas preventivas em relação a uma arbovirose no município de Tangará da Serra, Mato Grosso, região da Amazônia Legal. **Método:** Estudo de base populacional, utilizando questionário aplicado a 596 residentes entre fevereiro e março de 2018, na zona urbana da cidade de Tangará da Serra. Na análise utilizou-se a regressão de Poisson.

Resultados: A frequência de conhecimento adequado sobre a transmissão das arboviroses foi de 81,7%. O conhecimento inadequado/insuficiente apresentou associação significativa com a menor escolaridade dos indivíduos e com a não utilização de repelente e roupas que tampam maior área corporal evitando a picada do mosquito. Em relação a atitude 98,8% demonstrou preocupação em contrair arboviroses, realizando ao menos uma prática preventiva. **Conclusão:** Os resultados revelam a necessidade de comunicação e educação em saúde que considere a utilização de linguagem acessível aos diversos contextos populacionais e que enfatizem os benefícios de práticas de prevenção sustentáveis e sem impacto ambiental.

PALAVRAS - CHAVE: Infecções por Arbovírus; Zika vírus; Conhecimentos, atitudes e prática em saúde; Comunicação em Saúde.

KNOWLEDGE, ATTITUDES AND PRACTICES ON ARBOVIROSES IN A CITY IN THE LEGAL AMAZON

ABSTRACT: **Introduction:** Information on health has an important role in the broadening of knowledge on prevention, particularly with regard to arbovirosis, and contributes towards decrease in morbo-mortality by transmissible diseases in Brazil. **Objective:** Current paper evaluates knowledge, attitudes and preventive practices with regard to arbovirosis in Tangará da Serra MT Brazil, a municipality within the Brazilian Amazon region. **Method:** The population-based analysis employed a questionnaire which was applied to 596 inhabitants, between February and March 2018, within the urban perimeter of Tangará da Serra, through Poisson's regression. **Results:** Knowledge frequency on the transmission of arbovirosis reached 81.7%. Inadequate or insufficient knowledge had a relevant association with people's low schooling level and the non-usage of repellants and clothing that cover most of the body to avoid mosquito bites. Further, 98.8% were concerned to not acquire arbovirosis with at least one prevention activity. **Conclusion:** Results demonstrate the need of information and health education, featuring the use of simple language, directed towards the different population layers, coupled to an emphasis on the benefits of sustainable prevention practices and without any environmental negative impact.

KEYWORDS: Arbovirus Infections; Zika Virus; Health Knowledge, Attitudes, Practice; Health Communication.

1 | INTRODUÇÃO

Nas últimas décadas houveram avanços na redução da morbimortalidade por doenças transmissíveis (DT) no Brasil, com contribuição das iniciativas do Sistema Único de Saúde (SUS), como a ampliação do acesso aos cuidados primários de saúde, oferta de vacinas e tratamentos, além do processo de descentralização do sistema de saúde e aumento nas ações de vigilância em saúde, prevenção e controle (TEIXEIRA et al., 2018). No entanto, a emergência de novas doenças virais constitui desafio para os serviços de saúde pública em todo o mundo, como a experiência com a pandemia atual da COVID-19 (WANG et al., 2020), e as experiências prévias com as arboviroses como Zika (TALERO-GUTIÉRREZ et al., 2018).

Há necessidade de adaptação e readaptação frente a novas experiências como a epidemia de Zika vírus, em 2015, situação em que a ciência não acompanha a velocidade de conhecimento requerido e se faz necessário a comunicação antes mesmo da confirmação científica, diante da necessidade de explicações a população em situações de risco e a partir disso os requisitos para prevenção (ALBARADO; PRADO; MENDONÇA, 2019), o que se observa também na atual pandemia de COVID-19.

As arboviroses, doenças causadas por vírus transmitidos por artrópodes, são considerados problemas de saúde pública, que atingem principalmente países tropicais por favorecem o desenvolvimento e proliferação do *Aedes aegypti*, o principal vetor de doenças como dengue, Zika e chikungunya no Brasil (GONÇALVES et al., 2015; VASCONCELOS,

2015; COSTA et al., 2016).

Essas três arboviroses são tratadas conjuntamente em campanhas, cujo foco principal, além de informar que são transmitidas pelo mesmo vetor, tem o direcionamento principal de eliminação dos criadouros do mosquito e redução nas taxas de infecção (COSTA et al., 2016).

A comunicação em saúde, através de campanhas e educação em saúde, contribui para o controle das doenças transmissíveis, considerando que a partir da informação o indivíduo desenvolve seu conhecimento, aumentando, sedimentando ou reformulando, e tem a liberdade e o poder de tomar as decisões sobre seu comportamento e sua vida (BARRETO, 2002).

Pesquisas de conhecimento, atitudes e práticas (CAP), já utilizadas em estudos sobre doenças sexualmente transmissíveis e hepatites virais (FONTES et al., 2017) e malária (DAWAKI et al., 2016), mensuram o conhecimento, atitude e prática de uma comunidade, e são uma alternativa para o diagnóstico educacional (KALIYAPERUMAL, 2004) e para avaliações de risco de transmissão (WHITEMAN et al., 2018).

Considerando o conhecimento sobre a transmissão vetorial das arboviroses uma questão central, enfatizada em campanhas e atividades educativas e informativas contra infecções causadas pelo *Aedes aegypti*, avaliar se a população possui tal conhecimento e se o mesmo interfere nas atitudes e práticas preventivas, apresenta potencial para contribuir com as políticas públicas e assim, com as ações que tratam este tema.

Diante disso, o objetivo desse estudo foi avaliar o conhecimento, atitudes e práticas preventivas em relação a uma arbovirose no município de Tangará da Serra, Mato Grosso, região da Amazônia Legal.

2 | MÉTODO

Trata-se de um estudo de delineamento quantitativo, transversal, de base populacional por meio de inquérito domiciliar de conhecimento, atitudes e práticas (CAP), realizado entre fevereiro e março de 2018, na zona urbana da cidade de Tangará da Serra, Mato Grosso.

O município de Tangará da Serra, está localizado na região sudoeste mato-grossense, distante cerca de 250 km de Cuiabá, a capital do estado. A população estimada para 2018 era de 101.764 habitantes (IBGE, 2018). Da população total de Tangará da Serra, 91% reside na área urbana, o que representa 25.581 domicílios particulares permanentes (IBGE, 2018).

O presente estudo incluiu uma amostra probabilística da população urbana. Com amostragem por conglomerados, com um efeito do delineamento de 1,5, verificou-se a necessidade de seleção de 660 indivíduos. Selecionou-se a amostra por conglomerados em dois estágios: unidades amostrais primárias, os setores censitários, definidos pelo

Instituto Brasileiro de Economia e Estatística (IBGE) para o Censo Demográfico de 2010. As unidades secundárias, os domicílios, foram sorteados proporcionalmente ao tamanho de cada setor.

Após os sorteios de seleção, foi realizado o reconhecimento de cada setor por meio de visitas, por membros da equipe da pesquisa, facilitando assim a localização no momento das entrevistas.

Em cada domicílio selecionado foi incluído um adulto residente, este que após concordar com a participação na pesquisa assinou o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Este morador era maior de 18 anos e foi entrevistado através da aplicação de questionário por pesquisador previamente treinado, através de uma versão modificada da Pesquisa de Conhecimento, Atitudes e Práticas da Organização Mundial de Saúde - Organização Pan-Americana da Saúde (OMS-OPAS) (WHO, 2016). A amostra final foi composta de 596 entrevistas. Os dados coletados foram transferidos para arquivos de computador com dupla digitação utilizando o programa EpilInfo versão 7.2.2.6.

Para verificar o conhecimento sobre a transmissão de arboviroses, optou-se pelo Zika vírus, considerando ser uma doença em evidência na mídia e em campanhas de saúde contemporânea a coleta de dados, devido ao aumento do número de casos e as sequelas associadas como a Síndrome Congênita e a Síndrome de Guillain Barré. Assim, a variável dependente foi o conhecimento sobre a transmissão da arbovirose, categorizada em inadequado/insuficiente e adequado.

As variáveis independentes foram informações sociodemográficas (sexo, faixa etária, escolaridade, raça/cor, reside com companheiro); conhecimento sobre a transmissão das arboviroses adequado (picada do mosquito) ou inadequado/ insatisfatório (contato direto de pessoa a pessoa; pela água; rato; ambientes sujos; pássaros; vasos de plantas com água; reservatórios de água, não sabe); atitude de prevenção (presente ou ausente); práticas de prevenção para proteção contra a picada do mosquito (Protege o corpo com repelente ou roupa; Uso tela e mosquiteiro; Produto contra insetos no domicílio).

Para análise dos dados foi utilizado o software SPSS® (*Statistical Package for the Social Sciences*) versão 20.0. Foram realizadas análises bivariada e múltipla. Na análise bivariada, foram estimadas as razões de prevalência bruta (RP_b) com seus respectivos intervalos de confiança de 95% (IC95%), e as variáveis independentes que apresentaram um nível de significância menor que 20% ($p<0,20$) foram selecionadas para análise múltipla, ajustada pelo modelo de regressão múltipla de Poisson com variância robusta, considerando um nível de significância de 5% ($p<0,05$) para variáveis que permaneceram associadas ao conhecimento sobre a transmissão da arbovirose.

Este estudo possui aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital de Clínicas de Porto Alegre da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, sob o parecer número 2.068.222.

3 | RESULTADOS

Do total de 596 pessoas entrevistadas, predominou sexo feminino (67,8%), faixa etária de 18 a 39 anos de idade (46,1%), sendo que a idade variou entre 18 e 89 anos, escolaridade mais que 8 anos de estudo (58,4%), raça/cor “não branca” (64,6%), situação conjugal “reside com companheiro” (61,7%).

O conhecimento sobre a transmissão de Zika vírus foi adequado para 81,7% dos entrevistados, que identificaram corretamente a picada de mosquitos como a principal forma de infecção. Ressalta-se que 15,1% disseram não saber como a doença é transmitida e 3,2% relataram como modo de transmissão contato direto de pessoa a pessoa (2), pela água (7), por moscas (2), por rato (1), em ambientes sujos (3), por pássaros (1), através de vasos de plantas com água (2) e reservatórios de água (1).

A Tabela 1 apresenta as prevalências de conhecimento inadequado/insuficiente e adequado sobre a transmissão da arbovirose, segundo as variáveis demográficas consideradas no estudo e seus intervalos de confiança de 95%. Nesta, verifica-se associação estatisticamente significativa entre o conhecimento inadequado/insuficiente sobre a transmissão e a faixa etária para os indivíduos com idade ≥ 60 anos ($p<0,001$), também para escolaridade nas categorias analfabeto e ≤ 8 anos de estudo, ambos apresentando valor de $p<0,001$, além de indivíduos de raça/cor não branca ($p=0,005$).

Variável	Inadequado/ insuficiente	Adequado	RP _b	IC95%	Valor de p
	n (%)	n (%)			
Sexo					
Masculino	37 (19,3)	155 (80,7)	1,08	(0,76 ; 1,55)	0,669
Feminino	72 (17,8)	332 (82,2)	1,00	-	-
Faixa etária (anos)					
≥ 60	35 (29,7)	83 (70,3)	2,15	(1,43 ; 3,22)	<0,001
40 a 59	36 (17,7)	167 (82,3)	1,28	(0,84 ; 1,95)	0,242
18 a 39	38 (13,8)	237 (86,2)	1,00	-	-
Escolaridade (anos de estudo)					
Analfabeto	12 (42,9)	16 (57,1)	3,91	(2,32 ; 6,60)	<0,001
≤ 8	58 (26,5)	161 (73,5)	2,42	(1,67 ; 3,51)	<0,001
> 8	38 (11,0)	309 (89,0)	1,00	-	-
Raça/ cor					
Não Branca	83 (21,7)	300 (78,3)	1,75	(1,17 ; 2,63)	0,005
Branca	26 (12,4)	184 (87,6)	1,00	-	-

Reside com companheiro

Sim	70 (19,0)	298 (81,0)	1,11	(0,78 ; 1,59)	0,556
Não	39 (17,1)	189 (82,9)	1,00	-	-

RP_b: Razão de prevalência bruta. **IC 95%:** Intervalo de confiança de 95%. **n:** tamanho de amostra por variável.

Tabela 1 - Prevalência, razão de prevalência bruta e intervalo de confiança de 95% do conhecimento inadequado/insuficiente e adequado sobre transmissão da arbovirose, segundo as variáveis demográficas no município de Tangará da Serra – MT, Brasil, 2018.

Na tabela 2 é possível verificar que as categorias que se mostraram associadas significativamente ao conhecimento inadequado/insuficiente sobre a transmissão da arbovirose foram a não realização de práticas de prevenção relativas a proteger o corpo com repelente ou roupas claras e compridas ($p=0,001$) e utilizar produtos contra insetos no domicílio (inseticidas) ($p=0,005$).

Variável	Inadequado/ insuficiente	Adequado	RP _b	IC95%	Valor de p
	n (%)	n (%)			
Protege o corpo com repelente ou roupa					
Não	79 (22,5)	272 (77,5)	1,84	(1,25 ; 2,71)	0,001
Sim	30 (12,2)	215 (87,8)	1,00	-	-
Uso tela e mosquiteiro					
Não	107 (19)	455 (81)	3,24	(0,84 ; 12,55)	0,054
Sim	2 (5,9)	32 (94,1)	1,00	-	-
Produto contra insetos no domicílio					
Não	65 (23)	218 (77)	1,63	(1,16 ; 2,31)	0,005
Sim	44 (14)	269 (86)	1,00	-	-

RP_b: Razão de prevalência bruta. **IC 95%:** Intervalo de confiança de 95%. **n:** tamanho de amostra por variável.

Tabela 2 - Prevalência, razão de prevalência bruta e intervalo de confiança de 95% do conhecimento inadequado/insuficiente e adequado sobre transmissão da arbovirose, segundo as práticas de prevenção no município de Tangará da Serra – MT, Brasil, 2018.

Na tabela 3 apresentam-se as variáveis associadas ao conhecimento inadequado/insuficiente sobre a transmissão da arbovirose através da picada de mosquito após a análise múltipla. Aplicado o Modelo de Regressão de Poisson com variância robusta, as variáveis que se mantiveram com significância estatística foram a escolaridade (nas categorias analfabeto ($p<0,001$) e ≤ 8 anos de estudo ($p<0,001$), e a não realização da prática de proteger o corpo com repelente ou roupas claras e compridas ($p=0,026$).

Variável	RPa	IC95%	Valor de p
Escolaridade (anos de estudo)			
Analfabeto	3,60	(2,08 ; 6,22)	<0,001
≤ 8	2,33	(1,62 ; 3,35)	<0,001
> 8	1,00	-	-
Protege o corpo com repelente ou roupa			
Não	1,54	(1,05 ; 2,26)	0,026
Sim	1,00	-	-

RP_a: Razão de prevalência ajustada. **IC 95%:** Intervalo de confiança de 95%. **n:** tamanho de amostra por variável. Valor do p do modelo p<0,001.

Tabela 3 - Razão de prevalência e intervalo de confiança de 95% do conhecimento inadequado/insuficiente sobre a transmissão da arbovirose, ajustadas pelo modelo de Poisson múltiplo com variância robusta, segundo as variáveis demográficas e práticas de prevenção no município de Tangará da Serra – MT, Brasil, 2018.

4 | DISCUSSÃO

Assim como em outras regiões endêmicas para dengue, Zika e chikungunya, a maioria da população de Tangará da Serra, no estado de Mato Grosso tem conhecimento sobre a transmissão vetorial de Zika vírus, ou seja, através da picada do mosquito infectado (GREGORIO et al., 2019; BRISSETT et al., 2018; THOMPSON et al., 2018).

O conhecimento sobre essa forma de transmissão pode ser influenciado pelos meios de comunicação e campanhas do governo, que quase sempre divulgam as três viroses conjuntamente, principalmente por compartilharem o mesmo vetor (GREGORIO et al., 2019), e sendo assim, as mesmas medidas de prevenção.

Quanto as características sociodemográficas, esse conhecimento entre os moradores do município de estudo teve alta frequência em indivíduos de ambos os sexos, predominando na menor faixa etária e com maior nível de escolaridade.

A escolaridade permaneceu significativamente associada ao conhecimento inadequado ou insuficiente sobre a transmissão, sugerindo ter menos conhecimento os indivíduos com oito anos ou menos de estudo e analfabetos, resultado semelhante a de um estudo realizado na Malásia, em que os participantes com ensino superior apresentaram melhores conhecimentos e atitudes positivas em relação ao vírus Zika (ARIEF et al., 2017), e em outro realizado no nordeste do Brasil, que avaliou o conhecimento sobre a transmissão sexual do Zika, no qual a associação com o nível educacional foi próxima da significância, referindo o aumento do conhecimento com o aumento da escolaridade (BORGES et al., 2018).

Em estudo sobre percepções de risco do vírus Zika na Flórida, EUA, verificou-se que entre as mulheres, o conhecimento sobre Zika estava associado a ter um diploma de bacharel (MOISE et al., 2018), já em pesquisa sobre conhecimento, atitudes e práticas sobre a dengue no Cambódia, a escolaridade foi o principal preditor em relação ao elevado

conhecimento sobre a transmissão e métodos de prevenção (KUMARAN et al., 2018). Esses resultados podem indicar a necessidade de investimento em programas educacionais e informativos direcionados para pessoas com baixo nível educacional.

Em estudo de revisão bibliográfica, referente às representações do sujeito, os autores defendem que os receptores dos materiais educativos devem ser considerados na produção de significado, refletindo não somente na produção dos materiais, mas também nos processos de recepção e mediação destes, no decorrer das atividades educativas (FREITAS; REZENDE FILHO, 2011).

Pessoas com idade igual ou superior a 60 anos, que se declararam de raça/cor não branca demonstraram menos conhecimento sobre a transmissão através da picada de mosquito na análise bivariada, porém, as variáveis idade e raça/cor perderam significância na associação após análise no modelo de regressão.

Em estudo na Cidade do Panamá, os escores de conhecimento sobre dengue, chikungunya e Zika vírus foram significativamente relacionados a idade dos entrevistados, sendo menor nos moradores com mais de 70 anos (WHITEMAN et al., 2018). Sendo assim, deve-se considerar estratégias de comunicação e educação em saúde que considerem um diálogo que atenda às necessidades dessa faixa de população idosa.

O acesso à informação de qualidade pode ser decisivo para identificação e prevenção de arboviroses (KUMARAN et al., 2018), assim, é importante que o indivíduo obtenha essa informação de forma clara e de acordo com seu contexto, para que respaldado por esse conhecimento possa agir no âmbito individual e coletivo.

Em relação a atitude sobre a arbovirose, a maioria dos entrevistados referiu fazer algo para se prevenir, demonstrando preocupação em contrair a doença, sendo que 1,17% disseram não realizar atividade preventiva e 9,7% relatou pelo menos uma prática de prevenção.

Segundo Morse et al. (2019), uma razão para a falta de preocupação com esses e outros arbovírus, pode ser o fato de nem sempre se apresentarem como doenças graves, e com frequência predominando indivíduos infectados assintomáticos. Ainda, atitudes insatisfatórias podem ser um reflexo das informações veiculadas na mídia e em campanhas governamentais, cujo enfoque é o controle de criadouros do vetor, sendo escassas informações sobre a proteção contra a picada do mosquito (SANTOS; CABRAL; AUGUSTO, 2011).

É possível reafirmar este fato a partir de resultados de diferentes estudos, em que as práticas para o controle de criadouros de vetores se sobrepõe aos cuidados de autoproteção (GREGORIO et al., 2019; BRISSETT et al., 2018; MORSE et al., 2019; SAMUEL et al., 2018).

Neste estudo, o conhecimento inadequado ou insuficiente sobre a transmissão vetorial esteve significativamente associado a não realização da prática de proteger o corpo com repelente ou roupas claras e compridas, sugerindo que, quanto maior o

conhecimento maior a relação com a realização dessa prática de autoproteção contra a picada do mosquito. A associação entre práticas preventivas e conhecimento sobre via de transmissão da dengue também foi encontrada em estudo realizado na Venezuela (ELSINGA et al., 2018).

Práticas de autoproteção estiveram entre as citadas com maior frequência em outros estudos, entre ações conhecidas ou efetivadas pelos entrevistados, no intuito de prevenir a transmissão através da picada do mosquito, que também relataram ações como remoção de água parada, uso de telas em portas ou janelas e evitar visitas em locais que haviam relatos de doenças (GREGORIO et al., 2019; SAMUEL et al., 2018; DARROW et al., 2018).

Em pesquisa realizada em El Salvador, os resultados mostraram implementação escassa para evitar picadas de mosquitos, sendo que, a prática referida com maior frequência foi a utilização de mosquiteiros e poucos relataram utilizar inseticidas, repelentes e telas em portas e janelas (MEJÍA et al., 2016).

As telas em portas, janelas e beirais são práticas simples e eficazes na prevenção a picada do mosquito, esse potencial foi demonstrado em um estudo para o controle integrado de vetores de filariose, arbovírus e malária, reduzindo a densidade interna dos mosquitos (OGOMA et al., 2010), sem causar danos ambientais e a saúde.

A utilização de produtos inseticidas contra insetos no domicílio, neste estudo, apresentou associação na análise bivariada e perdeu significância na associação após análise no modelo de regressão. Este componente no controle de vetores apresenta como grande problema a crescente prevalência de resistência entre mosquitos, devido ao uso inadequado e a longo prazo, exigindo estratégias que permeiam desde a redução de criadouros de mosquitos a iniciativas de educação em saúde (MORSE et al., 2019).

Os resultados sugerem a comunicação e educação em saúde como estratégias para aumentar o conhecimento da população, com programas destinados a prevenir dengue, Zika e chikungunya, que devem ser direcionados a comunidades de residentes com baixa escolaridade e analfabetos, além de indivíduos idosos e de raça/cor não branca. Descobertas indicam ainda, como grupos de intervenção, que devem ser considerados para essas práticas comunicativas e educativas, a população de bairros com baixos níveis socioeconômicos e a população rural (WHITEMAN et al., 2018; NELSON et al., 2019; HARAPAN et al., 2018).

Para capacitar a população, pode-se elucidar a abordagem multifacetada, aumentando a conscientização sobre a utilidade de métodos que previnem a picada de mosquitos, além das práticas mecânicas de remoção de criadouros, diminuindo a dependência no uso de inseticidas (MORSE et al., 2019; SANTOS; CABRAL; AUGUSTO, 2011; ELSINGA et al., 2018).

Tratando-se de um estudo transversal, este possui a limitação de não ser possível inferir uma relação causal entre os fatores aqui analisados. Ainda, os dados são auto relatados e podem estar sujeitos a viés de memória.

Os fatores aqui estudados possibilitam o reconhecimento de lacunas no conhecimento e nas práticas preventivas sobre arboviroses, como o Zika vírus, sugerindo possibilidades de intervenção através da comunicação e educação em saúde, reformuladas, incorporando as descobertas científicas atuais e a participação da população, desde o planejamento até a execução das ações.

5 | CONCLUSÃO

O conhecimento inadequado ou insuficiente sobre a transmissão de Zika vírus esteve associado a baixa escolaridade, sugerindo a necessidade de esforços de comunicação e educação em saúde para contribuir com o conhecimento dessa população.

As práticas preventivas de proteção corporal contra a picada do mosquito, através de repelentes e roupas claras e compridas, foram as principais práticas não desenvolvidas por indivíduos com conhecimento inadequado ou insuficiente sobre a transmissão vetorial, apresentando associação significativa entre eles, e a educação em saúde pode propiciar o conhecimento sobre essas e outras medidas de prevenção, sustentáveis e sem impacto à saúde e ao meio ambiente.

A avaliação de conhecimentos, atitudes e práticas de uma população pode ser uma ferramenta importante para esclarecer o impacto dos componentes educativos veiculados pela mídia e, principalmente, por serviços de saúde. No que concerne essa avaliação sobre arbovirose, que tem expressivo investimento a longo prazo em programas oficiais de controle do *Aedes aegypti*, as descobertas científicas podem subsidiar a formulação de futuras intervenções e materiais educacionais, que atuem de forma a desenvolver o conhecimento existente da população, para que assim tomem decisões por comportamentos preventivos de acordo com seu contexto.

REFERÊNCIAS

ALBARADO, A. J.; PRADO, E. J.; MENDONÇA, A. V. M. **Um, dois, três – gravando: as campanhas audiovisuais do Ministério da Saúde sobre dengue, chikungunya e Zika de 2014 a 2017.** Revista Eletrônica de Comunicação, Informação e Inovação em Saúde, v. 13, n. 1, p. 75-86, 2019.

ARIEF, M. et al. **A Cross-sectional Survey on the Knowledge and Attitudes towards Zika Virus and its Prevention among Residents of Selangor, Malaysia.** Journal of Pharmacy Practice and Community Medicine, v.3, n. 2, p. 81-89, 2017.

BARRETO, A. A. **A condição da informação.** São Paulo em Perspectiva, v.16, n.3, p. 67-74, 2002.

BORGES, A. L. V. et al. **Women's reproductive health knowledge, attitudes and practices in relation to the Zika virus outbreak in northeast Brazil.** PLoS ONE, v. 13, n. 1, e0190024, 2018.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística [Internet]. **Cidades. Tangará da Serra.** IBGE, 2018. [citado em 2021 jul 18]. Disponível em: <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/mt/tangara-da-serra/panorama>.

BRISSETT, D. I. et al. **Zika Virus: Knowledge Assessment of Residents and Health-Care Providers in Roatán, Honduras, following an Outbreak.** American Journal of Tropical Medicine and Hygiene, v. 99, n. 1, p. 211-215, 2018.

COSTA, A. R. et al. **Análise do controle vetorial da dengue no sertão piauiense entre 2007 e 2011.** Cadernos Saúde Coletiva, v. 24, n. 3, p. 275-281, 2016.

DARROW, W. et al. **Zika Virus Awareness and Prevention Practices Among University Students in Miami: Fall 2016.** Health Education & Behavior, v. 45, n.6, p. 967-976, 2018.

DAWAKI, S. et al. **Is Nigeria winning the battle against malaria? Prevalence, risk factors and KAP assessment among Hausa communities in Kano State.** Malaria Journal, v. 15, n. 1, 351, 2016.

ELISINGA, J. et al. **Knowledge, Attitudes, and Preventive Practices Regarding Dengue in Maracay, Venezuela.** American Journal of Tropical Medicine and Hygiene, v. 99, n. 1, p. 195–203, 2018.

FONTES, M. B. et al. **Fatores determinantes de conhecimentos, atitudes e práticas em DST/Aids e hepatites virais, entre jovens de 18 a 29 anos, no Brasil.** Ciência & Saúde Coletiva, v. 22, n. 4, p. 1343-1352, 2017.

FREITAS, F. V.; REZENDE FILHO, L. A. **Communication models and use of printed materials in healthcare education: a bibliographic survey.** Interface - Comunicação, Saúde, Educação, v. 15, n.36, p. 243-255, 2011.

GONÇALVES, R. P. et al. **Contribuições recentes sobre conhecimentos, atitudes e práticas da população brasileira acerca da dengue.** Saúde e Sociedade, v. 24, n.2, p. 578-593, 2015.

GREGORIO JR, E. R. et al. **Knowledge, attitudes, and practices of public secondary school teachers on Zika Virus Disease: A basis for the development of evidencebased Zika educational materials for schools in the Philippines.** PLoS ONE, v. 14, n. 3, e0214515, 2019.

HARAPAN, H. et al. **Knowledge, attitude, and practice regarding dengue virus infection among inhabitants of Aceh, Indonesia: a cross-sectional study.** BMC Infectious Diseases, v. 18, n.1, 96, 2018.

KALIYAPERUMAL, I. E. C. **Guideline for Conducting a Knowledge, Attitude and Practice (KAP) Study.** Community Ophthalmology, v. 4, n.1, p. 7-9, 2004.

KUMARAN, E. et al. **Dengue knowledge, attitudes and practices and their impact on community-based vector control in rural Cambodia.** PLOS Neglected Tropical Diseases, v. 12, n. 2, e0006268, 2018.

MEJÍA, R. et al. **Knowledge attitude and practices related on prevention of mosquito borne diseases and sanitation conditions in a Salvadoran urban community.** Occupational Diseases and Environmental Medicine, v., 4, p. 83-102, 2016.

MOISE, I. K. et al. **Perceptions of Zika Virus Risk during 2016 Outbreak, Miami-Dade County, Florida, USA.** Emerging Infectious Diseases, v. 24, n. 7, p. 1379-1381, 2018.

MORSE, W. *et al.* **Perceptions and practices of mosquito-borne diseases in Alabama – is concern where it should be?** BMC Public Health, v. 19, 987, 2019.

NELSON, E. J. *et al.* **Knowledge and perceptions of Zika virus transmission in the community of Puerto Plata, Dominican Republic.** BMC Infectious Diseases, v. 19, 339, 2019.

OGOMA, S. B. *et al.* **Screening Mosquito House Entry Points as a Potential Method for Integrated Control of Endophagic Filariasis, Arbovirus and Malaria Vectors.** PLOS Neglected Tropical Diseases, v. 4, e773, 2010.

SAMUEL, G. *et al.* **A survey of the knowledge, attitudes and practices on Zika virus in new York City.** BMC Public Health, v. 18, 98, 2018.

SANTOS, S. L.; CABRAL, A. C. S. P.; AUGUSTO, L. G. S. **Conhecimento, atitude e prática sobre dengue, seu vetor e ações de controle em uma comunidade urbana do Nordeste.** Ciência & Saúde Coletiva, v. 16, supl. 1, p. 1319-1330, 2011.

TALERO-GUTIÉRREZ, C. *et al.* **Zika virus epidemiology: from Uganda to world pandemic, an update.** Epidemiology & Infection, v. 146, n. 6, p. 673–679, 2018.

TEIXEIRA, M. G. *et al.* **Conquistas do SUS no enfrentamento das doenças transmissíveis.** Ciência & Saúde Coletiva, v. 23, n. 6, p. 1819-1828, 2018.

THOMPSON, E. L. *et al.* **Perceptions of Zika Virus Prevention Among College Students in Florida.** Journal of Community Health, v. 43, p. 673-679, 2018.

VASCONCELOS, P. F. C. **Doença pelo vírus Zika: um novo problema emergente nas Américas?** Revista Pan-Amazônica de Saúde, v. 6, n. 2, p. 9-10, 2015.

WANG, L. *et al.* **Review of the 2019 Novel Coronavirus (COVID-19) based on current evidence.** International Journal of Antimicrobial Agents, v. 55, n. 6, 105948, 2020.

WHITEMAN, A. *et al.* **Socioeconomic and demographic predictors of resident knowledge, attitude, and practice regarding arthropod-borne viruses in Panama.** BMC Public Health, v. 18, 1261, 2018.

WHO. World Health Organization. **Knowledge, Attitudes, and Practices Surveys Zika Virus Disease and Potential Complications: Resource Packs.** Geneva: WHO, 2016.

CAPÍTULO 9

TERRITÓRIO VIVO EM TEMPOS PANDÊMICOS: OS DESAFIOS DO PROFISSIONAL RESIDENTE EM SAÚDE DA FAMÍLIA E COMUNIDADE DE TERRITORIALIZAR EM UM MUNICÍPIO DO ESTADO DO CEARÁ

Data de aceite: 20/08/2021

Maíra dos Santos Albuquerque

Escola de Saúde Pública do Ceará, ESP/CE.
Fortaleza- Ceará.
<http://lattes.cnpq.br/1033172528627900>

Adna Regadas Araújo

Escola de Saúde Pública do Ceará, ESP/CE.
Fortaleza- Ceará.
<http://lattes.cnpq.br/5591327524676941>

Tiago Amaral de Farias

Escola de Saúde Pública do Ceará, ESP/CE.
Fortaleza- Ceará.
<http://lattes.cnpq.br/9398015610958356>

Letícia Ribeiro Azevedo

Escola de Saúde Pública do Ceará, ESP/CE.
Fortaleza- Ceará.
<http://lattes.cnpq.br/4884839695558112>

Germano Lucas de Araújo

Escola de Saúde Pública do Ceará, ESP/CE.
Fortaleza- Ceará.
<http://lattes.cnpq.br/6855468868919690>

Aridenis dos Santos Lopes

Escola de Saúde Pública do Ceará, ESP/CE.
Fortaleza- Ceará.
<http://lattes.cnpq.br/6655301254646119>

Rafael Brito Pamplona

Escola de Saúde Pública do Ceará, ESP/CE.
Fortaleza- Ceará.
<http://lattes.cnpq.br/1595714379903595>

Geralda Menezes Magalhães de Farias

Universidade Estadual Vale do Acaraú- UVA.
Sobral. Ceará.
<http://lattes.cnpq.br/9726590550727495>

Carlos Felipe Fontinelles Fontineles

Escola de Saúde Pública do Ceará, ESP/CE.
Fortaleza- Ceará.
<http://lattes.cnpq.br/2381593733368685>

Dennis Moreira Gomes

Universidade Estadual Vale do Acaraú-UVA
Sobral. Ceará.
<http://lattes.cnpq.br/5710950294542784>

Débora Joyce Nascimento Freitas

Universidade Federal do Ceará- UFC.
Fortaleza. Ceará.
<http://lattes.cnpq.br/2108645973752638>

RESUMO: O território vai além de um espaço geográfico demarcado, ele é dinâmico. Formado por pessoas e seus modos de viver, sua exploração durante o processo de territorialização torna-se desafiador em um cenário pandêmico e com restrições sanitárias. Neste sentido, o trabalho objetiva relatar a experiência do processo de territorialização e a percepção da equipe de residentes em Saúde da Família e Comunidade em um município do Ceará. Vivenciado entre março e abril de 2021, a partir de etapas pré-estabelecidas, o processo de territorialização enfrentou dificuldades em razão do cumprimento das medidas para prevenção da COVID-19. O distanciamento social, a limitação de tempo e número de residentes durante as visitas aos equipamentos públicos

e sociais, além do contato mínimo com os moradores do território, gerou um sentimento de tensão e minimizou as reflexões e trocas entre residentes, gestores, responsáveis pelos serviços e comunidade. Assim, a exploração do território ocorreu de forma adaptada, onde a participação e colaboração dos Agentes Comunitários de Saúde foi fundamental para um melhor aproveitamento das etapas do processo de territorialização.

PALAVRAS - CHAVE: Pandemias; Territorialização da Atenção Primária; Equipe de Assistência ao Paciente; Atenção Primária à Saúde

THE LIVE TERRITORY IN PANDEMIC TIMES: THE CHALLENGES OF THE FAMILY AND COMMUNITY HEALTH RESIDENT PROFESSIONAL TO TERRITORIALIZE IN A MUNICIPALITY OF THE STATE OF CEARÁ

ABSTRACT: The territory goes beyond a marked geographic space, it is dynamic. Made up of people and their ways of living, its exploration during the territorialization process becomes challenging in a pandemic scenario with sanitary restrictions. In this sense, this study aims to report the experience of the territorialization process and the perception of the team of residents in Family and Community Health in a municipality in Ceará. Experienced between March and April 2021, from pre-established stages, the territorialization process faced difficulties due to compliance with the measures to prevent COVID-19. Social distancing, limited time and number of residents during visits to public and social facilities, in addition to minimal contact with the population, generated a feeling of tension and minimized reflections and exchanges between residents, managers, responsible for services and community. Thus, the exploration of the territory took place in a adapted way, where the participation and collaboration of Community Health Agents was essential for a better use of the territorialization process.

KEYWORDS: Pandemics; Territorialization in Primary Health Care; Patient Care Team; Primary Health Care.

1 | INTRODUÇÃO

O território vai além de um espaço demarcado, passando constantemente por um processo de mudanças, ele necessita de um olhar mais amplo acerca das suas diferentes determinações e particularidades. Dessa forma, deve ser visto e efetivado como parte condicionante na produção de saúde de sua população. Sendo o território, um espaço vivo, cheio de dinamicidade, capaz de produzir saúde, mas também gerar doenças, torna-se de grande relevância seu reconhecimento (JUSTO et al., 2017).

A territorialização é caracterizada como um processo de busca de conhecimento sobre um território (TETEMANN; TRUGILHO; SOGAME, 2016), com o propósito de identificar as circunstâncias físicas e sociais de uma determinada área. Através de um mapeamento, como parte da territorialização, é possível visualizar e compreender a infraestrutura urbana, equipamentos sociais, *aspectos sociais, culturais e econômicos* que podem atuar de forma positiva ou negativa no modo de viver de uma comunidade (FARIA, 2013).

O território não se apresenta limitado a descrição geográfica, mas caracterizado de

forma viva, formado por pessoas e seus modos de viver, imersos em aspectos socioculturais, econômicos, de raça, gênero, espiritualidade e ambiente de forma sinérgica. Desta forma, ficam claras as dificuldades existentes no que diz respeito a se obter o conhecimento sobre ele e nos faz indagar: como imergir em um território vivo em tempos pandêmicos, onde o contato direto com as pessoas que ali vivem encontra-se limitado?

Levando em consideração os conceitos de territorialização e as impossibilidades físicas em decorrência das medidas sanitárias de isolamento social para conter o aumento de casos da COVID-19 nos anos de 2020 a 2021, o presente estudo se justifica na perspectiva de gerar reflexões e ações acerca de novas formas de territorializar com o intuito de captar as vivências de uma comunidade.

2 | OBJETIVO

Descrever os desafios encontrados pelos profissionais residentes em saúde da família e comunidade durante o processo de territorialização no cenário pandêmico em um município do Ceará.

3 | METODOLOGIA

Trata-se de um relato de experiência de abordagem descritiva acerca da vivência dos residentes do programa de Residência *Integrada* em Saúde da Escola de Saúde Pública do Ceará – ESP/CE com ênfase em Saúde da Família e Comunidade em um município do Ceará.

A equipe multiprofissional em atuação no município foi composta por uma por duas enfermeiras, nutricionista, psicóloga, fisioterapeuta, farmacêutico, cirurgião dentista e assistente social, os quais realizaram o processo de territorialização no período de março a abril de 2021. Como apoio e adequação ao território, a equipe teve a colaboração dos profissionais preceptores de núcleo de enfermagem e odontologia, bem como, da coordenação geral da residência no município.

Para realização do reconhecimento dos territórios de atuação, os residentes seguiram o roteiro descrito pelo Manual do Módulo: Território e Saúde, componente comunitário (2021) e o Tutorial de readequação do território (2021), ambos disponibilizados pela ESP/CE. Com o intuito de instruir na captação de informações pertinentes e na imersão dos profissionais residentes no território, os materiais apresentaram de forma contínua as seguintes etapas: Diagnóstico inicial; Imersão comunitária; Sistematização da territorialização; Construção do Mapa inteligente; Elaboração das estratégias planejadas.

4 | RESULTADOS

Diante das vivências iniciais, foi-se (des)construindo caminhos para a territorialização. As implicações iniciais, eram: “Como territorializar em um cenário pandêmico?”, “Até onde se pode ir?”, “O que fazer diante das limitações?”, “O que não fazer?”. Ecoando dúvidas, angústias, apreensões e desconstruções sobre o início da caminhada em ser residente no território, bem como, de implementar as etapas pré-estabelecidas.

A primeira etapa orientada pela ESP (2021) intitulada de Diagnóstico Inicial com o aprofundamento do estudo, ou seja, a coleta dos dados primários descrita como o conhecimento dos cenários de práticas e a apropriação dos documentos oficiais para a busca informações acerca do território, se deu mediante a visita dos equipamentos relacionados à saúde, sendo estes, os equipamentos de saúde, assistência social, secretarias municipais de saúde, equipamentos da educação e de mobilização social.

Nesta etapa, houve restrições quanto ao número de residentes que podiam realizar as coletas dos dados, visto o risco de gerar aglomeração nos estabelecimentos. Dessa forma, foram formadas duplas e quartetos a depender da amplitude de informações a serem colhidas e a dimensão física do estabelecimento. As visitas se deram em curto período de tempo a fim de minimizar a permanência física no local, embora todos os envolvidos tomassem os cuidados necessários quanto ao uso de máscara, álcool em gel e o distanciamento físico.

Quanto ao tempo limitado para coletar as informações nos estabelecimentos, gerou sentimento de tensão ao agilizar a coleta de dados, inviabilizando muitas vezes a reflexão e troca com os gestores e responsáveis pelos serviços acerca da realidade descrita, o que pode ter resultado em uma coleta de cunho mais superficial com possibilidades de aprofundamentos e maiores discussões. Ainda, a divisão em subgrupos, impossibilitou a geração de diversos olhares e reflexão, além da construção do conhecimento coletivo.

Além dos responsáveis, gestores e demais profissionais participantes nesta etapa, os Agentes Comunitários de Saúde- ACSs tiveram um papel primordial, visto que os mesmos permitiram a visualização do território como um todo por meio de sua fala, permitindo que os profissionais residentes pudessem imaginar a geolocalização e o território-vivo em suas múltiplas dimensões existentes e vivenciadas.

O fato da inviabilidade de visita física ao território pelos os residentes, impossibilitou a visualização real das áreas, gerando um sentimento por vezes de inapropriação acerca do território, uma vez que o contato com o mesmo, leva a visualização das realidades quanto aos cenários ambientais e vulnerabilidades socioeconômicas e o modo de viver dos sujeitos.

A segunda etapa, definida pela ESP (2021) como Imersão comunitária com a coleta dos dados secundários, foi implementada à medida que se realizou a primeira etapa a fim de evitar a frequência física nos estabelecimentos. Os dados secundários foram solicitados

por meio de formulários, planilhas de sistemas de informação e relatórios.

É válido ressaltar que as alternativas virtuais e o acesso aos sistemas de informações, bem como, o conhecimento do funcionamento dos serviços, suprem as demandas no que diz respeito ao levantamento de dados pontuais e específicos, no entanto, por se tratar de um território que é formado também pelo modo de viver das pessoas, torna-se essencial saber como os dados alimentados nos sistemas de informações e as ações e serviços oferecidos, chegam a população e como a mesma recebe tais serviços e se relaciona com o território.

Isso posto, visualiza-se a necessidade de abranger a busca de informações, ou seja, de estar com as pessoas, de se captar os sentidos, as expressões implícitas a linguagem não-verbal e corporal como as fáceis e gestos presentes na fala e troca de informações, o que é captado mediante o contato olho a olho e a escuta de forma próxima.

Na terceira etapa, chamada de Sistematização da territorialização segundo a ESP (2021), seguiu-se com o levantamento da análise dos dados coletados e o planejamento participativo da comunidade mediante os problemas e fragilidades do território, tornou-se desafiadora mediante o cumprimento das medidas sanitárias.

Para suprir a necessidade de planejamento co-participativo, os residentes realizaram oficinas pontuais com os ACS's para o fichamento de potencialidades e ameaças das áreas, visto a proximidade dos mesmos com os territórios e ao mesmo tempo, por estes residirem nos locais de atuação. Ademais, visto a inviabilidade de reunir representantes da comunidade para a troca de saberes, partilha de informações e a construção conjunta de projetos de melhoria e enriquecimento dos lugares em que vivem, orientada pela ESP (2021) como quinta etapa de elaboração das estratégias planejadas, foi unificada durante a aplicação da terceira etapa de planejamento participativo durante as oficinas.

Dessa forma, a proposta da construção da descrição dos territórios, bem como, do planejamento co-participativo para as melhorias, não atingiu o objetivo em sua potencialidade, visto que, os ACS's embora fossem residentes local e como em suas funções representam a população adscrita, questiona-se até onde vai essa representação, visto que há outros olhares imbricados, múltiplas experiências em suas subjetividades e modos de viver e ver o mundo.

Apesar disso, aproveitou-se da terceira etapa para se implementar a quarta etapa, de Construção do Mapa inteligente dos territórios segundo a ESP (2021). Novamente, os residentes contaram com a contribuição direta dos ACS's, no delineamento dos espaços geográficos, presença de equipamentos, áreas de vulnerabilidades, bem como, as coberturas de microáreas, sendo possível, a criação do desenho dos territórios contendo os equipamentos, características ambientais e pontos importantes para as populações.

Tal etapa se tornou desafiadora à medida que a visualização das áreas descritas e desenhadas não foram vistas a olho nu pela a equipe de residentes em sua totalidade na riqueza de detalhes, a fim de se respeitar as medidas sanitárias vigentes. Assim, a

experiência da construção de tal tecnologia, foi baseada nos recursos do *Google Maps*, mas principalmente, por meio da fala e olhar dos ACS's de cada microárea de atuação.

5 | CONSIDERAÇÕES FINAIS

Dante das limitações, do desconhecido que era apresentado, das frustrações que já emergiram, da quebra de um “ideal” linear, das portas que não se abriram (o que faz parte do período pandêmico) e, de todos os entraves que foram vivenciados com sua dada intensidade, ressalta-se, aqui, a coragem que cada profissional residente usaram para fazer com que algo pudesse ser construído, materializado e, claro, sonhado neste percurso de conhecer o território.

Os impactos e contribuições são desde os mais sutis aos escancarados, reverberando efeitos dos mais diversos nesse percurso inicial. Pisar no território, ver os rostos (mesmo protegidos pela máscara), sentir as pessoas mesmo que de longe, observar os modos de produção de saúde, analisar as alteridades encontradas neste período inicial foi de suma importância para a aquisição de aprendizados.

A territorialização como processo dinâmico e que não se esgota no tempo, tem como contribuições para os profissionais residentes como uma oportunidade de conhecer as realidades e seus aspectos multifatoriais em diferentes contextos, mediante a reinvenção de processos e com possibilidades de recriar e readaptar em tempos desafiadores, onde o inominável insiste em se inscrever, mas, com seguimento de um trabalho ético e flexível de acordo com as pluralidades e capilaridades.

REFERÊNCIAS

CEARÁ. Escola de Saúde Pública do Ceará- ESP/CE. Residências Multiprofissional e Uniprofissional em Saúde. Componente comunitário. **Tutorial de readequação da territorialização -Turma VIII.** Fortaleza, Ceará. p. 1-12. Abril, 2021.

FARIA R.M. **A Territorialização da atenção primária à saúde no Sistema Único de Saúde e a construção de uma perspectiva de adequação dos serviços aos perfis do território.** Hygeia. v.6, n.16, p. 131-147. 2013.

JUSTO L.G.; SEVERO A.K.S.; FÉLIX A.V.S.; SOARES L.S.; SILVA F.L.J.; PEDROSA J.I.S. **A territorialização na Atenção Básica: um relato de experiência na formação médica.** Interface (Botucatu), Botucatu. v. 21, supl. 1, p. 1345-1354, 2017.

TETEMANN, E. C.; TRUGILHO, S. M.; SOGAME, L. C. M., **Universalidade e Territorialização no SUS: contradições e tensões inerentes.** Textos & Contextos (Porto Alegre), v. 15, n. 2, p. 356 - 369, ago./dez. 2016.

CAPÍTULO 10

ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM: PERCEPÇÃO DO PACIENTE INTERNADO NA UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA

Data de aceite: 20/08/2021

Data de submissão: 30/07/2021

Eduardo Melo Campelo

Hospital Universitário da Universidade Federal do Piauí – HU/UFPI, Teresina-PI
<https://orcid.org/0000-0001-8549-3921>

Dallyane Cristhefane Carvalho Pinto

Centro Universitário UNINOVAFAPI
Teresina-PI

<http://lattes.cnpq.br/2547288253506603>

Francisca Cecília Viana Rocha

Centro Universitário UNINOVAFAPI
Teresina-PI

<http://lattes.cnpq.br/7968780746586689>

Marcia Maria Gonçalves Franco Dourado

Centro Universitário UNINOVAFAPI
Teresina-PI

<https://orcid.org/0000-0002-4183-121X>

Roberta Oliveira de Moraes

Centro Universitário UNINOVAFAPI
Teresina-PI

<https://orcid.org/0000-0002-3458-8821>

Gislane de Sousa Rodrigues

Centro Universitário Santo Agostinho - UNIFSA,
Teresina-PI

<http://lattes.cnpq.br/8798923547712493>

Maryanne Marques de Sousa

Hospital Universitário da Universidade Federal do Piauí – HU/UFPI, Teresina-PI
<https://orcid.org/0000-0001-9302-8499>

Luciana Spindola Monteiro Toussaint

Fundação Municipal de Saúde – FMS,
Teresina-PI

<http://lattes.cnpq.br/4702187315122289>

Fábio Soares Lima Silva

Fundação Municipal de Saúde – FMS,
Teresina-PI
<https://orcid.org/0000-0002-8795-3255>

Jardilson Moreira Brilhante

Universidade Federal do Piauí – UFPI,
Teresina, PII
<http://lattes.cnpq.br/4311861743837657>

Felipe de Sousa Moreiras

Universidade Federal do Piauí – UFPI,
Floriano-PI
<https://orcid.org/0000-0002-8703-1429>

Karen Mota Silva

Centro Universitário Santo Agostinho - UNIFSA,
Teresina-PI
<https://orcid.org/0000-0003-4706-1655>

RESUMO: **Objetivo:** Analisar a percepção do paciente sobre a assistência de enfermagem recebida durante a sua internação na UTI.

Metodologia: Trata-se de uma pesquisa de campo, descritiva com abordagem qualitativa, realizada em um Hospital Escola de Teresina, com 15 sujeitos. Para coleta dos dados foi utilizada a entrevista semiestruturada e a análise de conteúdo. Em todas as fases da pesquisa foram seguidas e observadas às normas da Resolução nº 196, de 10 de outubro de 1996 do Conselho Nacional de Saúde, com a autorização

adquirida dos sujeitos da pesquisa que assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, para a publicação das informações. A pesquisa teve aprovação do comitê de Ética e Pesquisa com o número do parecer 222.725. **Resultados:** Foi possível observar por meio dos relatos, sentimentos positivos em relação à forma como foram cuidados na UTI. Tais relatos possibilitam enxergar que, embora longe de uma assistência ideal, pequenos gestos foram encarados com grande valia pelos pacientes que se encontravam quase que totalmente dependentes dos cuidados de terceiros. Conquistar a confiança de seu cliente enquanto realiza sua prática assistencial possibilita que o trabalho do enfermeiro seja realizado mais facilmente, contribuindo para uma evolução positiva no prognóstico do paciente. **Considerações finais:** Em vista disso, entende-se que uma assistência humanizada, pautada em todas as necessidades humanas, mostra-se efetiva na recuperação do cliente enfermo em estado grave, bem como favorece sua recuperação, podendo inclusive diminuir o tempo de permanência desse paciente em cuidados intensivos.

PALAVRAS - CHAVE: Unidade de terapia intensiva; Assistência de enfermagem; Percepção.

NURSING CARE: PERCEPTION OF THE PATIENT ADMITTED TO THE INTENSIVE CARE UNIT

ABSTRACT: **Objective:** To analyze the patient's perception of the nursing care received during their ICU stay. **Methodology:** This is a field research, descriptive with a qualitative approach, carried out in a Teaching Hospital in Teresina, with 15 subjects. For data collection, semi-structured interviews and content analysis were used. In all phases of the research, the norms of Resolution No. 196 of October 10, 1996 of the National Health Council were followed, with the authorization acquired from the research subjects who signed the Informed Consent Term for publication of information. The research was approved by the Ethics and Research Committee under the opinion number 222725. **Results:** It was possible to observe through the reports, positive feelings regarding the way they were cared for in the ICU. Such reports make it possible to see that, although far from ideal care, small gestures were seen with great value by patients who were almost totally dependent on the care of others. Gaining the client's trust while carrying out their care practice allows the nurse's work to be performed more easily, contributing to a positive evolution in the patient's prognosis. **Final considerations:** In view of this, it is understood that humanized care, based on all human needs, is effective in the recovery of the seriously ill patient, as well as favoring their recovery, and may even reduce the length of stay of this patient in intensive care.

KEYWORDS: Intensive care unit; Nursing care; Perception.

1 | INTRODUÇÃO

O processo de adoecer acontece na vida de uma pessoa de maneira inesperada, trazendo consigo vários sentimentos e mudanças em seu cotidiano que podem ser vivenciadas e aceitas de uma forma diferente por cada pessoa. Este processo poderá desencadear no indivíduo uma situação de crise, a qual se constitui em um período relativamente curto de desequilíbrio psicológico quando a pessoa se confronta com

uma circunstância perigosa, um problema importante do qual não pode escapar nem resolver com os recursos habituais para solução de problemas. A crise geralmente vem acompanhada de sentimentos como ansiedade, raiva, medo e/ou depressão (SEVERO; GIRARDON-PERLINI, 2005).

A hospitalização é um processo estressante em que o paciente vivencia insegurança em relação ao seu estado de saúde, refletindo inclusive na dinâmica familiar. Tal processo em sua grande maioria representa a quebra abrupta de uma rotina de trabalho e vida social cotidiana. Esse quadro de estresse é, em sua essência, ainda mais grave quando o paciente e/ou a família recebem a notícia sobre a necessidade de internação do paciente em uma unidade de tratamento intensivo, gerando medo e insegurança, em muitos aumentados pelo estigma que ainda hoje esta apresenta perante a sociedade.

Para Caetano et al. (2007) a Unidade de Terapia Intensiva (UTI) é tida como um local onde se presta assistência qualificada especializada, independentemente de os mecanismos tecnológicos utilizados serem cada vez mais avançados, capazes de tornar mais eficiente o cuidado prestado ao paciente em estado crítico. Esse setor é constituído de um conjunto de elementos funcionalmente agrupados, destinado ao atendimento de pacientes graves ou de risco que exijam assistência médica e de enfermagem ininterruptas, além de equipamentos e recursos humanos especializados.

Em todo o âmbito hospitalar deve-se assistir ao paciente de forma integral, e na UTI, esses cuidados são ainda mais essenciais pela condição física e psicológica dos clientes, principalmente aqueles que estão conscientes. Pessoas internadas nessa unidade estão fragilizadas pela patologia e, também, pela ausência da família.

Percebe-se, então, a visão que a sociedade tem em relação a UTI, local em que a morte ocorre com maior predominância, e que os pacientes graves dependem de cuidados complexos e aparelhos sofisticados. O medo de morrer e a ansiedade são aqui mais acentuados ao se evidenciarem situações potencias para atingir a finitude. Quando os pacientes vivenciam a experiência de internar-se em uma unidade de terapia intensiva, sua visão relacionando à UTI muda (CESARINO et al., 2005).

Para Mendes, Spíndola e Mota (2012) percepção é a apreensão da realidade ou de uma situação objetiva pelo homem. Consiste na reação de um sujeito a um estímulo exterior, que se manifesta por fenômenos químicos, neurológicos, ao nível dos órgãos dos sentidos e do sistema nervoso central e por diversos mecanismos psíquicos tendentes a adaptar esta reação a seu objeto, como a identificação do objeto percebido ou seu reconhecimento, sua diferenciação por ligação aos outros objetos. Diante do exposto, a pesquisa teve como objetivo analisar a percepção do paciente sobre a assistência de enfermagem recebida durante a sua internação na UTI.

2 | METODOLOGIA

Trata-se de uma pesquisa de campo, descritiva com abordagem qualitativa. Para Barros e Lehfeld (2007) o investigador na pesquisa de campo assume o papel de observador e explorador, coletando diretamente os dados no local (campo) em que se deram ou surgiram os fenômenos.

A pesquisa foi realizada em um hospital-escola de Teresina, referência regional do sistema único de saúde (SUS) para atendimento em todos os níveis de complexidade. O referido hospital funciona em caráter eletivo com 302 leitos atendendo a diferentes especialidades: clínicas médica, ortopédica, neurológica, urológica, ginecológica, pneumologia, dermatologia, nefrologia e cardiologia, além de duas UTIs, com capacidade para 8 leitos cada.

O cenário da pesquisa foram todas as clínicas de pacientes provenientes da UTI. Participaram do estudo 15 pacientes, sendo 8 do sexo feminino e 7 do sexo masculino, com idades variando entre 18 e 72 anos e escolaridade entre o 2º ano do ensino fundamental e 3º ano do ensino médio. Os sujeitos foram nomeados com pedras preciosas, por entender-se o grande valor que possuem, pela experiência vivenciada em um ambiente crítico, onde ficaram por muito tempo fora do convívio familiar e conectados a diversos aparelhos.

Utilizou-se como critérios de inclusão, aqueles que tiveram um tempo mínimo de 5 dias de internação em UTI e que estivessem conscientes para responder aos questionamentos. Os critérios de exclusão foram: pacientes com tempo de permanência menor que 5 dias na UTI, grave comprometimento neurológico, barreiras físicas na fala (não pode ou não consegue falar) e menores de idade. A coleta dos dados ocorreu por meio de entrevista semi-estruturada, gravadas e transcritas na íntegra.

A análise dos dados foi baseada em Minayo (2002), pois explica que a expressão mais comumente usada para representar o tratamento dos dados de uma pesquisa qualitativa é análise de conteúdo. Esta utiliza a categorização de dados por melhor se adequar à investigação qualitativa do material sobre saúde. As categorias são empregadas para estabelecer classificações.

Em todas as fases da pesquisa foram seguidas e observadas as normas da Resolução nº 196, de 10 de outubro de 1996 do Conselho Nacional de Saúde - CNS, com a autorização para a publicação das informações adquiridas dos sujeitos da pesquisa que assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

Convém ressaltar que o estudo foi autorizado pela instituição onde ocorreu a pesquisa e a coleta de dados foi realizada somente após a aprovação no Comitê de Ética em Pesquisa sob o número de parecer 222.725. Aos sujeitos foi garantido o anonimato, e assegurado o direito de desistir da participação do estudo a qualquer tempo.

3 | RESULTADOS E DISCUSSÃO

3.1 Percepção do paciente em relação ao cuidado na UTI

A unidade de terapia intensiva é um ambiente cercado de mitos e estigmas no imaginário popular. Está empiricamente tomada como ambiente de gravidade patológica e terminalidade. A este respeito, Pina et al (2008) explica que a falta de informação e de compreensão acerca da finalidade e da essência dos serviços de terapia intensiva, somando-se a dificuldade das pessoas em lidar com a vulnerabilidade humana, faz despontar aspectos que influenciam diretamente a percepção e a avaliação dos pacientes sobre a assistência e a terapia empreendida nestes setores.

Assim a percepção do paciente após a saída da UTI muda, pois seus conceitos preexistentes são desconstruídos após sua reabilitação e alta, como podemos perceber nas seguintes falas:

"Fui bem cuidada, o que precisava fazer eles faziam. Eu não sinto mágoa de ninguém. Na hora que eu precisava de alguma coisa eu chamava a enfermeira e ela vinha. Quando falam em UTI a gente acha que está muito doente, mas graças a Deus eu fui feliz" (ESMERALDA).

"Fui muito bem cuidado, porque eu pensei que de lá só saía morto. E quando eu saí da UTI todo mundo me aplaudiu, por estar vivo. Lá a medicação é 24 horas e as enfermeiras é todo tempo perto da gente, assim fui me recuperando" (RUBI).

"Lá na UTI eles me banhavam, dava os remédios, não senti falta de nada, senti saudade de minha casinha" (ONIX).

O cuidado de enfermagem em UTI é altamente especializado, muito disto deve-se ao ambiente tecnológico. Assim, ao assistir seu paciente, o enfermeiro deve buscar mecanismos que minimizem o estresse, pois estes influenciam negativamente no conforto do mesmo durante sua internação.

O descuido com o desconforto gerado pelos sons dos aparelhos, iluminação fluorescente e situações emergenciais, pode influenciar negativamente na reabilitação do paciente. Estas situações são claramente evidenciadas no relato a seguir:

"Mudavam-me de posição quando eu me maldizia muito, tinha também a luz acessa que me incomodava muito, então eu pedia um pano pra colocar nos olhos e conseguia dormir. Fui bem cuidado, mas você sabe que nem os dedos da mão são iguais, mas na hora que eu chamava as enfermeiras elas vinham [...] As máquinas faziam muito barulho e eu via as pessoas precisando de ajuda" (TOPÁZIO).

Proença e Dell Agnolo (2011) relatam que a falta de privacidade, não conseguir dormir, ter que ficar olhando para o teto, ter luzes acesas constantemente são alguns dos fatores causadores de estresse dentro de uma unidade intensiva. Além disso, a luminosidade intensa, ser acordado pela equipe e a presença de equipamentos são fatores que contribuem para o cansaço físico e psicológico dos pacientes admitidos em UTI.

Embora a iluminação seja citada como um dos principais fatores que incomodam o paciente, dentro do ambiente de terapia intensiva, ela é ferramenta necessária para a segurança dele e da equipe multiprofissional. Prestar cuidados intensivos pressupõe vigilância constante, assim para que tal objetivo seja atingido é necessária iluminação adequada, a fim de que todo e qualquer procedimento seja tomado com o máximo de segurança.

Nesse contexto, o enfermeiro deve pensar no bem estar de seu cliente, e o ambiente de terapia intensiva deve ser adequado, dentro de suas possibilidades, ao conforto do paciente. Algumas atitudes simples melhoram em muito a estada do enfermo durante a internação, como: evitar deixar a luz acessa sobre o leito quando não estiver fazendo procedimento com o paciente, diminuir ao máximo os ruídos, procurar sempre que possível informar ao paciente o que vai fazer antes de tocá-lo, aplicar injeções, banhar, trocar fraldas, mudar de decúbito ou fazer qualquer procedimento.

Conforme Marques e Souza (2010), as introduções de tecnologias cada vez mais aprimoradas preservam e mantêm a vida do paciente em estado crítico, pois as terapêuticas e controles são mais eficazes, e exige dos profissionais de saúde serem mais capacitados e habilitados. Essa tecnologia favorece o atendimento imediato, possibilita segurança para toda a equipe da UTI. Porém, em contrapartida, podem contribuir para tornar as relações humanas mais distantes fazendo com que o cliente se sinta abandonado, levantando a premissa de que o profissional saiba mais sobre a máquina e pouco sobre o cliente que está cuidando, tratando-o, às vezes, como objeto das determinações ou do cuidado.

Mendes, Spindola e Mota (2012) relatam que ao apontarem o caráter mecânico das ações de saúde e as falhas da assistência humanizada da equipe de enfermagem estão alertando sobre o perigo de se manter o predomínio da forma racional de cuidar, pois essa maneira não vem satisfazendo as pessoas. Além disso, o ambiente de terapia intensiva pressupõe cuidados e vigilância constantes, cabendo à equipe vigiar para estar pronta ao atendimento das necessidades de seu cliente. Tal situação de mecanização do cuidado, de ações rotineiras, centradas na execução de tarefas e distanciamento da equipe de enfermagem pode ser percebida nos relatos abaixo:

"Não fui muito bem cuidado, mas também não fui mal tratado. Às vezes eu precisava ser aspirado e não passava uma viva alma pra eu chamar, mas também tinha hora que estavam todas ao redor de mim, cuidando de mim." (DIAMANTE).

"Fui bem cuidado. Mas tinha uma mulher que ficava me maltratando, falava um bocado de besteira, me forçava a fazer uma coisa que eu não queria fazer, era uma técnica de enfermagem. Eu pedia pra ela ajelitar meu pescoço e ela fazia com força. [...] Eu não gostava quando me tiravam do ventilador porque eu ficava com falta de ar" (CRISTAL).

Sendo assim, a equipe de enfermagem deve ter cuidado com o que diz próximo ao paciente evitando falar sobre assuntos inconvenientes. A forma como é realizado o cuidado

também é percebido pelo cliente, como o toque das mãos, a força aplicada na realização dos procedimentos, a impaciência do profissional, dentre outros. No ambiente crítico em que o paciente fica dependente dos cuidados de enfermagem é preciso haver comunicação de tudo que for realizado, respeitando a privacidade e intimidade do paciente como uso de biombo, não expor totalmente as partes íntimas, tentando preservar ao máximo a integridade física e moral do paciente.

Segundo Oliveira e Guirardello (2006), no que diz respeito à satisfação do paciente, fatores como características de personalidade do enfermeiro, incluindo aspectos do seu comportamento como empatia, comunicação e proficiência no cuidado, requerem conhecimento, domínio técnico e habilidade organizacional, para influenciar na satisfação do paciente sobre seu cuidado. As falas a seguir retratam o pensamento do enfermo acerca destes cuidados.

"Eu fui bem cuidado, tudo que podia ser feito por mim eles faziam, inclusive cheguei a passar mal lá e me trataram bem. Fui bem tratado lá, não tenho o que dizer. Às vezes eu sabia se era dia ou se era noite porque algumas delas me davam bom dia. Elas avisavam quando ia me dar banho, medicação, comida me mudavam de posição" (OPALA).

"Fui bem cuidado, não tenho do que reclamar [...] Quando eu chamava vinham logo, quando iam fazer alguma coisa comigo elas diziam - olha a medicação! vamos banhar? Sempre tive noção do tempo pelo dia da operação e pelo relógio que tinha lá" (QUARTZO).

"O cuidado na UTI foi muito bom, graças a Deus melhor não poderia ser. Gostei de tudo, dos doutores, dos enfermeiros, dos acadêmicos. Chegavam perto de mim e conversavam comigo, me faziam companhia [...] Então foi maravilhoso, não tenho o que dizer. Cuidavam de mim... banhavam-me na cama, davam-me comida na boca (tinham o cuidado de segurar-me para que eu não engasgassem), davam-me minhas medicações... tudo! [...]" (TURMALINA).

Mendes, Spindola e Mota (2012) afirmam que o conhecimento das necessidades e expectativas de quem se encontra hospitalizado em relação à assistência intensivista, constitui o primeiro passo dado na busca da qualidade. Devemos considerar que quando a assistência prestada recebe uma avaliação positiva por parte da clientela, evidencia-se que estamos atendendo as suas necessidades e está sendo garantida a satisfação do cliente.

Sendo assim, os cuidados de enfermagem não devem se resumir apenas nas técnicas dos procedimentos de enfermagem e nos cuidados com a higiene entre outros. O enfermeiro deve ir além, buscando também o cuidado com a alma, com o indivíduo "corpo e mente", a afetividade, o carinho, a atenção, pois durante a internação o paciente encontra-se fora do seu ambiente familiar e assim necessita de um apoio maior. Tais fatores contribuem positivamente na reabilitação do paciente e diminuem o estresse causado pela internação.

3.2 Medo vivenciado pelo paciente na UTI

Ao descobrir-se em um ambiente de terapia intensiva, diversos sentimentos dominam o paciente, alguns desencadeados pelo ambiente de cuidado intensivo ao qual estão submetidos, com grande aparato tecnológico e cuidado especializado. São também comuns a estes pacientes sentimentos de medo e incerteza relacionados ao seu estado de saúde e saudade de seus familiares.

De acordo com Ribeiro (2010) os pacientes internados em UTI são vítimas de estresse e estão emocionalmente abalados por encontrarem-se incapazes de suprir plenamente suas necessidades humanas básicas, sendo dependentes de cuidados de outros. Tal situação é ainda agravada pelo fato de se encontrarem em um ambiente estranho com situações limítrofes emergenciais.

Proença e Dell Agnolo (2011) reforçam que conhecer as crenças e expectativas dos usuários pode favorecer sua adaptação no setor. A comunicação e o estabelecimento de vínculo podem ser os instrumentos facilitadores da assistência.

Assim, percepção do cuidado parece estar diretamente relacionada ao sentimento do paciente durante sua internação, embora o cuidado dê-se da maneira mais correta tecnicamente, o distanciamento do profissional gera insegurança no paciente, que parece estar ali como um ser passivo e que, embora consciente, não é visto como um ser humano em sua individualidade e complexidade, e para a equipe este passa a ser visto apenas como um corpo doente a ser cuidado desencadeando medo e insegurança no paciente. Tais circunstâncias podem ser percebidas nas falas a seguir:

“Eu não gostei, fiquei com medo queria ir embora morrer em casa como minha mãe e meu pai” (SAFIRA).

“... eu tive um pouco de medo [...]” (CRISTAL).

Outro fator desencadeante de medo no paciente internado em UTI é o isolamento ao qual está submetido, relacionado ao ambiente organizacional da UTI, e, ainda pela limitação patológica apresentada por ele. Pontes et al (2008) afirmam que o papel do enfermeiro não deve se restringir a executar técnicas ou procedimentos e sim a propor uma ação de cuidados abrangentes, que implica, entre outros aspectos, desenvolver a habilidade de comunicação, tornando-a como instrumento básico de trabalho, a fim de alcançar o cuidado de modo holístico, suprindo ao máximo possível as necessidades básicas do paciente.

Saber interpretar as necessidades de seu paciente vai além de prestar cuidados técnicos, o enfermeiro deve saber olhar seu paciente a fim de perceber sentimentos nem sempre expressos por estes. O medo aparece expresso no rosto do paciente que recebe o cuidado na UTI. Nem sempre é expresso em palavras, mas a incerteza sobre seu quadro de saúde, o ambiente tecnológico e, por muitas vezes, a distância do profissional e o paciente, deixam o mesmo inseguro acerca de seu futuro, assim o medo aparece na fala da maioria dos entrevistados, sendo este nem sempre justificado. Este tipo de sentimento

aparece evidente nos seguintes depoimentos:

“Tive momentos de medo, porque ficar só ali...” (ÁGATA).

“Tve medo, senti-me sozinho...” (AMETISTA).

“Eu tive medo... medo. A gente fica sozinha...” (PÉROLA).

Em consonância com Lima et al. (2010) termo “terapia intensiva” por si, já provoca sobrecarga emocional, pois a existência de inúmeros equipamentos, controles rigorosos, aliados ao afastamento da pessoa de seu ambiente, o confronto com o sofrimento próprio e do outro, a possibilidade de morte entre outras situações podem se constituir em estressores, acentuando o medo vivenciado pelo paciente durante sua internação. Assim, a criação de válvulas de escape é característica ao ser humano em situações críticas.

Dessa maneira, a crença do paciente em um ser superior e o apego de sua fé tem sido um fator benéfico à sua recuperação, amenizando o medo e a solidão sentida por eles durante a internação na UTI. Ao deparar-se com uma situação extrema de ameaça à sua integridade, é comum ao ser humano demonstrações de fé e apego a um ser superior, como é revelado nas falas abaixo:

“Tive medo...de morrer... Apeguei-me com Deus por isso estou aqui contando a historia” (OPALA).

“Medo eu não tive porque eu estava com Deus e estava consciente... Eu estou aqui, mas peço a Deus para nunca voltar lá eu não desejo que vá pra lá nem meu pior inimigo” (TOPÁZIO).

A este respeito Soares (2007) explica que a espiritualidade é uma característica humana que, dentre outros aspectos, possibilita ao indivíduo encontrar significado e propósito para a sua vida. Embora estejam relacionadas, espiritualidade e religião não são equivalentes. As situações que antecedem e envolvem os processos de morte e morrer estão entre aquelas em que a espiritualidade e a necessidade de conforto espiritual são mais evidentes.

4 | CONSIDERAÇÕES FINAIS

A percepção do paciente sobre a assistência de Enfermagem em terapia intensiva é diretamente influenciada por seus medos e angústias vivenciados durante a internação. Assim, ao se pensar em uma prática assistencial integral deve-se levar em conta a pessoa humana em toda sua complexidade e buscar dentro dos limites assistenciais atender ao máximo possível às necessidades humanas básicas deste, tratando-o sempre com o respeito que a condição humana exige.

Este estudo permitiu repensar as práticas de enfermagem, em especial daqueles que trabalham em terapia intensiva, podendo assim, mudar a visão em relação à percepção do paciente sobre os cuidados, os sentimentos e a atenção dispensada a eles.

Foi possível observar por meio dos relatos, sentimentos positivos em relação à forma como foram cuidados na UTI. Tais relatos possibilitam enxergar que, embora longe de uma assistência ideal, quer por fatores humanos, quer por dificuldades relacionadas ao próprio ambiente de terapia intensiva, dentro dos limites encontrados na assistência, pequenos gestos foram encarados com grande valia pelos pacientes que se encontravam quase que totalmente dependentes dos cuidados de terceiros. Conquistar a confiança de seu cliente enquanto realiza sua prática assistencial possibilita que o trabalho do enfermeiro seja realizado mais facilmente, contribuindo para uma evolução positiva no prognóstico do paciente.

Em vista disso, entende-se que uma assistência humanizada, pautada em todas as necessidades humanas, mostra-se efetiva na recuperação do cliente enfermo em estado grave, bem como favorece sua recuperação, podendo inclusive diminuir o tempo de permanência desse paciente em cuidados intensivos.

REFERÊNCIAS

BARROS, A. J. da S.; LEHFELD, N. A. de S. **Fundamentos de metodologia científica: um guia para iniciação científica.** 2 ed. São Paulo: Makron books, 2007.

CAETANO, J. A. et al. Cuidado humanizado em terapia intensiva: um estudo reflexivo. **Esc Anna Nery R Enferm.** 2007.

CESARINO, C. B. et al. Percepção dos pacientes em relação á Unidade de Terapia Intensiva. **Arq Cienc Saúde**, 2005.

LIMA, S. R. et al. Pesquisa científica relacionada a análise de fatores estressores para pacientes em Unidade de Terapia Intensiva: uma revisão bibliográfica. **Revista Eletrônica de Enfermagem do Centro de Estudos de Enfermagem e Nutrição.** v. 1, n. 1 p. 1-16, 2010.

MARQUES, I. R.; SOUZA, A. R. Tecnologia e humanização em ambientes intensivos. **Rev Bras Enferm.** 2010.

MENDES, J. R.; SPÍNDOLA, T. S.; MOTA, G. M. C. Percepção de pacientes sobre a equipe de enfermagem acerca da humanização em terapia intensiva. **Rev Enferm UFPI.** 2012.

MINAYO, M. C. S. **O Desafio do Comportamento:** pesquisa qualitativa em saúde. 6 ed. Rio de Janeiro: Hucitec, 2002.

OLIVEIRA, A.; GUIRARDELLO, E. B. Satisfação do paciente com os cuidados de enfermagem: comparação entre dois hospitais. **Rev Esc Enferm USP.** 2006.

PINA, R. Z. et al. Percepção de pacientes sobre o período de internação em unidade de terapia intensiva. **Ciênc. cuid. Saúde.** v. 7, n.4, p. 503-508, 2008.

PONTES, A. C. et al. Comunicação terapêutica em Enfermagem: instrumento essencial do cuidado. **Rev. bras. enferm.** Brasília, v. 61, n. 3,2008.

PROENÇA, M. O.; DELL AGNOLO, C, M. Internação em Unidade de Terapia Intensiva: percepção de pacientes. **Rev Gaúcha Enferm.** v. 32, n. 2, p. 279-286, 2011.

RIBEIRO, Y. C. **As dimensões do cuidado da enfermeira na unidade de terapia intensiva.** 2010. 83 f. Dissertação (Mestrado em enfermagem). Universidade Federal do Paraná. Curitiba, 2010.

SEVERO, G. C.; GIRARDON-PERLINI, N. M. O. Estar internado em Unidade de Terapia Intensiva: percepção de pacientes. **Scientia Medica**, v. 15, n. 1, 2005.

SOARES, M. Cuidando da família de pacientes em situação de terminalidade internados na unidade de terapia intensiva. **Rev. bras. ter. intensiva.** v. 19, n. 4, 2007.

CAPÍTULO 11

CULTURA DE SEGURANÇA DO PACIENTE EM UMA UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA DO PIAUÍ

Data de aceite: 20/08/2021

Data de submissão: 18/06/2021

Anna Larissa de Castro Rego

Universidade Federal do Rio Grande do Norte
Natal-RN

<https://orcid.org/0000-0002-0485-2185>

Amanda Delmondes de Brito Fontenele Fernandes

Universidade Federal do Piauí-UFPI
Teresina-PI

<https://orcid.org/0000-0002-3665-5274>

Raylane da Silva Machado

Universidade Federal do Piauí
Bom Jesus-PI

<http://orcid.org/0000-0002-8682-6481>

Antonia Mauryane Lopes

Universidade Federal do Piauí-UFPI
Teresina-PI

<http://orcid.org/0000-0002-6166-9037>

Andréa Pinto da Costa

Universidade Federal do Piauí-UFPI
Teresina-PI

<https://orcid.org/0000-0002-5349-4759>

Grazielle Roberta Freitas da Silva

Universidade Federal do Piauí-UFPI
Teresina-PI

<http://orcid.org/0000-0002-0402-6801>

equipe de profissionais da UTI de um hospital no Piauí em comparação a um banco de dados internacional. Trata-se de estudo transversal, em que se adotou o instrumento STROBE para guiar a construção, realizado na UTI de um hospital universitário do Estado do Piauí, com a equipe multiprofissional (N=91), entre os meses de outubro a dezembro de 2018. Aplicou-se o questionário *Hospital Survey on Patient Safety Culture* (HSOPSC) para avaliar as dimensões de segurança do paciente. **Resultados:** dos questionários respondidos, 61(67%) eram mulheres e 30(33%) homens, sendo 44(48%) técnicos de enfermagem, 16(18%) médicos, 12(13%) enfermeiros, 12(13%) fisioterapeutas, 4(4%) fonoaudiólogos e 1(1%) nutricionista. Quanto ao tempo de trabalho nesta UTI, 4(4%) trabalham menos de 1 ano, 75(82%) entre 1 e 5 anos, 6(7%) entre 6 a 10 anos, 5(5%) entre 11 a 15 anos e 1(1%) por 21 anos ou mais. Obtiveram-se respostas positivas das dimensões por tempo de trabalho na unidade, categoria profissional e comparativo com o banco de dados da *Agency for Healthcare Research and Quality* (AHRQ). **Conclusão:** conclui-se que o uso desta ferramenta auxilia a reduzir possíveis custos referentes aos serviços de saúde, de modo a proporcionar ao paciente o mínimo possível de danos. Deve-se, porém, realizar intervenção de melhorias com todos os profissionais.

PALAVRAS - CHAVE: Segurança do Paciente. Unidades de Terapia Intensiva. Inquéritos e Questionários.

RESUMO: O objetivo do trabalho é avaliar a cultura de segurança do paciente, de acordo com a categoria profissional e o tempo de trabalho da

PATIENT SAFETY CULTURE IN A PIAUÍ INTENSIVE THERAPY UNIT

ABSTRACT: The objective of the work is to evaluate the patient safety culture, according to the professional category and the working time of the ICU professional team of a hospital in Piauí compared to an international database. This is a cross-sectional study, in which the STROBE instrument was adopted to guide the construction, carried out in the ICU of a university hospital in the State of Piauí, with the multidisciplinary team (N=91), from October to December 2018. The *Hospital Survey on Patient Safety Culture* (HSOPSC) questionnaire was applied to assess the dimensions of patient safety. **Results:** from the completed questionnaires, 61(67%) were women and 30(33%) men; 44(48%) were nursing technicians, 16 (18%) physicians, 12 (13%) nurses, 12 (13%) physiotherapists, 4 (4%) speech therapists and 1 (1%) nutritionist. As for working time in this ICU, 4(4%) work less than 1 year, 75(82%) between 1 and 5 years, 6(7%) between 6 to 10 years, 5(5%) between 11 to 15 years and 1 (1%) for 21 years or more. Positive responses were obtained for the dimensions by length of time working in the unit, professional category and comparative with the *Agency for Healthcare Research and Quality* (AHRQ) database. **Conclusion:** it is concluded that the use of this tool helps to reduce possible costs related to health services, in order to provide the patient with the least possible damage. However, improvement interventions should be carried out with all professionals.

KEYWORDS: Patient safety. Intensive Care Units. Surveys and Questionnaires

1 | INTRODUÇÃO

Os eventos adversos (EA) relacionados à assistência de saúde representam um problema mundial. Eles ocasionam prorrogação da alta hospitalar, custos elevados para pacientes, instituições de saúde ou até óbitos. A proporção de EA é de 100:7 nos países desenvolvidos e 100:10 em países em desenvolvimento com pacientes internados em ambientes de saúde que sofrem de danos provocados pela assistência (WHO, 2014).

A fim de transformar essa realidade, os profissionais devem agregar habilidades e conceitos para identificar, prevenir e gerenciar erros cometidos, de modo a constituir um conjunto de valores, atitudes e competências, empenhados com a gestão da saúde e da segurança - cultura da segurança do paciente (YOSHIKAWA *et al.*, 2013; BRASIL, 2013). Desse modo, em 2005, as “Soluções de Segurança do Paciente” (Patient Safety Solutions) surgiram da parceria entre a Organização Mundial de Saúde (OMS) e a Joint Commission International (JCI), as quais objetivam uniformizar medidas preventivas e políticas na problemática da segurança do paciente (SOUSA; MENDES, 2014).

No entanto, os serviços de saúde são mais complexos que qualquer indústria quando analisados as relações, a variedade de especialistas e os tipos de pessoas (REASON, 2000), quanto mais complexo o sistema maior a probabilidade de conter falhas.

Em média, um paciente de cuidados intensivos necessita de mais de 170 intervenções diferentes por dia, praticadas, em sua maioria, por diferentes profissionais e repetidas vezes. Esses estão à mercê de possíveis erros, independentemente do seu grau

de complexidade e tempo necessário para realização (CRUZ *et al.*, 2018).

Em vista disso, é imprescindível mudar as condições de trabalho a partir do levantamento de incidentes e oportunidades (LIMA, 2014; OLIVEIRA *et al.*, 2014). Assim, o questionário *Hospital Survey on Patient Safety Culture* (HSOPSC), criado pela *Agency for Healthcare Research and Quality* (AHRQ), e validado e traduzido no Brasil, possibilita avaliar a cultura de segurança em nível individual, por unidade ou do hospital. Ele oportuniza identificar áreas cuja cultura necessita de melhorias; avaliar a efetividade de ações implementadas para melhoria da segurança ao longo do tempo; priorizar esforços de fortalecimento da cultura e outros (SORRA *et al.*, 2016).

A partir da contextualização, a realização desse estudo se justifica com base na legislação nacional, a resolução da diretoria colegiada (RDC) nº 7, de 24 de fevereiro de 2010, dispõe sobre os requisitos mínimos para funcionamento de UTI e cita que a gestão do hospital desta unidade deve garantir a segurança e a proteção de pacientes, além de realizar o gerenciamento dos riscos inerentes às atividades desenvolvidas na unidade (BRASIL, 2010).

Diante do exposto, indagou-se do presente estudo o seguinte: qual a avaliação da cultura de segurança do paciente dos profissionais de uma Unidade de Terapia Intensiva (UTI) no Piauí em comparação a outros em nível internacional? O objetivo do trabalho foi avaliar a cultura de segurança do paciente, de acordo com a categoria profissional e tempo de trabalho da equipe de profissionais da UTI de um hospital no Piauí em comparação a um banco de dados internacional.

2 | MÉTODO

Trata-se de um estudo transversal, em que se adotou o instrumento STROBE para guiar a construção. Realizado na UTI de um hospital universitário do estado do Piauí, que oferta atividades especializadas, cirurgias em geral e serviço de apoio diagnóstico por imagem e análises clínicas. O ambiente físico da UTI divide espaço para dois tipos de perfis: clínico e cardiológico, com um total de 15 leitos, composto por uma equipe multiprofissional, e atende pacientes da neurocirurgia, cirurgia cardíaca, oncologia cirúrgica, tratamento cirúrgico de obesidade mórbida, transplante e outros. A pesquisa foi realizada entre os meses de outubro e dezembro de 2018.

Este estudo contemplou a equipe multidisciplinar da UTI e outros profissionais assistenciais trabalham no cenário da pesquisa ($N=110$). Esta unidade apresenta um quadro profissional total de 16 enfermeiros, 57 técnicos de enfermagem, 16 fisioterapeutas, 16 médicos, que se distribuem em diaristas e plantonistas, 2 fonoaudiólogas, 1 nutricionista e 2 psicólogos. Foram excluídos profissionais que estavam em licença ou período de férias durante o tempo de coleta e profissionais de outros setores que faziam cobertura do quadro de trabalhadores em um turno. Sete estavam em situação de férias, licença maternidade

ou ausentes, 1 participante recusou-se a participar e 11 não devolveram o questionário respondido, assim a amostra final foi 91.

Nesta investigação, os dados tiveram como fonte as respostas do questionário HSOPSC, que consiste em 42 questões dentro de 12 dimensões e três níveis, conforme citado por Sorra et al (2016). As variáveis consistem nas dimensões, na Tabela 1.

DIMENSÕES DA CULTURA DE SEGURANÇA	DEFINIÇÕES
Nível unidade de trabalho	
Trabalho em equipe no âmbito das unidades	Os trabalhadores apoiam-se nas unidades, tratam as outras pessoas com respeito e trabalham juntos como uma equipe.
Expectativas e ações de promoção da segurança dos supervisores e gerentes	O supervisor/gerente considera as sugestões da equipe para melhoria da segurança do paciente, elogia o trabalhador ou equipe que segue os procedimentos corretamente e não negligencia problemas de segurança do paciente.
Aprendizado organizacional - melhoria contínua	Existe uma cultura de aprendizagem na qual os erros levam a mudanças punitivas e as mudanças são avaliadas em sua eficácia.
Feedback e comunicação a respeito de erros	Os trabalhadores são informados sobre os erros que acontecem, é dado retorno sobre as mudanças implantadas e são discutidas maneiras de prevenir erros com a equipe.
Abertura para as comunicações	Os trabalhadores podem livremente discutir se observam algo que pode afetar negativamente o paciente e sentem-se livres em questionar seu supervisor.
Pessoal	Existe número suficiente de trabalhadores para a efetiva execução do trabalho e o número de horas trabalhadas é apropriado para oferecer o melhor cuidado ao paciente.
Respostas não punitivas aos erros	Os trabalhadores sentem que seus erros e os eventos reportados não são utilizados contra eles e que os erros não são anotados em suas fichas funcionais.
Nível organização hospitalar	
Apoio da gestão hospitalar	A gestão hospitalar oferece um clima de trabalho que promove a segurança do paciente e demonstra que a segurança do paciente é a prioridade maior.
Trabalho em equipe pelas unidades hospitalares	As unidades do hospital cooperam e se coordenam entre si para oferecer o melhor cuidado para o paciente.
Transferências internas e passagens de plantão	Informações importantes do cuidado do paciente são transmitidas entre as unidades do hospital e durante as mudanças de turno.
Nível de resultado	
Percepções gerais sobre segurança	Os procedimentos e sistemas existentes na organização são efetivos na prevenção de erros; não existem problemas quanto à segurança do paciente.
Frequência de relatos de eventos que são reportados	Erros percebidos e corrigidos antes de afetar o paciente; Erros sem potencial de causar danos ao paciente; Erros que poderiam causar danos ao paciente, mas que não causaram; Indicadores do nível de resultados: grau de segurança do paciente; número de eventos reportados.

Tabela 1 - Dimensões e níveis avaliados pelo *Hospital Survey on Patient Safety Culture*. Teresina/PI, 2019.

Fonte: Sorra et al. (2016).

As respostas do HSOPSC são codificadas por meio da escala de *Likert* de cinco pontos (concordância: discordo totalmente, discordo, não concordo nem discordo, concordo, concordo totalmente; frequência: nunca, quase nunca, às vezes, quase sempre, sempre) (SORRA *et al.*, 2016).

O questionário foi fornecido e explicado aos profissionais juntamente com o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) em todos os turnos de trabalho (manhã, tarde e noite) nos intervalos de atividades para recebimento ao final do expediente. Quando recebidos eram dispostos em pastas diferentes para não identificação dos sujeitos. Aos profissionais que tiveram dificuldade em devolver ou perderam o questionário, foi enviado um modelo em formato questionário *formulário online* para facilitar preenchimento e TCLE entregue digitalizado.

Os dados dos questionários colhidos no Piauí foram comparados com as respostas do banco de dados da *Agency for Healthcare Research and Quality* (AHRQ) de 630 hospitais que permite relatórios de comparações por diversas categorias profissionais.

Os dados foram digitados, com dupla entrada no programa Microsoft Excel, versão 2017, os quais foram importados e analisados pela ferramenta Hospital Survey Excel Tool 1.8, disponibilizado pela AHRQ. Assim, o cálculo das frequências se deu mediante a seguinte fórmula: número de respostas positivas/negativas/neutras da dimensão X 100/ número total de respostas aos itens da dimensão. São considerados como áreas fortes os itens e dimensões com $\geq 75\%$ de respostas positivas para questões positivas, $\geq 75\%$ de respostas negativas às perguntas feitas de forma negativa.

E fragilidades e oportunidades de melhorias com $\geq 50\%$ de respostas negativas para questões positivas e $\geq 50\%$ de respostas positivas às perguntas feitas de forma negativa. Os resultados são representados em tabelas de distribuição de frequências e gráficos (SORRA *et al.*, 2016). Devido ao fato de que as pontuações não são calculadas quando uma dimensão de unidade tem menos de 5 respondentes e qualquer item da composição tem menos de 3 respondentes, foram agrupados os profissionais que não fazem parte da equipe mínima, como os de psicologia, fonoaudiologia e nutrição, uma vez que seu quantitativo era inferior a 5.

Este trabalho é fruto de uma dissertação de mestrado. A coleta de dados ocorreu após autorização da Comissão de Ética do Hospital e a aprovação do projeto de pesquisa pelo Comitê de Ética, CAAE: 95774418.7.0000.5214. O projeto obedeceu a Resolução nº 466/2012, do Conselho Nacional de Saúde, com participação voluntária dos autores, e resguardados o direito ao consentimento livre e esclarecido.

3 | RESULTADOS

Ao todo foram respondidos 91 questionários, dos quais 61(67%) eram mulheres e 30(33%) homens. Entre esses, 44(48%) eram técnicos de enfermagem, 16(18%) médicos,

12(13%) enfermeiros, 12(13%) fisioterapeutas, 4(4%) fonoaudiólogos e 1(1%) nutricionista. Quanto ao tempo de trabalho nesta UTI, 4(4%) trabalham menos de 1 ano, 75(82%) entre 1 a 5 anos, 6(7%) entre 6 a 10 anos, 5(5%) entre 11 a 15 anos e 1(1%) por 21 anos ou mais. Quanto à formação, 28(31,3%) possuem até o ensino superior completo, 47(52%) têm pós-graduação do tipo especialização ou residência e 14(15%) possuem mestrado ou doutorado. A seguir são apresentados três quadros, indicando a porcentagem de respostas positivas das dimensões por tempo de trabalho na unidade, categoria profissional e comparativo com o banco de dados da AHRQ.

Dimensões de Cultura de Segurança	Tempo de trabalho		
	Até 5 anos	6 a 10 anos	11 ou mais
Respondentes 91	79	6	5
1. Trabalho em equipe no âmbito da unidade	72%	71%	85%
2. Expectativas e ações de promoção da segurança dos supervisores e gerentes	77%	79%	65%
3. Aprendizado organizacional - melhoria contínua	65%	61%	60%
4. Suporte de gerenciamento para segurança do paciente	43%	59%	47%
5. Percepções generalizadas sobre segurança	41%	44%	30%
6. Feedback e comunicação a respeito de erros	56%	56%	35%
7. Abertura para comunicações	66%	56%	53%
8. Frequência de relatos de eventos reportados	36%	50%	67%
9. Trabalho em equipe pelas unidades hospitalares	41%	29%	20%
10. Pessoal	55%	38%	30%
11. Transferências internas e passagens de plantão	42%	58%	15%
12. Respostas não punitivas aos erros	19%	11%	7%

Quadro 1 - Comparativo da porcentagem de respostas positivas das dimensões por tempo de trabalho na unidade - Hospital Universitário do Piauí. Teresina/PI, 2019.

Nota: 1) Os entrevistados que selecionaram “Outros” e ausentes não são contabilizados.

Quanto à caracterização por tempo de trabalho na UTI, constatou-se como áreas fortes “Expectativas e ações de promoção da segurança dos supervisores e gerentes” com ênfase no grupo de trabalho de 11 ou mais e, “Trabalho em equipe no âmbito da unidade” com ênfase nos grupos de até 5 anos e entre 6 a 10 anos de trabalho. No entanto, essas duas dimensões apresentaram mais de 50% de respostas positivas nos demais grupos.

Todos os grupos de tempo de trabalho apresentaram oportunidades de melhoria (<50% de respostas positivas) em “Percepções generalizadas sobre segurança”, “Trabalho em equipe pelas unidades hospitalares” e “Respostas não punitivas aos erros”. As dimensões de “Suporte de gerenciamento para segurança do paciente” e “Transferências internas e passagens de plantão” tiveram como fragilidades os grupos com até 5 anos

e 11 anos ou mais de trabalho na UTI. O “Feedback e comunicação a respeito de erros” teve piores percentuais nos trabalhadores acima de 11 anos, já “Frequência de relatos de eventos reportados” obteve percentuais de melhoria em até 5 anos em relação aos que trabalham mais tempo, e “Pessoal” obteve percentuais de melhoria entre 6 anos ou mais, comparado aos que trabalham menos tempo.

Dimensões de Cultura de Segurança	Categoria profissional				
	Técnico enfermagem	Médico	Enfermeiro	Fisioterapia	Psicologia fonoaudiologia e nutrição
Respondentes = 91	44	16	12	12	7
1. Trabalho em equipe no âmbito na unidade	73%	81%	70%	75%	61%
2. Expectativas e ações de promoção da segurança dos supervisores e gerentes	81%	70%	77%	75%	71%
3. Aprendizado organizacional - melhoria contínua	77%	53%	44%	68%	48%
4. Suporte de gerenciamento para segurança do paciente	52%	41%	36%	29%	52%
5. Percepções generalizadas sobre segurança	46%	37%	31%	37%	33%
6. <i>Feedback e comunicação a respeito de erros</i>	68%	38%	47%	47%	33%
7. Abertura para comunicações	67%	75%	47%	58%	56%
8. Frequência de relatos de eventos reportados	41%	39%	42%	27%	43%
9. Trabalho em equipe pelas unidades hospitalares	45%	41%	35%	29%	29%
10. Pessoal	50%	47%	54%	56%	64%
11. Transferências internas e passagens de plantão	49%	36%	44%	36%	15%
12. Respostas não punitivas aos erros	15%	19%	17%	23%	29%

Quadro 2– Comparativo da porcentagem de respostas positivas das dimensões por categoria profissional - Hospital Universitário da UFPI. Teresina/PI, 2019.

Nota: 1) Os entrevistados que selecionaram “Outros” e ausentes não são contabilizados.

As dimensões de “Trabalho em equipe no âmbito da unidade” e “Expectativas e ações de promoção da segurança dos supervisores e gerentes” foram as duas únicas que apresentaram como fortaleza em alguns profissionais e acima de 50% de respostas positivas em todas as categorias.

Na dimensão de “Pessoal”, apenas a categoria médica apresentou fragilidade, no entanto foi a única categoria profissional que apresentou como área forte em “Abertura para comunicações” e Aprendizado organizacional - melhoria contínua”. Na dimensão

“Feedback e comunicação a respeito de erros”, apenas os técnicos de enfermagem não apresentaram fragilidade. E de todas as categorias, os enfermeiros foram os únicos que apresentaram maiores números de dimensões com fragilidades (nove).

Todas as categorias apresentaram fragilidades em “Percepções generalizadas sobre segurança”, “Trabalho em equipe pelas unidades hospitalares”, “Transferências internas e passagens de plantão”, “Frequência de relatos de eventos reportados” e “Respostas não punitivas aos erros”. Isso sugere que deve ser feita intervenção de melhorias com todos os profissionais.

Dimensões de Cultura de Segurança	AHRQ	Piauí
Respondentes N=	25.274	91
1. Trabalho em equipe no âmbito na unidade	87%	73%
2. Expectativas e ações de promoção da segurança dos supervisores e gerentes	78%	77%
3. Aprendizado organizacional - melhoria contínua	71%	65%
4. Suporte de gerenciamento para segurança do paciente	63%	45%
5. Percepções generalizadas sobre segurança	59%	40%
6. Feedback e comunicação a respeito de erros	64%	55%
7. Abertura para comunicações	63%	64%
8. Frequência de relatos de eventos reportados	62%	39%
9. Trabalho em equipe pelas unidades hospitalares	59%	39%
10. Pessoal	52%	52%
11. Transferências internas e passagens de plantão	51%	42%
12. Respostas não punitivas aos erros	44%	18%

Quadro 3– Comparativo da porcentagem de respostas positivas das dimensões com banco de dados da *Agency for Healthcare Research and Quality*-AHRQ e Hospital Universitário do Piauí. Teresina/PI, 2019.

Nota: 1) Os entrevistados que selecionaram “Outros” e ausentes não são contabilizados. 2) Os resultados comparativos baseiam-se em dados de 630 hospitais incluídos no Relatório Comparativo de Base de Dados sobre a Cultura de Segurança do Paciente 2018;

Por último, o quadro 3 apresenta a comparação entre o banco de dados referente a UTIs em nível internacional com os resultados achados nesse estudo. Em suma, os dados divergiram em metade das dimensões, sendo elas, “Suporte de gerenciamento para segurança do paciente”, “Percepções generalizadas sobre segurança”, “Frequência de relatos de eventos reportados”, “Trabalho em equipe pelas unidades hospitalares”, “Transferências internas e passagens de plantão” e “Respostas não punitivas aos erros”. Em todas, a UTI em estudo mostrou-se como área de fragilidade em relação à situação de todas em comparação e, dentre essas dimensões destacadas, quatro aparecem nas demais comparações como fragilidades. Em nenhuma dimensão, os resultados do estudo

ficaram acima da base de dados da AHRQ.

4 | DISCUSSÃO

Bem como nos resultados desse estudo, “Expectativas e ações de promoção da segurança dos supervisores e gerentes” e “Trabalho em equipe no âmbito da unidade” mostraram-se como áreas fortes, semelhantes a achados em pesquisas internacionais (GAMA; OLIVEIRA; HERNANDEZ, 2013; VIFLADT *et al.*, 2016), e em âmbito brasileiro (MACEDO, 2016; TOMAZONI, 2014). Uma estratégia dos gestores de enfermagem em Wang, X. *et al.* (2014), realizada com 453 enfermeiros de UTI, foi a realização mensal de educação continuada a fim de auxiliar enfermeiros a melhorar os conhecimentos e habilidades profissionais com ênfase na importância do trabalho em equipe, iniciativa que trouxe resultados positivos.

O estudo que verificou a diferença do número de respostas positivas, conforme as características profissionais ($N=141$), teve como resultado que o menor tempo de trabalho na unidade obteve maior número de respostas positivas, o que diverge dos resultados encontrados, visto que foi observado mais entre 6 e 10 anos de trabalho (TOMAZONI *et al.*, 2014).

Na percepção dos profissionais de 44 UTIs ($N=2073$), nos Estados Unidos, constatou-se que pouco mais da metade relatou boas percepções gerais de segurança. Trabalho em equipe dentro das unidades foi a escala com as pontuações mais altas e como dimensões de melhoria foram “Boa abertura de comunicação” e “Comunicação de feedback de erro” (PROFIT *et al.*, 2016). Esses resultados divergem dos presentes no estudo.

Quanto à avaliação por categoria, em um trabalho realizado com 17 UTIs no Canadá, assemelhou-se às pontuações dos médicos para os domínios de abertura de comunicação entre grupos, que foram superiores aos de outros profissionais de saúde (PETER; DODEK, 2012). As pontuações mais baixas foram para suporte de gerenciamento hospitalar para segurança do paciente.

As implicações de uma cultura de segurança prejudicada podem ser notadas em diversas situações. Por exemplo, na pesquisa de Kim, Yoo, Seo (2018) com 187 enfermeiros de UTI na Coreia do Sul, verificou-se que a falta de cuidados de enfermagem foi afetada pela percepção da cultura de segurança do paciente dentro de uma unidade ou carreira clínica. Ou que uma cultura de segurança positiva foi estatisticamente correlacionada de maneira significativa com uma pontuação baixa para *burnout*- esgotamento físico e mental (VIFLADT *et al.*, 2016).

Para isso, a gestão da unidade deve se esforçar para manter uma cultura de segurança positiva. Dessa forma, sugere-se a capacitação dos profissionais admitidos com estratégias educativas e a manutenção da educação permanente, com o intuito da responsabilidade compartilhada (WEGNER *et al.*, 2016).

Contextualizando, foi verificado o efeito de um programa educacional sobre cultura de segurança do paciente em UTIs realizado com enfermeiros e supervisores ($N=60$), o qual resultou em melhores escores para dimensões como: Abertura de comunicação, *handoffs* e transições, trabalho em equipe dentro das unidades, aprendizado e melhoria contínua. Já as dimensões: pessoal, “resposta não punitiva a erros” e “frequência de eventos que foram relatados” continuaram sendo domínios fracos. No entanto, dimensões como resposta não punitiva a erros e os eventos relatados não melhoraram significativamente (AMIRI; KHADEMIAN; NIKANDISH, 2018).

Um curso de aprendizado curto sobre a temática realizado com profissionais em duas UTIs na China indicou que a cultura de segurança do paciente pode melhorar. Após o curso, a maior parte dos sujeitos julgaram a utilidade da atividade em melhorar o cenário, o qual melhorou significativamente as respostas positivas em 5 dimensões (LING *et al.*, 2016).

Além disso, de acordo com Collier *et al.* (2016), foi observado a partir dos resultados com profissionais da UTI que houve uma forte relação positiva entre o escore total de engajamento e o escore total de segurança do paciente. Por esse motivo, os gerentes de enfermagem apresentam-se fundamentais na criação de uma cultura unitária que promova o envolvimento profissional.

A cultura de punição, por sua vez, dificulta a adequada notificação, uma vez que a ocorrência do erro pode gerar sentimento de frustração e vergonha (DUARTE; BOECK, 2015). Enfermeiros assinalaram uma baixa “frequência de eventos relatados”, erros que podem guiar planejamentos de melhorias (VIFLADT *et al.*, 2016), tal como a “resposta não punitiva a erros”, que foi uma dimensão com baixo percentual de resposta positiva (WANG *et al.*, 2014), corroborando aos achados do presente estudo. Posto isso, aperfeiçoar competências do trabalho em equipe e atividade em um ambiente sem punições à medida que ocorrem erros pode contribuir para reduzir esta intimidação.

Em um trabalho qualitativo, profissionais da UTI ($N=39$) elencaram sobre envio de relatório de incidentes como barreiras para segurança do paciente o medo de repercussões, tempo, falta de *feedback*, expectativas pouco claras e déficits de conhecimento; já as facilidades foram anonimato e reforço positivo. Na acessibilidade com autoridade, consideraram barreiras: personalidades difíceis, abordagem errada para fornecer *feedback* e cultura de negatividade e facilidades: experiência na unidade, colocar o paciente em primeiro lugar, comunicação diária entre a equipe. E, sobre as transferências, elencaram como barreiras: interrupções, tempo, fadiga e falta de recursos e facilidades: atenção aos detalhes e ferramentas padronizadas (LIVORSI *et al.*, 2016).

São limitações do estudo, o fato de ser analisado o ambiente de uma única UTI, os dados descritivos podem não estabelecer uma relação com possíveis fatores causais para os resultados apontados. Também não foi possível comparar por categorias profissionais e tempo de trabalho encontradas na literatura uma vez que muitos estudos descreveram a avaliação da cultura de segurança de profissionais da UTI como um todo.

5 | CONCLUSÃO

Em suma, as dimensões de “Trabalho em equipe no âmbito da unidade” e “Expectativas e ações de promoção da segurança dos supervisores e gerentes” foram áreas fortes que transcorreram nos diferentes anos de trabalho como as diversas categorias profissionais. Já como áreas de fragilidades que perpassaram diferentes profissionais foram “Percepções generalizadas sobre segurança”, “Trabalho em equipe pelas unidades hospitalares”, “Transferências internas e passagens de plantão”, “Frequência de relatos de eventos reportados” e “Respostas não punitivas aos erros”. Isso sugere que deve ser feito intervenção de melhorias com todos os profissionais. Na comparação com o banco da AHRQ, os dados divergiram em metade das dimensões, sendo menor que cinquenta por cento de respostas positivas.

FOMENTO

A pesquisa foi realizada com apoio da Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado do Piauí (FAPEPI) e do Programa Institucional de Incentivo à Pesquisa Científica (PIIPC) do Hospital Universitário/UFPI.

REFERÊNCIAS

AMIRI M, KHADEMIAN Z, NIKANDISH R. The effect of nurse empowerment educational program on patient safety culture: a randomized controlled trial. **BMC Med Educ** v. 18, n.1, p158.2018.

_____. Ministério da Saúde. **Documento de referência para o Programa Nacional de Segurança do Paciente** / Ministério da Saúde. Fundação Oswaldo Cruz; Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Brasília: Ministério da Saúde, 2013. 40 p.

_____. Resolução RCD nº07 de 24 de fevereiro de 2010. Dispõe sobre os requisitos mínimos para funcionamento de Unidades de Terapia Intensiva e dá outras providências. Orgão emissor: ANVISA – Agência Nacional de Vigilância Sanitária.

COLLIER S.L, FITZPATRICK J.J, SIEDLECKI S.L. Employee Engagement and a Culture of Safety in the Intensive Care Unit. **J Nurs Adm.**, v.46, n.1, p. 9-54, 2019.

CRUZ, F. F. et al. Segurança do paciente na UTI: uma revisão da literatura. **Revista Científica FacMais**, v.12, n.1, p.168-187, 2018.

DUARTE, M.L.C.; BOECK, J.N. O trabalho em equipe na enfermagem e os limites e possibilidades da estratégia saúde da família. **Trab. Educ. Saúde**, v.13, n.3, p.709-720, 2015.

GAMA, Z. A. S.; OLIVEIRA, A. C. S.; HERNANDEZ, P. J. S. Cultura de seguridad del paciente y factores asociados en una red de hospitales públicos Españoles. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.29, n.2, p.283-293, fev. 2013.

KIM KJ, YOO MS, SEO EJ. Exploring the Influence of Nursing Work Environment and Patient Safety Culture on Missed Nursing Care in Korea. *Asian Nurs Res (Korean Soc Nurs Sci)* v.12. n. 2, p. 121-126.

LIMA, F.D.M. A segurança do paciente e intervenções para a qualidade dos cuidados de saúde. *Espaço para a saúde*, v.15, n.3, p. 22-29, 2014.

LING L. et al. The Effect of a Freely Available Flipped Classroom Course on Health Care Worker Patient Safety Culture: A Prospective Controlled Study. *J Med Internet Res.* v.18, n.7, p.180. 2016.

LIVORSI, D. et al. A rapid assessment of barriers and facilitators to safety culture in an intensive care unit. *Int Nurs Rev.*, v.63, n.3, p.372-6, 2016.

MACEDO, T. R. et al. Cultura de segurança do paciente na perspectiva da equipe de enfermagem de emergências pediátricas. *Rev Esc Enferm USP*, v.50, n.5, p.757-763, 2016.

OLIVEIRA, R. M. et al. Estratégias para promover segurança do paciente: da identificação dos riscos às práticas baseadas em evidências. *Esc. Anna Nery*, v.18, n.1, p.122-129, 2014.

PETER; DODEK, P.M. et al. Organizational and safety culture in Canadian intensive care units: Relationship to size of intensive care unit and physician management model. *Journal of Critical Care*, v.27, n.1, p.11-17, 2012.

PERÃO, O. F. et al. Segurança do paciente em unidade de terapia intensiva de acordo com a teoria de wanda horta. *Cogitare Enferm.*, v. 22, n.3, p. 4557- 4553, 2017.

PROFI, T. J. et al. Comparing NICU teamwork and safety climate across two commonly used survey instruments. *BMJ Qual Saf.*, v. 25, p.954-961, 2016.

REASON J. Human error: models and management. *BMJ*, v.320, n.7237, p.768–770, 2000.

SANDENBROUCKE J.P et al. Strengthening the Reporting of Observational Studies in Epidemiology (STROBE): Explanation and Elaboration. *Epidemiology*, v.18, n.6, p.805-35.

SOUSA, P.; MENDES, W. **Segurança do paciente:** criando as organizações de saúde seguras. Rio de Janeiro: EAD/ENSP, 2014, 208 p.

SORRA, J. et al. **AHRQ Hospital Survey on Patient Safety Culture:** User's Guide. Rockville, MD: Agency for Healthcare Research and Quality, 2016.

TOMAZONI, A. et al. Cultura de segurança do paciente em unidades de terapia intensiva neonatal: perspectivas da equipe de enfermagem e médica. *Revista Latino-Americana De Enfermagem*, v.22, n.5, p. 755-763, 2014.

VIFLADT, A. et al. The association between patient safety culture and burnout and sense of coherence: A cross-sectional study in restructured and not restructured intensive care units. *Intensive Crit Care Nurs.*, v.36, p.26-34, 2016.

WEGNER, W. et al. Educação para cultura da segurança do paciente: implicações para a formação profissional. *Esc Anna Nery*, Rio de Janeiro, v. 20, n. 3, p. e20160068, jun. 2016.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Good hand hygiene by health workers protects patients from drug resistant infections**, 2014. Disponível em: <http://www.who.int/mediacentre/news-releases/2014/hand-hygiene/en>. Acesso em 18 de jun 2021.

YOSHIKAWA, J. M. et al. Compreensão de alunos de cursos de graduação em enfermagem e medicina sobre segurança do paciente. **Acta Paul. Enfer.**, v.26, n.1, p.21-29, 2013.

CAPÍTULO 12

IMPORTÂNCIA DAS INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM NA PESSOA INTERNADA EM SERVIÇOS DE MEDICINA INTENSIVA COM ALTERAÇÕES DA NATREMIA: REVISÃO INTEGRATIVA DA LITERATURA

Data de aceite: 20/08/2021

Ana Rita Reis Bastos Silva

Escola Superior de Saúde da Universidade de Aveiro (ESSUA) - Aveiro, Portugal

Ana Sofia Caetano Elisário

Escola Superior de Saúde da Universidade de Aveiro (ESSUA) - Aveiro, Portugal

Lara Santos Espinheira

Escola Superior de Saúde da Universidade de Aveiro (ESSUA) - Aveiro, Portugal

Rafael de Sousa Bastos

Escola Superior de Saúde da Universidade de Aveiro (ESSUA) - Aveiro, Portugal

Renata da Silva Meireles

Escola Superior de Saúde da Universidade de Aveiro (ESSUA) - Aveiro, Portugal

Zélia Maria Rodrigues Pereira

Escola Superior de Saúde da Universidade de Aveiro (ESSUA) - Aveiro, Portugal

João Filipe Fernandes Lindo Simões

Escola Superior de Saúde da Universidade de Aveiro (ESSUA) e Instituto de Biomedicina de Aveiro (iBiMED) - Aveiro, Portugal
ORCID: 0000-0002-4989-2252

RESUMO: O sódio é um dos minerais mais importantes do corpo humano e, como tal, sempre que existem alterações significativas na sua concentração, estas provocam um

comprometimento da homeostasia que pode originar sequelas graves ou mesmo levar ao óbito. Nas pessoas internadas em contexto de cuidados intensivos, são identificados vários fatores que podem originar uma desregulação dos níveis da natremia. Assim, com o objetivo de descrever as intervenções de enfermagem direcionadas para as alterações da natremia em pessoas internadas em Serviços de Medicina Intensiva, foi realizada esta RIL. Após uma pesquisa em várias bases de dados científicas, foi obtida uma amostra final de 6 artigos. Com a presente revisão foi possível verificar que o enfermeiro tem um papel importante na prevenção das disnatremias através da vigilância dos valores de sódio sérico, da volémia, de achados no exame físico ou alterações neurológicas. Em situações em que a disnatremia já esteja estabelecida, o enfermeiro deve agir de forma precoce, procurando identificar a etiologia do desequilíbrio e promovendo a sua reversão através da adaptação da ingestão hídrica e fluidoterapia à situação clínica da pessoa.

PALAVRAS - CHAVE: Hiponatremia, Hipernatremia, Sinais e sintomas, Cuidados de enfermagem, Unidades de terapia intensiva

IMPORTANCE OF NURSING INTERVENTIONS IN PATIENTS ADMITTED IN INTENSIVE CARE UNITS WITH NATREMIA CHANGES: INTEGRATIVE LITERATURE REVIEW

ABSTRACT: Sodium is one of the most important minerals in the human body, thus, anytime there are significant changes in its concentration, there can be a compromise of the patients homeostasis

which can lead to serious sequelae or even death. In patients admitted to Intensive Care Units, there are many factors that can cause a dysregulation of natremia levels. This integrative literature review was made with the goal of describing the nursing interventions directed to the natremia changes in ICU patients. After research in several scientific databases, a final sample of 6 articles was obtained. With this review it was possible to verify that nurses have an important role in the prevention of dysnatremia by monitoring serum sodium values, blood volume, findings in the physical exam or neurological changes. In situations where dysnatremia is already established, nurses must act early, seeking to identify the etiology of the imbalance and promoting its reversal through the adaptation of fluid intake and fluid therapy to the person's clinical situation.

KEYWORDS: Hyponatremia, Hypernatremia, Signs and Symptoms, Nursing Care, Intensive Care Units.

1 | INTRODUÇÃO

O equilíbrio hidroeletrolítico é um processo fisiológico, dinâmico e importante para a homeostasia num doente. A respetiva monitorização do balanço hídrico, permite ao enfermeiro fazer um controlo rigoroso do volume de líquidos, de forma a identificar situações de risco ou suspeitas de desequilíbrio hidroeletrolítico.

Portanto, as intervenções de enfermagem devem ser realizadas de forma contínua e adaptada à condição da pessoa, tendo em vista a manutenção do equilíbrio hidroeletrolítico (Collins e Claros, 2011).

O sódio é o ião mais importante do espaço extracelular, sendo que a sua concentração normal varia entre 135mEq/L e 145mEq/L (Phipps et al., 1995). Este ião é responsável por regular a pressão osmótica, auxiliar no funcionamento neuromuscular e por manter o equilíbrio ácido-base no organismo.

Desta forma, quando a concentração dos níveis de sódio se encontra abaixo de 135mEq/L, estamos perante uma situação de hiponatremia. Este desequilíbrio provoca uma diminuição da osmolaridade do líquido extracelular, ou seja, a água entra para as células por osmose e sai do compartimento extracelular (Phipps et al., 1995).

A hiponatremia pode-se manifestar mais frequentemente através de cefaleias, fraqueza muscular, fadiga e apatia, hipotensão postural, cólicas abdominais, perda de peso, confusão mental, delírio, letargia, coma, convulsões, pele quente e húmida e pode ser controlada com a adequação da dieta para uma dieta hipossalina e restrição da ingestão de líquidos (Phipps et al., 1995).

À medida que esta diminuição dos níveis de sódio se agrava, pode ocorrer confusão mental, delírio, coma ou choque (Phipps et al., 1995).

Por outro lado, pode ocorrer uma situação de hipernatremia quando a concentração de sódio no meio extracelular é superior a 145 mEq/L (Phipps et al., 1995). Este desequilíbrio pode resultar de uma ingestão anormal de sódio, ou quando as soluções

salinas de administração endovenosa são tão rapidamente infundidas, que o organismo não consegue excretar a quantidade desnecessária.

Quando o sódio está concentrado no líquido extracelular, verifica-se um aumento da osmolaridade, provocando a passagem de água do meio intracelular para o compartimento extracelular (Phipps et al., 1995).

A hipernatremia manifesta-se através das mucosas secas, viscosas, diminuição do débito urinário, ou oligúria, e turgescência dos tecidos firmes e “elásticos” (Phipps et al., 1995). Se não forem administrados líquidos adequados para diluir o sódio e se a excreção do sódio não aumentar, ocorrerão graves desequilíbrios hidroeletrolíticos, que podem levar à agitação, taquicardia e, até mesmo à morte (Phipps et al., 1995).

Em relação à epidemiologia destas alterações, a informação encontrada é escassa. No entanto, na literatura encontrada verificou-se que de uma forma geral, as alterações dos níveis de sódio aumentam o tempo de hospitalização e mortalidade (Phipps et al., 1995). De notar que pessoas hospitalizadas com hipernatremia têm uma taxa de mortalidade superior (40%-60%) quando comparados com pessoas sem esse distúrbio (SANAR, 2021).

Relativamente à incidência de hipernatremia em Serviços de Medicina Intensiva (SMI's), existem estudos que demonstram que pessoas admitidas num SMI apresentam uma incidência de hipernatremia superior, comparativamente à restante população hospitalar (Barroso, 2016). Num estudo realizado por Barroso (2016) conclui-se que a larga maioria dos casos de hipernatremia em pessoas internadas num SMI adquirem este desequilíbrio após a admissão no serviço e está diretamente associado a um nível de mortalidade mais elevado. No sentido inverso, no que diz respeito à baixa concentração de sódio sérico (hiponatremia), um estudo realizado por Barroso (2016), registou uma prevalência da hiponatremia entre 11,8% e 17,7% no momento da admissão hospitalar de pessoas internadas em SMI. Esta desregulação associa-se a um aumento do risco de morte (cerca de 40-60%), principalmente porque os processos mórbidos subjacentes associados são graves (Barroso, 2016).

Neste sentido, os SMIs asseguram a prestação de cuidados de saúde a pessoas que se encontram numa fase crítica da sua doença, necessitando de tratamento e vigilância contínua especializada (Pires, 2012). Como tal, torna-se necessário uma sofisticada tecnologia de monitorização e de intervenção terapêutica e, sobretudo, de uma equipa multidisciplinar treinada, com o objetivo de restabelecimento do equilíbrio hemodinâmico.

Assente nesta evidência, optou-se pela realização desta Revisão Integrativa da Literatura (RIL) com o intuito de identificar as complicações resultantes da alteração da natremia em pessoas em situação crítica, analisar a importância da sintomatologia associada às alterações da natremia e descrever intervenções de enfermagem relacionadas com a manutenção dos níveis “normais” de sódio no sangue.

Deste modo, foi formulada a seguinte questão de investigação: “Quais as intervenções de enfermagem na pessoa internada em serviços de medicina intensiva com

alterações da natremia?".

2 | METODOLOGIA

2.1 Desenho de estudo

Considerando os objetivos definidos para este estudo, optou-se pela realização de uma RIL, um método de investigação que permite a procura, a avaliação crítica e a síntese das evidências disponíveis sobre um tema investigado, em que o produto final é o estado do conhecimento do tema (Sousa et al., 2017).

2.2 Processo de seleção da amostra de artigos

Uma vez identificado o tema da presente RIL, procedeu-se à elaboração da questão de investigação, já apresentada, que visa nortear a pesquisa da melhor evidência científica, nas diversas bases de dados científicas. Para a elaboração da mesma foi utilizado o método PICOD, que se encontra exemplificado na **Tabela 1**.

Método PICOD	
População alvo	Pessoas adultas e/ou idosas internadas em SMI's
Intervenção/área de interesse	Identificar as complicações resultantes das alterações da natremia e descrever as intervenções de enfermagem neste contexto
Comparação das intervenções	Comparar a evidência científica nos diversos estudos encontrados
Outcome(s)	Demonstrar a importância das intervenções de enfermagem nas pessoas com alterações da natremia
Desenho do estudo	Revisão Integrativa da Literatura

Tabela 1 – Formulação da Questão de Investigação de acordo com o método PICOD (Sousa et al., 2017)

O uso deste método facilitou a seleção das palavras-chave que estão de acordo com os Descritores em Ciências da Saúde (DeCS). Com base neste método, as palavras-chave eleitas foram: Hiponatremia, Hipernatremia, Sinais e sintomas, Cuidados de Enfermagem e Unidades de terapia intensiva. Foram formadas 6 chaves de pesquisa com a utilização de conectores booleanos.

Estas chaves de pesquisa foram aplicadas na pesquisa de artigos nas bases de dados Scientific Electronic Library Online (Scielo), Medical Literature Analysis and Retrieval System Online (Medline), National Center for Biotechnology Information (PubMed) e Google Scholar, em 3 idiomas distintos: português, inglês e espanhol. A pesquisa dos artigos decorreu entre abril e maio de 2021.

De forma a conseguirmos obter a amostra de artigos, posteriormente analisados, foi

necessário estabelecer critérios de seleção de artigos. Sendo assim, dos 71 427 artigos iniciais obtidos nas bases de dados, foram analisados aqueles que preenchiam os seguintes critérios de inclusão: artigos publicados e indexados nas referidas bases de dados entre 1 de abril de 2011 e 31 de março de 2021; artigos nos idiomas de português, espanhol e inglês. Como critérios de exclusão definimos os seguintes: artigos cuja população em estudo tenha uma idade inferior a 18 anos e que não estejam internados num SMI; artigos cujo título e/ou resumo não se enquadrem no tema em estudo; artigos que não correspondem à questão de investigação da RIL; artigos com acesso integral indisponível; artigos duplicados; revisões integrativas da literatura; artigos com valores de avaliação da qualidade no *Standard Quality Assessment Criteria for Evaluating Primary Research Papers from a Variety of Fields* inferiores a 0,75 (Kmet, Lee, & Cook, 2004).

Após a aplicação dos critérios de inclusão e exclusão foram selecionados 6 artigos, conforme se observa na **Figura 1**.

3 | RESULTADOS

3.1 Caraterização global dos artigos incluídos na revisão

No sentido de se obter uma visão generalizada da amostra selecionada procedeu-se à caracterização global da mesma, que se encontra na **Tabela 4**. Assim, verificou-se que os 6 artigos finais foram publicados entre os anos 2013 e 2020, tendo sido escritos em 2 idiomas: 1 em espanhol e 5 em inglês. Todos os estudos foram realizados com participantes com idade igual ou superior a 18 anos, internados num SMI, sendo que o tamanho da amostra oscila entre 150 e 11 125 participantes.

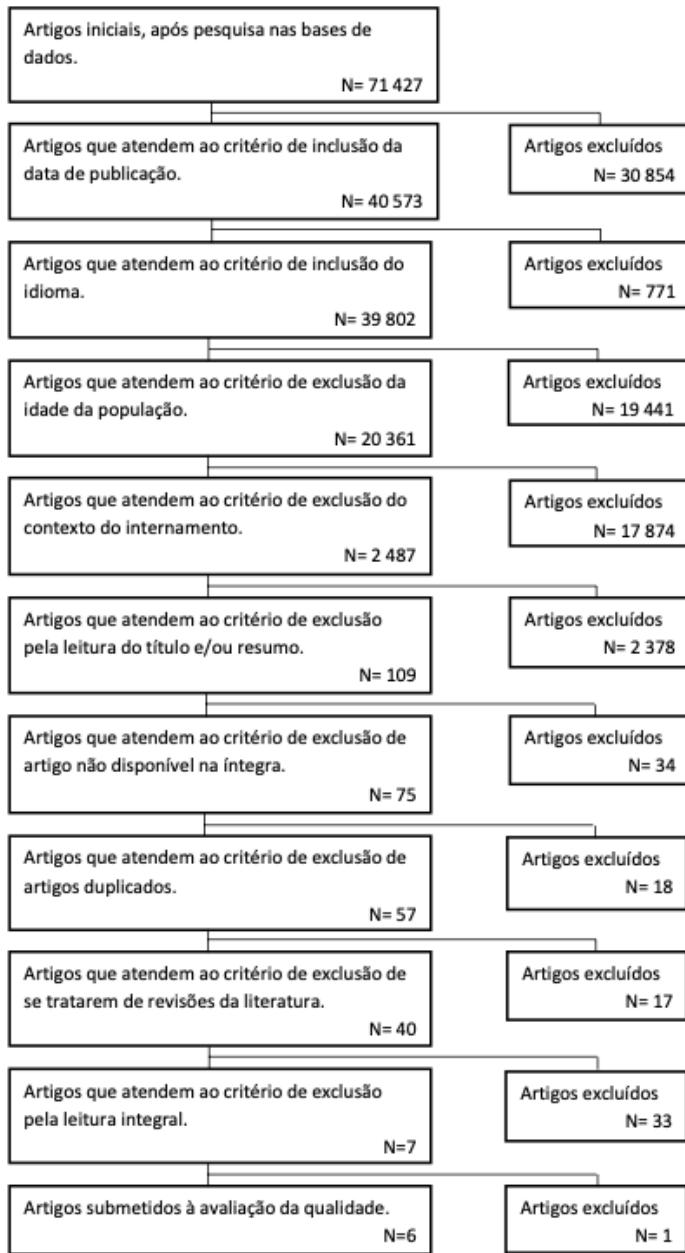


Figura 1- Fluxograma do Processo de Seleção

Relativamente ao local onde decorre cada estudo, podemos verificar que um ocorre no Equador, um na Califórnia, outro na Índia, dois na França e um na Coreia do Sul. Todos os estudos consistem em artigos quantitativos do tipo observacional descritivo ou analítico.

Título	Autores/Ano	Tipo de estudo	Objetivos	Participantes	Local do estudo
Disnatremia en Unidad de Cuidados Intensivos factores de riesgo e índice de mortalidade	Villavicencio & Medardo (2016)	Observacional analítico coorte retrospectivo	- Estabelecer a taxa de mortalidade dos utentes internados na UCI que desenvolveram disnatremia e quais os fatores de risco associados	498 participantes Critérios de inclusão: - Utentes internados na UCI do Hospital Luis Vernaza entre janeiro e dezembro de 2015 - Utentes internados na UCI por mais de 24h - Utentes que desenvolvem alterações da natremia durante o internamento Critérios de exclusão: - Utentes menores de 18 anos - Utentes que não apresentem história clínica - Utentes sem causa definida de falecimento	UCI - Hospital Luis Vernaza - Guayaquil, Equador
Hypervolemic hypernatremia is the most common type of hypernatremia in the intensive care unit	Sarahan et al. (2015)	Observacional analítico coorte retrospectivo	- Descrever um grupo de pacientes adultos em UCI que desenvolveram hipernatremia com normúria ou poliúria, durante a fase de recuperação de Lesão Renal Aguda	150 participantes - Utentes em recuperação de Lesão Renal Aguda internados no San Francisco General Hospital entre 2009 e 2013 - Utentes internados em UCI - Utentes com hipernatremia (concentração sérica de sódio superior a 145mEq/L)	UCI - San Francisco General Hospital - São Francisco, Califórnia (EUA)
Hyponatremia in critically ill patients	Padhi et al. (2014)	Observacional analítico caso-controle prospectivo	- Verificar a frequência, as condições predisponentes e os resultados em pacientes internados numa UCI com hiponatremia na admissão	699 participantes Critérios de inclusão: - Utentes internados na UCI do Institute of Medical Sciences and SUM Hospital durante 12 meses Critérios de exclusão: - Utentes com hiperlipidemia, paraproteinemias, hiperglicemia, hipernatremia e aqueles que receberam manitol ou agentes de contraste radiográfico	UCI - Institute of Medical Sciences and SUM Hospital - Odisha, Índia
Influence of early dysnatremia correction on survival of critically ill patient	Darmon et al. (2014)	Observacional analítico de coorte com abordagem quantitativa	- Determinar se a correção das alterações da natremia ao 3º dia de internamento influenciam a mortalidade ao 28º dia. - Avaliar a potencial influência da taxa de correção do sódio sérico na mortalidade ao 28º dia	7 067 participantes Critérios de inclusão: - Utentes com mais de 18 anos admitidos na UCI entre janeiro de 2005 e novembro de 2012 Critérios de exclusão: - Utentes internados <72h na UCI - Utentes com menos de 2 medições de sódio sérico	UCI Cirúrgica - Hospital Universitário Edouard Herriot - Lyon, França

Intensive care unit-acquired hyponatremia in critically ill medical patients	Sim et al. (2020)	Observacional analítico de coorte com abordagem quantitativa	<ul style="list-style-type: none"> - Investigar a incidência da hiponatremia adquirida na UCI - Identificar os fatores de risco associados ao desenvolvimento de hiponatremia - Qual o impacto da hiponatremia nos pacientes em UCI 	<p>1 345 participantes</p> <p>Critérios de inclusão:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Utentes admitidos na UCI entre janeiro de 2015 e dezembro de 2018 - Ter 18 ou mais anos e estar internado numa UCI durante 48 ou mais horas - Apenas a primeira admissão é analisada <p>Critérios exclusão:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Utentes admitidos para cuidados pós-operatórios ou distúrbios neurológicos, com exceção da meningite e coma metabólico - Utentes com hipo ou hipernatremia ($\text{Na}^+ <135\text{mmol/L}$ ou $\text{Na}^+ >145\text{mmol/L}$) no momento da admissão na UCI - Utentes a realizar terapia de substituição renal durante o tempo de internamento na UCI - Recusa de registo na base de dados 	UCI médica - Samsung Medical Center - Seul, Coreia do Sul
Prognostic consequences of borderline dysnatremia: pay attention to minimal serum sodium change	Darmon et al. (2013)	Observacional descritivo coorte retrospectivo	<ul style="list-style-type: none"> - Avaliar a prevalência de disnatremia, incluindo alterações borderline na concentração de sódio sérico e estimar o impacto desta disnatremia na mortalidade 	<p>1 1125</p> <p>Critérios de inclusão:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Utentes internados em 13 UCI francesas, entre janeiro de 1997 e abril de 2011 - Utentes com mais de 18 anos <p>Critérios de exclusão:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Utentes internados na UCI por menos de 48h - Sem medicação de sódio sérico na admissão à UCI 	13 UCI de diferentes hospitais - França

Tabela 4 - Caracterização dos artigos selecionados para a RIL

Posteriormente, foram avaliados os resultados e a evidência dos artigos selecionados, no que diz respeito ao tema, resultando na informação presente na **Tabela 5**. Esta enquadra-se numa análise aprofundada e organizada, segundo particularidades fundamentais: tema global do estudo; características dos doentes; intervenções implementadas e efeitos das intervenções.

Artigo	Prevalência das disnatremias em utentes internados em UCI	Principais causas das disnatremias em utentes internados em UCI	Sinais/sintomas e possíveis complicações associadas às disnatremias	Intervenções de enfermagem que promovam a reversão das disnatremias
<p>"Disnatremia en Unidad de Cuidados Intensivos factores de riesgo e indice de mortalidade" (Montenegro Villavicencio 2016)</p>	<p>As disnatremias oscilam entre 9 e 11%, sendo que as comorbilidades associadas são problemas de índole cirúrgica (37%), traumática (15%) e neuropatias (12%).</p>	<p>Pós operatório Diuréticos tiazídicos Polidipsia psicogénica SIADH Patologias cardíacas (IC) Hepatopatias (cirrose) Endocrinopatias (hipotiroïdismo) Insuficiência Renal Iatrogenia por uso de cristaloïdes Desidratação severa</p>	<p>Encefalopatia hiponatremica Cefaleias Vómitos Náuseas Herniação encefálica (em casos mais graves)</p>	
<p>"Hypervolemic hypernatremia is the most common type of hypernatremia in the intensive care unit" (Sarahian et al., 2015)</p>	<p>A hipernatremia hipervolémica é considerada comum nos utentes com LRA em UCI.</p>	<p>Os utentes recebem grandes quantidades de soro fisiológico durante a fase oligúrica/ anúrica da LRA, levando à retenção de sódio e água. A hipernatremia ocorre na fase de recuperação da função renal devido à perda de água em excesso, de sódio e potássio</p>	<p>A hipernatremia manifesta-se através do ganho de peso, em média mais de 9 kg, apesar do facto de que frequentemente esses utentes ficam hospitalizados vários dias, e que por consequência, perdem uma quantidade significativa de massa muscular. Apesar de numa situação de hipernatremia, apresentarem frequentemente um balanço hídrico negativo, por norma ainda possuíam sobrecarga hídrica macia devido à administração anterior de soluções salinas no início da doença.</p>	<p>Pretende-se atuar preventivamente, prestando uma atenção redobrada na manutenção do equilíbrio de água e sódio durante todo o internamento.</p>
<p>"Hyponatremia in critically ill patients" (Padhi et al., 2014)</p>	<p>34,3% das admissões na UCI, representam os casos de hiponatremia (maior percentagem do sexo feminino)</p>	<p>SIADH Hemorragia subaracnoide Hipotiroidismo</p>		

"Influence of early dysnatremia correction on survival of critically ill patients" (M Darmon et al., 2014)	394 utentes hiponatremicos na admissão (21,5%) 142 utentes com hipernatremia na admissão (22,4%)			Hiponatremia- restrição da ingestão de líquidos e, consoante a gravidade da situação, a administração de soluções salinas hipertónicas. Hipernatremia- corrigir o défice hídrico, ajustando os níveis de cálcio e potássio associados ao distúrbio ou inibição da hormona antidiurética.
"Intensive care unit-acquired hyponatremia in critically ill medical patients" (JK et al. 2020)	1342 participantes 75,1% normonatremicos 16,2% hiponatremicos 8,7% hipernatremicos A hiponatremia é mais prevalente em utentes com hipercaliémia			Monitorização da função renal e balanço hidroeletrolítico (adequar a quantidade de líquidos ingeridos e excretados).
"Prognostic consequences of borderline dysnatremia: pay attention to minimal serum sodium change" (Michael Darmon et al., 2013b)	18,02% hiponatremia leve 6,23% hiponatremia moderada 3,14% hiponatremia grave 5,69% hipernatremia leve 1,29% hipernatremia moderada 0,91% hipernatremia grave	Hiponatremia Insuficiência orgânica crónica (insuficiência cardíaca ou hepática) Diuréticos SIADH Hipernatremia Resistência periférica à insulina Depuração (clearance) hepática de lactato Desmame retardado da ventilação mecânica		Prestar atenção até às ligeiras alterações da concentração de sódio, não negligenciando as repercussões que estas alterações podem ter no utente crítico.

Tabela 5 – Categorias de informação e evidência científica nos artigos selecionados

4 | DISCUSSÃO

Através da análise dos artigos selecionados foi possível observar que a ocorrência de disnatremias (caracterizadas por distúrbios hidroeletrolíticos) são comuns em pessoas internadas em SMI, podendo afetar entre 9 e 11% dos utentes (Villavicencio et al., 2016). Quando surgem estas alterações, as suas repercussões levam a um prognóstico mais reservado, associando-se uma taxa de mortalidade mais elevada (Darmon et al., 2013). De acordo com Villavicencio et al., (2016), a taxa de mortalidade associada a estas alterações pode atingir os 9,4% dos utentes que estão internados em SMI.

A maior parte dos distúrbios hidroeletrolíticos, mais especificamente a variação da concentração do nível de sódio no sangue, apresentam como principal complicação a disfunção do SNC, que se manifesta através de alterações a nível neurológico como

perturbações cognitivas, encefalopatia, quedas e convulsões (Seifter e Vadivel, 2015). De acordo com estes autores, Villavicencio (2016), também identificou a encefalopatia hiponatremica como sendo uma das principais complicações da hiponatremia no doente crítico.

Remetendo para a linha de raciocínio estabelecida anteriormente, Abreu e Sousa (2001) defendem que a gravidade da sintomatologia neurológica associada à hiponatremia depende do grau destas alterações e da rapidez do seu estabelecimento. Segundo Bertschi (2020), há algumas diferenças entre as manifestações de hiponatremia aguda e crônica, sendo que a primeira situação mencionada, tende a provocar confusão ou delírio, cefaleias, náuseas e vômitos, mau estar geral, fadiga, sonolência, e no caso de situações mais graves, convulsões ou coma; quanto à hiponatremia crônica, é comum ocorrer mau estar e fadiga, distúrbios da marcha e quedas, comprometimento cognitivo, osteoporose e fraturas, assim como convulsões.

Nas situações de hiponatremia aguda (estabelecida em menos de 48 horas), a lesão neurológica pode ser permanente, enquanto na hiponatremia de estabelecimento insidioso pode não existir sintomatologia atribuível, desde que esta não seja grave (Abreu e Sousa, 2001).

De forma idêntica à sintomatologia da hiponatremia, a hipernatremia pode provocar sintomas neurológicos que e em situações de hipernatremia aguda se manifestam através de estados confusionais ou letárgicos, convulsões, coma e hemorragia intracraniana; e em situações de hipernatremia crônica obnubilação ou coma (Bertschi, 2020).

O estudo de Darmon et al. (2014) observou que, além das manifestações neurológicas, a hipernatremia pode provocar diversificadas manifestações neuromusculares, variando desde fraqueza muscular ao desmame mais tardio da ventilação mecânica. Nesse mesmo estudo, em concordância com (Darmon et al., 2013), os autores observaram que a hipernatremia pode ainda provocar resistência à insulina, diminuição da depuração hepática de lactato e diminuição da contratilidade ventricular esquerda.

Em relação às intervenções de enfermagem, após uma análise dos artigos, pudemos aferir que foram implementadas intervenções, essencialmente com o objetivo major de prevenir as complicações associadas às alterações dos níveis séricos de sódio nos doentes críticos.

Darmon et al. (2013) defende que a associação progressiva entre as alterações do sódio sérico e a mortalidade a nível hospitalar, requerem um maior poder de alerta até nas ligeiras alterações da sua concentração, querendo isto dizer que, a correção precoce destas após a admissão na UCI tem um prognóstico positivo, diminuindo a percentagem de mortes associadas. Bertschi (2020) identifica, também, a importância da correção destas alterações, de forma lenta e gradual, com medição frequente dos níveis de sódio sérico. É importante proceder desta forma porque uma redução demasiado rápida da concentração de sódio pode provocar edema cerebral, com repercuções graves a nível neurológico,

herniação cerebral ou até mesmo levar à morte. Por outro lado, um rápido aumento dos níveis de sódio pode provocar danos em células do SNC e síndrome de dismielinização osmótica (também denominada mielinólise pontina central), uma condição grave que pode causar danos neurológicos muitas vezes, permanentes.

Abreu e Sousa (2001) defendem que, para planear o tratamento da hiponatremia, deve ser feita a distinção entre hiponatremia por depleção de volume (secundária à perda de fluidos) e hiponatremia isovolémica ou hipervolémica, uma vez que o tratamento difere. No primeiro caso, o plano terapêutico principal consiste na correção da volémia, através da administração de cloreto de sódio isotônico, enquanto nos outros casos (na sua maioria) é focado essencialmente na restrição de água (Darmon et al., 2014). Durante todo o processo, além dos níveis de sódio, deve ser monitorizada a função renal (Sim et al., 2020). Apenas nas situações de hiponatremia aguda e marcada, ou associada a manifestações clínicas graves, é que há indicação para uma maior agressividade na correção da natremia, mediante administração de formulações hipertónicas de cloreto de sódio, dado o risco inerente de lesões neurológicas irreversíveis e até de morte (Abreu e Sousa, 2001).

Relativamente à etiologia da hiponatremia, o tratamento é adaptado a essa mesma causa, por exemplo, administrando corticosteróides e mineralocorticoides nas situações de insuficiência suprarrenal primária, tratando o hipotiroïdismo com tiroxina e restringindo a ingestão hídrica nas situações de polidipsia (Darmon et al., 2014). Pode ser necessário corrigir ainda os níveis de cálcio ou potássio associados ao distúrbio ou a inibição da hormona antidiurética (Darmon et al., 2014).

Relativamente à hipernatremia no doente crítico, Sarahian et al., (2015) descreve que é através da monitorização do equilíbrio água-sódio ao longo do internamento, especialmente em utentes com débitos urinários elevados ou dejeções abundantes, que será possível minimizar o aumento da concentração de sódio sérico.

Ainda relativamente à situação supramencionada, Barreto (2017) defende que a correção da hipernatremia se deve basear na avaliação da volémia, reposição e retenção hídrica. Acrescenta, também, que a reposição hídrica deve ser feita com dextrose a 5%, NaCl a 0,45% ou água por via orogástrica. Se necessário, deverá ser administrada hormona antidiurética intranasal ou endovenosa. Um dos cuidados de enfermagem a ter em atenção, está relacionado com o facto de ser utilizada solução salina a 0,9%, para diluir a maior parte dos medicamentos, assim como a sua utilização nas infusões lentas para manutenção da permeabilidade da veia punctionada. Assim, sempre que necessário devem ser utilizadas outras opções para evitar o aumento significativo da concentração de sódio.

Quanto ao distúrbio em cima referido, Perdigão e Pessôa (2012), para além do destaque que faz, sobretudo à monitorização da função neurológica, refere também a importância da monitorização das manifestações gastrointestinais (língua edemaciada e mucosas pegajosas), a ocorrência de desequilíbrios eletrólitos associados, como a hiperclorémia e hiperglicemia, a avaliação do aparecimento de indicadores de desidratação

(diminuição da transpiração, oligoanúria, elasticidade da pele diminuída e mucosas secas). Em contrapartida, reforça as boas práticas de enfermagem relativamente à oferta de líquidos com regularidade, adequando a ingestão correta de água para pacientes portadores de sonda nasogástrica.

De uma forma global, Bertschi (2020) reforça o importante papel das intervenções do enfermeiro, no que diz respeito a esta temática, identificando a análise dos resultados dos exames laboratoriais como um aspeto fundamental no reconhecimento precoce da tendência dos níveis de sódio sérico; a volémia do paciente; a informação relevante obtida através do exame físico que possa explicar o porquê do desenvolvimento de alterações da natremia; antecedentes pessoais (histórias de doenças); tratamentos que possam ter este efeito; fluidos EV e ingestão hídrica oral. Compreender a etiologia permite orientar a compreensão do enfermeiro relativamente à abordagem, tratamento e maximiza o seu papel na correção, gestão e prevenção de distúrbios do sódio e do balanço hídrico.

5 | CONCLUSÕES

A hiponatremia é o distúrbio eletrolítico mais comum em doentes internados em SMI's, contudo a hipernatremia também possui algum predomínio neste ambiente. A principal complicação associada à variação da concentração do nível de sódio no sangue é a disfunção do SNC, nomeadamente encefalopatia, quedas, convulsões e perturbações cognitivas.

Os estudos analisados abordam pouco a questão das intervenções de enfermagem em caso de alterações da natremia em utentes internados em SMI's, o que levou também a que constituísse uma limitação na execução da RIL. No entanto, conseguimos aferir que são implementadas intervenções com o objetivo de prevenir as complicações associadas às alterações dos níveis séricos de sódio nos doentes críticos, nomeadamente identificando a análise dos resultados dos exames laboratoriais como um aspeto fundamental no reconhecimento precoce da tendência dos níveis de sódio sérico; a volémia do doente; informação obtida através do exame físico que possa explicar o porquê do desenvolvimento de alterações da natremia; antecedentes pessoais; tratamentos que possam ter este efeito; fluidos EV e ingestão hídrica oral.

Em suma, concluiu-se que o papel do Enfermeiro é vital na prevenção das disnatréncias e, quando tal não é possível, a identificação da etiologia e a monitorização dos níveis séricos do sódio tornam-se intervenções de enfermagem imprescindíveis para uma correta prestação de cuidados ao utente com alterações da natremia.

REFERÊNCIAS

- Abreu, F., & Sousa, F. T. De. (2001). Hiponatremia: abordagem clínica e terapêutica. *Medicina Interna*, 8(1), 37–48.
- Barreto, M. L. C. (2017). *Cuidar da Pessoa em Situação Crítica com Status Neurológico Comprometido: Guia orientador de boas práticas de cuidados em enfermagem*. [https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/24074/4/GOBPCE anexo do relatório de mestrado.pdf](https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/24074/4/GOBPCE%20anexo%20do%20relatório%20de%20mestrado.pdf)
- Barroso, D. F. M. (2016). *Hipernatrémia nos Doentes com Traumatismo Cranioencefálico*. Universidade do Porto.
- Basile-Filho, A., MG, M., EA, N., AF, L., EZ, M., & Auxiliadora-Martins, M. (2016). Are the Dysnatremias a Permanent Threat to the Critically Ill Patients? In *Journal of clinical medicine research* (Vol. 8, Issue 2, pp. 141–146). <https://doi.org/10.14740/jocmr2425w>
- Bertschi, L. A. (2020). Concentration and Volume: Understanding Sodium and Water in the Body: The etiology of dysnatremia can be complex. *AJN American Journal of Nursing*, 120(1), 51–56. <https://doi.org/10.1097/01.naj.0000652120.20393.19>
- Collins, M., & Claros, E. (2011). Recognizing the face of dehydration. *Nursing*, 41(8), 31–32. <https://doi.org/10.1097/01.NURSE.0000403163.91572.66>
- Darmon, M., Pichon, M., Schwebel, C., Ruckly, S., Adrie, C., Haouache, H., Azoulay, E., Bouadma, L., Clec'h, C., Garrouste-Orgeas, M., Souweine, B., Goldgran-Toledano, D., Khallel, H., Argaud, L., AS, D., Jamali, S., Allaouchiche, B., Zeni, F., & JF, T. (2014). Influence of early dysnatremia correction on survival of critically ill patients. In *Shock (Augusta, Ga.)* (Vol. 41, Issue 5, pp. 394–399). <https://doi.org/10.1097/SHK.0000000000000135>
- Darmon, Michael, Diconne, E., Souweine, B., Ruckly, S., Adrie, C., Azoulay, E., Clec'h, C., Garrouste-Orgeas, M., Schwebel, C., Goldgran-Toledano, D., Khallel, H., Dumenil, A.-S., Jamali, S., Cheval, C., Allaouchiche, B., Zeni, F., & Timsit, J.-F. (2013). Prognostic consequences of borderline dysnatremia: pay attention to minimal serum sodium change. *Critical Care (London, England)*, 17(1), R12. <https://doi.org/10.1186/cc11937>
- Kmet, L. M., Lee, R. C., & Cook, L. S. (2004). Standard Quality Assessment Criteria for Evaluating Primary Research Papers. In *Alberta Heritage Foundation for Medical Research* (Vol. 13, Issue February).
- Padhi, R., Panda, B., Jagati, S., & Patra, S. (2014). Hyponatremia in critically ill patients. *Indian Journal of Critical Care Medicine*, 18(2), 83–87. <https://doi.org/10.4103/0972-5229.126077>
- Perdigão, T. M., & Pessôa, C. G. de O. (2012). Solicitação e Interpretação de Exames Laboratoriais: a percepção do enfermeiro. *Revista Enfermagem Integrada*, 5(1), 913–942.
- Phipps, W. J., Long, B. C., Woods, N. F., & Cassmeyer, V. L. (1995). *Enfermagem Médico-Cirúrgica: Conceitos e Prática Clínica* (2^a edição). LUSODIDACTA.

SANAR. (2021). *Resumo de hipernatremia: classificação, causas, quadro clínico e manejo - Sanar Medicina*. SANAR. <https://www.sanarmed.com/resumo-de-hipernatremia-classificacao-causas-quadro-clinico-e-manejo?fbclid=IwAR1yQASb3dRZr6AhPoLSayoNArBjCD5JlaopP5oCo5GtO0eYgVJNcnxMrRE>

Sarahanian, S., Pouria, M. M., Ing, T. S., & Sam, R. (2015). Hypervolemic hypernatremia is the most common type of hypernatremia in the intensive care unit. *International Urology and Nephrology*, 47(11), 1817–1821. <https://doi.org/10.1007/s11255-015-1103-0>

Seifter, J. L., & Vadivel, N. (2015). *Consequências Neurológicas de Distúrbios Eletrolíticos*. https://www.medicinanet.com.br/conteudos/acp-medicine/6782/consequencias_neurologicas_de_disturbios_eletroliticos.htm

Sim, J. K., Ko, R.-E., Na, S. J., Suh, G. Y., & Jeon, K. (2020). Intensive care unit-acquired hyponatremia in critically ill medical patients. *Journal of Translational Medicine*, 18(1), 1–9. <https://doi.org/10.1186/s12967-020-02443-4>

Sousa, L. M. M., Vieira, C. M., Severino, S., & Antunes, A. V. (2017). A Metodologia de Revisão Integrativa da Literatura em Enfermagem. *Revista Investigação Em Enfermagem*, 17–26.

Villavicencio, M. J. M. (2016). *Disnatremia en Unidad de Cuidados Intensivos factores de riesgo e índice de mortalidad*. Universidad de Guayaquil. Facultad de Ciencias Médicas. Carrera de Medicina. <http://repositorio.ug.edu.ec/handle/redug/35528>

CAPÍTULO 13

USO DE *BUNDLE* PARA A PREVENÇÃO DE PNEUMONIA ASSOCIADA À VENTILAÇÃO MECÂNICA EM UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA.

Data de aceite: 20/08/2021

Data de submissão: 01/06/2021

Natalia Geovana Aragão Dutra

Faculdade de Americana, curso de enfermagem

Americana – São Paulo

<http://lattes.cnpq.br/0081726119332423>

Norma Mejias Quinteiro

Faculdade de Americana, curso de enfermagem

Americana – São Paulo

<http://lattes.cnpq.br/5486661223378430>

<https://orcid.org/0000-0003-4257-3117>

Aline Bedin Zanatta

Faculdade de Americana, curso de enfermagem

Americana – São Paulo

<http://lattes.cnpq.br/4421570453572371>

<https://orcid.org/0000-0002-0925-2226>

Luís Eduardo Miani Gomes

Faculdade de Americana, curso de enfermagem

Americana – São Paulo

<http://lattes.cnpq.br/3489462765699747>

Grace Pfaffenbach

Faculdade de Americana, curso de enfermagem

Americana – São Paulo

<http://lattes.cnpq.br/8944770478254908>

RESUMO: Este trabalho buscou fazer uma síntese da função e eficácia do uso de *bundles* para prevenção de pneumonia associada à ventilação mecânica em pacientes internados na unidade de terapia intensiva. **Métodos:**

Revisão integrativa de literatura e teve como questão norteadora “Qual a eficácia do uso de *bundle* para prevenção de Pneumonia Associada à Ventilação Mecânica em Unidade de Terapia Intensiva?”. A seleção do material foi realizada nos meses de março e abril de 2020 com seguintes critérios de inclusão: espaço de tempo dos últimos cinco anos (2015 a 2019), idioma português, textos completos disponíveis na íntegra para *free-download*. Os descritores utilizados foram combinados com o operador booleano *and*, sendo: enfermagem; pneumonia associada à ventilação mecânica; uso de *bundle* em terapia intensiva; *bundle*; *bundle* de prevenção de pneumonia associada à ventilação mecânica. Este trabalho não necessitou de aprovação de comitê de ética, pois se trata de uma revisão de literatura e todos os autores foram citados devidamente no decorrer do texto.

Resultados e discussão: Foram encontrados 4.418 artigos, sendo 12 selecionados para a revisão. As categorias de análises elencadas após a leitura na íntegra dos 12 artigos foram: Magnitude e impactos da implementação do *bundle* de prevenção à pneumonia associada à ventilação mecânica e Conhecimento e adesão dos profissionais às medidas do *bundle* de prevenção à pneumonia associada à ventilação mecânica. **Considerações finais:** O *bundle*, quando implementado corretamente, tem eficácia comprovada, porém, ainda há déficits na adesão

e conhecimento dos profissionais em relação as suas medidas.

PALAVRAS - CHAVE: *Bundle*. Enfermagem. Pneumonia associada à ventilação mecânica.

USE OF BUNDLES FOR THE PREVENTION OF PNEUMONIA ASSOCIATED WITH MECHANICAL VENTILATION IN THE INTENSIVE CARE UNIT

ABSTRACT: This work sought to synthesize the function and effectiveness of using bundles to prevent pneumonia associated with mechanical ventilation in patients admitted to the intensive care unit. **Methods:** Integrative literature review and the guiding question was “How effective is the use of bundles for the prevention of Pneumonia Associated with Mechanical Ventilation in the Intensive Care Unit?”. The selection of the material was carried out in the months of March and April 2020 with the following inclusion criteria: time span of the last five years (2015 to 2019), Portuguese language, full texts available in full for free-download. The descriptors used were combined with the Boolean operator AND, being: nursing; pneumonia associated with mechanical ventilation; use of bundles in intensive care; bundle; pneumonia prevention bundle associated with mechanical ventilation. This work did not require approval from the ethics committee, as it is a literature review and all authors were duly cited throughout the text. **Results and discussion:** 4,418 articles were found, 12 of which were selected for review. The categories of analysis listed after reading the 12 articles in full were: Magnitude and impacts of the implementation of the pneumonia prevention bundle associated with mechanical ventilation and Knowledge and adherence of professionals to the measures of the pneumonia prevention bundle associated with mechanical ventilation. **Final considerations:** The bundle when implemented correctly has proven effectiveness however there are still deficits in adherence and knowledge of professionals regarding its measures.

KEYWORDS: *Bundle*. Nursing. Pneumonia associated with mechanical ventilation.

1 | INTRODUÇÃO

Entre os principais procedimentos para assegurar a estabilidade hemodinâmica de pacientes internados em unidade de tratamento intensivo, tem-se o uso da ventilação mecânica (OLIVEIRA; NUNES, 2015), que através de equipamentos insuflam as vias respiratórias com volume de ar, capaz gerar gradiente de pressão entre as vias áreas superiores e os alvéolos (CARVALHO; TOUFEN JUNIOR; FRANCA, 2007). A ventilação mecânica substitui total ou parcialmente a respiração espontânea, e visa proporcionar a adequada troca gasosa, reduzir o esforço da musculatura respiratória e minimizar a demanda metabólica (MELO; ALMEIDA; OLIVEIRA, 2014). Entretanto, o uso de respirador mecânico tem relação direta aos altos índices de pneumonia em Unidades de Terapia Intensiva (OLIVEIRA; NUNES, 2015).

A pneumonia associada à ventilação mecânica (PAV) pode ser definida como pneumonia que se manifesta após 48 horas do início da ventilação mecânica até a sua suspensão, sendo evidenciada por critérios clínicos, radiológicos e laboratoriais. Essa infecção suscita o aumento da mortalidade, tempo de permanência na Unidade

de Tratamento Intensivo, e por consequência, gera o aumento de custos hospitalares (ALECRIM *et al*, 2019).

A mortalidade global de pneumonia associada à ventilação mecânica varia entre 20% a 60%, estando diretamente relacionada às doenças de bases, agente etiológico, falência dos órgãos e especificidades dos pacientes. Já as estimativas de mortes diretas por essa infecção variam entre estudos, mas indicam que cerca de 33% desses pacientes vêm a óbito (BRASIL, 2017).

Segundo ALECRIM *et at* (2019), tem sido um desafio para os serviços de saúde a vigilância, prevenção e controle da PAV, entretanto a implementação de estratégias de prevenção e controle desta infecção têm demonstrado ser de grande eficácia quando realizadas de forma contínua e coletiva. O desenvolvimento de estratégias aliadas com o treinamento da equipe multidisciplinar que presta a assistência a esses pacientes é de suma importância, pois tem impacto direto nas taxas de Pneumonia Associada à Ventilação Mecânica (ANVISA, 2017), também no tempo de internação e promove maior segurança ao paciente.

Bundle é uma palavra de língua inglesa que pode ser traduzida como “pacote”, é utilizado para definir um conjunto de medidas e intervenções para a prevenção de agravamentos como as infecções relacionadas à assistência à saúde (IRAS), sendo ele essencial para a segurança do paciente. Segundo o *Institute for Healthcare Improvement* (2020), o *bundle* deve ser composto de medidas práticas e objetivas, embasadas em evidências, focando na melhor assistência e melhores resultados. Dentro desse pacote, incluem-se itens como vigilância constante e treinamento da equipe (FREITAS; RIBEIRO, 2016).

Este trabalho buscou fazer uma síntese da função e eficácia do uso de *bundles* para a prevenção de pneumonia associada à ventilação mecânica em pacientes internados na unidade de terapia intensiva, com foco principal na equipe de enfermagem.

2 | METODOLOGIA

Trata-se de uma revisão integrativa de literatura, que busca de forma sistemática, realizar a síntese do conhecimento produzido do assunto em questão (MENDES; SILVEIRA; GALVÃO, 2008).

A elaboração deste trabalho foi realizada através de seis etapas: definição de um tema, formulação do problema, coleta de dados e informações, análise e interpretação dos dados e das informações, cruzamento das informações e apresentação dos resultados (MENDES; SILVEIRA; GALVÃO, 2008).

Para conduzir o presente trabalho, buscou-se elucidar a seguinte questão norteadora: Qual a eficácia do uso de *bundle* para prevenção de pneumonia associada à ventilação mecânica em unidade de terapia intensiva?

A busca foi realizada através da Biblioteca Virtual em Saúde Brasil (BVS), utilizando as bases de dados MEDLINE; LILACS; BDENF; Coleciona SUS; BBO Odontologia; Sec. Est. Saúde SP; LIS; e Sec. Munic. Saúde SP. Todas as pesquisas foram feitas em espaço de tempo dos últimos cinco anos, ou seja, entre 2015 e 2019, utilizando como critérios de seleção: idioma português, textos completos disponíveis na íntegra para *free-download*. Foram descartados os artigos que não respondiam à pergunta norteadora, que estavam fora do espaço de tempo selecionado, em outro idioma, não disponível na íntegra ou para *free-download*. A seleção de todo o material foi realizada nos meses de março e abril de 2020, utilizando os seguintes descritores combinados com o operador booleano *AND*: enfermagem *AND* pneumonia associada à ventilação mecânica; enfermagem *AND* uso de *bundle* em terapia intensiva; *bundle AND* pneumonia associada a ventilação mecânica; *bundle* de prevenção de pneumonia associada a ventilação mecânica; pneumonia associada à ventilação mecânica.

Sendo assim, foram localizados o total de 4.418 artigos, após a aplicação dos critérios de seleção foram obtidos 86 artigos. Após a leitura dos títulos e dos resumos, 49 artigos foram excluídos por não serem de interesse do estudo, 23 artigos foram excluídos por serem resultados repetidos e 2 trabalhos foram excluídos por serem teses de doutorado, restando 12 artigos como amostra final para este trabalho (Figura 1).

Após a organização dos dados e informações, foi realizada a leitura exaustiva de todos os artigos selecionados para a coleta e comparação das informações, comparando-as e confrontando-as com a finalidade de identificar as semelhanças para a elaboração das categorias de análise.

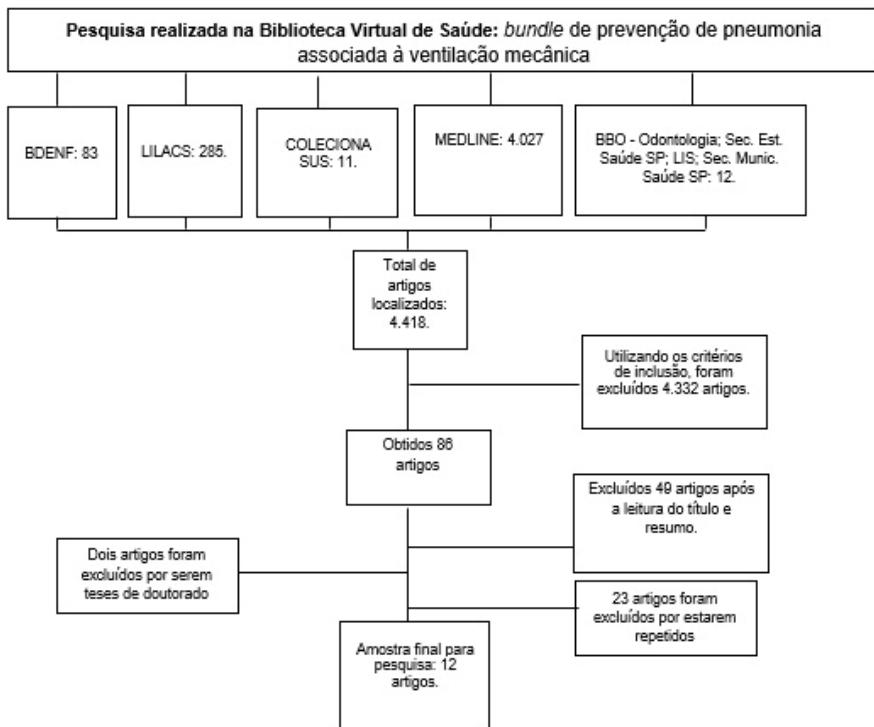


Figura 1: Fluxograma da seleção de artigos utilizados para revisão integrativa sobre *bundle* de prevenção de pneumonia associada à ventilação mecânica.

Fonte: Elaboração própria (2020).

Este trabalho não precisou ser submetido a um comitê de ética e pesquisa na área da saúde, pois se trata de uma revisão integrativa de literatura e todos os autores foram devidamente citados no decorrer do texto.

3 | RESULTADOS E DISCUSSÃO

Ao realizar a busca de acordo com os passos metodológicos descritos, foram encontrados 4.418 artigos. Aplicando-se os critérios de inclusão e exclusão 12 artigos foram selecionados para compor esta revisão (figura 1). Todos os artigos foram publicados no Brasil na língua portuguesa, sendo um artigo de 2015 (8,3%), dois artigos de 2016 (16,7%), dois artigos de 2017 (16,7%) e sete artigos de 2019 (58,3%), conforme mostra o quadro 1. Em relação à metodologia dos artigos, dois foram descritivos quantitativos (16,7%); quatro foram estudos retrospectivos (33,4%); um artigo de revisão integrativa (8,3%); um descritivo prospectivo (8,3%); um transversal quali-quantitativo (8,3%); um artigo descritivo qualitativo (8,3%); um artigo observacional (8,3%), e um artigo quase-experimental (8,3%).

Código	Título	Autor	Ano	Objetivo	Principais resultados
A1	Adesão às medidas de prevenção para pneumonia associada à ventilação mecânica.	DE ALMEIDA, KLMV, <i>et al.</i>	2015	Avaliar a adesão dos profissionais de saúde das unidades de terapia intensiva às medidas preventivas de pneumonia associada à ventilação mecânica implantadas no hospital.	Apenas 35,38% dos pacientes obtiveram conformidade nas cinco intervenções observadas no estudo, demonstrando uma baixa adesão do pacote por completo.
A2	Pneumonia associada à ventilação mecânica com indicador de qualidade e segurança em saúde.	JÚNIOR, SAP, <i>et al.</i>	2016	Fazer a análise do indicador de resultado concomitante à análise do indicador de processo de um protocolo de prevenção da PAV (<i>bundle</i>).	Após a implementação do <i>bundle</i> houve uma queda significativa dos casos de PAV, entre 2011 e 2012 (ano de implementação) houve uma queda de 5,91. Já na questão da adesão dos profissionais, a elevação não foi muito significativa, nos mostrando que a baixa adesão não influenciou na melhora nos índices da PAV.
A3	Impactos e fatores determinantes no <i>bundle</i> de pneumonia associada à ventilação mecânica	RODRIGUES AN; <i>et al.</i>	2016	Avaliar os impactos e fatores determinantes no cumprimento do <i>bundle</i> para redução da pneumonia associada à ventilação mecânica.	Antes à implementação, foi contabilizada uma média de incidência de 11,53 pacientes com PAV; no segundo período, houve um aumento, totalizando 16,42 pacientes notificados. Esse resultado foi decorrente da troca e admissão de novos profissionais no período do estudo, falta de insumos.
A4	Incidência de pneumonia associada à ventilação mecânica em uma unidade de terapia intensiva.	DA SILVA, TG; <i>et al.</i>	2017	Identificar a incidência de pneumonia associada à ventilação mecânica (PAV) em usuários hospitalizados em uma Unidade de Terapia Intensiva (UTI).	Os pacientes que desenvolveram PAV na UTI estavam em VM em média de 15,34 dias. 44% dos pacientes evoluíram a óbito, onde 20% a 60% dos casos estão associados à ventilação mecânica.

A5	Incidência de pneumonia associada à ventilação mecânica em unidade de terapia intensiva.	MOTA, ÉC; <i>et al.</i>	2017	Avaliar a incidência da pneumonia associada à ventilação mecânica em unidade de terapia intensiva (UTI).	Pacientes com tempo maior que 10 dias em VM foram mais suscetíveis ao desenvolvimento de PAV, o tempo de internação maior que 15 dias, e o diagnóstico de outras infecções também foram constatados como fatores de risco, e 72,7% dos pacientes evoluíram a óbito.
A6	Estratégias para prevenção de pneumonia associada à ventilação mecânica: revisão integrativa.	ALECRIM, RX; <i>et al.</i>	2019	Identificar estudos acerca de estratégias de prevenção de pneumonia associada à ventilação mecânica implantadas em serviços de saúde e classificar o nível de evidência destes.	86,9% dos estudos apresentaram resultados positivos após a implementação das estratégias de prevenção de PAV.
A7	Adesão ao bundle de prevenção de pneumonia associada à ventilação mecânica.	DE BARROS, FRB.	2019	Avaliar a adesão e conformidade das práticas que integram um bundle de prevenção da Pneumonia Associada à Ventilação Mecânica em uma Unidade de Terapia Intensiva de adulto.	Os três cuidados mais aderidos pelos profissionais foram: posição da cabeceira entre 30 a 45°, cuidados com aspiração das secreções e a fisioterapia respiratória e motora.
A8	Pneumonia associada à ventilação mecânica: conhecimento dos profissionais de saúde acerca da prevenção e medidas educativas.	MELO, MM; <i>et al.</i>	2019	Avaliar o conhecimento dos profissionais de saúde sobre a prevenção da Pneumonia Associada à Ventilação Mecânica (PAV) em pacientes críticos internados nas Unidades de Terapia Intensiva (UTIs) e, promover educação permanente (EP) para profissionais das UTIs sobre prevenção de PAV.	57% dos profissionais afirmaram não conhecer o <i>bundle</i> , 36% afirmaram que se sentiam capacitados sobre medidas de prevenção da PAV, 14% disseram não se sentir capacitado sobre essas medidas preventivas, enquanto 50% disseram que se sentiam razoavelmente capacitados.
A9	Pneumonia associada à ventilação mecânica: percepção dos profissionais de enfermagem.	DUTRA, LA; <i>et al.</i>	2019	Apreender a percepção dos profissionais de Enfermagem sobre a segurança do paciente sob ventilação mecânica com vistas à prevenção da PAV.	Verificou-se que os profissionais reconhecem os principais fatores de risco para o desenvolvimento de PAV.

A10	Adesão às medidas preventivas versus incidência de pneumonia associada à ventilação mecânica.	LOURENÇONE, EMS; <i>et al.</i>	2019	Avaliar a taxa de adesão das ações preventivas da equipe de enfermagem para PAV, após a reestruturação e aplicação do protocolo de prevenção e verificar as taxas de densidade de incidência de pacientes com PAV.	A média da taxa de adesão às medidas preventivas da PAV pela equipe de enfermagem variou conforme a medida preventiva avaliada durante os seis meses. A taxa de densidade de incidência de PAV nesse estudo foi de 6,07 infecções por mil ventiladores mecânicos-dia, mostrou-se menor que a taxa geral.
A11	Adesão ao protocolo de pneumonia associada à ventilação mecânica.	ZIGART, JAA, <i>et al.</i>	2019	Conhecer a adesão da equipe de enfermagem ao protocolo de pneumonia associada à ventilação mecânica nas Unidades de Terapia Intensiva.	A cabeceira elevada entre 35° e 45° foi o item mais realizado, em seguida temos os artigos respiratórios identificados e dentro do prazo de validade.
A12	O impacto da aprendizagem interprofissional na pneumonia associada à ventilação: implementação de <i>bundles</i> em uma unidade de cuidados intensivos.	COELHO, AFP, <i>et al.</i>	2019	Verificar o impacto dos bundles e o aprendizado interprofissional na prevenção de pneumonia associada à ventilação mecânica de uma unidade de terapia intensiva (UTI).	A adesão do decúbito elevado (30°-45°) pré-intervenção: 47 e pós-intervenção 49; verificação da pressão do <i>cuff</i> de 34 adesões, para 37; higiene bucal de 30 para 41; interrupção diária da sedação de 35 adesões para 42; aspiração subglótica 13 para 16; higienização das mãos antes da aspiração de 1 adesão à 1 adesões, e higienização das mãos após a aspiração de 19 passou à 37 adesões.

Quadro 1: Identificação dos artigos selecionados de acordo com código, título, autor, ano, objetivo e principais resultados.

Fonte: Elaboração própria (2020).

Após a leitura na íntegra de todos os artigos selecionados, estes foram divididos em duas categorias de acordo com conteúdo semelhante, para a realização de análise e comparação: 1. Magnitude e impactos da implementação do *bundle* de prevenção à pneumonia associada à ventilação mecânica, 2. Conhecimento e adesão dos profissionais as medidas do *bundle* de prevenção à pneumonia associada à ventilação mecânica.

3.1 Magnitude e impactos da implementação do *bundle* de prevenção à pneumonia associada à ventilação mecânica

O acompanhamento do índice de incidência de PAV é um importante indicador de qualidade da assistência prestada pelo serviço de saúde, além de estar associada a maiores

períodos de internação, aumento de custos, desencadeamento de outras complicações, e mortalidade (SILVA; et al, 2017).

A incidência de pneumonia associada à ventilação mecânica pode alterar de acordo com a população, métodos diagnósticos disponíveis, condições de saúde responsáveis pela internação e procedimentos invasivos realizados, podendo variar entre 9% a 67% (SILVA; et al, 2017; MOTA; et al, 2016). O estudo de MOTA; et al (2016) demonstra incidência de 23,2%.

A maioria dos pacientes que desenvolveram PAV evoluiu a óbito, mesmo que a ligação entre a morte e a PAV não tenha sido avaliada (MOTA; et al, 2016). A taxa de mortalidade associada à ventilação mecânica transita entre 20% a 60% dos casos, se relacionada à PAV esse índice chega a 76%, sendo assim, a pneumonia associada à ventilação mecânica é a principal causa de morte por infecções hospitalares (SILVA; et al, 2017).

O agente etiológico causador da PAV varia de acordo com o tipo de paciente, tempo de hospitalização, método diagnóstico e o uso de terapia microbiana. O *Staphylococcus aureus* é citado como um dos principais causadores da doença, sendo um microrganismo do grupo gram-positivo podendo ser multirresistente (SILVA; et al, 2017; MOTA; et al, 2016).

Um dos grandes desafios para a implementação do *bundle* é a falta de conhecimento da equipe multiprofissional que trabalham em unidade de terapia intensiva a respeito da importância das medidas que compõe o pacote (COELHO; et al, 2019).

Estudos que compararam a adesão das medidas antes e após um processo de implementação demonstram que ocorre um aumento do conhecimento e da adesão, e como consequência há a diminuição da incidência de pneumonia associada à ventilação mecânica, demonstrando a importância da educação como parte do processo de prevenção de infecções relacionadas à assistência em saúde (JÚNIOR; et al, 2016; COELHO, et al, 2019).

Após a implementação do *bundle* de prevenção a pneumonia associada à ventilação mecânica, um estudo mostrou que em um ano houve uma queda de incidência de 5,91% e em um ano e meio, essa queda chegou a 11,98%, mesmo que as taxas de adesão às medidas que compõe o *bundle*, como um todo, não foram significativas (JÚNIOR; et al, 2016).

Quando ocorre um déficit no treinamento das condutas propostas, os resultados da implementação são prejudicados. O estudo de RODRIGUES; et al (2016) mostra que com alterações no quadro de funcionários, isto é, contratações e transferências, em meio ao processo de implementação, trouxe um aumento da incidência de PAV em 4,89%. Neste mesmo estudo outras dificuldades também foram encontradas, como a falta de insumos necessários à prática das condutas.

A implementação correta das medidas depende da qualidade das informações fornecidas aos profissionais, sendo necessário treinamento periódico em conjunto com a

constante vigilância prospectiva das taxas de PAV (COELHO; et al, 2019).

3.2 Conhecimento e adesão dos profissionais as medidas do *bundle* de prevenção à pneumonia associada à ventilação mecânica

Para a prevenção de pneumonia associada à ventilação mecânica o monitoramento da adesão, conhecimento e boas práticas das medidas propostas são fatores essenciais (ALECRIM; et al, 2019).

Os profissionais de saúde reconhecem que a PAV é um risco presente aos pacientes internados em unidade de terapia intensiva, assim como o tempo de intubação e a má higienização dos equipamentos como agravante. A broncoaspiração em decorrência da dieta enteral também foi reconhecida como um risco para desenvolvimento de PAV (DUTRA; et al, 2019).

No entanto, os profissionais de saúde ainda apresentam falta de conhecimento em relação ao *bundle* de prevenção da PAV, e relatam não se sentirem totalmente capacitados para a realização das medidas preventivas (MELO; et al, 2019), que são: a aspiração correta das secreções, a higienização oral, a verificação da pressão do cuff e a cabeceira elevada entre 30 a 45° (DUTRA; et al, 2019).

A alta adesão à elevação da cabeceira entre 30 a 45° pelos profissionais de enfermagem é referida por vários autores (DE ALMEIDA; et al 2015; DE BARROS, 2019; LOURENÇONE; et al 2019; ZIGART; et al, 2019), porém, outros profissionais realizam o manuseio da cabeceira para a realização de procedimentos e avaliações, podendo assim, diminuir as taxas de adesão desta medida (LOURENÇONE; et al, 2019). Mesmo com esta alta adesão, vários profissionais não sabem qual a angulação correta da cabeceira, indicando um problema para ser superado através da capacitação para qualificar a assistência ao paciente (MELO; et al, 2019).

Em relação à higienização oral há divergência entre os estudos nos índices de adesão, variando entre 48,86% a 77,3% (DE ALMEIDA; et al, 2015; LOURENÇONE; et al, 2019). A higienização oral faz-se necessária, pois entre os pacientes em unidades de terapia intensiva há a diminuição da saliva e da mastigação, proporcionando a colonização de bactérias importantes para a fisiopatologia das pneumonias (DE ALMEIDA; et al, 2015). As possíveis causas da não adesão de profissionais a esta medida, pode estar relacionada à falta de conhecimento dos riscos da não realização deste procedimento, falta de capacitação dos profissionais, ou falha na sistematização dos cuidados (DE ALMEIDA; et al, 2015).

A interrupção diária da sedação tem adesão para 59,23% dos pacientes. Essa medida contribui para a avaliação do padrão respiratório do paciente, e pode estimular o desmame da ventilação mecânica, diminuindo o tempo de uso do ventilador mecânico e consequentemente diminui o risco de PAV (DE ALMEIDA, et al; 2015). O déficit na adesão pela equipe de enfermagem pode estar relacionado ao risco de remoção dos dispositivos

e o risco de novos comprometimentos ao paciente, como o desconforto respiratório ou quedas (DE ALMEIDA, *et al*; 2015).

A verificação da pressão do *cuff* apresentou alta adesão, porém, baixo conhecimento por parte dos profissionais em relação a pressão adequada do balonete, que deve estar entre 20 a 25mmHg (LOURENÇONE; *et al*, 2019; MELO; *et al*, 2019).

A adesão, em torno de 81,9%, e o conhecimento dos profissionais com os cuidados com a aspiração de secreções demonstra estar adequada. Este fato pode estar relacionado a este procedimento já estar incluso na rotina diária de assistência da equipe de enfermagem (DE BARROS; 2019; DUTRA; *et al*, 2019).

A higienização das mãos, embora uma medida simples é pouco mencionada pelos profissionais como medida de prevenção desta e outras infecções relacionadas à assistência de saúde (DUTRA; *et al*, 2019). O estudo de MELO; *et al* (2019) demonstra que 79% dos profissionais relatam a realização da higienização das mãos segundo as normas preconizadas pela OMS (Organização Mundial de Saúde) antes do contato com o paciente, mas 21% dizem realizar essa ação esporadicamente.

Outras medidas utilizadas para a prevenção de PAV foram citadas, como: a profilaxia de trombose venosa profunda (TVP), profilaxia de úlcera peptídica, fisioterapia respiratória e motora, posicionamento correto do filtro de troca de calor e umidade (HME), e a utilização do filtro HME dentro da data de validade (ALMEIDA; *et al*, 2015; DE BARROS, 2019; LOURENÇONE; *et al*, 2019; ZIGART; *et al*, 2019).

Autores estão de acordo quanto a não conformidade nas adesões das medidas propostas, ressaltando que, para a eficácia do *bundle* as intervenções devem ser realizadas em conjunto (DE ALMEIDA; *et al*, 2015; DE BARROS, 2019). A educação permanente torna-se um fator indispensável para o alcance da boa adesão aos procedimentos, pois é necessário mudar o comportamento dos profissionais e suas atividades rotineiras (ALECRIM; *et al*, 2019).

4 | CONSIDERAÇÕES FINAIS

A pneumonia associada à ventilação mecânica é uma importante infecção relacionada à assistência à saúde com o maior índice de mortalidade, sendo assim, é necessário à implementação de medidas para sua prevenção.

O *bundle* de prevenção à pneumonia associada à ventilação mecânica, composto medidas como: elevação de cabeceira entre 30 a 45°; interrupção diária da sedação; higienização das mãos; higienização da cavidade oral; cuidados com as técnicas de aspiração, e verificação da pressão do *cuff*, tem eficácia comprovada na diminuição de incidência da PAV, porém, essas intervenções devem ser realizadas em conjunto e por toda a equipe multidisciplinar, com ênfase na equipe de enfermagem que é responsável pela maior parte das medidas comumente implantadas.

Esta revisão integrativa evidenciou a importância da educação permanente e o treinamento contínuo aos profissionais de enfermagem que atuam em unidade de terapia intensiva, a fim de capacita-los para proporcionar uma assistência mais segura aos pacientes. A estabilidade no quadro de funcionários e o fornecimento de insumos adequados também são importantes aliados ao trabalho de prevenção de infecções relacionadas à assistência à saúde.

REFERÊNCIAS

- ALECRIM, Raimunda Xavier; *et al.* Boas práticas na prevenção de pneumonia associada à ventilação mecânica. **Acta Paul Enferm.** 2019. Disponível em: <<https://www.scielo.br/pdf/ape/v32n1/1982-0194-ape-32-01-0011.pdf>>. Acesso em 21 de mai. 2020.
- BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária Medidas de Prevenção de Infecção Relacionada à Assistência à Saúde.** Brasília: Anvisa, 2017. Disponível em: <<http://portal.anvisa.gov.br/documents/33852/3507912/Caderno+4+-+Medidas+de+Preven%C3%A7%C3%A3o+de+Infec%C3%A7%C3%A3o+Relacionada+%C3%A0+Assist%C3%A3ncia+%C3%A0+Sa%C3%BAde/a3f23dfb-2c54-4e64-881c-fccf9220c373>>. Acesso em 27 de abr. 2020.
- CARVALHO, Carlos Roberto Ribeiro de; TOUFEN JUNIOR, Carlos; FRANCA, Suelene Aires. Ventilação mecânica: princípios, análise gráfica e modalidades ventilatórias. **J. bras. pneumol.**, São Paulo, v. 33, supl. 2, p. 54-70. Julho, 2007. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1806-37132007000800002&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 18 de mai. 2020.
- COELHO, Ariele Ferreira Pinto; VIEIRA, Raquel Aparecida Monteiro e; LEITE, Monica Aparecida; *et al.* O impacto da aprendizagem interprofissional na pneumonia associada à ventilação: implementação de *bundles* em uma unidade de cuidados intensivos. **Enferm. Foco.** Brasília, vol. 10, p. 93-100. 2019. Disponível em: <<https://pesquisa.bvsalud.org/brasil/resource/pt/biblio-1052805>>. Acesso em 29 de out. 2020.
- DE ALMEIDA, Kellyanny Maria Vasconcelos, *et al.* Adesão as medidas de prevenção para pneumonia associada à ventilação mecânica. **Revista de enfermagem da UFSM.** Rio Grande do Sul, v.5, n.2, p. 247-256. Junho, 2005. Disponível em: <<https://periodicos.ufsm.br/reufsm/article/view/15411>>. Acesso em 08 de out. 2020.
- DE BARROS, Francisco Railson Bispo. Adesão ao bundle de prevenção de pneumonia associada à ventilação mecânica. **Rev Cuid.** 2019; 10(2): e746. Disponível em: <<https://revistacuidarte.udes.edu.co/index.php/cuidarte/article/view/746>>. Acesso em 08 de out. 2020.
- DUTRA, Ligiane Aparecida; ESTEVES, Laila de Oliveira; DA SILVA, Thaís Oliveira; *et al.* Pneumonia associada à ventilação mecânica: percepção dos profissionais de enfermagem. **Rev. Enferm. UFPE on line.** Recife. v. 13, p. 884-892. Abril, 2019. Disponível em: <<https://doi.org/10.5205/1981-8963-v13i04a237363p884-892-2019>>. Acesso em: 08 de out. 2020.
- FREITAS, Renato Henrique de Faria; RIBEIRO, Carla Cortez dos Santos. **A implantação de bundles em Unidades de Terapia Intensiva como estratégia de controle de Infecção Relacionada à Assistência de Saúde: Uma reflexão acerca da prática baseada em evidência.** Instituto Nacional de Ensino Superior e Pesquisa. Jacareí – São Paulo, 2016. Disponível em: <<https://www.ccih.med.br/a-implantacao-de-bundles-em-unidades-de-terapia-intensiva-como-estrategia-de-controle-de-infeccao-relacionada-a-assistencia-de-saude-uma-reflexao-acerca-da-pratica-baseada-em-evidencia/>>. Acesso em 27 de abr. 2020.

INSTITUTE FOR HEALTHCARE IMPROVEMENT. *Bundles* de cuidados baseados em evidências. Institute for Healthcare Improvement, 2020. Disponível em: <<http://www.ihi.org/Topics/Bundles/Pages/default.aspx>>. Acesso em 18 de mai. 2020.

JÚNIOR, Sérgio Antônio Pulzi; FERRAZ, Renato Ribeiro Nogueira; LAPCHICK, Milton Soibelman. Pneumonia associada à ventilação mecânica como indicador de qualidade e segurança em saúde. **Revista Médica de Minas Gerais**. 2016, 26 e-1776. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.5935/2238-3182.20160076>>. Acesso em 29 de out. 2020.

LOURENÇONE, Emerson Matheus Silva; BRANCO, Aline; MONTEIRO, Ariane Baptista; et al. Adesão às medidas preventivas versus incidência de pneumonia associada à ventilação mecânica. **Revista de Epidemiologia e Controle de Infecção, Santa Cruz do Sul**. Rio Grande do Sul, v. 9, n. 2. Maio 2019. Disponível em: <<https://online.unisc.br/seer/index.php/epidemiologia/article/view/12596>>. Acesso em: 08 de out. 2020.

MELO, Mariane Menezes; SANTIAGO, Luciana Maria Montenegro; NOGUEIRA Denise Lima; et al. Pneumonia Associada à Ventilação Mecânica: Conhecimento dos Profissionais de Saúde Acerca da Prevenção e Medidas Educativas. **Rev Cuidado é Fundamental**. Rio de Janeiro, v.11 p.377-382.2019. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.9789/2175-5361.2019.v11i2.377-382>>. Acesso em 08 de out. 2020.

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**, Florianópolis, 2008. Disponível em: <<https://www.scielo.br/pdf/tce/v17n4/18.pdf>>. Acesso em: 22 de mai. 2020.

MOTA, Écila C.; OLIVEIRA, Silvânia P.; SILVEIRA, Beatriz R. M.; et al. Incidência da pneumonia associada à ventilação mecânica em unidade de terapia intensiva. **Mediciana (Ribeirão Preto, Online)**. Vol. 50, p. 39-46. 2017. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.11606/issn.2176-7262.v50i1p39-46>>. Acesso em 29 de out. 2020.

OLIVEIRA, Mara Lídia Lopes de; NUNES, Rodrigo Disconzi. *Bundles* de prevenção da pneumonia associada à ventilação mecânica em unidade de terapia intensiva. **Revista Amazônia Science & Health**, p. 36-43. 2015. Disponível em: <<http://ojs.unirg.edu.br/index.php/2/article/view/906/351>>. Acesso em 21 de mai. 2020.

RODRIGUES, Ana Natesia; FRAGOSO, Luciana Vládia e Cavalhedo; BESERRA, Francisca de Melo; et al. Impactos e fatores determinantes no *bundle* de pneumonia associada à ventilação mecânica. **Rev. Brasileira de Enfermagem**. Brasília, vol. 69, nº 6, novembro/dezembro, 2016. Disponível em: <https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672016000601108&lng=pt&tlng=pt>. Acesso em 29 de out. 2020.

SILVA, Tatiana Gaffuri da; SOUZA, Gabriela de Nardi; SILVA, Silva de; et al. Incidência de pneumonia associada à ventilação mecânica em uma unidade de terapia intensiva. **Rev. Cuidado é Fundamental**. Vol. 9, outubro/dezembro, 2017. Disponível em: <<http://www.seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/view/5899>>. Acesso em 29 de out. 2020.

ZIGART, Jéssica Aparecida André; CONTRIN, Ligia Márcia; BECCARIA, Lucia Marinilza; et al. **Rev. Enferm. UFPE on line**. Recife. v. 13, p. 655-663. Fevereiro, 2019. Disponível em: <<https://doi.org/10.5205/1981-8963-v13i03a234873p655-663-2019>>. Acesso em 08 de out. 2020.

CAPÍTULO 14

CIRURGIA DE WHIPPLE: DOENÇAS CAUSADORAS, SUAS COMPLICAÇÕES E CUIDADOS DE ENFERMAGEM

Data de aceite: 20/08/2021

Data de submissão: 11/06/2021

Michelly Angelina Lazzari da Silva

Hospital Universitário da Universidade Federal

da Grande Dourados (HU-UFGD/EBSERH)

Dourados – MS

<https://orcid.org/0000-0002-8690-7003>

Samannthara da Silva Torres Anaisse

Hospital Universitário Maria Aparecida

Pedrossian da Universidade Federal do Mato Grosso do Sul / Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (HUMAP-UFMS/EBSERH)

Campo Grande – MS

<https://orcid.org/0000-0002-8350-5607>

Marta Luiza da Cruz

HUMAP-UFMS/EBSERH

Campo Grande – MS

<https://orcid.org/0000-0002-8946-2644>

Liane Medeiros Kanashiro

HUMAP-UFMS/EBSERH

Campo Grande – MS

<https://orcid.org/0000-0001-9945-1597>

Daiane Medina de Oliveira

HUMAP-UFMS/EBSERH

Campo Grande – MS

<https://orcid.org/0000-0002-0452-8318>

Pamela Nery do Lago

Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Minas Gerais (HC-UFMG/EBSERH).

Belo Horizonte – MG

<https://orcid.org/0000-0002-3421-1346>

Paola Conceição da Silva

HC-UFMG/EBSERH.

Belo Horizonte – MG

<https://orcid.org/0000-0001-7589-7033>

Fabiana Ribeiro da Silva Braga

Hospital das Clínicas da Universidade Federal

de Pernambuco (HC-UFPE/EBSERH)

Recife – PE

<https://orcid.org/0000-0002-5049-5596>

Lívia Sayonara de Sousa Nascimento

Hospital Universitário Lauro Wanderley (HULW-

UFPB/EBSERH)

João Pessoa – PB

<https://orcid.org/0000-0003-2552-3169>

Danielle Freire dos Anjos

Hospital Universitário de Sergipe (HU-UFS/

EBSERH)

Aracaju – SE

<https://orcid.org/0000-0002-7377-9604>

João Paulo Moraes Carvalho

Hospital Universitário Professor Edgar Santos

da Universidade Federal da Bahia (HUPES-BA/

EBSERH)

Salvador – BA

<https://orcid.org/0000-0000-0000-0000>

Juliane Guerra Goffetto

Hospital Universitário da Universidade Federal

de Santa Maria (HUSM-UFSCM/EBSERH)

Santa Maria – RS

<https://orcid.org/0000-0003-2535-1344>

RESUMO: O presente trabalho debate a cirurgia de Whipple ou duodenopancreatectomia. Esta consiste em uma intervenção cirúrgica de grande porte realizada em paciente com adenocarcinoma de pâncreas e que ainda está envolta em discussões sobre a sua efetividade relacionada à qualidade de vida do paciente e a sua sobrevida pós-cirúrgica. A postura do profissional da enfermagem em relação a esse paciente exige uma abordagem interdisciplinar em um novo paradigma de tratamento que envolve uma visão humanizada e multifacetada da ação da enfermagem. Este trabalho buscou fazer essa discussão a partir de uma revisão de literatura especializada que foi buscada em anais, revistas, artigos publicados, dissertações e teses da área de saúde. Para efeito metodológico foi compilado textos publicados nos últimos vinte e cinco anos contendo a historicidade do procedimento de Whipple e as discussões adjacentes que envolvem esse procedimento. O texto também acaba por construir um paradigma de ações de enfermagem relacionadas ao paciente que se submete a esse tipo de cirurgia. Conclui-se, portanto que, apesar das polêmicas envolvidas sobre o procedimento de Whipple, a técnica apresentada traz benefícios consideráveis ao paciente e à sobrevida do mesmo.

PALAVRAS - CHAVE: Cirurgia. Paradigma de Enfermagem. Cuidados com o Paciente. Sobrevida.

WHIPPLE SURGERY: CAUSING DISEASES, THEIR COMPLICATIONS AND NURSING CARE

ABSTRACT: This paper discusses Whipple surgery or pancreaticoduodenectomy. This consists of a major surgical intervention performed in a patient with pancreatic adenocarcinoma and which is still involved in discussions about its effectiveness related to the patient's quality of life and post-surgical survival. The nursing professional's attitude towards this patient requires an interdisciplinary approach in a new treatment paradigm that involves a humanized and multifaceted view of nursing action. This work sought to make this discussion based on a review of specialized literature that was searched in annals, journals, published articles, dissertations and theses in the health area. For methodological purposes, texts published in the last twenty-five years were compiled containing the historicity of the Whipple procedure and the adjacent discussions involving this procedure. The text also ends up building a paradigm of nursing actions related to the patient who undergoes this type of surgery. Therefore, it is concluded that, despite the controversies involved about the Whipple procedure, the presented technique brings considerable benefits to the patient and to his/her survival.

KEYWORDS: Surgery. Nursing Paradigm. Patient Care. Survival.

1 | INTRODUÇÃO

A cirurgia de Whipple, ou duodenopancreatectomia – doravante apenas DPT – é um procedimento cirúrgico de extirpação de adenocarcinomas do pâncreas, do jejunum e da ampola de Vater. Na literatura médica e de saúde, a DPT tem maior incidência em homens na faixa de 45 – 65 anos, com alta taxa de morbimortalidade e sobrevida de 120 a 180 meses após o procedimento cirúrgico.

A intervenção cirúrgica desenvolvida pelo médico norte-americano Allen Oldfather

Whipple é um procedimento que visa a extirpação do adenocarcinoma com a preservação do tecido pancreático e sua função metabólica, o que exige não somente um procedimento médico delicado, mas também um pós-operatório que ordena uma abordagem multidisciplinar envolvendo os profissionais de enfermagem e da nutrição na recuperação do paciente.

A atividade do profissional da enfermagem, nesta situação aborda procedimentos pré-operatório de preparação e pós-operatório de cuidados com o paciente, de modo que ele possa se recuperar com tranquilidade. A literatura especializada no assunto indica que os procedimentos pós-operatórios realizados pelo profissional da enfermagem são primordiais na recuperação do paciente, já que se trata de uma cirurgia de grande extensão e que mexe com os processos metabólicos e catabólicos do organismo humano. A literatura também indica que durante o processo de recuperação, a ação correta do profissional da enfermagem está ligada ao tempo de internação, de recuperação e cicatrização da ferida operatória.

Este trabalho de revisão de literatura busca fazer uma análise da DPT, as causas que levam a esse tipo de procedimentos, e ainda, os procedimentos e cuidados do profissional da enfermagem com pacientes que passaram por esse tipo de intervenção.

Para a realização deste trabalho buscou-se fazer uma pesquisa bibliográfica de autores que abordaram o tema duodenopancreatectomia e os procedimentos de enfermagem no auxílio à recuperação do paciente. Metodologicamente, este trabalho buscou centrar sua discussão em torno de artigos, teses e dissertações publicadas nos últimos vinte anos, bem como sobre as condutas adotadas pelos profissionais da enfermagem no trato com esses pacientes.

2 | HISTÓRICO DA CIRURGIA DE WHIPPLE

A cirurgia de Whipple – nome dado em homenagem ao médico Allen Oldfather Whipple, professor de cirurgia da Universidade de Columbia, que desenvolveu a técnica moderna do procedimento – tem uma história anterior ao médico. Segundo Chedid (2009), os primeiros registros de extirpação de adenocarcinomas que afetam o pâncreas e o duodeno foi a realização desse procedimento no século XIX por Codvila (1898) e Kausch (1912) em câncer periampular realizado em dois tempos cirúrgicos, ou seja, não foi um procedimento único, mas sim uma abordagem com dois procedimentos em tempos diversos.

O primeiro registro de uma DPT em tempo único foi realizada na Alemanha em 1914 por Hirschel, tendo obtido sucesso na extirpação do adenocarcinoma. Whipple realizou, durante toda a sua carreira médica cerca de 37 procedimentos cirúrgicos que levaram o seu nome, haja vista ter sido o profissional a não somente realizar o procedimento, mas também a teorizar sobre o mesmo e desenvolver técnicas que garantiram a sobrevida maior do paciente.

Para Soares (2015) a maior preocupação com o procedimento de Whipple se deve à alta complexidade da cirurgia e o tempo de recuperação pós-operatório, devido esse tipo de carcinoma possuir o maior índice de morbimortalidade entre todas as neoplasias conhecidas.

Soares (2015) indica que nas décadas de 1940 e 1950 as taxas de mortalidade no pós-operatório do procedimento de Whipple variavam de 20 a 40% do total de pacientes, ou ainda, uma sobrevida de, no máximo 24 meses após o procedimento. Essa alta taxa de morbimortalidade e uma taxa de sobrevida baixa, estimulou na década de 1980 discussões sobre a pertinência da cirurgia.

Martins *et al.* (2006) apontam que, em diversos simpósios médicos em que se abordava o procedimento de Whipple, era comum surgir grupos de médicos propondo que o procedimento fosse abandonado, já que a alta complexidade da cirurgia, a taxa de sobrevida baixa e os custos operacionais desse tipo de intervenção desaconselhavam o prosseguimento da conduta.

Todavia, desde a segunda metade da década de 1990, avanços na técnica e na tecnologia permitiram que o procedimento fosse mais acessível, e a sobrevida chegasse entre 120 a 180 meses após a cirurgia, desde que essa estivesse em coadjuvante com uma dieta balanceada e acompanhada por profissionais qualificados.

Segundo relatam Silva *et al.* (2009), a mortalidade causada pela DPT está na faixa de 4 a 9%, com índice de desenvolvimento de fistula pancreática entre 9 e 24% do total de pacientes.

Apesar de ser uma técnica desenvolvida na década de 1930 e haver uma corrente médica que sustenta que o tratamento para DPT pode ser tão, ou mais prejudicial quanto à evolução da doença, o refinamento técnico tem demonstrado que a cirurgia é viável nos diversos contextos que se observam.

Uma das preocupações mais prementes observada na literatura médica sobre o procedimento de Whipple fazia referência às taxas de óbito peroperatório que se situava na casa de 26%, caindo, nas décadas de 1990 e começo do século XXI para menos de 5% do total de procedimentos. Essas taxas de óbito pós-operatório e consequente sobrevida do paciente permitiu que a corrente contrária ao procedimento de Whipple fosse arrefecida na comunidade médica.

Todavia, ao mesmo tempo em que as técnicas e procedimentos operatórios ganhassem em qualidade de conhecimento e sucesso na intervenção, há a carência de se observar, também os cuidados pré e pós-operatório levados a cabo pelos profissionais da enfermagem, em união com outras intervenções interdisciplinares, de modo que a conjunção dessas intervenções possa dar qualidade de vida ao paciente e auxiliar na recuperação do mesmo.

Esses números que a literatura médica apresenta a respeito do procedimento, segundo Amico *et al.* (2013) estão diretamente ligados à quantidade de procedimentos de

DPT realizado, ou seja, a técnica tende a se aperfeiçoar com o aumento das intervenções e com o monitoramento e aplicações de cuidados pós-operatórios.

Chedid (2009) já postulava que, quanto maior o número de pacientes por cirurgiões, em caso de DPT, menor tende a ser o número de perimortes provocado pela intervenção e maior a sobrevida do paciente. Porém, alerta que esse quadro não é resultado direto do número de intervenções, mas sim das técnicas de diagnóstico precoce e de cuidados pós-operatório com os conhecimentos adquiridos ao longo do século XX.

O que se observa no histórico de evolução da intervenção de Whipple em casos de adenocarcinomas é que os benefícios tendem a se tornar cada vez mais evidente. Só para recordar, enquanto na década de 1930 a sobrevida era de 12 a 24 meses pós-cirurgia, na atualidade essa sobrevida tende a ficar entre 120 a 180m meses, podendo ultrapassar esse período.

Historicamente a intervenção de Whipple demonstra seus benefícios em relação à evolução natural da neoplasia. Os cuidados pós-operatórios, aliados a uma postura interdisciplinar têm demonstrado os benefícios do procedimento em questão.

3 I DOENÇAS QUE LEVAM AO PROCEDIMENTO DE WHIPPLE

O procedimento de Whipple é uma intervenção cirúrgica de extirpação de neoplasia que geralmente ocorre na cabeça do pâncreas, ou na junção do pâncreas com o duodeno e jejuno, com alto índice de morbimortalidade e taxa de sobrevida, na atualidade de 45 a 60% dos pacientes acometidos.

A figura abaixo mostra o local mais comum de localização do adenocarcinoma do pâncreas e porque esse tipo de neoplasia é de alta morbimortalidade:



Figura 1: Neoplasia na cabeça do pâncreas.

Fonte: googleimagens.com.br

Pode-se observar na figura que a localização da neoplasia torna o procedimento cirúrgico delicado e de grande extensão, haja vista a localização intersticial entre a alça

do duodeno e o estômago. Torres *et al.* (2006) apontam que a junção do pâncreas com o duodeno e estômago é fator primordial para que a neoplasia se cole às paredes desses órgãos, complicando seu tratamento cirúrgico.

Torres *et al.* (2006, p. 836) apontam ainda que:

A incidência de câncer do pâncreas e região periampular é frequente no paciente idoso, correspondendo a 80% dos casos em pacientes acima de 60 anos. A ressecção cirúrgica proporciona o único potencial de cura para estes pacientes. Entretanto, tem sido controversa a conduta operatória de ressecção nestes pacientes, devido a uma presumida elevação na morbimortalidade associada a um período reduzido de sobrevida. Em alguns estudos se tem mostrado que a idade não é um fator limitante, quando é indicada a duodenopancreatectomia. Isto também é verdadeiro quando se tratam de cirurgias gástricas e colorretais.

Note-se que Torres *et al.* (2006) apontam os casos de neoplasias na região periampular do pâncreas, e não na cabeça do pâncreas, onde os casos tendem a aparecer em pacientes mais jovens. A literatura especializada tem demonstrado que, cada vez mais o aparecimento da neoplasia em paciente mais jovem tem sido uma constante.

No caso do surgimento da neoplasia na chamada Ampola de Vater, a imagem abaixo mostra como se apresenta:



Imagen 1: Neoplasia da Ampola de Vater.

Fonte: googleimagens.com.br

A neoplasia apresentada na imagem acima demonstra que ocorre a invasão do tumor no tecido intestinal, daí a necessidade da técnica de Whipple ser ampla e abarcar não somente a região pancreática ou duodenal, mas também parte do jejunum.

Christóforo (2009) aponta para a necessidade de diagnóstico precoce, como o apresentado na figura abaixo:

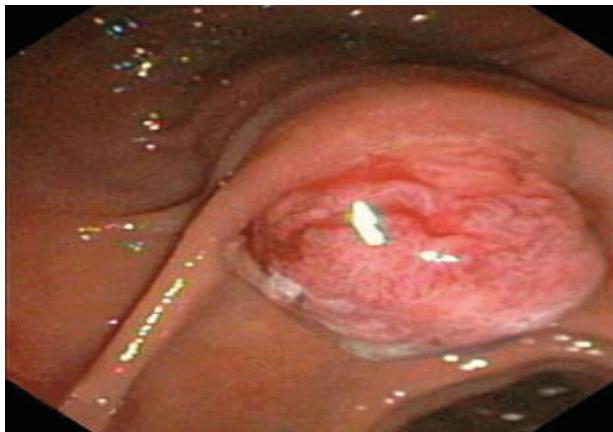


Imagen 2: Adenocarcinoma do pâncreas.

Fonte: googleimagem.com.br

Obviamente a imagem do adenocarcinoma só é possível com as intervenções modernas e técnicas não invasivas de produção de imagens ou de invasão de baixo impacto no paciente. Todavia, Christóforo (2009) pontua que há que se ter critérios na avaliação da positividade da intervenção cirúrgica – ou seja, os benefícios que a intervenção pode dar ao paciente – em relação à qualidade de vida deste.

Essa preocupação também foi abordada por Pires (2014) quando analisou os benefícios da intervenção em pacientes cuja neoplasia já provocou metástase e comprometeu a atividade pancreática.

Essa discussão levantada por Pires (2014) é importante de ser abordada porque envolve não somente a relação entre o benefício da cirurgia e a qualidade de vida do paciente, o que leva à retomada da discussão sobre os reais benefícios do procedimento de Whipple que surgiu entre as décadas de 1960 e 1980 em relação à qualidade da sobrevida do paciente.

Todavia, o mesmo Pires (2014) levanta outra questão a respeito do procedimento relacionado à atividade exercida pelo profissional da enfermagem que liga este profissional ao paciente e aborda o tratamento humanizado do paciente, ainda que as estatísticas de sobrevida estejam abaixo da expectativa do paciente.

A discussão sobre a necessidade de intervenção de Whipple em pacientes cuja neoplasia comprometeu outros órgãos – metástase – levanta outras questões de natureza ética e comportamental dos profissionais envolvidos no procedimento, pois se trata de escolher entre o risco de uma cirurgia que tem poucas chances de sucesso e garantir uma baixa sobrevida do paciente, com um processo de recuperação doloroso, ou deixar a neoplasia seguir seu curso com a certeza do óbito do paciente.

Silva *et al.* (2009, p. 154), porém postula que:

A cirurgia de Whipple é um procedimento complexo, porém é a única opção terapêutica com possibilidade de cura para os pacientes com tumores periampulares. A morbimortalidade operatória dos pacientes submetidos à duodenopancreatectomia tem diminuído devido aos avanços atuais na técnica operatória, na assistência anestésica e nos cuidados intensivos pós-operatórios. A maior parte dos pacientes com tumores periampulares apresenta perda ponderal significativa devido à anorexia e má-absorção, e é esperado um período de ingestão alimentar inadequada por 10 dias no pós-operatório. Investigadores demonstram que a resposta catabólica pós-operatória está mais relacionada com a alimentação inadequada do que com o próprio estresse cirúrgico. No caso relatado, o paciente apresentou a perda ponderal e os sintomas gastrintestinais previstos na literatura, bem como a evolução lenta da terapia nutricional. No entanto, enfatizase a escassez na literatura, da conduta dietoterápica em pacientes submetidos à duodenopancreatectomia para atenuação dos sintomas citados.

No caso em discussão, Silva *et al.* (2009) postulam que o procedimento, em qualquer situação, mesmo quando do comprometimento de outros órgãos, a cirurgia é válida, pois com as demais terapias como quimioterapia e radioterapia, as chances de sobrevida acima de 60 meses são consideráveis.

Como foi dito, a decisão sobre fazer a intervenção ou não, utilizando o procedimento de Whipple em pacientes com DPT envolve discussões de natureza ética e bioética, haja vista haver um campo em que se decide deixar o paciente vir a óbito pela evolução natural da neoplasia ou tentar um procedimento cujas estatísticas positivas são baixas.

4 I CUIDADOS DA ENFERMAGEM A PACIENTES NO CONTEXTO DA CIRURGIA DE WHIPPLE

A intervenção de Whipple, como qualquer outra intervenção cirúrgica exige cuidados especializados da equipe de profissionais de enfermagem que envolve uma postura interdisciplinar, pois exige conhecimentos especializados e profissionais de várias outras áreas relacionadas à saúde.

Figueira (2006) aponta que o paciente quando se submete a uma intervenção cirúrgica se sente fragilizado, necessitando de apoio em três esferas de necessidades, sendo elas psicobiológicas, psicosociais e psicoespirituais.

Essas três esferas apontadas por Figueira (2006) dizem respeito ao todo do ser humano e que exige uma abordagem profissional que compreenda o ser humano a partir de uma óptica diferenciada ou de um tratamento humanista do paciente.

Uma vez realizado o procedimento de Whipple a recomendação é de manter o paciente em unidades ou centros de terapia intensiva para o monitoramento de suas funções vitais durante a fase de recuperação pós-operatória que pode levar de sete a quatorze dias.

[...] é um processo de duração limitada e com o objetivo definido, com vista a permitir que uma pessoa alcance o nível físico, mental e/ou social funcional ótimo, proporcionando-lhe assim os meios de modificar a sua própria vida. Pode compreender medidas com vista a compensar a perda de uma função ou uma limitação funcional, como ajudas técnicas e outras medidas para facilitar ajustes ou reajustes sociais (BRASIL, 2013, p. 435).

Gomes e Sena (2008, p. 221) expandido o conceito de recuperação aplicada ao paciente pontua que a reabilitação:

[...] ainda pode ser compreendida como um processo dinâmico, contínuo, progressivo e principalmente educativo, tendo como objetivos a restauração funcional do indivíduo, sua reintegração à família, a comunidade e à sociedade, ou um processo genuinamente dinâmico, orientado para a promoção da saúde e qualidade de vida do indivíduo enfermo ou incapacitado de alcançar seu maior nível possível de independência funcional física, mental, espiritual, social e econômica.

Note-se que o discurso das pesquisadoras enfatiza o processo de reabilitação como sendo “educativo”, ou seja, tem a função de mudanças no estilo de vida, nos fatores exógenos de risco, nos grupos mutáveis, e principalmente na qualidade social da vida pessoal (GOMES; SENA, 2008).

Estas recomendações envolvem uma gama de profissionais que trabalham de modo multidisciplinar para dar o atendimento ao paciente que foi submetido ao procedimento de Whipple. Todavia, cabe fazer a pontuação específica do enfermeiro no tratamento desse paciente.

Para Gomes e Sena (2008), cabe ao enfermeiro uma abordagem interacional com o paciente, com avaliação e implementação de tratamento e cuidado ao paciente, voltado, principalmente para o autocuidado.

Não é uma abordagem medicamentosa, mas sim uma abordagem de anamnese. Esse primeiro momento é essencial no estabelecimento da relação do enfermeiro com o paciente, haja vista esse profissional não acompanhar apenas o momento de internação, mas também os momentos pós-hospitalares, de acordo com o que recomenda o Ministério da Saúde (2013).

Em função desses cuidados que envolvem o tratamento humanizado do paciente para a sua rápida recuperação, a compilação de elementos de cuidados que são expostos por Frutuoso (2013), Figueira (2006), Soares (2015) e Christóforo (2009) leva a se estabelecer um procedimento, se não unificado, ao menos básico de atendimento do profissional da enfermagem:

- 1 - Cuidado pós-operatório imediato:
 - a) Vigiar a consciência e sinais vitais;
 - b) Vigiar e otimizar sistemas de drenagem;
 - c) Vigiar e otimizar cateteres venoso;
 - d) Vigiar eliminação intestinal;

- e) Avaliar e controlar a dor;
- f) Promover o conforto/ Posicionamento;
- g) Mobilidade precoce;
- h) Promover a manutenção das vias aéreas;
- i) Controlar o equilíbrio hemodinâmico;
- j) Controlar balanço hídrico.

Esses procedimentos pós-operatórios são de atribuições exclusivas do profissional de enfermagem, porém ele é coadjuvado por uma equipe que se compõe de nutricionista, fisioterapeutas e outros profissionais da área cujo objetivo é proporcionar a qualidade de recuperação do paciente.

2 - Cuidados pós-operatório tardio:

- a) Ensinar e executar posicionamentos/ mobilidade precoce;
- b) Executar cuidados orais;
- c) Avaliar e controlar a dor;
- d) Vigiar e otimizar sistemas de drenagem;
- e) Vigiar a eliminação intestinal;
- f) Iniciar e supervisionar dieta (tolerância e progressão), tendo em conta a cirurgia realizada;
- g) Ensinar sobre o posicionamento de decúbito elevado após as refeições;
- h) Alimentar/ensinar sobre a técnica de alimentação por sonda de jejunostomia ou nasojejunal, ao doente e cuidador;
- i) Vigiar peso.

Todos esses procedimentos levam ao estabelecimento desses tópicos que orientam para a construção desse paradigma de ação.

5 | CONSIDERAÇÕES FINAIS

A discussão realizada neste trabalho sobre o procedimento de Whipple oriunda de uma pesquisa de revisão de literatura pôde estabelecer um paradigma de atuação do profissional da enfermagem no tratamento de pacientes com DPT, também conhecida como duodenopancreatetectomia ou cirurgia de extirpação de neoplasia do trato pancreático ou da cabeça do pâncreas.

O trabalho levou a uma revisitação histórica sobre o surgimento do procedimento de Whipple e a sua evolução histórica com agregação de tecnologia e diagnóstico precoce. Há, porém uma tendência de diversas correntes médicas criticarem severamente o procedimento de Whipple levando em consideração a morbimortalidade e a sobrevida do paciente após o procedimento, além dos traumas psicológicos e fisiológicos acarretados por esse tipo de procedimento.

Todavia, a agregação de tecnologia e a evolução diagnóstica precoce do

adenocarcinoma de pâncreas têm levado a uma reavaliação dessas críticas, diminuindo as discussões sobre a necessidade ou não desse tipo de intervenção. Apesar disso, essas mesmas discussões envolvem aspectos mais profundos de ética, bioética e escolhas profissionais entre promover uma intervenção cuja estatística de sobrevida do paciente gira em torno de 12 a 24 meses ou nos casos mais otimistas, de 120 a 180 meses, ou deixar a ordem natural da neoplasia seguir seu curso.

Isso porque se trata de uma neoplasia cuja incidência afeta pacientes entre 45 a 60 anos e, em outros casos, como o adenocarcinoma periampular, e pacientes mais idosos, na faixa de 80 anos.

Apesar dessa discussão ética, a literatura de enfermagem pontua que o profissional de enfermagem tem que estar preparado para o trato desse paciente, pautando a sua ação em uma abordagem humanística, pontuando paradigmas de ação que auxiliem na melhor recuperação possível do paciente.

A compilação desse paradigma está exposta em vários trabalhos acadêmicos e se relaciona com o comportamento interdisciplinar da equipe de tratamento do paciente, de modo que a ação em relação a esse paciente pode utilizar esse paradigma a ser estabelecido como protocolo de ação a ser aplicado a pacientes que sofreram intervenção de Whipple.

Por fim, buscou-se debater a postura do profissional da enfermagem diante desse procedimento, tendo como objetivo a qualidade de vida do paciente e a sua recuperação da intervenção, aliado a procedimentos terapêuticos que garantam a sobrevida dele.

REFERÊNCIAS

AMICO, E. S. et al. Complicações Pós Pancreatectomias: estudo prospectivo após novas classificações GIEDPF, GIECP. **ABCD Arq Bras Cir Dig.** São Paulo, v. 26, n. 3, p. 213-218, 2013. Disponível em: <SciELO - Brasil - Complicações após pancreatectomias: estudo prospectivo após as novas classificações GIEDFP e GIECP Complicações após pancreatectomias: estudo prospectivo após as novas classificações GIEDFP e GIECP>. Acesso em: 31 mai. 2021.

BRASIL. **Diretrizes de Atenção à Reabilitação de Pacientes com Acidente Vascular Cerebral.** Ministério da Saúde. Brasília. 2013.

CHRISTÓFORO, B. B. **Cuidados de Enfermagem Realizado ao Paciente Cirúrgico no Período Pré-Operatório.** 2009, 124 p. Dissertação (Mestrado em Enfermagem). UFPR. Curitiba. 2009.

FIGUEIRA, T. N. **Assistência ao Paciente no Pré, Trasn e Pós-Operatório.** 2006, 57 p. Dissertação (Mestrado em Enfermagem). UFSC. Florianópolis, 2006.

GOMES, S. R.; SENA, M. Assistência de Enfermagem a Pessoa com Acidente Vascular Cerebral. **Cogitare Enferm.** Curitiba, v. 13, n. 2, p. 220-226, jan/mar. 2008. Disponível em: <assistência de enfermagem à pessoa com acidente vascular cerebral | gomes | cogitare enfermagem (ufpr.br)>. Acesso em: 03 jun. 2021.

MARTINS, M. L.; REZENDE, A.; KAWAMOTO, E. E. **Enfermagem em Clínica Cirúrgica. São Paulo.** EPU, 2006.

PIRES, D. **Enfermagem e a Clínica Cirúrgica II.** Itaboraí. Colégio Senes. Apostilamento, 2014.

SILVA, S. A. L. MONTEIRO, R. S. C. TAVARES, E. B. L. FORTES, R.C. Relato de caso: Terapia nutricional no pós-operatório de Whipple. **Com. Ciências Saúde.** 20, n. 2, p. 151-158, 2009. Disponível em: <2009Vol20_2art05relato nutrição.pdf>. Acesso em: 06 jun. 2021.

SOARES, Rilda. **Curso Básico de Enfermagem.** Universidade de Mindelo. Angola, 2015.

TORRES, O. J. L.; SERRA NETO, A.; GONÇALVES, M. J. C.; PEDRO, W. J. S.; DOMINICI, A. J. Duodenopancreatectomia por adenocarcinoma de duodeno em paciente acima de 80 anos. **Rev. Bras. Med.** v. 53, n.8, ago. 1996. Disponível em: <Duodenopancreatectomy-for-adenocarcinoma-of-the-duodenum-in-patient-over-80-years-of-age.pdf (researchgate.net)>. Acesso em: 06 jun. 2021.

CAPÍTULO 15

DESFECHO DE PACIENTES ADMITIDOS COM INFARTO AGUDO DO MIOCÁRDIO EM UM HOSPITAL CARDIOLÓGICO NO BRASIL

Data de aceite: 20/08/2021

Silvana Ferreira da Silva

<https://orcid.org/0000-0003-2287-8036>

Denise Corado de Souza

<https://orcid.org/0000-0001-8968-3319>

Débora Aparecida de Oliveira Leão

<https://orcid.org/0000-0002-5985-6204>

Silvia Emannoella Silva Martins de Souza

<https://orcid.org/0000-0003-1851-2154>

Leila de Assis Oliveira Ornellas

<https://orcid.org/0000-0001-6188-029X>

André Ribeiro da Silva

<https://orcid.org/0000-0002-2167-9345>

média de idade é diferente entre pacientes que evoluíram a óbito e os que receberam alta hospitalar. Considerações finais: Pode-se concluir que a maioria da amostra obteve o desfecho favorável, recebendo alta hospitalar até o 5º dia de internação justificado pelo baixo tempo de dor. Enfatizamos a importância de investimento de políticas públicas de saúde nos serviços dos hospitais relacionados ao atendimento pré-hospitalar com suporte adequado para pacientes com Infarto Agudo do Miocárdio com Supradesnívelamento do segmento ST e o uso de telemedicina auxiliando na condução do atendimento o que corrobora para melhor desfecho.

PALAVRAS - CHAVE: Infarto Agudo do Miocárdio, Síndromes Coronariana Aguda; Diagnóstico Tardio, Enfermagem.

ABSTRACT: Objective: To verify the clinical outcome of patients admitted with acute myocardial infarction until the 5th day of admission to Hospital Cardiológico do Brasil. Materials and Methods: This is a field research of nature, quantitative exploratory type carried out through retrospective document analysis, in electronic medical records. Comprised in the year 2018/2020. The sample consisted of 220 patients. Statistical analysis was performed using SPSS 25.0, where Student's T and Chi-square tests were applied. Result: 58.6% of the sample were discharged straight home and 10.4% of patients died. The Test T Student showed that the mean age is different between patients who evolved to death and those who were discharged from the hospital. Final considerations: It can be

RESUMO: Objetivo: Verificar o desfecho clínico de pacientes admitidos com infarto agudo do miocárdio até o 5º dia de internação em Hospital Cardiológico do Brasil. Materiais e Métodos: Trata-se de uma pesquisa de campo de natureza, quantitativa do tipo exploratório realizada por meio de análise documental retrospectiva, em prontuário eletrônico. Compreendida no ano de 2018/ 2020. A amostra contou com 220 pacientes. A análise estatística realizou-se por meio do SPSS 25.0, onde foram aplicados teste T Student e Qui Quadrado. Resultado: 58,6% da amostra receberam alta hospitalar direto para a residência e 10,4% dos pacientes evoluíram a óbito. O Test T Student demonstrou que, a

concluded that the majority of the sample obtained a favorable outcome, being discharged from the hospital until the 5th day of hospitalization justified by the short duration of pain. We emphasize the importance of investing in public health policies in hospital services related to pre-hospital care with adequate support for patients with acute myocardial infarction with ST-segment elevation and the use of telemedicine helping to conduct the care, which corroborates for better outcome.

KEYWORDS: Acute Myocardial Infarction, Acute Coronary Syndromes; Late Diagnosis, Nursing.

INTRODUÇÃO

É considerada uma das principais causas de morte, agregando altos custos ao tratamento, pois são utilizados serviço de hemodinâmica para realização de intervenções coronárias percutâneas com ou sem implantação de stent, medicamentos de alto custo, fibrinolíticos e até mesmo intervenção cirúrgica para realização de revascularização cardiovascular, além de observação em unidade de terapia intensiva (UTI) (Teich *et al.*, 2015).

A equipe de enfermagem deve estar preparada para identificar fatores modificáveis como: dislipidemias, tabagismo, etilismo, diabetes mellitus, hipertensão arterial sistêmica, obesidade, estresse e sedentarismo, entre outros e os não modificáveis (idade, sexo, hereditariedade e raça), com o objetivo de prevenir eventos cardiológicos como um IAMCSST. Além disso a equipe deve fazer o reconhecimento imediato do paciente no quadro de IAMCSST promovendo o atendimento ágil, para determinar ações na qualidade do desfecho (Valentini *et al.*, 2020).

Dante do estado clínico do paciente com IAMCSST, e as complicações decorrentes dessa patologia faz se necessário a permanência dos pacientes em leitos com monitores de multiparâmetros que podem demonstrar dados que orientem o profissional quanto a quadros de descompensação hemodinâmica que quando tratados precocemente evitam danos ou agravos a vida do paciente (Assis *et al.*, 2019).

Os pacientes acometidos por IAMCSST que recebem atendimento precoce, apresentam altas chances de gozarem de boa qualidade de vida. Após a apresentação dos primeiros sintomas, o que definirá o tamanho ideal da área miocárdica afetada é a necrose do miocárdio. Dessa forma, observa-se que quanto maior a área de necrose, mais limitações esse indivíduo apresentará, como dependência para realizar atividades cotidianas, uso contínuo de medicações que intervém de forma negativa na qualidade de vida, podendo, em alguns casos desenvolver quadros depressivos associados, tendo em vista as restrições que apresentam (Fiorin *et al.*, 2020).

O objetivo da pesquisa foi verificar o desfecho clínico de pacientes admitidos com infarto agudo do miocárdio até o 5º dia de internação em Hospital de referência em Cardiologia no Brasil.

MÉTODOS

Trata-se de uma pesquisa de campo de natureza quantitativa, exploratória realizada nos anos de 2018-2020 através de análise documental retrospectiva, a partir de pesquisa em prontuário de pacientes admitidos com o diagnóstico de IAMCSST em Instituição de Referência em Cardiologia na capital do Brasil (Brasília/DF) durante o ano de 2017. Esse tipo de pesquisa é fundamentado por Theodorson e Theodorson, onde refere que esse é o método adequado e específico para gerar uma teoria (Piosevan e Temporini, 1995).

Elegeu-se o hospital de referência em Cardiologia do Distrito Federal, por atuar com o sistema de Tele Infarto na Capital do Brasil, que atende aos usuários do Sistema Único de Saúde (SUS), e pacientes em situações de urgência cardiológica e emergência clínicas e cirúrgicas do Distrito Federal e entorno.

A população do estudo foi constituída a partir dos pacientes cadastrados no Sistema eletrônico (*SOUL MV 2000*) do hospital de referência no ano de 2017, onde deram entrada com diagnóstico de SCA 415 pacientes, sendo que desses, 258 eram IAMCSST regulados da Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal (SES-DF).

Para a amostra foram coletados os dados de todos os pacientes provenientes da SES/DF, com diagnóstico de IAMCSST que deram entrada no hospital de referência de janeiro/2017 a dezembro/2017, sendo excluídos 38 pacientes da pesquisa, por não cumprirem os critérios de inclusão, destes 31 apresentaram outras SCA (Angina Instável, Angina Estável, IAMSSST), e 7 devido informações inconclusivas no prontuário, sendo assim a pesquisa foi composta por 220 pacientes.

Foram incluídos na pesquisa, os pacientes provenientes de Pronto Socorro de hospitais regionais e Unidade de Pronto Atendimento (UPAS), com diagnóstico confirmado de IAMCSST.

Foram excluídos da pesquisa as demais SCA, Angina estável, Angina Instável e IAMSSST por não estarem de acordo com os critérios de inclusão do estudo.

À coleta dos dados foi iniciada após aprovação do projeto pelo Comitê de Ética (CEP) do Instituto de Cardiologia do Distrito Federal – ICDF, em 10/04/2018, com parecer no CAAE número: 83953418.1.0000.0026, e número do parecer 2.590.875 conforme a resolução N° 466/2012 do CNS que trata de pesquisas com seres humanos e atualiza a resolução N°196/1996.

Após a coleta dos dados as informações foram transcritas para o instrumento de coleta denominado *supra de ST*, elaborados pelos próprios pesquisadores. Após a realização da coleta de dados, os mesmos foram tabulados pelo programa de *análise estatística Statistical Package for the Social Sciences versão 25.0 (SPSS 25)*.

A análise estatística foi realizada de forma descritiva, onde as variáveis foram definidas como frequências absolutas e percentuais, e as variáveis contínuas, como média, acompanhadas de desvio padrão. Foram realizados os Testes T Student, onde foram

analisadas a Hipótese nula H_0 (a média de idade dos pacientes que foram a óbito é igual a média de idade dos pacientes que receberam alta hospitalar), ou Hipótese alternativa H_1 (a média de idade dos pacientes que foram a óbito é diferente da média de idade dos pacientes que receberam alta hospitalar). O intervalo de confiança adotado para o teste T foi de 95% ($p < 0,05$). E o teste Qui Quadrado que verificou se H_0 (se existe associação entre o Killip e o desfecho) e H^1 (se não existe associação entre Killip e desfecho).

RESULTADOS

Os dados apresentam 151 pacientes do sexo masculino (68,6%), com média de idade 59,63 ($\pm 11,95$) e 69 do sexo feminino (31,4%), com média de idade 62,30 ($\pm 10,90$).

Comorbidades/ Fatores de risco	n	Male	Feminino	%
Hipertensão arterial sistêmica-HAS	151	95	56	29,96
Diabetes Mellitus-DM	91	62	29	18,05
Dislipidemia-DLP	37	21	16	7,34
Tabagismo	60	42	18	11,90
Ex- Tabagismo	50	33	17	9,92
Obesidade	13	8	5	2,57
Etilismo	21	18	3	4,16
Sedentarismo	7	7	0	1,38
Sobre peso	2	2	0	0,39
Ex-etilismo	8	7	1	1,58
Nega comorbidades	19	16	3	3,76
Antecedentes cardíacos	45	32	13	8,92

Tabela 1 – Comorbidades / Fatores de risco

Fonte: Os autores, 2020.

Ao avaliarmos os dados coletados, foi possível verificar o tempo de dor dos pacientes com IAMCSST. Logo observou-se que dos 220 pacientes, 61 (27,7%) apresentaram Δt (Delta T) entre 1 e 4 horas, 38 pacientes (17,3%) apresentaram Δt entre 5 e 9 horas, 5 pacientes (2,3%) apresentaram Δt entre 10 e 12 horas e 6 pacientes apresentaram $\Delta t \geq 12$ horas. Vale ressaltar que a respeito da variável Δt , 104 pacientes (47,3%) não apresentavam registro

dessa variável no prontuário, o que podemos considerar uma limitação para o estudo.

Com relação a admissão dos pacientes pode-se verificar que dos 220 pacientes do estudo obtivemos 106 pacientes (48,4%) trombolizados, 73 do sexo masculino (68,9%) e 33 do sexo feminino (31,1%) e apenas 36 pacientes (16,4%) apresentaram critérios de reperfusão.

Quanto as paredes acometidas, observou-se que dí amostra 20 pacientes (9,1%) apresentaram acometimento de parede Antero septal, 14 pacientes (6,4%) parede lateral, 15 pacientes (6,8%) ínfero-lateral, 26 pacientes (11,8%) ínfero dorsal, 13 pacientes (5,9%) VD. Vale ressaltar que 81 pacientes (36,8%) apresentaram acometimento de parede anterior, sendo desses 57 (25,9%) do sexo masculino, e 24 (10,9%) do sexo feminino e 70 pacientes (31,8%) com acometimento de parede Inferior, sendo 46 pacientes do sexo masculino (20,9%) e 24 pacientes do sexo feminino (10,9 %).

Complicações	n	Masculino	Feminino	%
Disfunção	78	62	16	35,5
Doença Arterial Coronariana Múltipla	15	9	6	6,8
Choque Cardiogênico	14	11	3	6,4
Remodelamento Cardíaco	3	2	1	1,4
Bloqueio Átrio-Ventricular	8	5	3	3,6
Bloqueio Ramo Esquerdo	2	1	1	0,9
Parada Cardiorrespiratória	20	11	9	9,1
Insuficiência	60	43	17	27,3
Sem lesões	63	42	21	28,6

Tabela 2 – Complicações dos pacientes pesquisados

Fonte: Os autores, 2020.

No que concerne ao desfecho dos pacientes com IAMCSST, o presente estudo apresenta 129 (58,6%) pacientes com alta hospitalar, desses 91 (41,4%) do sexo masculino e 38 (17,3%) pacientes do sexo feminino. 23 evoluíram para o óbito, sendo 13 (5,9%) do sexo masculino, 10 (4,5%) do sexo feminino. Quanto ao retorno ao hospital de origem, observa-se 8 pacientes (3,6%) retornaram após protocolo de 5 dias de tratamento para IAMCSST. A amostra conta com 2 evasões (0,9%). Os dados demonstram que dos 220 pacientes, 58 (26,4%) permaneceram internados por período de 5 dias.

DISCUSSÃO

No estudo, foi observada a predominância de pacientes do sexo masculino. A incidência do sexo masculino é confirmada e justificada pelo fato de os homens não terem o hábito de cuidar da saúde. (Filho *et al.*, 2015), ingerir muitas carnes gordurosas, poucas frutas e alto consumo de bebidas alcoólicas, em além de não buscarem com frequência serviços voltados à promoção da saúde, dessa forma, procuram apenas atendimento com dores intensas e precisam de um serviço de alta complexidade (Fiorin *et al.*, 2020).

Após a realização do teste-T, o H₁ é aceito, pois o teste mostrou que a média de idade é diferente entre os pacientes que morreram ou tiveram alta. T (545) = 5,030 p = 0,000, portanto esta pesquisa corrobora com o artigo “ Infarto agudo do miocárdio em pacientes idosos ao descrever que a maior incidência de mortalidade ocorre em pacientes de 60 a 89 anos” (Schmidt *et al.*, 2020).

Quanto às comorbidades / fatores de risco para doenças cardiovasculares, o presente estudo obteve predomínio de HAS, seguida de DM e DLP. Vale ressaltar que os dados encontrados sobre comorbidades confirmam achados da literatura, em estudo prospectivo e multicêntrico de diversos países, incluindo Oriente Médio e Norte da África, que inclui pacientes hospitalizados com infarto agudo do miocárdio (IAM) e / ou insuficiência cardíaca aguda. (AHF), ao relatar uma elevada presença de fatores como HAS, DM e DLP, e cada uma dessas comorbidades representam isoladamente e ou em conjunto, um risco potencial para a ocorrência de eventos isquêmicos (Alhabid, 2020).

Assim, com o predomínio da HAS no estudo, os dados confirmam que é o principal fator de risco associado às doenças cardiovasculares. Portanto, a análise corrobora com estudo quase experimental, com amostra representativa de hipertensos em acompanhamento no Centro de Referência em Hipertensão e Diabetes (CRHD), localizado em município de médio porte da Região Centro-Oeste do Brasil, para detalhamento do eficácia. políticas públicas de prevenção e promoção da saúde para identificar o perfil dos pacientes com a doença que aumenta sobremaneira esse fator de risco na população⁸.

Observou-se na pesquisa, que a maioria dos pacientes da amostra procurou atendimento hospitalar entre 1 e 4 horas após o início da dor. O que corrobora com a European Society of Cardiology em sua diretriz para o gerenciamento do cuidado ao IAMCSST, ao relatar que quanto menor o tempo para procurar atendimento hospitalar, melhor será o desfecho do paciente¹¹.

Em relação aos critérios de reperfusão, foi possível observar que os pacientes acometidos pelo IAMCSST apresentaram baixa taxa de reperfusão, o que converge com a literatura ao afirmar que o crescimento da função plaquetária e o aumento dos pró-coagulantes, juntamente com a demora no início da administração de fibrinólise , tornar o processo de administração fibrinolítico incapaz de abrir totalmente a artéria coronária obstruída (Câmara *et al.*, 2020).

Assim, fica claro que o tempo de dor torna-se decisivo no prognóstico dos pacientes com IAMCSST. Isso corrobora com o estudo Perfil Epidemiológico e Indicadores de Qualidade em Pacientes com Síndrome Coronariana Aguda no Norte de Minas Gerais - Projeto Minas Telecardio 2 ao observar o Teste T onde H1 é aceito ($p = 0,000$), o que demonstra que há diferença entre o desfecho de pacientes trombolizados dentro de 12 horas do início dos sintomas. Dessa forma, é possível verificar melhores chances de recuperação (Marino *et al.*, 2016).

Vale ressaltar que por meio da ICP é possível verificar as paredes afetadas dos pacientes internados com IAMCSST. Na pesquisa, houve predomínio de acometimento da parede anterior, o que vai contra o estudo Avaliação de Isquemia Miocárdica em Sala de Hemodinâmica com iFR Instantâneo Ondas Livre de Razão: Estudo Piloto, o que corrobora com os dados apresentados, ao apontar maior incidência de a parede anterior, com envolvimento da artéria Descendente Anterior (Viera *et al.*, 2020).

Após realização do Test Qui-Quadrado, aceita-se H_1 , pois o mesmo mostrou que existe associação de 34,3% entre a classificação de Killip e o desfecho, quanto mais próximo de III e IV pior será o desfecho do paciente. (Qui Quadrado (4) 64,183. $P=0,000$).

Assim, o estudo Valor prognóstico do eixo Stanniocalcina-2 / PAPP-A / IGFBP-4 no infarto do miocárdio com elevação do segmento ST), aponta para Killip III e IV, os sinais de disfunção ventricular, o que corrobora para o estudo. necessário para prevenir fatores de risco a fim de reduzir a incidência de IAMCSST, bem como complicações cardiovasculares na população (Cediel *et al.*, 2018).

Com relação ao desfecho dos pacientes, foi possível verificar no presente estudo que a maioria dos pacientes da amostra, obtiveram desfecho favorável, ou seja, alta hospitalar até o 5º dia de internação, justificando-se pelo baixo tempo de dor.

Vale ressaltar que através do ecocardiograma realizado, ainda durante o protocolo de 5 dias de tratamento para IAMCSST, observou-se que mesmo recebendo alta hospitalar grande parte dos pacientes saem com algum grau de disfunção ventricular ou valvar e insuficiência. Porém não é possível afirmar se ocorreu melhora ou agravamento dessa complicação, pois não foi realizado follow up dos pacientes pós alta hospitalar.

Outro aspecto relevante sobre o desfecho que o estudo chama a atenção, é o óbito, onde dos 23 ocorridos, 7 foram devido ao choque cardiogênico, correspondendo uma complicação de Killip IV de alto índice de mortalidade.

Observou-se por meio do teste Qui Quadrado ($p = 0,001$) que dos pacientes trombolizados, 23 faleceram. A pesquisa corrobora com achados da literatura, ao verificar no estudo (Análise Comparativa entre Pacientes Transferidos e Referidos com IAMCSST Submetidos a Angioplastia Primária), que quanto maior o ΔT , maiores as possibilidades de complicações o paciente apresentará (Balk *et al.*, 2019).

O presente estudo apresentou limitações quanto a ausência no prontuário de dados referentes ao tempo de dor, tipo de trombolítico utilizado, tempo Porta-balão e Porta-

agulha. Além de não ser possível a realização do follow up de acompanhamento para verificar as complicações que o paciente apresentou ou que possa vir a desenvolver após o tratamento.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Pode-se concluir que a maioria da população do estudo obteve desfecho favorável com alta hospitalar até 5º dia de internação, demonstrando que o atendimento foi satisfatório nesses pacientes.

Dessa forma percebe-se que o tempo é um fator determinante e importante para o desfecho e prognóstico dos pacientes com IAMCSST no qual implica diretamente na evolução clínica do paciente quando tem o atendimento e a reperfusão do miocárdio em tempo hábil, podendo assim levar ao maior tempo de internação em decorrência de possíveis complicações.

Por outro lado, mesmo que de forma geral a maioria dos pacientes tenham recebido alta hospitalar, não se pode afirmar que ele não possua sequela decorrente do IAMCSST. Pois após o tratamento para a retirada do quadro de urgência esse paciente passa a ser acompanhado pela atenção primária que irá orientá-lo quanto mudanças nos hábitos de vida afim de evitar que um novo evento cardiológico aconteça.

Diante disso é importante lembrar que o IAMCSST é uma doença desencadeada por fatores intrínsecos e extrínsecos podendo assim modificar o cenário através de mudanças nos hábitos de vida e prevenção dos fatores de risco diminuindo assim a mortalidade.

REFERÊNCIAS

Alhabib, K., F., Gamra, H., Almahmeed, W., Hammoudeh, A., Benkheddah registry. Jornal plos One., S., Jarallah, M., et al. (2020) Acute myocardial infarction and acute heart failure in the Middle East and North Africa: Study design and pilot phase study results from the PEACE MENA. 15,7. <https://doi.org/10.1371/journal.one.0236292>.

Alves, L., Polanczyk, C.A. (2020) Hospitalization for acute myocardial infarction: A population based registry. Arquivo Brasileiro de Cardiologia. <https://doi.org/10.36660/abc.20190573>.

Assis, A.P., Oliveira, F.T., Camerini, F.G., Silva, R.C.L., Moraes, C.M. (2019) PIndividualized parameterization of multiparametric monitors alarms in infarcted patients. Revista Brasileira de enfermagem, 72,3. doi:10.1590/0034-7167-2018-0485.

Balk, M., Gomes, H.B., Quadros, A.S., Satti, M.A.L., Leiria, T.L.L.(2019) Comparative analysis between transferred and self- referred STEMI patients undergoing primary angioplasty. Arquivo brasileiro de cardiologia. 112,4.doi: <https://doi.org/10.5935/abc-20190014>.

Câmara, P.F.M., Junior, M.A.F., Vitor, A.F., Santos, V.E.P., Frota, O.P., Cardoso, M.P. (2020) Clinical Out come of Patients after busing pre-hospital fibrinolytic therapy: a systematic review. Revista Acta Paulista de enfermagem.33 <https://doi.org/10.37689/acta-ap/2020ar00946>.

Cediel, G., Rueda, F., Oxvig, C., Oliveira, T., Labata, C., Diego, O., et al. (2018) Prognostic value of the Stanniocalcin-2 / PAPP-A / IGFBP-4 axis in ST segment elevation myocardial infarction. Revista cardiovascular diabetology, 17,63. <https://doi.org/10.1186/s12933-018-0710-3>.

Forlini, M., Ferrari, G.M., Moroni, G., Roversi, P., Potenza, A., Leonard, S., et al. (2016) Strategies for reducing door to balloon time in patients with acute myocardial infarction undergoing primary angioplasty: the pavia experience. Giornale Italiano di Cardiologia, 17,1, 51-57 .doi 10.1714/2140.23192.

Filho, G.C.G., Sousa, A.L.L., Jardim, T.S.V., Souza W.S.B., Jardim, P.C.B.V. (2015) Progression of blood pressure and cardiovascular outcomes in hypertensive patients in a Reference center.Arquivo brasileiro de Cardiologia, 114,4, <https://doi.org/10.5935/abc.20150001>

Fiorin, B.H., Moreira, R.S.L., Lopes, A.B., Sipolatti, W.G.R., Furieri, L.D., Fioretti, M., et al.(2020). Quality of life assessment after acute myocardial infarction. Revista Rene, 21 e44265.<https://doi.org/10.15253/2175-6783.20202144265>

Harinstein, M.E. (2020) Evaluating the severity of coronary artery disease in patients treated with chemotherapy: The further need. Arquivo Brasileiro de Cardiologia, 114, 6. doi:<https://doi.org/10.36660/abc.20200408>

Ibanez, B., James, S., Agewall, S., Antunes, M.J., Bucciarelli-Ducci, C., Bueno, H. et al. (2017) ESC guidelines for the management of acute myocardial infarction in patients presenting with ST-segment elevation. European Society of cardiology. European heart journal, 001-8. doi:10.1093/euroheartj/ehx393

Lui, R., Zhao, H., Wu, S., Li, H. (2020) Incomplete protective effect of coronary collateral circulation for acute myocardial infarction patients. Revista Medicine, 99, e22750. doi: 10.1097 /MD.00000000000022750

Marino, B.C.A., Marcolino, M.S., Junior, R.S.R., França, A.L.N., Passos, P.F.O., Lemos, T.R., et al. (2016) Epidemiological Profile and quality indicators Patients With acute Coronary Syndrome in Northern Minas Gerais -Minas Telecardio2 project. Arquivos Brasileiro de Cardiologia, 107,20, 106-115 doi:10.5935/abc.20160095.

Ministério da Saúde. (2018) DATASUS. Relatório de Pesquisa Morbidade hospitalar no SUS- Por local de internação- Brasil- lista Morbi CID 10: Infarto agudo do Miocárdio, Departamento de informática, Brasília. Acesso em 08 de dezember de 2020, disponível em: <http://www2.datasus.gov.br/DATASUS/index.php//tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?sih/cnv/quiuf.def>

Piosevan, A., Temporini, E.R. (1995) Exploratory research: a methodological procedure applied to the study of human factors in the field of public health. Revista saúde pública, 29,4.

Schmidt, M.N., Weber, C.K., Gottschall, C.A.M., Quadros, A.S. (2020) Acute Myocardial Infarction In Older Adult Patients. Arquivo. Sociedade Brasileira de Geriatria e gerontologia, 14,2,108-113. doi:10.5327/Z2447-212320202000011

Silva, C.G.S. (2020) Is complete revascularization truly superior to culprit-lesion-only PCI in patients with ST segment elevation myocardial infarction, Arquivo Brasileiro de Cardiologia, 115,2. <https://doi.org/10.36660/abc.20200640>

Silva, F.M.F ., Pesaro, A. E. P. Franken, M., Wajngarten, M. (2015) Acute management of unstable angina and non-ST segment elevation myocardial infarction. Einstein, 13,3 ,454-61. doi:10.1590/S1679-45082015RW3172

Teich, V., Piha, T., Fahham, L., Squiassi, H.B., Paloni, E. M., Miranda, P et al . (2015) Acute Coronary Syndrome Treatment Costs from the Perspective of the Supplementary Health System, Arquivo Brasileiro de Cardiologia, 105,4. <http://dx.doi.org/10.5935/abc.20150129>

Valentini, A. B., Veloso, F. C., Abuchaim, E.S. V., Santos, V. B., Lopes, J. L. (2020) Modifiable cardiovascular risk factors in nursing professional at a cardiology setor: cross- sectional study Revista eletrônica de enfermagem. Revista Eletrônica de enfermagem, 22. <https://doi.org/10.5216/ree.v22.59914>

Vieira, H.C.A ., Ferreira, M.C.M ., Nunes, L.C ., Cardoso, C.J.F., Nascimento, E.M., Oliveira, G.M.M. (2020) Evaluation of Myocardial Ischemia with iFR (Instantaneous Wave Free Ratio in the Catheterization Laboratory: A Pilot Study. Arquivo Brasileiro sociedade de cardiologia, 114,2,256-264. <https://doi.org/10.36660/abc.20180298>

Vila, K. M ., Rocha, R.G., Naves, C.B.O.C., Almeida. L. F., Marta, C.B., Oliveira, C.S.R. (2019) Clinical-epidemiological profile of patients undergoing cardiac catheterization procedures at a university hospital in Rio de Janeiro state. Revista online de pesquisa, 11,4. doi: 109789/2175-5361x

CAPÍTULO 16

ANÁLISE DOS CÁLCULOS E REGISTROS DOS GANHOS E DAS PERDAS INSENSÍVEIS DE BALANÇOS HÍDRICOS DE PACIENTES CRÍTICOS

Data de aceite: 20/08/2021

Data de submissão: 18/06/2021

Mariangela Aparecida Gonçalves Figueiredo

Hospital Universitário da Universidade Federal
de Juiz de Fora, HU-UFJF
Juiz de Fora - MG
<https://orcid.org/0000-0003-1382-7819>

Cátia Aparecida Lopes Nazareth

Hospital Universitário da Universidade Federal
de Juiz de Fora, HU-UFJF
Juiz de Fora - MG
<https://orcid.org/0000-0003-2404-4932>

Lucia Aparecida de Souza

Hospital Universitário da Universidade Federal
de Juiz de Fora, HU-UFJF
Juiz de Fora - MG
<https://orcid.org/0000-0003-0341-8501>

Rita de Cássia de Souza Silva

Hospital Universitário da Universidade Federal
de Juiz de Fora, HU-UFJF
Juiz de Fora - MG
<https://orcid.org/0000-0003-3274-9676>

Alan de Paiva Loures

Hospital Universitário da Universidade Federal
de Juiz de Fora, HU-UFJF
Juiz de Fora - MG
<https://orcid.org/0000-0003-0424-2843>

Natalia dos Reis Dias da Silva

Residente em Oftalmologia no Instituto
Benjamin Constant
Rio de Janeiro - RJ
<https://orcid.org/0000-0002-9254-435X>

RESUMO: Os ganhos e perdas insensíveis são assim denominados por ser invisíveis e de difícil mensuração e quando não calculados e registrados através de parâmetros estabelecidos, poderá prejudicar a recuperação dos pacientes. Propõe-se descrever e analisar os registros e os cálculos das perdas e dos ganhos insensíveis e de perdas de difícil mensuração em balanços hídricos de pacientes de uma unidade de terapia intensiva. Pesquisa observacional do tipo transversal, retrospectivo e descritivo, realizada em um hospital de ensino no período de janeiro de a dezembro de 2017. Amostra composta de 220 impressos de balanços hídricos selecionadas através da amostragem aleatória simples. Pesquisa foi desenvolvida atendendo a resolução 466/12 do Ministério da Saúde e aprovada no Comitê de Ética em Pesquisa, Protocolo nº.2.494.058. Resultados: De acordo com o protocolo operacional padrão, os ganhos insensíveis não são estimados, somente as perdas insensíveis através da utilização de um valor constante de 600 ml em 24 horas para todos os pacientes; identificou-se erros nos cálculos das perdas insensíveis e erros nos registros das perdas de difícil mensuração como diurese e fezes nas fraldas. Conclusão: Faz-se necessário a reavaliação do protocolo devido ao peso do paciente ser estimado aleatoriamente e mantido o valor durante o internamento. O uso de uma constante, 600ml em 24h, para perdas insensíveis não considerando a idade, o peso, o sexo e tipo de ventilação respiratória, pode estar sub e superestimando o balanço hídrico.

PALAVRAS - CHAVE: Balanço hídrico; Unidade de terapia intensiva; Registros de enfermagem;

ANALYSIS OF CALCULATIONS AND RECORDS OF INSENSITIVE GAINS AND LOSSES OF WATER BALANCES OF CRITICAL PATIENTS

ABSTRACT: Ininsensitive gains and losses are so called because they are invisible and difficult to measure, and when not calculated and recorded through established parameters, it can impair patients' recovery. It is proposed to describe and analyze the records and calculations of insensitive losses and gains as well as losses that are difficult to measure in the fluid balance of patients at an Intensive Care Unit. Observational cross-sectional, retrospective, and descriptive research, carried out in a teaching hospital from January to December 2017. Sample composed of 220 printed water balances selected through simple random sampling. The research was conducted in compliance with Resolution nº 466/12 of the Ministry of Health and approved by the Research Ethics Committee, Protocol nº. 2.494.058. **Results:** According to the standard operating protocol, insensitive gains are not estimated, only insensitive losses using a constant value of 600 ml in 24 hours for all patients; errors were identified in the calculations of insensitive losses and errors in the records of losses that were difficult to measure, such as diuresis and feces in diapers. **Conclusion:** It is necessary to reassess the protocol because the patient's weight is randomly estimated, and the value maintained during hospitalization. The use of a constant, 600ml in 24h, for insensitive losses, not considering age, weight, sex, and type of respiratory ventilation, may be underestimating, and overestimating the fluid balance.

KEYWORDS: Water balance; Intensive care unit; Nursing records; Nursing assessment; Continuing education.

1 | INTRODUÇÃO

A monitorização hemodinâmica invasiva, não invasiva, laboratorial, do ganho e da perda de peso e do balanço hídrico (BH) é essencial para avaliar, diagnosticar e conduzir condutas terapêuticas e, consequentemente, estabilizar e recuperar a condição basal do paciente. Tem-se que, os BH e o peso seriados compreendem os parâmetros mais sensíveis de detecção de desequilíbrio hídrico. Os pacientes críticos, renais crônicos em tratamento hemodialíticos e pacientes submetidos a cirurgias de grande porte, estão predispostos aos desequilíbrios na homeostasia dos líquidos relacionados à doença de base, o que fundamenta a importância da monitorização criteriosa, principalmente, do BH e do peso na avaliação destes pacientes (MORTON; FONTAINE, 2019).

O equilíbrio hídrico representa a estabilização das perdas e ganhos de água no organismo humano através da ingesta e eliminação de líquidos. É um dos mecanismos essenciais para o controle do equilíbrio hidroeletrólítico responsável pela homeostasia (SOUZA et al., 2017). Em média, um adulto saudável ganha 2.500 ml de líquido em 24 horas, destes, 2.300 ml provém dos alimentos líquidos e sólidos e 200 ml de água endógena. Os equivalentes a 2.500 ml em perdas de água ocorrem por meio da respiração (350 ml), da pele (350 ml), do suor (100 ml), das fezes (200 ml) e da eliminação urinária

(1.500 ml) (CICCIOLI, 2017).

A água penetra no organismo sob a forma de água livre e como componente dos alimentos sólidos ou líquidos, sendo chamada água exógena, enquanto que a água liberada como produto final da oxidação dos nutrientes ou pela liberação tecidual durante os processos anabólicos e catabólicos, é denominada água endógena. A água endógena é denominada de ganhos insensíveis e as perdas hídricas que ocorrem através da respiração e pele são denominadas de perdas insensíveis (CICCIOLI, 2017; SILVERTHORN, 2017). A evaporação do suor tem como objetivo manter a homeostase térmica e distingue das perdas insensíveis cutâneas por ser perceptível e conter solutos em sua composição (MELO-MARINS et al., 2017). Os ganhos e perdas insensíveis são assim denominados por ser invisíveis e de difícil mensuração e quando não calculados e registrados através de parâmetros estabelecidos, podem sub ou superestimar o balanço hídrico, o que poderá prejudicar a recuperação dos pacientes (BARCELOS; CRUZ, 2016).

Os ganhos e perdas hídricas podem estar associados a diversos fatores, fisiológicos e ou patológicos. Como por exemplo, a água de oxidação ou endógena pode aumentar ou diminuir de acordo com o aumento ou redução do metabolismo, nos traumas cirúrgicos o hipermetabolismo pode elevar os fluidos corporais (MEDEIROS; DANTAS FILHO, 2017). Ainda, as perdas de água pelas fezes, suor, pele e respiração podem variar de acordo com o tipo de alimentação, atividades físicas, idade, temperatura ambiente e patologias. A eliminação de diurese pelos rins é a única perda que é regulada pelo organismo com o intuito de manter o equilíbrio hídrico. De modo que, a urina pode estar aumentada ou diminuída conforme o aumento de ingestão de água ou perda excessiva da mesma (CICCIOLI, 2017).

A falta de padronização das estimativas de ganhos e perdas insensíveis em pesquisas e protocolos clínicos disponibilizados em meios eletrônicos motivou a realização desta pesquisa com o objetivo de descrever e analisar os registros e os cálculos das perdas e dos ganhos insensíveis e de perdas de difícil mensuração em dos balanços hídricos de pacientes de uma unidade de terapia intensiva.

Uma das hipóteses consideradas é a de que falhas decorrentes da técnica de calcular as perdas e ganhos insensíveis podem afetar a autenticidade dos resultados dos BH.

2 | MÉTODO

Pesquisa do tipo transversal, realizada em um hospital universitário (HU) de médio porte que atende, exclusivamente, ao Sistema Único de Saúde (SUS), localizado no estado de Minas Gerais, no período de janeiro a dezembro de 2017. Optou-se por este estudo por ser econômico, apresentar imparcialidade e praticidade em obter amostras significativas da população.

2.1 Cenário

O estudo teve como cenário o Serviço de Arquivo Médico e Estatístico (SAME) do HU. Para descrever as perdas e ganhos insensíveis em BH foram utilizados os prontuários de pacientes que estiveram internados na UTI de adultos composta por dois leitos cirúrgicos e sete clínicos da referida instituição.

2.2 Critério de seleção

Foram considerados critérios de inclusão no estudo os prontuários de pacientes com idade igual e ou superior a 18 anos de ambos os sexos. Foram excluídos os prontuários que não foram localizados no SAME.

2.3 Definição da amostra

Foram sorteados 27 prontuários de pacientes que estiveram internados na UTI adulto no período janeiro a dezembro de 2017 e analisado os BH destes prontuários, perfazendo uma amostra de 219 impressos de BH.

2.4 Coleta de dados

Os pesquisadores procederam a coleta de dados através de um roteiro, contemplando questões para identificar, nos prontuários dos pacientes e impressos de BH, o perfil dos pacientes e dados referentes a ganhos e perdas insensíveis e de difícil mensuração. Foram sorteados 03 prontuários e analisados os BH dos referidos prontuários que não fizeram parte da amostra, apenas serviram para ajustar o roteiro de coleta de dados.

2.5 Análise e tratamento de dados

O procedimento operacional padrão (POP) do BH do hospital em estudo, foi utilizado para comparar os registros e os cálculos dos BH realizados pelos profissionais responsáveis. De acordo com o POP os ganhos insensíveis não são estimados. Já, para as perdas insensíveis, é preconizado um valor constante de 600 ml em 24 horas para todos os pacientes. Para o cálculo de frações de horas de admissão é utilizado uma regra de três. EX.: Se o paciente tem 12h de admissão na UTI, multiplica-se $12 \times 600 : 24 = 300$ ml de perdas insensíveis nas 12h.

Já as perdas hídricas por febre são estimadas utilizando a seguinte fórmula: $2 \times \text{Tax.} \times \text{PM}$, onde 2 é uma constante. Tax representa a diferença da maior temperatura axilar aferida no dia (24h) pela temperatura de 37,0°C, expressa em numeração ordinal. PM é o peso médio do dia.

Para as perdas visíveis que são difíceis de serem mensuradas como vômitos e fezes, na UTI em estudo, padronizou-se o sistema de sinal de adição (+): Cada (+) equivale a 50ml. Para vômitos o valor máximo é de duas (++) o que equivale a 100 ml, sendo uma (+) pouca quantidade, duas (++) grande quantidade. Para mensurar as fezes o valor máximo é de até quatro (+++), correspondente a 200 ml. Sendo uma (+) sujou a fralda; duas (++)

metade da fralda; três (+++) sujou superfície da fralda e quatro (++++) extravasou a fralda.

Os dados levantados foram codificados e digitados em um banco de dados usando o programa Microsoft Excel e analisados com o Pacote *R- Project*, utilizando-se estatística descritiva, por meio do cálculo de distribuição de frequência, medidas de tendência central e medidas de dispersão.

2.6 Aspectos éticos

A pesquisa foi desenvolvida de acordo com a Resolução 466/12 do Ministério da Saúde e aprovada em fevereiro de 2018 pelo Comitê de Ética e Pesquisa da Instituição da referida UTI, sob o Protocolo nº. 2.494.058. A pesquisadora responsável pelo estudo assinou o Termo de Dispensa do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para ter acesso aos prontuários. Foram garantidos o sigilo e o anonimato e os riscos foram mínimos mantendo-se os preceitos do Termo de Confidencialidade.

3 | RESULTADOS

Dos 27 prontuários analisados, 16 (59,2%) eram de pacientes do sexo masculino, 14 (51,8%) com idade acima de 60 anos, 14 (51,8%) com diagnóstico cirúrgico, 13 (48,1%) com o diagnóstico de clínica médica e nove (33,3%) dos pacientes evoluíram para óbito. As patologias de clínica médica mais prevalente foram: aplasia de medula, doença oncológica, sepse e síndrome de Imunodeficiência Humana. Já as patologias cirúrgicas mais incidentes foram: cirurgias abdominais e pulmonares. A média de idade foi de 58,8 anos e a média de dias de internação foi de 8,1 dias.

Variáveis	Categorias	Frequência Absoluta (n)	Frequência Relativa (%)
Sexo	Feminino	15	57,1
	Masculino	20	42,9
Total		35	100,0
Faixa Etária	18-38 anos	3	8,6
	39-59 anos	11	31,4
	60 ou mais	20	57,1
	Dado indisponível	1	2,9
Total		35	100,0
Tipo de clínica	Pacientes de clínica médica	12	34,3
	Pacientes de clínica médica	23	65,7
Total		35	100,0

	Gastroenterologia	3	8,6
	Pneumologia	3	8,6
Especialidades de clínica médica evidenciadas	Nefrologia	2	5,7
	Infectologia	2	5,7
	Hematologia	1	2,9
	Coloproctologia	1	2,9
	Cirurgia geral	13	37,1
	Coloproctologia	4	11,4
	Urologia	2	5,7
Especialidades de clínica cirúrgica	Cirurgia torácica	2	5,7
	Cirurgia cabeça e pescoço	1	2,9
	Ortopedia e traumatologia	1	2,9
Total		35	100
Dias de Internação	01-07 dias	23	65,7
	08-15 dias	8	22,9
	16 ou mais	4	11,4
Total		35	100
Condições de Alta	Melhorada	22	62,9
	Óbito	13	37,1
Total		35	100

Tabela 1 - Perfil clínico e epidemiológico dos pacientes internados na Unidade de Tratamento Intensivo, no período de fevereiro a dezembro de 2016, em um hospital de ensino.

Fonte: Elaborada pelos autores com base nos dados da pesquisa (2021).

Em uma amostra de 219 BH analisados, 50 (22,83%) eram de pacientes que estiveram em Ventilação Mecânica Invasiva (VMI), 68 (31,05%) apresentaram febre durante a internação na UTI; 37 (16,89%) tiveram o peso alterado durante a internação, 93 (42,66%) apresentou erros de cálculos (matemáticos); 208 (95,41) erros de registros

VARIÁVEIS	N	%
Ventilação Mecânica Invasiva	50	22,83
Febre	68	31,05
Alteração do peso inicial	37	16,89
Erro de cálculo	93	42,66
Erro de registro	208	95,41

Tabela 2 - Intercorrências dos pacientes internados na Unidade de Tratamento Intensivo, no período de fevereiro a dezembro de 2016, em um hospital de ensino

Fonte: Elaborada pelos autores com base nos dados da pesquisa (2021).

No estudo foram considerados erro de registro as falhas nos registros de dados e de identificação do paciente, rasuras, preenchimento e ou registro em colunas inapropriadas, letra ilegível, uso de caneta com tinta que invalidam as anotações, uso de abreviaturas diferentes para um mesmo fármaco, divergência no registro de drogas com volume inferior a 20 ml, erro de técnicas de registro de administração de líquidos (líquidos que não são lançados logo após administração e sim, o somatório da prescrição médica em um só momento).

O cálculo das perdas insensíveis por temperatura axilar a partir de 38º C não foi realizado corretamente de acordo com as orientações do POP da unidade por não utilizar o peso médio e sim o peso aleatório, estimado na admissão do paciente e mantido durante a internação.

Observou-se ainda que, em 16,89% dos BH, o peso do paciente não foi mantido conforme orientação do POP institucional que orienta manter peso durante a internação e ou foi alterado aleatoriamente.

Todos os pacientes, independentemente do tipo de ventilação, tiveram perdas insensíveis iguais a 600ml, estipulado no POP do BH da UTI.

Identificou-se que no BH foi registrada a presença de fezes nas fraldas estimadas em (+), a consistência e a ausência das mesmas não foram registradas. Sendo assim, não ficou explícito se, quando não houve registro, foi pela ausência de exoneração intestinal ou falha de anotações. Já, as fezes eliminadas por colostomia e ileostomias foram registradas em mililitros (ml).

As perdas por exsudatos e curativos, pela sudorese não foram registradas no BH, o que gerou dúvidas se estas perdas não foram estimadas ou se os pacientes dos referidos BH não apresentaram estas perdas hídricas durante a internação.

4 | DISCUSSÃO

O BH é um dos parâmetros essenciais para diagnosticar o desequilíbrio hídrico. Portanto, o seu resultado deve ser o mais fidedigno possível. A carência de capacitação dos profissionais responsáveis pela realização dos BH, a sobrecarga de trabalho dos profissionais da UTI (HUNGARATTI et al., 2018), a carência de equipamentos de aferição/medição apropriados, e a falta de padronização dos registros e cálculos dos ganhos e perdas insensíveis são fatores dificultadores para a efetivação de BH mais preciso (GOMES et al., 2018).

A estimativa de ganhos e perdas insensíveis em BH é um desafio para a equipe multiprofissional (PAZ; COUTO, 2016). Embora haja concordância que os ganhos e perdas insensíveis podem sub ou superestimar o cálculo do BH, não existe na literatura um consenso para estimar os ganhos e perdas hídricas insensíveis em pacientes críticos (KÖSTER, et al., 2017).

A equipe de enfermagem tem como função os registros e os cálculos do BH, porém, a monitorização do BH na avaliação, diagnóstico e intervenção no desequilíbrio hidroelectrolítico deve ser de responsabilidade da equipe multiprofissional. Nesta perspectiva, estudiosos expressam a importância do entendimento da equipe multiprofissional sobre a atuação da mesma de forma integrada e não individualizada (SILVA et al., 2018).

O protocolo clínico é uma ferramenta gerencial que deve ser elaborada com o envolvimento e comprometimento da equipe multiprofissional e de acordo com a gestão institucional. Tem como objetivo a padronização técnica científica de um procedimento para garantir a atuação uniforme da equipe e proporcionar excelência na assistência aos pacientes. Nesta perspectiva, a elaboração do POP do BH deveria ser em parceria com os demais profissionais que atuam na UTI, uma vez que, o resultado do BH é importante para toda a equipe multiprofissional na avaliação e tomada de condutas terapêuticas assertivas em pacientes críticos.

A atuação da equipe multiprofissional no resultado do BH pode fazer a diferença na qualidade da assistência prestada. Podemos inferir que as perdas hídricas insensíveis pela respiração possivelmente são reduzidas com a atuação do fisioterapeuta em pacientes com hiperventilação. Neste mesmo contexto a atuação do nutricionista na estimativa do peso e de perda e ganho ponderal podem impactar no resultado do BH mais preciso ao estimar o peso dos pacientes utilizando dados científicos.

É notório que, o paciente crítico tende a ter variação do peso diariamente devido à fragilidade na manutenção de líquidos e de massa muscular (SILVA et al., 2018). Por outro lado, a aferição do peso do paciente acamado é complexa, devido à impossibilidade de mobilização/deambulação e por falta de equipamento apropriado para aferir o peso diário (DIAS; CLEMENTE; PINTO, 2019; DAVIES; LESLIE; MORGAN, 2015). Ressalta-se a existência de equações de estimativas antropométricas disponíveis na literatura, que poderiam ser utilizadas para mensurar o peso de pacientes acamados (CUNHA; LOBO, 2015).

A estimativa do peso de forma errônea pode induzir as falhas na avaliação e nos procedimentos terapêuticos por sub ou superestimar a real necessidade dos pacientes críticos (MARQUES NETTO et al., 2015). De acordo com Davies, Leslie e Morgan (2015) um quilograma equivale a um mililitro. Desta forma, o ganho ou perda de peso, equivale ao resultado positivo (ganho) ou negativo (perda) do BH. Portanto, se o BH for positivo e houve perdas de peso, as perdas insensíveis podem ter sido responsáveis pelo resultado positivo do BH (MORTON; FONTAINE, 2019).

No protocolo clínico da UTI em estudo, preconiza-se o cálculo do peso do paciente na admissão e a manutenção deste durante a estadia do paciente na unidade. Esta conduta pode gerar erros nos BH (GOMES et al., 2018). No entanto, o protocolo visa manter uniformidade de conduta, por falta do peso real diário do paciente. Assim, o descumprimento do protocolo aleatoriamente pode comprometer ainda mais o resultado do

BH pela variação do peso do paciente sem critérios.

Na UTI em estudo, observou-se que o POP do BH foi elaborado pelas equipes de enfermagem e médica e apresenta fragilidades nos parâmetros para calcular e registrar os ganhos e perdas insensíveis e de perdas de difícil mensuração como, sudorese, exsudatos e fezes.

De acordo com o POP do BH, as fezes em fraldas são quantificadas com o uso de um ou mais sinal de adição (+), de acordo com a quantidade. Já as fezes via colostomia e ileostomia são mensuradas em cálice graduado. Segundo pesquisadores (GOMES et al., 2018), as fezes líquidas, necessariamente, devem ser medidas e ou pesadas quando em fraldas. Ressalta ainda, a importância do registro da consistência das fezes e vias de eliminação, uma vez que, as perdas hídricas diferenciam em relação a consistência das fezes e via de eliminação. Acrescenta-se que, as fezes sólidas normais correspondem aproximadamente a uma perda hídrica de 200 ml.

Já, as perdas hídricas por febre calculadas com peso estimado aleatoriamente podem sub ou superestimar o valor destas perdas hídricas. Ainda, no POP do BH da UTI em estudo, assim como em literaturas pesquisadas, não fica explícito como realizar o cálculo das perdas hídricas em pacientes que apresentam mais de um episódio de febre no período de 24 horas.

Outros fatores que podem aumentar por demasia as perdas hídricas referem-se à hiperventilação por causas patológicas e ou ventilação mecânica invasiva, a sudorese excessiva em decorrência de alta temperatura ambiente e ou enfermidade e os exsudatos e drenagens associados a processos patológicos (MORTON; FONTAINE, 2019). Portanto, na UTI em estudo, padronizou-se um valor constante de 600 ml para as perdas insensíveis para todos os pacientes independente idade, do peso e da patologia. Já os ganhos insensíveis não são contabilizados.

Ressalta-se que, não existe um consenso nas estimativas de ganhos e perdas insensíveis nas literaturas consultadas sobre esta temática. Nos BH utilizados na pesquisa por Cunha e Lobo (2015) foram adotados 400 ml para ganhos insensíveis e 800 para as perdas insensíveis. Na pesquisa realizada por Marques Netto et al. (2015), as perdas insensíveis foram calculadas multiplicando-se o peso por 10. No estudo de Souza et al. (2017), as perdas e ganhos insensíveis não foram contabilizadas nos BH. Segundo pesquisadores (CUNHA; LOBO, 2015), as perdas insensíveis tornam os BH menos precisos por depender de vários fatores para quantificar, apesar das dificuldades de computar, as perdas insensíveis, devem ser incluídas no BH (MALBRAIN et al., 2018).

Uma das limitações do estudo encontra-se na carência de pesquisas relacionadas à temática, registros e cálculos de ganhos e perdas hídricas insensíveis em BH de pacientes críticos. Tem-se que os resultados deste estudo possa contribuir para novas pesquisas visando fundamentar e padronizar os cálculos de ganhos e perdas hídricas insensíveis em BH.

5 | CONCLUSÃO

De acordo com as referências utilizadas no estudo a falta de parâmetros para o cálculo de perdas hídricas pelos exsudatos/curativos, pela sudorese, pela ventilação mecânica e a estimativa do peso aleatório e constante durante a internação do paciente na UTI comprometem o resultado dos BH. No entanto, na UTI em estudo, o uso de uma constante de 600 ml para perdas insensíveis acrescido da estimativa de perdas hídricas por febre e a padronização para mensurar os vômitos e fezes contribui para um BH com resultados mais próximos do ideal. No entanto, faz-se necessário uma revisão multiprofissional do POP objetivando acertar as lacunas ou corrigir as lacunas identificadas no procedimento que comprometem a resultado do BH.

Constata-se que o aprofundamento dos conhecimentos técnicos e científicos dos profissionais da UTI e da interação da equipe multiprofissional é essencial para a obtenção de resultados de BH mais precisos, de modo a contribuir e otimizar a assistência aos pacientes críticos e consequentemente, repercutir no reconhecimento profissional da equipe.

REFERÊNCIAS

- BARCELOS, D. G.; CRUZ, I. C. F. Balanço hídrico: revisão sistematizada da literatura para um protocolo clínico. **Journal of Specialized Nursing Care**, v. 8, n. 1, 2016.
- CICCIOLI, F. O manejo do balanço hídrico. In: VIANA, R. A. P. P.; TORRE, M. **Enfermagem em terapia intensiva:** práticas integrativas. Barueri: Manole, 2017. p. 356-366. cap. 32.
- CUNHA, A. R. L.; LOBO, S. M. A. O que ocorre com o balanço hídrico durante e após a reversão do choque séptico? **Revista Brasileira de Terapia Intensiva**, v. 27, n. 1, p. 10-17, 2015.
- DAVIES, H.; LESLIE, G.; MORGAN, D. Effectiveness of daily fluid balance charting in comparison to the measurement of body weight when used in guiding fluid therapy for critically ill adult patients: a systematic review protocol. **JBI Database of Systematic Reviews and Implementation Reports**, v. 13, n. 3, p. 111-123, 2015.
- DIAS, D. P. B.; CLEMENTE, R. C.; PINTO, S. L. P. Concordância entre peso e altura corporais aferidos e estimados em adultos e idosos hospitalizados. **DEMETRA: Alimentação, Nutrição & Saúde**, v. 14, e37391, p. 1-17, 2019.
- GOMES, P. P. S. et al. Water balance in pediatric nephrology: construction of a Standard Operating Procedure. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 71, supl. 3, p. 1404-1411, 2018.
- HUNGARATTI, G. et al. Metodologias ativas como estratégia na formação acadêmica: balanço hídrico em unidade de terapia intensiva. **Revista Espaço Ciência & Saúde**, v. 6, n. 2, p. 97-108, 2018.
- KÖSTER, M. et al. Cumulative changes in weight but not fluid volume balances reflect fluid accumulation in ICU patients. **Acta Anaesthesiologica Scandinavica**, v. 61, n. 2, p. 205-215, 2017.

MALBRAIN, M. L. N. G. et al. Principles of fluid management and stewardship in septic shock: it is time to consider the four D's and the four phases of fluid therapy. **Annals of Intensive Care**, v. 8, n. 66, p. 1-16, 2018.

MARQUES NETTO, S. et al. Análise dos registros referentes ao balanço hídrico em unidade de terapia intensiva. **Revista de enfermagem UFPE on line**, v. 9, supl. 1, p. 448-456, 2015.

MEDEIROS, A. C.; DANTAS FILHO, A. M. Resposta metabólica ao trauma. **Journal of Surgery and Clinical Research**, v. 8, n. 1, p. 56-76, 2017.

MELO-MARINS, D. et al. Termorregulação e equilíbrio hídrico no exercício físico: aspectos atuais e recomendações. **Revista Brasileira de Ciência & Movimento**, v. 25, n. 3, p. 170-181, 2017.

MORTON, P. G.; FONTAINE, D. K. **Cuidados críticos de enfermagem**: uma abordagem holística. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2019.

PAZ, L. S. C.; COUTO, A. V. Avaliação nutricional em pacientes críticos: revisão de literatura. **BRASPEN Journal**, v. 31, n. 3, p. 269-77, 2016.

SILVA, A. P. N. et al. Estimativa de peso corporal e estatura em idosos: concordância entre métodos. **Geriatrics, Gerontology and Aging**, v. 12, n. 2, p. 74-80, 2018.

SILVERTHORN, D. U. **Fisiologia humana**: uma abordagem integrada. 7. ed. Porto Alegre: Artmed, 2017.

SOUZA, J. C. et al. Interferência do balanço hidroeletrolítico no desfecho do desmame ventilatório. **Arquivos de Ciências da Saúde**, v. 24, n. 3, p. 89-93, 2017.

CAPÍTULO 17

A INFLUÊNCIA DO ACESSO VASCULAR NA AUTOIMAGEM DE PACIENTES EM HEMODIÁLISE: REVISÃO INTEGRATIVA DA LITERATURA

Data de aceite: 20/08/2021

Data da submissão: 06/07/2021

Denise Rocha Raimundo Leone

Centro Universitário Estácio Rio Branco. Curso de Enfermagem. Juiz de Fora – Minas Gerais
<https://orcid.org/0000-0002-6961-4989>

Adriana de Grázia Terror Casagrande

Centro Universitário Estácio Rio Branco. Curso de Enfermagem. Juiz de Fora – Minas Gerais
<https://orcid.org/0000-0001-8219-3771>

Jamille Pires de Almeida

Centro Universitário Estácio Rio Branco. Curso de Enfermagem. Juiz de Fora – Minas Gerais
<https://orcid.org/0000-0003-1464-8636>

Jussara Regina Martins

Faculdade de Ciências Médicas e da Saúde.
Curso de Enfermagem
Juiz de Fora – Minas Gerais
<https://orcid.org/0000-0002-8191-2946>

Karine Martins Ferreira

Centro Universitário Estácio Rio Branco. Curso de Enfermagem. Juiz de Fora – Minas Gerais
<http://lattes.cnpq.br/1892487137372529>

RESUMO: Introdução: A doença renal crônica é definida por taxa de Filtração Glomerular < 60 mL/minuto/1,73m², por um período ≥ a três meses. Dentre as possibilidades terapêuticas têm-se a hemodiálise, diálise peritoneal e transplante renal. A insuficiência renal crônica e a hemodiálise ocasionam alterações na vida

dos clientes, principalmente na auto-imagem. Estas alterações podem gerar estresse e conflito, interferindo na adesão à sua terapia. Neste sentido, o profissional de Enfermagem deve ter a capacidade de observar e detectar todos os sinais emitidos por eles. Objetivo: Compreender a influência de manter um acesso vascular na autoimagem de pacientes em HD através de revisão integrativa. **Método:** Revisão integrativa a partir das bases de dados Lilacs, Scielo, Medline e BDENF utilizando os descritores hemodiálise; fistula arteriovenosa; cateteres; autoimagem e os booleanos AND e OR. Os critérios de inclusão: artigos publicados nas línguas portuguesa e inglesa, entre 2010 e 2020. A amostra inicial de 110 artigos e a amostra final 9 artigos. **Resultados:** Evidenciou-se as categorias: A influência na autoimagem da pessoa com doença renal crônica e A influência do acesso vascular na autoimagem de pacientes em hemodiálise: implicações para a Enfermagem. Na primeira categoria, detectou-se que o gênero feminino apresenta um sofrimento maior com os reflexos do acesso vascular do que os homens. Na questão da autoimagem em adolescentes, essas alterações são devido ao cateter ou a FAV, ou ainda, por alterações na altura, metabólicas e hormonais. Na segunda categoria, a Enfermagem deve atentar para o acolhimento, criar vínculos para atenuar os reflexos gerados pelo acesso vascular na autoimagem. **Conclusão:** As alterações físicas afetam os doentes renais crônicos e confluem para uma autoimagem negativa. Como implicações para a prática, compreender a influência do acesso vascular na autoimagem é importante, pois o enfermeiro

pode direcionar a sua assistência visando mitigar os danos decorrentes na autoimagem.

PALAVRAS - CHAVE: Hemodiálise. Cateteres. Fístula arteriovenosa. Autoimagem. Enfermagem

THE INFLUENCE OF VASCULAR ACCESS ON THE SELF-IMAGE OF HEMODIALYSIS PATIENTS: INTEGRATIVE LITERATURE REVIEW

ABSTRACT: Introduction: Chronic kidney disease is defined by Glomerular Filtration Rate < 60 mL/minute/1.73m², for a period ≥ to three months. Among the therapeutic possibilities are hemodialysis, peritoneal dialysis and kidney transplantation. Chronic renal failure and hemodialysis cause changes in the clients' lives, especially in their self-image. These changes can generate stress and conflict, interfering with adherence to your therapy. In this sense, the nursing professional must be able to observe and detect all the signals emitted by them.

Objective: To understand the influence of maintaining a vascular access on the self-image of HD patients through integrative review. **Method:** Integrative review from Lilacs, Scielo, Medline and BDENF databases using hemodialysis descriptors; arteriovenous fistula; catheters; self-image and the Booleans AND and OR. Inclusion criteria: articles published in Portuguese and English, between 2010 and 2020. The initial sample of 110 articles and the final sample of 9 articles. **Results:** The following categories were highlighted: The influence on the self-image of the person with chronic kidney disease and The influence of vascular access on the self-image of hemodialysis patients, implications for Nursing. In the first category, it was detected that the female gender presents greater suffering with the vascular access reflexes than men. In the issue of self-image in adolescents, these changes are due to the catheter or the AVF, or even due to changes in height, metabolic and hormonal. In the second category, Nursing must pay attention to the reception, create bonds to attenuate the reflexes generated by the vascular access in the self-image. **Conclusion:** Physical changes affect chronic kidney patients and lead to a negative self-image. As implications for practice, understanding the influence of vascular access on self-image is important, as nurses can direct their care to mitigate the damage caused by self-image.

KEYWORDS: Hemodialysis. Catheters. Arteriovenous fistula. Self image. Nursing

1 | INTRODUÇÃO

A Doença Renal Crônica (DRC) é insidiosa, e consiste na perda progressiva e irreversível da função renal. Os rins são órgãos responsáveis pela homeostase do corpo humano, logo, a diminuição progressiva da função renal, implica em comprometimento direto e danos importantes a outros órgãos vitais (ROMÃO, 2018).

Seu diagnóstico é definido a partir de três variáveis, sendo os marcadores de dano renal, a taxa de filtração glomerular e o tempo de duração da doença. Dessa forma, são considerados portadores DRC, aqueles que apresentarem Taxa de Filtração Glomerular (TFG) < 60 mL/min/1,73m² ou TFG > 60 mL/min/1,73m² associada a pelo menos um marcador de dano renal, como alteração nas taxas de uréia, creatinina, cistatina C, proteinúria, dismorfismo eritrocitário, microalbuminúria e fração hepática das proteínas ligadas a ácidos

graxos presente por um período maior ou igual a três meses (SILVA; LIMA, 2016).

A sua incidência e prevalência, tem aumentado no Brasil juntamente com os custos do tratamento que são elevados (SILVA *et al.*, 2016). Em seu estágio final a DRC traz ainda mais implicações econômicas e sociais, pois para que ocorra a manutenção da vida, é fundamental que se realize a Terapia Renal Substitutiva (TRS), podendo ser realizados três tratamentos distintos: a hemodiálise, diálise peritoneal ou transplante renal (GOUVEIA *et al.*, 2017).

Conforme o Censo da Sociedade Brasileira de Nefrologia, o número estimado de pacientes em tratamento dialítico em 2015 foi de 111.303, 122.825 em 2016, 126.583 em 2017 e 133.464 no ano de 2018. Demostrando uma crescente demanda pelos serviços dialíticos (NEVES *et al.*, 2019).

A hemodiálise é o recurso dialítico mais utilizado tanto a nível nacional quanto a nível internacional como exemplo nos Estados Unidos (NEVES *et al.*, 2019). E para realizar é necessário um acesso vascular, que pode ser o catetervenoso duplo lumen (CDL) ou a fistula arteriovenosa (FAV) (SILVA, 2017).

O indivíduo desde o momento em que descobre a doença até o início do tratamento, passa por uma confusão de sentimentos como enfrentamento da situação e medo. Existe ainda a sua compreensão sobre os reflexos no seu cotidiano, na concepção de vida, devida as alterações físicas e emocionais que apresentam obstáculos ao segmento do tratamento (SILVA, 2020).

O tratamento hemodialítico é uma fonte de estresse, e além disso pode trazer outros impactos negativos na vida dos pacientes, como isolamento social, limitações de locomoção, perda de emprego, lazer, diminuição de atividade física, adaptação à perda de autonomia e alterações na autoimagem, o que pode refletir negativamente qua qualidade de vida relacionada à saúde dos pacientes em HD (FASSBINDER *et al.*, 2015).

No cotidiano da HD os pacientes sofrem com um elevado nível de estresse, o que resulta em uma dificuldade na sua adesão ao tratamento e nos cuidados realizados. Com isso, existe uma necessidade de intervenção física e psicológica como tratamento terapêutico para que a equipe consiga alterar ou reduzir o quadro dos clientes com DRC (FASSBINDER *et al.*, 2015).

Diante do exposto, o objeto desta pesquisa é a autoimagem dos pacientes em hemodiálise e tem-se como objetivo compreender a influência de manter um acesso vascular na autoimagem de pacientes em HD através de revisão integrativa.

2 | METODOLOGIA

Refere-se a uma revisão integrativa de literatura. Com o objetivo de responder a questão norteadora: Como manter um acesso venoso para a HD influencia na autoimagem dos pacientes em tratamento hemodialítico?, realizou-se a referida revisão.

Para obtenção dos estudos a serem analisados, empregou-se os descritores hemodiálise, fistula arteriovenosa, cateteres, autoimagem e seus respectivos correspondentes na língua inglesa e espanhola.

As bases de dados utilizadas para a pesquisa foram: Literatura em Ciências da Saúde (LILACS), Scientific Electronic Library Online (SciELO), National Library of Medicine e National Institutes of Health (MEDLINE) e Base de Dados de Enfermagem (BDENF). Empregou-se os booleanos “AND”, e “OR”; através da frase de pesquisa: [hemodialysis AND (Catheters OR Arteriovenous Fistula) AND Self Concept].

Os critérios de inclusão aplicados foram: ser artigo primário e secundário, publicado no período de 2010-2020, nos idiomas português, inglês ou espanhol, disponível na íntegra gratuitamente. Excluídos estudos que não respondiam a questão norteadora. Os artigos encontrados foram selecionados através de leitura do título e resumo. E em seguida, procedeu-se a leitura na íntegra dos artigos selecionados.

Conforme exposto no fluxograma 1, a amostra inicial foi de 110 artigos, no entanto, após a aplicação dos critérios de inclusão e exclusão estabelecidos, obteve-se uma amostra final de 09 artigos.

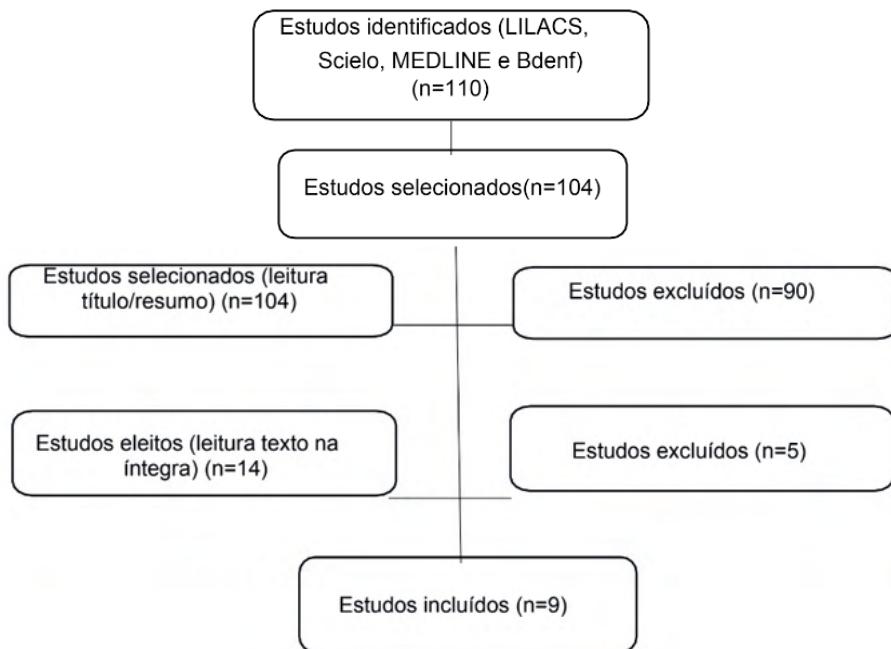


Figura 1- Fluxograma do processo de identificação, seleção e inclusão dos estudos da

Fonte: as autoras

3 | RESULTADOS

Compuseram a amostra final desta revisão 09 artigos, sendo que destes 7 artigos (78%) foram realizados no Brasil e na língua portuguesa (Ribeiro *et al.*, 2013; Melo *et al.*, 2014; Abreu *et al.*, 2014; Abreu *et al.*, 2015; Frazão *et al.*, 2016; Silva *et al.*, 2018) e um estudo (11%) na Espanha (Villarreal *et al.*, 2019) e o outro(11%) no Irã (Poorgholami *et al.*, 2015).

No que se refere a base de dados dos 9 artigos que compuseram esta revisão, (33%) foram selecionados na Pubmed, (44%) no Scielo (22%) no Lilacs e (22%) no BDENF.

Para extração das informações dos artigos, utilizou-se o quadro 1 visando uniformizar a coleta, facilitar a visualização e a análise de dados obtidos. Os mesmos foram organizados de acordo com as seguintes variáveis: autor,ano, periódico, título, objetivo, método e principais resultados.

Posteriormente, os trabalhos foram analisados e agrupados por semelhança de conteúdo, sob a forma de duas categorias para análise: a Ter um acesso vascular para hemodiálise: influências na autoimagem da pessoa com doença renal crônica e a influência do acesso vascular na autoimagem de pacientes em hemodiálise: implicações para a Enfermagem.

Autor Periódico e Ano	Título	Objetivo	Método	Principais Resultados
Villarreal <i>et al.</i> , 2019 International Journal of Environmental Research and Public Health 2019	Mudanças corporais e diminuição do desejo sexual após a diálise: um estudo qualitativo sobre as experiências de mulheres em uma unidade de diálise ambulatorial na Espanha	Descrever a experiência de pacientes do sexo feminino com DRC em um ambulatório de diálise sobre mudanças corporais e sexualidade.	Estudo qualitativo fenomenológico realizado com 18 mulheres em HD	As mulheres com DRC relatam mudanças significativas em sua vida, em seu autocuidado e autoimagem, reprovando o que vê diante do espelho. Muitas sentem-se deformadas e a maioria relata baixa autoestima.
Silva <i>et al.</i> , 2018 Revista Brasileira de Enfermagem 2018	O corpo marcado pela fistula arteriovenosa: um olhar fenomenológico	Compreender experiência de pessoas com DRC em uso de fistula arteriovenosa.	Estudo qualitativo e exploratório com base na Fenomenologia Social, realizado com 30 adultos em HD	A experiência de pessoas com FAV mostrou que esse acesso venoso deixa marcas que alteram a sua aparência física, tornando o corpo imperfeito. Tais mudanças causam baixa autoestima e atraem o olhar do outro, gerando constrangimento. Assim, reagem camuflando a FAV.

Poorgholami <i>et al.</i> , 2015 Global Journal of Healthscience 2015	Eficácia da Educação para o autocuidado no aumento da autoestima de pacientes em HD	Investigar o efeito da educação para o autocuidado na melhoria da autoestima de pacientes em hemodiálise no Irã	Estudo quase experimental. Com 50 pacientes em HD	Promoção do conhecimento, responsabilidade e educação de novos hábitos para prevenção de complicações que possam ser perigosas e que os pacientes precisam conhecer para evoluir no tratamento e no autocuidado e não abandonar seu tratamento e fortalecendo seu amor próprio.
Abreu <i>et al.</i> , 2015 Revista Brasileira de Enfermagem 2015	Crianças e adolescentes com insuficiência renal em HD: percepção dos profissionais	Identificar aspectos impactantes na qualidade de vida de crianças e adolescentes com insuficiência renal crônica em HD, sob a ótica de profissionais de saúde, como etapa essencial para a construção do módulo específico do instrumento DISABKIDS®.	Pesquisa qualitativa, segundo análise de conteúdo temática realizada com 12 participantes, em dois centros de diálise.	Foram identificadas as categorias de análise: autocuidado, apoio familiar, evasão escolar, socialização. Aprendeu-se que a HD interfere na qualidade de vida, na emocional e na autoimagem.
Abreu <i>et al.</i> , 2014 Revista da escola de Enfermagem 2014	Crianças e adolescentes em hemodiálise: atributos associados à qualidade de vida	Identificar atributos impactantes da qualidade de vida relacionada à saúde de crianças e adolescentes com insuficiência renal crônica em HD	Estudo qualitativo com 42 crianças e adolescentes que realizavam a HD e seus responsáveis	A aparência física, foi muito abordada pelos participantes. Essas alterações se associavam à presença do CDL ou da FAV.
Frazão <i>et al.</i> , 2016 Revista Eletrônica de Enfermagem Global	Modificações corporais vivenciadas por pacientes com DRC em HD	Identificar as alterações na imagem corporal vivenciadas por pacientes em HD e sua associação com fatores sociais e clínicos.	Estudo transversal com 178 pacientes em HD	As alterações na autoimagem destes pacientes foram relacionadas ao peso corporal, musculoesqueléticas, na tonicidade e coloração da pele

Silva, 2018 Biblioteca Virtual emSaúde / Tese - Ano: 2018	A Enfermagem e o indivíduo em terapia hemodialítica para proposição de cuidado humano em sua dimensão estética: uma abordagem fenomenológica.	Compreender o ser no mundo enquanto indivíduo em terapia hemodialítica para proposição de cuidado humano em sua dimensão estética	Estudo fenomenológico com 30 pacientes em HD	O estudo expôs que o corpo é visto pelos pacientes em HD como incapacitado, não se reconhecendo nele
Ribeiro <i>et al.</i> , 2013 HU RevistaLilacs	Significados atribuídos à fistula arteriovenosa pela pessoa em hemodiálise	Analizar o significado deter uma fistula arteriovenosa no corporeo a pessoa portadora de doença renal crônica em tratamento hemodialítico.	Pesquisa qualitativa tipo descritiva realizada com 20 pessoas em tratamento hemodialítico	Manter uma fistula para HD foi percebida pelos entrevistados como uma ameaça para a autoimagem, o que foi evidenciado na categoria o cuidado e a autoimagem foram identificados os eixos temáticos: tendo a autoimagem ameaçada.
Melo <i>et al.</i> , 2014 Revista de Enfermagem da UFPI – 2014	Entre seguir e desistir: sentimentos de pacientes em tratamento dialítico	Analizar na produção científica acerca dos sentimentos vivenciados por pacientes submetidos a tratamento dialítico.	Revisão integrativa da literatura com amostra de 10 artigos	Os sentimentos negativos resultam das limitações impostas pelo tratamento dialítico como a não conciliação da HD com o trabalho; Dificuldade para exercer as atividades diárias; A duração de quatro horas de tratamento; Dificuldade para realizar dieta adequada; Disfunção erétil e perda da libido e Alteração da autoimagem.

Quadro 1 - Artigos levantados nas bases de dados PubMed, Scielo, LILACS E BEDENF sobre revisão integrativa.

Fonte: as autoras

Ter um acesso vascular para hemodiálise: influências na autoimagem da pessoa com doença renal crônica

A DRC deixa marcas no corpo do indivíduo, devido à presença dos acessos vasculares e suas múltiplas intervenções. Sob esse aspecto, o modo como o sujeito percebe o seu corpo fica comprometido, podendo gerar implicações psicológicas e sociais, como baixa autoestima e sensação de imperfeição (SILVA *et al.*, 2018).

Para pessoas cujo acesso vascular era a FAV, houve relatos da presença de aneurismas e hematomas, que criaram marcas visíveis em seus membros superiores, que foram percebidas por estes como feias (VILLARREAL *et al.*, 2019).

Contudo, há alguns pacientes que não se incomodam com o acesso vascular, houveram relatos de pessoas que não foram afetados com a auto imagem. Em contrapartida, para tantos outros, manter um acesso vascular para a HD gera desconforto e ansiedade. Alguns, até compararam seus braços com os de usuários de drogas parenterais (VILLARREAL *et al.*, 2019).

Além destas, no estudo de Frazão e colaboradores (2016) outras modificações corporais foram referidas pelos pacientes como as alterações nopeso, musculoesqueléticas, na força muscular. Além dessas, relatos de alteração na coloração da pele dos pacientes e no membro em que se encontra a FAV. Ademais, em alguns estudos, houve relatos de alterações visuais e no ciclo menstrual (FRAZÃO *et al.*, 2016).

Em relação a autoimagem em adolescentes, essas alterações se evidenciam devido ao cateter ou pela FAV. A DRC ocasiona um retardamento na estatura, além de alterações metabólicas e hormonais. São modificações também evidenciadas em crianças renais crônicas que relatam sofrer bullying por seus pares. (ABREU *et al.*, 2014).

O preconceito sofrido por estas crianças e adolescentes e a forma como enfrentam sua doença interferem em suas vidas, levando-os à percepção de que encontram-se fora dos padrões de “normalidade”, fazendo com que elas sintam incompreendidos e não aceitos pelos meios de convívio social.(ABREU *et al.*, 2015).Sendo assim, muitos se isolam e para se protegerem, evitam a vida social,lazer e se veem diferentes dos outros.

A aparência física dos pacientes com DRC muda ao longo da doença, com o decorrer de pequenos procedimentos cirúrgicos para criar um acesso vascular. Precisam conviver com cateteres, FAV e cicatrizes associadas, que influenciam fortemente na percepção da imagem corporal. A adaptação e convivência com esses dispositivos, reflete na forma de vestir. As mulheres deste estudo usavam vestimentas para cobrir o corpo e esconder cateteres ou fístulas, evitando decotes e precisando dar explicações (VILLARREAL *et al.*, 2019).

Nas leituras dos artigos há relatos que os homens também sofrem, porém, as mulheres se abalam mais, por sua feminilidade e vaidade. Tem que abandonar hábitos de estilos de vida e até mesmo de visual, as roupas que antes eram um acessório da vaidade e bem estar, agora se tornam seu escudo de proteção (VILLARREAL *et al.*, 2019).

Elas se escondem em roupas que impeçam as pessoas perguntarem sobre as marcas que as ferem profundamente. Prejudicando muitas vezes, até sua libido e vida sexual que mudou completamente. Na intimidade física, geralmente o corpo fica exposto, tornando visíveis as mudanças físicas e a presença de dispositivos, o que faz com que o paciente se abstenha de relações sexuais (VILLARREAL *et al.*, 2019).

A influência do acesso vascular na autoimagem de pacientes em hemodiálise: implicações para a Enfermagem

As modificações corporais no paciente com DRC iniciam-se através de um acesso

vascular como a FAV. Através dela podem ocorrer aneurismas, hematomas e edemas, entre outras, deixando o membro deformado. Ocasionando o desconforto na imagem corporal gerando desafios ou desânimos para se socializar em geral. Fora que terão de ter cuidados redobrados. Diante disso, temos uma visão ampla da importância do papel da equipe de Enfermagem neste contexto relacionado aos sentimentos relatados pelos pacientes que convivem com a FAV (FRAZÃO *et al.*, 2016).

No que diz respeito ao cuidado da Enfermagem profissionais devem se atentar para o acolhimento por este ser um cuidado por trás da compreensão humana. A ação deve manter-se no equilíbrio entre a sensibilidade e percepção da complexidade da situação em todos os aspectos incluindo o aspecto emocional e a Enfermagem pode agir como catalisador deste processo (SILVA *et al.*, 2018).

O enfermeiro entendendo os reflexos da manutenção de um acesso vascular na imagem corporal do paciente em HD e que esta pode acarretar a baixa autoestima do mesmo, deve considerar esta como um problema relevante no cuidado ao paciente. Podendo ocasionar a distúrbios que podem modificar ideias, valores e crenças no qual poderá haver interferências terapêuticas negativas em sua qualidade de vida (FRAZÃO *et al.*, 2016).

O cuidado do enfermeiro deve ser como um todo, não se deve desfragmentar a dor ou o problema do paciente. Por isso ele deve ser visto integralmente. A visão holística na terapia inicia em saber ouvir, e será com esta percepção que o paciente terá confiança e forças para lutar com toda sua força. O paciente tem um passado e uma vida e que com a doença tudo muda. Por isso, os clientes devem ser mais ouvidos pois os desafios irão muito além: será necessário o vínculo entre o enfermeiro e paciente (SILVA *et al.*, 2018).

Diante do exposto, apreendeu-se que o enfermeiro ao prestar assistência ao paciente em uso da FAV deve-se ter sensibilidade na terapia holística, cuidando não somente das técnicas da área da nefrologia, mas a técnica humanizada, saber ouvir e falar menos quando for necessário, criar vínculos que possa educar no seu autocuidado para que sua visão na autoimagem seja mais suave. Uma tarefa nada fácil, mas não é impossível. A promoção do desenvolvimento de habilidades profissionais para o cuidado estético como viabilizador de reesignificação da existência desse sujeito no contexto biopsicossocial.

4 | CONCLUSÃO

A realização deste estudo permitiu identificar necessidades e melhor compreender a influência do acesso vascular na autoimagem de pacientes com IRC e em tratamento hemodialítico. Foi possível constatar as alterações físicas que afetam os doentes renais crônicos e confluem para uma autoimagem negativa.

A mudança corporal decorrente das fistulas e da presença de cateteres foram as alterações mais prevalentes entre os estudos selecionados, as quais foram as principais

causas da percepção ruim da autoimagem. Estas alterações implicam complicações psicossociais, em especial a baixa autoestima, o estigma sofrido, a interrupção das atividades escolares e a socialização prejudicada. Torna-se imprescindível o conhecimento científico atrelado a uma sensibilidade de compreensão quanto ao que cada um desses pacientes está enfrentando, com um olhar holístico e humanizado, com o compartilhamento de conhecimentos e de sentimentos, afim de que seja prestada uma assistência individualizada e direcionada para as suas verdadeiras necessidades, visto que o enfermeiro é o elo entre o paciente e sua família, bem como com a equipe multiprofissional.

As limitações do estudo referem-se ao tipo do estudo, que impossibilita estabelecer uma relação de causalidade, além da escassez de pesquisas com esta população, remetendo assim a necessidade de novas pesquisas com pacientes nessas condições, a fim de complementar e orientar a atuação da equipe de Enfermagem e que abordem as principais modificações corporais e as relações existentes entre os aspectos sociais e clínicos no processo advindo pela terapia renal substitutiva.

REFERÊNCIAS

- ABREU, Isabella Schroeder *et al.* Children and adolescents on hemodialysis: attributes associated with quality of life. **Revista da Escola de Enfermagem da Usp**, São Paulo, v. 48, n. 4, p. 602-609, ago. 2014. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/s0080-623420140000400005>. Acesso em: 09 set. 2020.
- ABREU, Isabella Schroeder *et al.* Crianças e adolescentes com insuficiência renal em hemodiálise: percepção dos profissionais. **Revista Brasileira de Enfermagem**, São Paulo, v. 68, n. 6, p. 1020-1026, dez. 2015. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167.2015680604i>. Acesso em: 12 set. 2020.
- FASSBINDER, Tânia Regina Cavinatto *et al.* Capacidade funcional e qualidade de vida de pacientes com doença renal crônica pré-dialítica e em hemodiálise - Um estudo transversal. **J.Bras. Nefrol.**, São Paulo, v. 37, n.1, p. 47-54, Mar.2015. Available from<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010128002015000100047&lng=en&nrm0o>.accesson05Nov.2018.<http://dx.doi.org/10.5935/0101-2800.20150008>.
- FRAZÃO, Cecília Maria Farias de Queiroz *et al.* Modificações corporais vivenciadas por pacientes com doença renal crônica em hemodiálise. **Enfermería Global**, [S.L.], v. 15, n. 3, p. 289, 30 jun. 2016. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.6018/eglobal.15.3.220051>. Acesso em: 29 set. 2020.
- GOUVEIA, Denise Sbrissia e Silva *et al.* Analysis of economic impact among modalities of renal replacement therapy. **Jornal Brasileiro de Nefrologia**, São Paulo, v. 39, n. 2, p. 162-171, 2017. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.5935/0101-2800.20170019>. Acesso em: 08 out. 2020.
- MELO, Amanda Emilia Seabra *et al.* **Entre seguir e desistir: sentimentos de pacientes em tratamento dialítico**. 2014. Acesso em: 13/10/2020. Disponível em: <https://www.ojs.ufpi.br/index.php/reufpi/article/view/2826/pdf> .

NEVES, Precil Diego Miranda de Menezes; SESSO, Ricardo de Castro Cintra; THOMÉ, Fernando Saldanha; LUGON, Jocemir Ronaldo; NASICMENTO, Marcelo Mazza. Brazilian Dialysis Census: analysis of data from the 2009-2018 decade. **Brazilian Journal Of Nephrology**, São Paulo, v. 42, n. 2, p. 191-200, jun. 2020. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/2175-8239-jbn-2019-0234>. Acesso em: 12 set. 2020.

SILVA, Dejanilton Melo da *et al.* The body marked by the arteriovenous fistula: a phenomenological point of view. **Revista Brasileira de Enfermagem**, São Paulo, v. 71, n. 6, p. 2869-2875, dez. 2018. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2017-0898>. Acesso em: 15 out. 2020.

SILVA, Dejanilton Melo da. **A Enfermagem e o indivíduo em terapia hemodialíticapara proposição de cuidado humano em sua dimensão estética: uma abordagemfenomenológica**, 2018. Acessado em: 11/10/2020. Disponível em: <https://app.uff.br/riuff/bitstream/1/7247/1/Dejanilton%20Melo%20da%20Silva.pdf>.

SILVA SOP, LIMA CB. **Tratamento de pessoas com insuficiência renal crônica: Análise de cuidados de Enfermagem**. Temas emSaúde, 2016; 16(2): 332-346.

VILLAREAL, Miriam Álvarez *et al.* **Mudanças corporais e diminuição do desejo sexual após a diálise: um estudo qualitativo sobre as experiências de mulheres em uma unidade de diálise ambulatorial na Espanha**. Publicado em 2019 Acesso em: 11/11/2020. Disponível em: <https://www.mdpi.com/1660-4601/16/17/3086>

CAPÍTULO 18

CONTROLE DO TABAGISMO: TRATAMENTO NA ATENÇÃO BÁSICA GERA RESULTADOS POSITIVOS NO MUNICÍPIO DE BALSAS/MA

Data de aceite: 20/08/2021

Maria Luiza Nunes

Enfermeira, Coordenado da ESF do município de Balsas/MA
<http://lattes.cnpq.br/1667381559519806>
Maranhão – UEMA.

Ana Beatriz Vieira Lima

Acadêmica do 9º período de enfermagem da Universidade Estadual do Maranhão - UEMA
<http://lattes.cnpq.br/9348300365568222>

Ana Júlia Virginio dos Santos

Ana Caren dos Santos Paz

Acadêmica do 9º período de enfermagem da Universidade Estadual do Maranhão - UEMA
<http://lattes.cnpq.br/5698099425411267>

Bruna Kelly Rodrigues

Acadêmica do 9º período de enfermagem da Universidade Estadual do Maranhão - UEMA
Lattes <http://lattes.cnpq.br/5112069252489468>

Jádina Santos Silva

Acadêmica do 7º período de enfermagem da Universidade Estadual do Maranhão - UEMA
<http://lattes.cnpq.br/1558031555314617>

Lisley Flávia Rocha Pereira

Suzana Soares Lopes

Acadêmica do 7º período de enfermagem da Universidade Estadual do Maranhão - UEMA
<http://lattes.cnpq.br/7567684844015827>

Maria Eugênia Ferreira Frazão

Acadêmica do 7º período de enfermagem da Universidade Estadual do Maranhão - UEMA
<http://lattes.cnpq.br/1070789491435596>

Mikalela Rafela Aparecida Gomes

Acadêmica do 9º período de enfermagem da Universidade Estadual do Maranhão - UEMA
<http://lattes.cnpq.br/5110092021170016>

Tatiza silva Miranda Guimarares

Acadêmico do 7º período de enfermagem da Universidade Estadual do Maranhão - UEMA
<http://lattes.cnpq.br/9454810015333709>

Wesley Ribeiro Cordeiro

Acadêmico do 7º período de enfermagem da Universidade Estadual do Maranhão - UEMA
<http://lattes.cnpq.br/1608129123938465>

RESUMO: **Introdução.** O presente artigo irá abordar sobre os resultados do Programa Nacional de Controle ao Tabagismo no âmbito da Atenção Básica do município de Balsas/MA. Foi possível analisar dados da Organização Mundial da Saúde (OMS) e do INCA (Instituto Nacional de Câncer) a respeito do assunto, assim como a política Programa Nacional de Controle do Tabagismo – PNCT. **Objetivo.** Implantar o PNCT em 80% das Unidades Básicas de Saúde e quais os resultados da aplicação do programa no município de Balsas – MA. **Metodologia.** Este é um estudo prospectivo com abordagem quantitativa realizado com grupos de pessoas nas Unidades Básicas de Saúde em sessões de 60 minutos. **Resultados.** Os resultados mostram um grande sucesso e ao programa através das

participações nas sessões estruturadas e o sucesso do PNCT no município de Balsas. Quando aliado a medicamentos, adquire-se um sucesso maior. Sendo assim, o PNCT deve ser incentivado em todas as Unidades de Saúde para a melhoria da qualidade de vida da população tabagista.

PALAVRAS - CHAVE: Tabagismo, , Unidade de Saúde, adesão, sucesso, câncer.

TOBACCO CONTROL: TREATMENT IN PRIMARY CARE GENERATES POSITIVE RESULTS IN THE CITY OF BALSAS/MA.

ABSTRACT: **Summary:** **Introduction.** This article will address the results of the National Program for Tobacco Control in the scope of Primary Care in the municipality of Balsas/MA. It was possible to analyze data from the World Health Organization (WHO) and from INCA (National Cancer Institute) on the subject, as well as the National Program for Tobacco Control – PNCT. **Objective.** Implement PNCT in 80% of Basic Health Units and what are the results of the application of the program in the city of Balsas – MA. **Methodology.** This is a prospective study with a quantitative approach carried out with groups of people in Basic Health Units in 60-minute sessions. **Results.** The results show a great success and the program through the participation in the structured sessions and the success of the PNCT in the municipality of Balsas. When combined with drugs, it acquires greater success. Therefore, the PNCT should be encouraged in all Health Units to improve the quality of life of the smoker population.

KEYWORDS: Smoking, , Health Unit, adherence, success, cancer.

1 | INTRODUÇÃO

O tabagismo é reconhecido como uma doença crônica gerada pela dependência à nicotina, estando por isso, inserido na Classificação Internacional de Doenças (CID10) da OMS. Está associado à alta morbimortalidade, sendo responsável por aproximadamente cinco milhões de mortes ao ano (SPINK et al, 2009).

Para a Organização Mundial de Saúde (OMS), o cigarro é a principal causa de morte evitável em todo o mundo. Atualmente mais de cinco milhões de mortes anuais no mundo são atribuídas diretamente ao uso do cigarro, o que corresponde a 10 mil mortes por dia (BORGES, 2009). Ainda segundo a OMS, 600 mil pessoas morrem em decorrência do tabagismo passivo no mundo (OMS, 2009).

Somente no Brasil, cerca de 200 mil pessoas morrem por doenças diretamente relacionadas ao tabaco e segundo o INCA (Instituto Nacional de Câncer), mais de 2.600 pessoas morrem cada ano no Brasil devido a doenças relacionadas ao tabagismo passivo (INCA, 2011).

Sabe-se também que mais de 50 doenças estão relacionadas ao tabagismo, sendo muitas delas com alta taxa de morbi-mortalidade como câncer (laringe, esôfago, boca) doenças coronarianas, (infarto ou angina), bronquite, enfisema, aneurismas, úlcera no aparelho digestivo, infecções respiratórias, complicações na gravidez e impotência sexual masculina (BORGES et al, 2009).

O uso do cigarro compromete não só a vida individual como também gera para a sociedade em geral, como afirmam Pinto & Ugá, 2010: “*O tabagismo gera uma carga econômica substantiva para as sociedades, caracterizada pelos custos da assistência médica e da perda de produtividade devido à morbidade e à morte prematura*”.

2 | PROGRAMA NACIONAL DE CONTROLE DO TABAGISMO – PNCT

O PNCT tem suas diretrizes próprias voltadas para o setor social e econômico que favorece o crescimento do uso de tabaco entre a população. Dentre elas se ressalta: Criação de um contexto social e político que favoreça a redução do uso da nicotina; Equidade, integralidade e intersetorialidade nas ações; Criação de parcerias para o enfrentamento; Redução da aceitação social do tabagismo e redução do estímulo para iniciação ao uso; Proteção contra os riscos do tabagismo passivo.

As ações realizadas pelo PNCT são: diminuição das propagandas, campanhas de incentivo de deixar o uso do tabaco, implantação do próprio programa, formação para profissionais de saúde, auxílio de suplementos, medicamentos necessários para quem adere ao programa, apoio psicossocial, disque pare de fumar entre outros (CAVALCANTE, 2008). s

O PNCT contempla um subprograma que consiste na abordagem de Terapia Cognitiva Comportamental – TCC, aliada a Terapia medicamentosa que objetiva aumentar o acesso das pessoas que fazem uso do cigarro na cessação do tabagismo e sensibilizar gestores e capacitar profissionais para que a assistência ao fumante faça parte da rotina dos demais procedimentos dentro das Unidades Básicas de Saúde através do acolhimento e acompanhamento das pessoas que desejam parar de fumar. Este é o modelo preconizado pelo Ministério da saúde que seja implantado nas unidades básicas de saúde no território nacional. Este programa consiste em cinco tipos de abordagem: Breve/mínima, abordagem básica, abordagem específica/intensiva, abordagem dos fumantes que tiveram lapso ou recaídas, abordagem do fumante que não deseja parar de fumar e abordagem do não fumante. Segundo o consenso de cessação de tabagismo qualquer que seja o tempo de abordagem cognitivo comportamental aumenta a taxa de abstinência, porém, as abordagens não podem ultrapassar 90 minutos. Após a avaliação clínica, os tabagistas interessados e parar de fumar participam das sessões estruturadas e sessões de manutenção que acontecem a cada quadrimestre por ano (CONSENSO, 2001).

As sessões podem ser individuais ou em grupos de apoio entre 10 e 15 participantes, coordenada por um ou dois profissionais de saúde, não se recomendam sessões com números de participantes inferiores a 03. As quatro sessões iniciais devem ser preferencialmente realizadas semanalmente, seguidas de duas sessões de manutenção quinzenais e uma reunião mensal aberta com a participação de todo o grupo com prevenção de recaída até completar um ano. Os indivíduos com alto grau de dependência à nicotina

farão uso de medicamentos (CONSENSO, 2001).

Na TCC, o Ministério da Saúde orienta o uso farmacológico e fornece apoio medicamentoso que tem por objetivo minimizar a abstinência quando existe dificuldade dos usuários somente com a TCC. Dentre os medicamentos os mais utilizados são: Adesivos de Nicotinelli, Goma de mascar e o comprimido de Bupropiona (BRASIL, 2011).

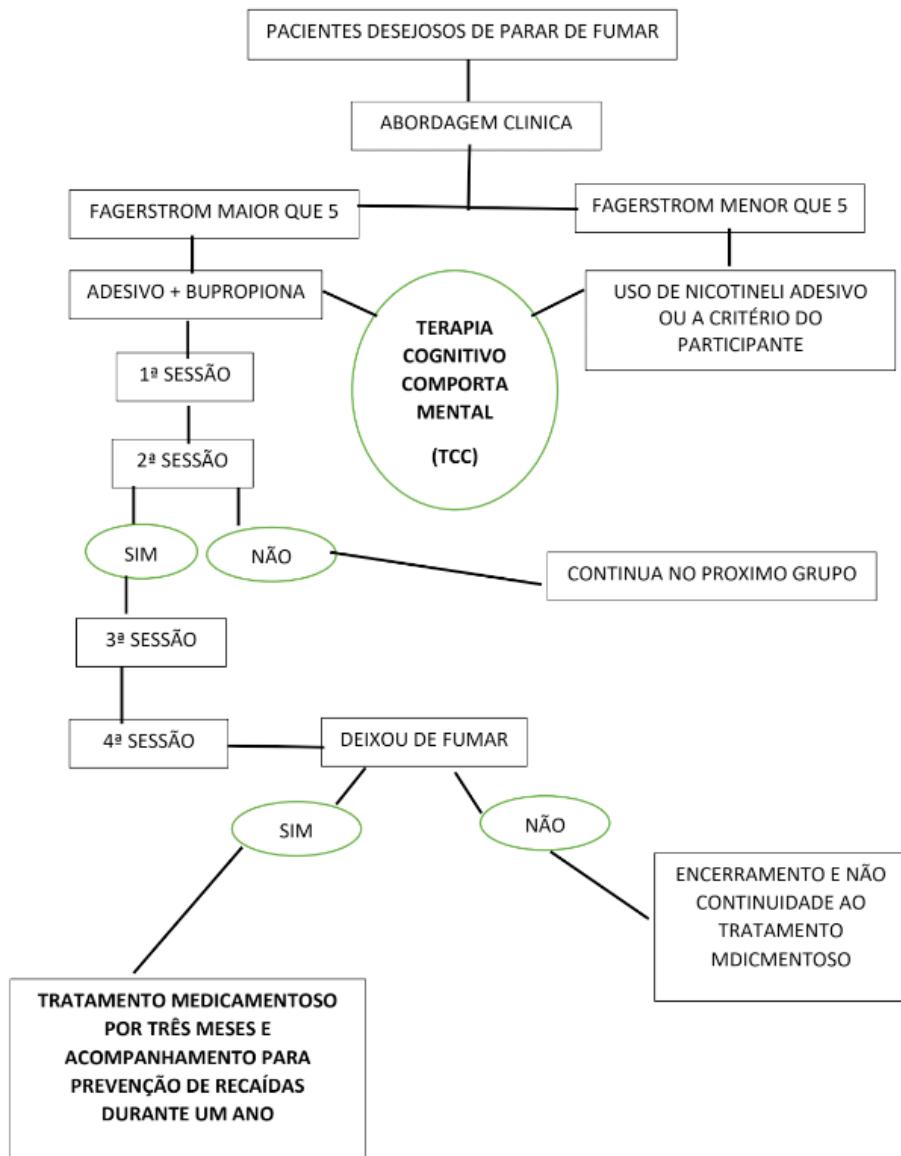
No município de Balsas, o PNCT foi iniciado em 2018 com o objetivo de implantar os consultórios de tabagismo em 80% das Unidades Básicas de Saúde e avaliar a adesão e participação dos tabagistas nas sessões terapia cognitiva comportamental (TCC) e cessação do tabagismo.

3 I METODOLOGIA

É um estudo prospectivo com abordagem quantitativa. Foram realizados os grupos nas Unidades Básicas de Saúde com número de 8 a 12 participantes, todos os tabagistas participaram da abordagem clínica realizadas pelos profissionais médicos e enfermeiras, para classificação do grau de dependência através do teste de Fagestrom, risco para depressão e orientações sobre o programa. As sessões aconteceram de forma estruturadas (4 encontros no primeiro mês) e as sessões de manutenções (com duração de 1 anos). As sessões tinham a duração de aproximadamente 60 minutos, também foram distribuídos manuais aos participantes. Todas as pessoas que necessitaram, foram encaminhadas para consulta médica para prescrição medicamentosa e apoio do NASF.

programa oferecido à população tabagista interessada em participar das sessões de TCC, aconteceram entre janeiro a dezembro de 2018, foi implantando consultório de tabagismo em 20 das 24 unidades básicas de Saúde existentes no município de Balsas e foram avaliados 139 tabagistas.

No fluxograma a seguir se observa como se desenvolveu na prática, desde a abordagem até o desfecho final.



RESULTADOS E DISCUSSÕES



Gráfico 1. Tabagistas avaliados durante os três quadrimestres /2018.

Fonte: APS do Município de Balsas/ 2018

O gráfico 1 representa as avaliações dos tabagistas, foram realizados nos meses de janeiro com 39 tabagistas, maio com 52 tabagistas e setembro foram avaliados 48 tabagistas.



Tabela 2. Participação nas sessões estruturadas por quadrimestre.

Fonte: APS do Município de Balsas/ 2018

Observa-se grande adesão ao programa através das participações nas sessões estruturadas. No primeiro quadrimestre houve uma adesão de 71%, no segundo quadrimestre aproximadamente 54% e no segundo quadrimestre a adesão foi de 58%. Houve uma adesão de 61% durante todo o ano de 2018, que é considerada muito boa.

Estudos realizadas por (Oliveira 2014) relatam uma adesão de 54%. Dados semelhantes também foram obtidos por um grupo de pesquisadores do Rio Grande do Sul onde houve uma adesão entre os que concluíram o tratamento de 61% (OLIVEIRA et al,

2014). Paulina. et al, 2016, ao realizar um estudo de corte sobre o abandono ao tratamento do tabagismo relatam que dos 216 participantes, 74 abandoaram o tratamento e houve uma adesão de aproximadamente 66%.



Gráfico 3. Cessão, abando e diminuição de cigarros

Fonte: APS do Município de Balsas/ 2018.

No gráfico 3 é notório o sucesso do PNCT no Município de Balsas. É interessante observar que mesmo quem não conseguiu 2º quadrimestre, o número de pessoas que conseguiram deixar de fumar foi maior em relação aos outros quadrimestres, mesmo com a quantidade de usuários, semelhante ao 3º quadrimestre (48 e 52 tabagistas em cada quadrimestre respectivamente), assim se pode afirmar que o sucesso foi de 53,3% durante o ano de 2018.

GAIOTTO et al, relatam que 54% dos tabagistas acompanhados em sua pesquisa deixaram de fumar após a 4ª sessão de TCC e continuaram sem uso do cigarro após 12 meses de acompanhamento. Proporções semelhantes foram encontradas no estudo realizado por Silva et al, 2013 ao realizarem sua pesquisa com tabagista num centro de Assistência Integral à Saúde de Passo Fundo/RS. Dos 47 tabagistas que iniciaram o tratamento, 54,7% completaram o tratamento e obtiveram sucesso na cessação de fumar.

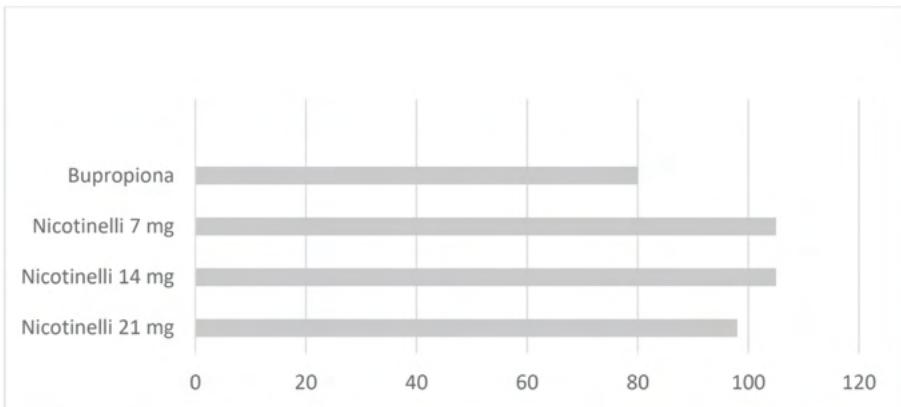


Gráfico 4. Uso medicamentoso

Fonte: APS do Município de Balsas/ 2018.

Conforme o gráfico 4, dos 139 tabagistas avaliados e participaram das seções de TCC, 105 fizeram uso de algum dos medicamentos oferecidos na Unidade Básica de Saúde, perfazendo total de 75,5%. Isto demonstra que a Terapia Cognitiva Comportamental aliada ao uso medicamentoso, produz maior eficácia.

Segundo Silva& Schineider 2013, em estudos com grupos de tabagistas, afirmam que quando é utilizado também o uso medicamentos, adquire-se um sucesso superior a 50% em relação ao não uso aliado à TCC.

Em relação à implantação dos consultórios de tabagismos, os mesmos foram implantados em 83% das Unidades Básicas de Saúde do município de Balsas, pois das 24 UBSs, foram implantadas em 20 ESF.

4 | CONCLUSÃO

Observou-se um excelente funcionamento do PNCT com alcance dos objetivos propostos, pois o programa foi implantado e a adesão e sucesso as cessação do cigarro foram avaliados e sem sombra de dúvidas, pode se afirmar que as Terapias Cognitivas Comportamentais aliadas ao uso medicamentoso colaboraram para a adesão e o sucesso do programa. Pois na medida em que se oferece a possibilidade de colaborar com quem quer deixar de fumar, é necessário que além da abordagem e do acolhimento qualificado, se ofereça também o suporte medicamentoso para a prevenção de recaídas. O Programa nacional de Controle do Tabagismo vem dando respostas positivas e proporcionando a, muitas pessoas a mudança de estilo de vida. Acredita-se que o PNCT deve ser incentivado em suas implantações em todas as Unidade de saúde, assim como a sua continuidade no município para promover a saúde e melhoria na qualidade de vida.

REFERÊNCIAS

BAIOTTO. C.S. et al. **Avaliação da efetividade do programa nacional de controle do tabagismo no centro municipal de saúde de Pejuçara.** BIOMOTRIZ, v.10, n. 02, p. 35 – 50, Dez. Rio Grande Do Sul: 2016

BORGES, et al. **Carga da doença atribuível ao tabagismo em Portugal.** Revista Portuguesa se Pneumologia. Vol XV, N.º 6 Novembro/Dezembro 2009.

BRASIL Instituto Nacional do Câncer. **Pesquisa Especial de Tabagismo – PETab.** Organização Pan-Americana da Saúde: relatório Brasil. Rio de Janeiro: Inca; 2011.

_____. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer – INCA. Coordenação de Prevenção e Vigilância (CONPREV). **Abordagem e Tratamento do Fumante – Consenso 2001.** Rio de Janeiro: INCA, p. 38, 2001.

CAVALCANTE, M.B.T.C.; ALVES, M.B.S.; BARROSO, M.G. **Adolescência, Álcool e Drogas:** uma Revisão na Perspectiva da Promoção da Saúde. Esc Anna Nery Rev Enferm 2008 set; 12 (3): 555-59.

OLIVEIRA, D. M.; LOPES, M. C.; SANTOS, D.; VILLELA, E. F. M. **Estilo de vida e indicadores antropométricos de idosas praticantes de atividade física.** RBCEH, Passo Fundo, v. 13, n. 2, p. 171-183, maio/ago. 2016. RS.

OMS Organização Mundial da Saúde. **Tabagismo & saúde nos países em desenvolvimento.** 2009. Disponível em: http://www.inca.gov.br/tabagismo/frameset.asp?item=pub.licacoes&link=tabagismo_saude.pdf

PAULINA, M. M. C. **Abandono do tratamento da dependência à nicotina:** Um estudo de coorte. São Paulo: Med. J. vol.134, no.1, São Paulo, Jan./Feb. 2016.

PINTO, M.; UGÁ, M. A. D. **Os custos de doenças tabaco-relacionadas para o Sistema Único de Saúde.** Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 26(6):1234-1245, jun, 2010.

SILVA, J. Á.; FONSECA, M. R.; MELO, M. A. V.; MELO, P. M. **O peak flow expiratório em mulheres fumantes e não fumantes e suas medidas de confiabilidade.** ASSOBRAFIR Ciência. 2013 Abr;6(1):41-48 . UNIAPAC. MG.

SILVA, D. N.; SCHNEIDER. Programa de controle ao tabagismo em um centro de atendimento integral à saúde: perfil e resultados. **Revista Saúde e Desenvolvimento.** vol.4 n.2 I jul/dez 2013. RS.

SPINK, et al. **A construção do tabagismo como problema de Saúde Pública:** uma confluência entre interesses políticos e processos de legitimação científica. INTERFACE - Comunicação, Saúde, Educação v.13, n.29, p.353-65, abr./jun. 2009

CAPÍTULO 19

INTOXICAÇÃO POR CHUMBO LEAD POISONING

Data de aceite: 20/08/2021

Data da submissão: 28/05/2021

Arthur Silva Pimentel de Jesus

Discente do Curso de Farmacia da Faculdade
Única de Ipatinga (FUNIP)
Coronel Fabriciano - MG

Amanda Tainara Fernandes Reis

Discente do Curso Farmacia da da Faculdade
Única de Ipatinga (FUNIP)
Ipatinga – MG

Daiane Silva Costa

Discente do Curso de Farmacia da Faculdade
Única de Ipatinga (FUNIP)
Ipatinga – MG

Ingrid Michelle Ferreira

Discente do Curso de Farmacia da Faculdade
Única de Ipatinga (FUNIP)b2Ipatinga – MG

Rafaela Perpetua Silva

Discente do Curso de Farmacia da Faculdade
Única de Ipatinga (FUNIP)
Santa Bárbara – MG

Thais Suelen Leal Lobo

Discente do Curso de Farmacia da Faculdade
Única de Ipatinga (FUNIP)
Ipatinga – MG

Arilton Januario Bacelar Junior

Professor titular da farmacologia e Imunologia
da Faculdade Única de Ipatinga (FUNIP)
Ipatinga – MG

RESUMO: A intoxicação por chumbo pode ser adquirida por meio de diversos fatores, como exposição ocupacional, ambiental, por vias respiratórias, digestivas ou por meio do contato de objetos contaminados, a intoxicação pode ser aguda ou crônica sendo determinada pelo tempo de exposição e traz inúmeros riscos tanto para adultos quanto para crianças. Os órgãos lesionados podem estar localizados externamente ou internamente podendo apresentar sinais de irritabilidade ou danos em sua atividade biológica, pelo fato de que o chumbo é um metal altamente tóxico aos diversos sistemas do corpo humano, como cérebro, sistema hematopoiético, sistema renal, sistema nervoso periférico e gastrointestinal. A contaminação por chumbo pode causar doenças severas e levar à morte, a acumulação de chumbo no organismo pode afetar o sistema nervoso, sangue, rins e sistema digestivo. O tratamento consiste em eliminar do organismo o chumbo acumulado, normalmente é tratado com a utilização de três quelantes: Edetato dissódico de cálcio, dimercaprol e ácido dimercaptossuccínico. O tratamento mais específico para intoxicação por chumbo consiste na utilização de vitaminas, mineiras e aminoácidos, além do uso de fibras.

PALAVRAS - CHAVE: Chumbo, Intoxicação, Manifestações.

ABSTRACT: Lead poisoning can be acquired through various factors, such as occupational, environmental, respiratory, digestive or contact with contaminated objects, poisoning can be acute or chronic being determined by the time of exposure and carries numerous risks. For both

adults and children. Injured organs may be located externally or internally and may show signs of irritability or damage to their biological activity due to the fact that lead is a highly toxic metal to the various systems of the human body, such as the brain, hematopoietic system, renal system, peripheral nervous system and gastrointestinal. Lead contamination can cause severe illness and lead to death, lead accumulation in the body can affect the nervous system, blood, kidneys and digestive system. Treatment consists of eliminating accumulated lead from the body, which is usually treated with the use of three chelators: calcium disodium edetate, dimercaprol and dimercaptosuccinic acid. The most specific treatment for lead poisoning is the use of vitamins, minerals and amino acids, as well as the use of fibers.

KEYWORDS: Lead, Poisoning, Manifestations.

1 | INTRODUÇÃO

O chumbo (Pb) é uma substância química que pertence ao grupo 14 da tabela periódica, sendo ele um elemento de número de elétron mais energético na subclasse s ou p. Ele é um mal condutor de elétron, apresenta em forma sólida na temperatura ambiente, possui alta resistência a corrosão. O Pb é um metal acumulativo, que causa toxicidade, sendo esta ocorrida em trabalhos industriais, mas também ocorre através de contaminação da água, alimentos, ar, leite materno, dentre outras. A exibição a este metal corresponde a 674.000 mortes ao ano, os impactos deste metal no organismo irão depender do prazo de exibição do indivíduo e do nível no sangue. (PEREIRA; RODRIGUES, 2013)

O Pb se encontra na natureza livremente ou associado com outros metais, possui coloração cinza e azul, sem cheiro, com muito brilho, maleável, bem rígido e não possui solubilidade em solventes orgânicos. Esse metal se funde a uma temperatura de 327°C, chegando a 1725°C na temperatura de vaporização. O Pb que não é composto de matéria animal ou vegetal pode demonstrar condições oxidativas +2 e +4, o mesmo tem uma estabilidade no íon Pb²⁺ e associado ao sulfuro se tem a formação da galena, do qual é tirado aproximadamente o Pb principal. Já o Pb⁴⁺ configura presença de carbonos e ligações covalentes que forma o tetrametilchumbo Pb (Pb(CH₃)₄) e chumbo tetraetila Pb (C₂H₅)₄. (SIMÕES, 2015)

Ele pode provocar degeneração ao organismo pois afeta muitas estruturas do organismo humano, podendo copiar a atividade do cálcio e haver interação com proteínas. Interferindo na ação das membranas das células e das enzimas formando uma estabilidade para se ligar com sulfuro, fósforo, azoto ou oxigênio. Quando ocorre uma toxicidade com este metal o organismo sofre consequências clínicas ou bioquímica, ou seja, podendo envolver vários órgãos atrapalhando o sistema. No caso de crianças o envenenamento por Pb pode afetar a coordenação motora e em adultos exibidos accidentalmente ou ocupacional pode ocorrer transtorno neurológico, prejudicar o funcionamento dos rins, causando problemas gastrointestinais e reprodutivo. (INFARMA, 2015)

As formas de absorção do Pb podem ocorrer de forma oral, podendo ser ingerido por via cutânea e pulmonar, quando ocorre a inalação do metal por meio da respiração. Os

fatores que são levados em conta pela ação do chumbo no organismo são: idade, genética e imunidade. O grau de intoxicação vai depender do prazo de exposição do indivíduo, o que pode desenvolver efeitos como anemia, vômitos, convulsões e até mesmo a morte. (FRAGA *et al.*, 2018)

O objetivo geral desse é descrever sobre a intoxicação causada pelo chumbo, e os efeitos no organismo de crianças e adultos. Tendo assim como objetivos secundários tratar de expor sua toxicocinética, efeitos nos principais sistemas (Renal, gastrointestinal, neurológico, entre outros), os tipos de intoxicação, fatores de risco e tratamento. (PEREIRA; RODRIGUES, 2013).

2 | METODOLOGIA

Essa é uma pesquisa de objetividade descritiva por meio de uma revisão de literatura, fundamentada no tema intoxicação por chumbo e que inclui o conteúdo de interdisciplinaridade Toxicologia, Química orgânica, Farmacologia e Patologia.

A presente pesquisa contribui de forma reflexiva e racional sobre a intoxicação por chumbo, dados comprovam à toxicidade do mesmo. Recorreu-se como eixo de consulta a ferramentas de pesquisa do tipo Google Acadêmico, Scielo, Scholar, onde foram escolhidas publicações do tema por meio de buscas como “intoxicação por chumbo”, ‘elemento químico chumbo” e “efeitos do chumbo no organismo”.

3 | ATUAÇÃO DO CHUMBO NO ORGANISMO

A intoxicação através do Pb afeta grande parte da população, as áreas industriais são as mais atingidas, sendo que nas crianças e adolescentes o efeito é mais potencializado do que comparado em adultos. Dados toxicológicos relacionam a elevação da plumbemia à hiperatividade e alteração de humor em crianças, além de ausência de intelecto, embaraço mental e pouca percepção visual. (OLIVEIRA, 2008)

A intoxicação causa vários sintomas, na qual sua gravidade irá depender do grau de período de exposição, além da identificação prévia e aplicação de medidas preventivas e de tratamento. A anemia é classificada como um dos indícios mais claros do envenenamento pelo Pb, consequência do impedimento da via de biogênese da heme pelo chumbo e da remoção precoce dos glóbulos vermelhos da circulação através do sistema monicitico-macrofágico existente nos órgãos hematopoéticos. (OLIVEIRA, 2008)

A obstrução da rota de biossíntese da heme acarreta aglomeração de metabolitos, tal como o ácido aminolevulínico e a zincoproporfirina, estes são utilizados como marcadores do Pb na intoxicação. A deterioração precoce dos glóbulos vermelhos está fundamentalmente comparada à meia-vida do Pb na circulação sanguínea estando as membranas celulares comprometidas em ação do método oxidativo provocado pelo

chumbo. (SCHIFER *et al.*, 2005)

Os meios fisiológicos de absorção, distribuição, armazenamento e excreção do chumbo são inspirados por elementos endógenos (aspectos antropométricos, formação genética e vitalidade) e elementos exógenos, como período na qual está exposto ocupacionalmente, como também exposto a outras substâncias, fumo, álcool e drogas. Dentro os meios de absorção do Pb está a exposição oral, aspiração ou pela derme, mas menos prejudicial que as duas primeiras citadas. A dose oral que as crianças podem absorver de chumbo solucionável em água é 40-50%, já os adultos somente 3 a 10%. (SILVA, 2017)

Na via respiratória, partículas de chumbo maiores ou igual a 5 µm afetam o local do trato respiratório superior da nasofaringe. Através do deslocamento muco ciliar, essas partículas são transpostas até o esôfago, seguem pela rota gastrointestinal após serem deglutidas, sendo capaz de atravessar os capilares por meio da difusão e atingir a corrente sanguínea. A introdução do chumbo pela rota gastrointestinal acontece principalmente no duodeno, pode ocorrer pelo deslocamento passivo ou ativo, para celular ou transcelular. Fatores como jejum, alimentação, idade do indivíduo, tipo do Pb e caracteres das partículas influencia na absorção. (COUTINHO, 2017)

A distribuição do chumbo acontece nos tecidos moles (SNC, medula óssea rins e fígado), no sangue arcada dentaria e ossos. Dados que o Pb é qualitativamente um afim biológico do cálcio, no osso acontece o seu armazenamento onde está localizado o sitio principal, que abrange cerca de 90% a 95% da capacidade de todo o chumbo presente no corpo. O acúmulo de chumbo na circulação sistêmica é inferior a 2% da totalidade presente no organismo, sucedendo 90% a 99,8% do chumbo encontram-se junto a partes proteicas (essencialmente a hemoglobina) a membrana e os demais está junto à albumina e íons soltos. (SIMÓES, 2015)

O Pb é eliminado por diversas vias, especialmente pelas vias gastrointestinal e renal; todavia, o Pb é capaz de ser excretado em quantidades mínimas pela transpiração, couro cabeludo, saliva e unhas. Caracteres de exibição e idade são fatores que determinam a quantidade de chumbo eliminada pelo organismo. A analogia dos dados referente ao movimento do Pb nos adultos e crianças revela que, provavelmente, tem uma porcentagem de eliminação menor em crianças. Crianças com anos de zero a dois anos apresentam 34% da quantia integral de chumbo consumido, sendo que adultos apresentam somente 1%. (PEDROSO, 2017)

O sistema hematológico é um problema quando se trata de toxicidade por chumbo em crianças, pelo fato de a criança colocar objetos na boca sem ter maldade da contaminação, e o chumbo está no meio ambiente levando a intoxicação. Sintomas como retardo mental, retardo no crescimento, hiperatividade e anemia em crianças, requer uma investigação mais profunda, O chumbo também possui danos oxidativos e consequentemente diminui a sobrevida sobre os eritrócitos. (PEREIRA; RODRIGUES, 2013)

O cérebro é principal órgão afetado em relação a intoxicação por chumbo, podendo provocar uma encefalopatia desde mais simples até uma patologia mais severa como cefaleia aguda, perda de concentração, depressão, sonolência, esses sintomas podem ou não se agravar, um tipo de agravamento que podemos citar é paranoia, delírios e pode levar até a alucinações. (CAPITANI, 2009)

Uma longa exposição ao chumbo poderá causar enfermidades renais gradativas e irreversível. A doença renal provocada por chumbo é definida por uma diminuição da função dos rins e pode ser acompanhada por hipertensão. As sequelas que o chumbo pode deixar nos rins acontecem de acordo com os níveis altos de chumbo que o indivíduo entra em contato, e se dão por disfunção tubular renal reversível e nefropatia intersticial irreversível. (MOREIRA *et al.*, 2004)

O chumbo tem se mostrado um perigoso nefrotóxico. A toxicidade renal pode se apresentar através de distúrbios reversíveis nos túbulos renais e nefropatia intersticial irreversível. Seus dados clínicos se apresentam como proteinúria, hematúria e presença de cilindros na urina. (SCHIFER *et al.*, 2005)

3.1 Efeitos neurológicos

O sistema nervoso é o conjunto de órgãos mais vulnerável à intoxicação por chumbo, sendo a encefalopatia uma das mais perigosas intoxicações por chumbo em crianças e adultos. O envenenamento por chumbo na infância pode ter consequências perduráveis, como baixo QI e deficiência cognitiva. Ao longo do crescimento de uma criança, o sistema nervoso pode ser acometido por valores de chumbo menores do que $10 \mu\text{g}.\text{L}^{-1}$, níveis que já foram apontados como seguros, já nos adultos, o sistema nervoso central também pode ser infectado por concentrações comparativamente baixas (Pb-S em torno de $40 \mu\text{g}.\text{dL}^{-1}$). Nos adultos os danos sobre o sistema nervoso periférico, inicialmente o motor, são mais encontrados. (MOREIRA *et al.*, 2004)

3.2 Efeitos gastrintestinais

Nota-se sintomas intestinais que definem a exposição ao metal, especialmente devido a mudança que o chumbo causa na musculatura lisa do intestino. A manifestação mais prévia e muito incômoda é a cólica saturnina (síndrome abdominal avançada), que se define por espasmos intestinais que causam dor abdominal intensa. Os músculos abdominais tornam-se rígidos, ocorrendo hipersensibilidade intensa na região do umbigo, febre e palidez. (MOREIRA *et al.*, 2004)

Um dos efeitos iniciais do quadro de infecções por chumbo é a cólica, em indivíduos que se expõe durante o trabalho ou em exposições agudas a níveis mais altos de chumbo, também observado como sintoma de envenenamento por chumbo em crianças. Conquanto ocorra normalmente em níveis de Pb-S de 100 a 200 $\mu\text{g}.\text{dL}^{-1}$, também tem sido observada, algumas vezes, em diligentes com níveis mais baixos, como por exemplo 40 a 60 $\mu\text{g}.\text{dL}^{-1}$. Um outro exemplo de exteriorização bem conhecida da exposição ao chumbo é a linha

azulada nas gengivas. (MOREIRA *et al.*, 2004)

No entanto essa linha causada pelo chumbo não quer dizer que o paciente esteja intoxicado por chumbo. Pode ser formada por precipitado de sulfeto, e só indica que o indivíduo entrou em contato com o tal metal e que tem higiene bucal precária. Ainda que os sinais e sintomas gastrintestinais sejam considerados específicos há muito tempo, tem sido demonstrada pouca atenção para a definição das relações de dose-efeito. Tais sintomas ocorrem em labutadores expostos ao chumbo em que a exposição original é por inalação, e em crianças quando a exposição ocorre pela via oral. (MOREIRA *et al.*, 2004)

3.3 Efeitos Hematológicos

A partir de certa concentração de chumbo no sangue, podem ser notados pontilhados basófilos (agregação de ácido ribonucléico) nas hemácias. Continuando a exposição e, portanto, a intoxicação crônica, progride a anemia microcítica hipocrômica em função da atenuação de sobrevida das hemácias e bloqueio da síntese do ferro heme. (FRAGA *et al.*, 2018)

No envenenamento por chumbo, a anemia não está obrigatoriamente relacionada à deficiência de ferro. Na maioria das vezes varia de leve à moderada em adultos, os valores de hemoglobina variam de 8 a 12 g/100 mL⁻¹ e algumas vezes pode ser mais grave em crianças. Os desvios hematológicos que induzem à anemia pelo chumbo são considerados como resultado de sua ação tóxica sobre as células vermelhas e eritropoéticas na medula óssea. (MOREIRA *et al.*, 2004)

Tais efeitos compreendem inibição de síntese da hemoglobina e encurtamento do tempo de vida dos eritrócitos circulantes, resultando na estimulação da eritropoese. Entretanto a anemia não é uma manifestação precoce do envenenamento por chumbo, sendo incomum sem outros efeitos detectáveis, e só quando o nível de chumbo se torna elevado por longos períodos ela se torna evidente. (MOREIRA *et al.*, 2004)

4 | SINTOMAS DE INTOXICAÇÃO AGUDA E CRÔNICA

Os sintomas de uma intoxicação aguda são a anorexia, palidez na pele, icterícia, desequilíbrio, convulsões, sinais de insuficiência renal e hipertensão arterial de transição. Já os sintomas de uma intoxicação crônica podemos citar fadiga, perda de memória, anorexia, libido, linha de deposição de sulfeto de chumbo na gengiva, queimação epigástrica. (CAPITANI, 2009)

A exposição ocupacional pode afetar a quantidade de chumbo no sangue, embora exista uma relação entre abundância de chumbo e desempenho no teste neurocomportamental, o contato eventual com esses agentes biológicos pode trazer muitos riscos motores, comportamentais e fisiológicos por ser um elemento químico altamente prejudicial à saúde do homem. O envenenamento por chumbo pode causar efeitos indesejáveis no SNC, cardiovascular, renal, reprodutor, endócrino hematológico e

neuromuscular. Chumbo Inorgânico provoca intoxicação na via respiratória e digestiva. Ele acomete com lesões nos tecidos flácidos e subdividi nos ossos, cabelos e dentes. Chumbo orgânico é acumulado pela pele sem muito impedimento, pelo trato gastrointestinal e pelos pulmões. (SCHIFER *et al.*, 2005)

Em intoxicações agudas são observados sintomas e sinais de náuseas, dores abdominais, êmese, constrição das mucosas da boca, anorexia, constipação, palidez cutânea, icterícia, mal-estar, convulsão, coma e pode vir a óbito em dois dias se medidas imediatas não forem efetuadas. É excepcionalmente valioso evitar a exposição ao chumbo e se houver propagação na fase aguda, é importante se dirigir a um hospital para realizar a lavagem gástrica após exames para dosar a concentração de chumbo no organismo, pode ser feito também a administração de quelantes em quadros de convulsões e ácidos como barbitúricos ou diazepínicos. (SCHIFER *et al.*, 2005)

A intoxicação crônica é comum e pode abranger ao mesmo tempo várias funções do organismo. Posteriormente, vislumbra-se a falta de coordenação, dores nos ombros, articulações e abdômen, torvação, vômitos constantes, distúrbios sensitivos, e irregularidade do ciclo menstrual. E em níveis mais progressivos da doença, sobrevém ataxias, vômitos incessantes, períodos de inércia ou exaustão que envolve diminuição da energia, da capacidade mental e da motivação, encefalopatia, delírios, convulsões e coma. (FRAGA *et al.*, 2018)

A exposição crônica afeta no desempenho neural principalmente de crianças como também causa alterações comportamentais. A ministração de quelantes em via endovenosa ou intramuscular, tem efeito acelerado na redução dos níveis plasmáticos de chumbo e dos impactos nos compostos hematológicos. (FRAGA *et al.*, 2018)

4.4 Classificação de agentes tóxicos

O composto químico possui um composto exógeno que vai causar algum grau de toxicidade, que quando se aproxima do organismo induz uma resposta ou ação prejudicial à saúde, podendo ou não levar a lesões estruturais em órgãos e que pode levar até a morte. (FRAGA *et al.*, 2018)

A contaminação por chumbo tem uma grande relevância dada à degradação ambiental, devido à exibição ao ar, solo e água contaminada, que é uma das formas mais comuns de que um indivíduo pode ser acometido de envenenamento por meio desse metal. A exposição eventual de forma indireta em áreas de processamento desse mineral, o contato ocupacional em indústrias automobilísticas, estabilizantes para plásticos, produção de cerâmicas, soldagem e petrolífera contribuem para o aumento do percentual de chances de contrair uma doença. (GUAGNINI, 2017)

Existe a periculosidade devido a inalação passiva dentro de construções antigas, tintas e matérias a base de chumbo ou com chumbo em sua composição, cosméticos, pratos esmalteados, combustíveis, agua de canos soldados com chumbo, e esse risco

dobra ainda mais quando se trata de crianças por serem especialmente susceptíveis à contaminação por chumbo, pois pequenas quantidades podem ser suficientes para atingir gravemente seu desenvolvimento físico e mental. (GUAGNINI, 2017)

Existem casos de tratamentos em neonatos onde é preciso a realização de transfusão de sangue, outro fator contribuinte é a contaminação por meio da placenta de uma mãe com níveis exorbitantes de chumbo no sangue, comprometendo o feto. Os efeitos tóxicos agravantes na saúde do homem estão relacionados à dose, quanto maior o nível mais simples de se distribuir ou concentrar em vários órgãos alterando seu funcionamento normal. (DASCANIO *et al.*, 2016)

5 / TRATAMENTO

O tratamento por intoxicação por chumbo é necessário a pacientes sintomáticos ou que apresentem níveis sanguíneos de chumbo superiores a 50 µg/dl, evidencializados em exames laboratoriais. A intoxicação é causada pelo metal em questão, normalmente é tratada com a utilização de três quelantes: edetato dissódico de cálcio (CaNa₂ EDTA), dimercaprol e ácido dimercaptossuccínico. (ROCHA, 2017)

Os dois primeiros são normalmente utilizados em associação, em função dos seus efeitos sinérgicos e são administrados por via intramuscular, podendo o edetato dissódico de cálcio ser administrado por via intravenosa lentamente. O ácido dimercaptossuccínico também é eficaz, sendo utilizado por via oral, administradas para ligar o chumbo, resultando em formas que podem se excretadas pelo sistema excretor. (ROCHA, 2017)

Encontram-se, entre os exames laboratoriais que auxiliam o diagnóstico e o acompanhamento dos indivíduos intoxicados por chumbo, indicadores de exposição e indicadores de efeitos biológicos. Os primeiros são úteis na busca e acompanhamento de indivíduos expostos ao chumbo e indicam que grau de exposição está ocorrendo. A concentração de chumbo no sangue (Pb-S) é o índice biológico atual mais preciso de exposição ao metal, refletindo o equilíbrio entre a quantidade de chumbo absorvida, distribuída nos tecidos moles e eliminada. (RIBEIRO, 2017)

O tratamento mais específico para a intoxicação por chumbo consiste na utilização de vitaminas, minerais e aminoácidos, além do uso de fibras e dos agentes quelantes. O uso destes nutrientes visa a sua reposição, de forma que atuem como agentes desintoxicadores e antioxidantes, sendo altamente benéficos para o organismo intoxicado. (RIBEIRO, 2017)

Para o controle dos quadros de agitação, sensibilidade extrema e possíveis convulsões utilizam-se barbitúricos (resultado da união do ácido malônico com a ureia) ou fármacos benzodiazepínicos. Medidas sintomáticas e de manutenção incluem assistência adequada dos profissionais de saúde verificando às condições respiratórias, manutenção do equilíbrio hidroeletrolítico e prevenção de agravamento de edema cerebral, podendo em casos mais acentuados a realização de transfusões sanguíneas e terapia para tratar

quadros de anemia. (RIBEIRO, 2017)

Além disso, é necessário que a pessoa contaminada seja submetida a avaliações multiprofissionais que possam identificar prejuízos em seu desenvolvimento, considerando principalmente as funções neuropsicológicas e sociais que possam estar comprometidas em razão da contaminação. É importante salientar a relevância de estudos longitudinais, que acompanhem as crianças ao longo de um período, visto seu potencial para levantar inferências entre a plumbemia e os indicadores de desenvolvimento infantil (DASCANIO et al., 2016)

6 | CONSIDERAÇÕES FINAIS

O desenvolvimento desse estudo possibilitou uma análise de como o chumbo é prejudicial à saúde e ao meio ambiente, causando danos à saúde afetando o sistema hematológico, sistema nervoso, gastrointestinal, neurológico e de como é feito o tratamento correto e quais exames são necessários. A partir desse estudo observa-se o quanto o chumbo este presente no cotidiano e seus efeitos maléficos.

REFERÊNCIAS

CAPITANI, Eduardo M. de. **Diagnóstico e tratamento da intoxicação por chumbo em crianças e adultos em crianças e adultos.** Ribeirão Preto: Faculdade de Ciências Médicas - Unicamp, 2009.

COUTINHO, Fabiana de Lima. **Avaliação de biomarcadores de exposição, efeito e suscetibilidade para chumbo em indivíduos expostos a resíduos industriais no Condomínio Volta Grande IV, município de Volta Redonda, RJ.** Rio de Janeiro: Fundação Oswaldo Cruz, 2017.

DASCANIO, Denise; PRETTE, Zilda Aparecida Pereira del; RODRIGUES, Olga Maria Piazzentini Rolim. **Intoxicação infantil por chumbo: uma questão de saúde e de políticas públicas.** Belo Horizonte: Psicologia em Revista, 2016.

Fraga, B. G. G., de Sousa, A. R., & da Silva Santana, T. (2018). **Atendimento sistematizado de enfermagem à pessoa vítima de intoxicação por carbamato (chumbinho).** Textura, 12(20), 171-181.

GUAGNINI, Fábio de Souza et al. **Intoxicação por chumbo em bovinos mantidos em área de treinamento militar.** Acta scientiae veterinariae. Porto Alegre, RS. Vol. 46, supl. 1 (2018),[5 p.], Pub. 253, 2017.

INFARMA - CIÊNCIAS FARMACÊUTICAS: **ASPECTOS TOXICOLÓGICOS DO CHUMBO.** Distrito Federal: Conselho Federal de Farmácia - Cff, v. 17, n. 5, 2015. Trimestral

MOREIRA, Josino Costa; MOREIRA, Fátima Ramos. **Os efeitos do chumbo sobre o organismo humano e seu significado para a saúde.** Rio de Janeiro: Rev Panam Salud Publica, 2004. 11 p.

OLIVEIRA, Inês Moresco Danni. Poluição do ar como causa de morbidade e mortalidade da população urbana. **Raega-O Espaço Geográfico em Análise,** v. 15, 2008.

PEREIRA, Verônica Aparecida; RODRIGUES, Olga Maria Piazzentin Rolim. **Intoxicação Crônica por Chumbo e Implicações no Desempenho Escolar**. Porto Alegre: Psico, 2013. 10 p.

PEDROSO, Taíse Fonseca. **Avaliação da toxicidade do chumbo em parâmetros bioquímicos e comportamentais**. Santa Maria: Ufsm, 2017.

RIBEIRO, Diogo Martins; DE SOUSA VALE. **Danos cognitivos em crianças contaminadas por chumbo**. Revista Científica da Faculdade de Educação e Meio Ambiente, v. 8, n. 2, p. 124-138, 2017.

ROCHA, Rafaela; PEZZINI, Marina Ferri; POETA3, Julia. **Fontes de contaminação pelo chumbo e seus efeitos tóxicos na saúde ocupacional**. Rio Grande do Sul: Ciência em Movimento | Biociências e Saúde, 2017.

SCHIFER, Tiago dos Santos; JUNIOR, Stanislau Bogusz; MONTANO, Marco Aurélio Echart. Aspectos toxicológicos do chumbo. **Infarma**, v. 17, n. 5-6, p. 67-71, 2005.

SILVA, Anne Nathalia de Sousa. **AVALIAÇÃO DA EXPOSIÇÃO AO CHUMBO E A RELAÇÃO COM DETERMINANTES DE RISCO NA POPULAÇÃO DE LAJES PINTADAS**. Natal: Universidade Federal do Rio Grande do Norte, 2017.

SIMÕES, Maylla Ronacher. **Exposição crônica ao chumbo aumenta a reatividade vascular através de mecanismos dependentes do estresse oxidativo e da ciclooxygenase-2: ativação da via das MAPKs**. Vitória: Universidade Federal do Espírito Santo, 2015.

Souza, I. D. D. (2017). **Mapa metabólico da intoxicação por chumbo** (Master's thesis, Brasil).

Terçariol, S. G. (2017). **A intoxicação por chumbo como patologia ocupacional**. Fisioterapia Brasil, 11(4), 309-314.

CAPÍTULO 20

DESAFIOS DOS CUIDADOS PALIATIVOS NA DOENÇA DE PARKINSON: UMA REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

Data de aceite: 20/08/2021

Data de submissão: 06/07/2021

Ana Paula Merscher Zanoni

Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia de Vitória (EMESCAM). Vitória, ES
Vitória - Espírito Santo
<http://lattes.cnpq.br/8749582116380064>

Isabela Dias Afonso

Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia de Vitória (EMESCAM). Vitória, ES
Vitória - Espírito Santo
<http://lattes.cnpq.br/6491818076958459>

Isadora Dufrayer Fânzeres Monteiro Fortes

Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia de Vitória (EMESCAM). Vitória, ES
Vitória - Espírito Santo
<http://lattes.cnpq.br/4582406610807997>

Isadora Cristina Barbosa Ribeiro

Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia de Vitória (EMESCAM). Vitória, ES
Vitória - Espírito Santo
<http://lattes.cnpq.br/2200443594726314>

Elisa Smith Barbiero Medeiros

Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia de Vitória (EMESCAM). Vitória, ES
Vitória - Espírito Santo
<http://lattes.cnpq.br/3633924632089888>

Marcela Souza Lima Paulo

Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia de Vitória (EMESCAM). Vitória, ES
Vitória - Espírito Santo
<http://lattes.cnpq.br/8496440574297694>

RESUMO: **Introdução:** A Doença de Parkinson é caracterizada como uma enfermidade neurodegenerativa e crônica do Sistema Nervoso Central, que se manifesta por tremores em repouso, desordens motoras e desequilíbrios posturais. Dessa forma, percebe-se a necessidade de viabilizar abordagens alternativas para além da manifestação física, a exemplo dos cuidados paliativos. **Objetivo:** Compreender os desafios acerca dos cuidados paliativos na Doença de Parkinson. **Método:** Revisão bibliográfica realizada entre Setembro e Outubro de 2020, na SciELO, PubMed e Biblioteca Virtual em Saúde. Os descritores, utilizados em diferentes combinações, foram “Parkinson’s”, “Palliative care”, “Parkinson’s disease” e “disease progression”. Considerou-se os artigos publicados de 2011 a 2020, em inglês, português e espanhol. Através da leitura dos títulos e dos resumos, bem como pela eliminação de duplicatas e da seleção manual de artigos disponíveis na íntegra, foram selecionados sete artigos para compor esse artigo de revisão. **Resultados:** Entre os desafios relacionados ao tratamento paliativo, destacam-se o desconhecimento do tema, o despreparo para a sua adoção precoce e a insegurança acerca do curso da doença. Além disso, foi evidenciado que a falta de orientação adequada, a carência de um ponto de partida assertivo e a escassa orientação dos profissionais de saúde, constituem outros obstáculos para a implementação efetiva dos cuidados paliativos. Somado a isso, foi abordado que o alto investimento na adoção de cuidados, a dificuldade na identificação das necessidades individuais do paciente e no estabelecimento de

estratégias de curto e longo prazo, bem como a má adaptação do paciente a sua condição clínica, corroboram para uma resistência de muitos indivíduos a adoção precoce aos cuidados paliativos. **Conclusão:** Os desafios apontam o desconhecimento acerca dos cuidados paliativos, a pouca orientação dos profissionais da saúde, a ausência de um ponto de partida para o início do tratamento e a dificuldade em atender as especificidades dos parkinsonianos.

PALAVRAS - CHAVE: Cuidados Paliativos. Doença de Parkinson. Progressão da doença.

CHALLENGES OF PALLIATIVE CARE IN PARKINSON'S DISEASE: A BIBLIOGRAPHIC REVIEW

ABSTRACT: **Introduction:** Parkinson's Disease is a chronic neurodegenerative disease of the Central Nervous System, manifested by tremors at rest, motor disorders and postural instability. Therefore, there is a clear need to provide alternative assistance beyond the physical manifestation, such as Palliative Care (PC). **Objective:** The purpose of this study is to comprehend the challenges regarding palliative care in Parkinson's Disease. **Method:** Literature review was performed between September and October 2020, in SciELO, PubMed and Virtual Health Library. The descriptors, used in different combinations, were "Parkinson", "Palliative care", "Parkinson's Disease" and "disease progression". Included articles published from 2011 to 2020, in English, Portuguese and Spanish. Finally, seven articles were selected to compose this review, after selection by reading titles and abstracts, as well as eliminating duplicates and manually selecting full available studies. **Results:** According to the literature, lack of knowledge and preparation for early PC adoption, as well as insecurity about the natural course of the disease stand out as the main challenges related to palliative treatment. In addition, it was evidenced that the lack of appropriate orientation, the absence of an assertive starting point to PC implementation, and the need for guidance from health professionals, are other obstacles to effective implementation of PC. The high investment in the adoption of PC, the difficulty to identify individual patient's needs and to establish short and long term treatment strategies, added to the poor adaptation of the patient to their clinical condition, contributes to a major resistance to early adoption of PC. **Conclusion:** Among main challenges are lack of knowledge about palliative care, low orientation for health professionals, the absence of a starting point for the treatment and the difficulty in meeting the patient's specific needs.

KEYWORDS: Palliative care. Parkinson's disease. Disease progression.

INTRODUÇÃO

A Doença de Parkinson (DP) é caracterizada como uma enfermidade neurodegenerativa e crônica do Sistema Nervoso Central, que se manifesta por tremores em repouso, desordens motoras e desequilíbrios posturais. Além disso, constatam-se outros sinais como a demência - que afeta 50% dos indivíduos com DP - a presença de alucinações e a depressão. Esses sintomas, em conjunto, desencadeiam a progressão prolongada da doença, podendo ocasionar a morte (MARCOS; PADRÓN, 2011).

Dados da Organização Mundial de Saúde (OMS) apontam que cerca de 1% do contingente populacional mundial com mais de 65 anos é portador da DP, sendo estimado

que aproximadamente 200 mil indivíduos sofrem com a enfermidade no Brasil (BRASIL, 2014). Por se tratar de um transtorno progressivo com elevada repercussão social e financeira, projeta-se, por exemplo, um custo anual de 13,9 bilhões de euros na Europa, sendo o maior gasto com internações e asilos, elevando-se consideravelmente no estágio terminal da doença (CAPATO; DOMINGOS; ALMEIDA, 2015).

A abordagem clínica da DP é pautada, por sua vez, principalmente em sintomas motores. Depressão, necessidades espirituais relacionadas ao luto e inseguranças quanto à progressão da doença, muitas vezes são negligenciadas. Dessa forma, percebe-se a necessidade de viabilizar abordagens alternativas para além da manifestação física - a exemplo dos cuidados paliativos (CP) - que auxiliem os portadores e seus familiares na trajetória da enfermidade (BOERSMA et al., 2017).

Os CP atuam na identificação precoce, cuidado, terapia da dor e manejo de problemas psicossociais e espirituais a fim de melhorar o prognóstico de vida de portadores e familiares que enfrentam adversidades relacionadas a doenças fatais, proporcionando prevenção e mitigação do sofrimento (LENNAERTS et al., 2017). Estudos recentes demonstram contenção dos custos hospitalares com a adoção do tratamento paliativo, devido a menor permanência no hospital, uso reduzido de Unidades de Terapia Intensiva (UTIs) e de serviços de emergências (SARDENBERG, 2011).

Dessa maneira, os CP podem contribuir de forma positiva no tratamento da DP, haja vista que buscam atender, de forma ampla e assertiva, às necessidades e preferências de cuidados individuais dos portadores da patologia (BOERSMA et al., 2017). Assim, o presente artigo visa identificar e compreender os desafios acerca dos CP na progressão da DP.

MÉTODOS

A pesquisa bibliográfica foi realizada entre os meses de Setembro e Outubro de 2020, na *Scientific Electronic Library Online* (SciELO), PubMed/MEDLINE e Biblioteca Virtual em Saúde (BVS). Os descritores utilizados foram “*Parkinson’s*”, “*Palliative care*”, “*Parkinson’s disease*” e “*disease progression*”, definidos pelo *Medical Subject Headings* (MeSH) e pelo Descritores em Ciência da Saúde (DeCS), utilizados em diferentes combinações para ampliar a busca. Considerou-se todos os artigos publicados de 2011 a 2020, em inglês, português e espanhol. Foram excluídos artigos que não correspondiam ao objetivo deste estudo, por meio da leitura do título e do resumo. Posteriormente, através da eliminação de duplicatas e da seleção manual de artigos disponíveis na íntegra, foram selecionados sete artigos originais para compor esse artigo de revisão.

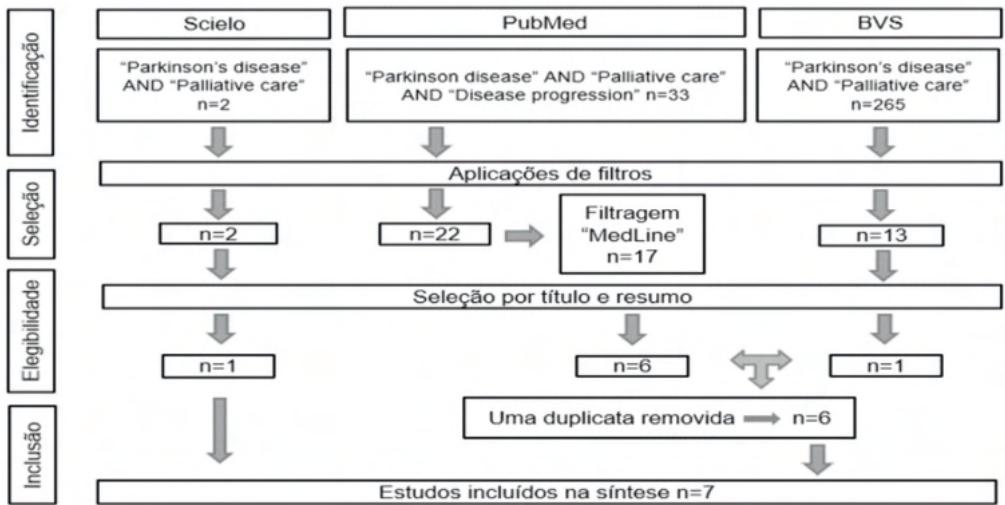


Figura 1. Método.

Legenda: Fluxograma do método utilizado na revisão bibliográfica. Fonte: autoria própria.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Diante dos processos de exclusão e inclusão, foram selecionados sete artigos para leitura na íntegra. A partir dos resultados obtidos, pode-se observar uma convergência dos estudos no que tange aos desafios acerca dos CP na progressão da DP. Nessa perspectiva, foi observado que pacientes e cuidadores familiares, apesar de conhecerem o termo, desconhecem os serviços prestados pela equipe de assistência paliativa (LENNAERTS et al., 2017; BOERSMA et al., 2017). Dessa forma, esses indivíduos buscam obter informações sobre o tratamento paliativo e discutir acerca do curso da DP (JORDAN et al., 2020).

Consoante a isso, alguns indivíduos relataram que apesar do interesse acerca dos CP, ainda não se sentiam preparados para adotá-los, uma vez que acreditavam ser mais adequados na fase avançada da doença (BOERSMA et al., 2017; BOERSMA et al., 2016). A partir disso, foi observado a existência de uma correlação, no ideário de muitas pessoas, entre a adoção da assistência paliativa e a fase terminal da vida.

Essa atitude hesitante se dá pela ausência de esclarecimento e assistência dos serviços de saúde aos portadores e seus cuidadores, o que enfatiza uma necessidade de maior conhecimento, por parte dos profissionais de saúde, acerca do tratamento paliativo. Nesse sentido, muitos profissionais carecem de informações sobre o encaminhamento e a adesão inicial dos CP, levando a um quadro de condução inadequada e consequente prejuízo ao desfecho da doença (LENNAERTS et al., 2019).

A falta de um ponto de partida preciso para a adesão aos CP dificulta o entendimento da conduta a ser seguida durante a progressão da doença (LENNAERTS et al., 2017).

Isso ocorre devido a limitações na compreensão de quais intervenções clínicas devem ser seguidas pelos profissionais (BOERSMA et al., 2017). Assim, fica explícita a necessidade de otimizar o acompanhamento precoce da DP a fim de proporcionar o melhor planejamento do tratamento clínico e psicossocial e consequente adiamento dos sintomas. Além disso, é notória a presença de uma resistência ao tratamento por parte dos portadores e seus parceiros de cuidados devido a inseguranças quanto ao futuro e aos desdobramentos da doença (JORDAN et al., 2020). Essa situação é decorrente de uma cultura direcionada à medicina curativa, tratando, sobretudo, a queixa principal do paciente, sem orientá-lo acerca do avanço natural da doença.

Profissionais de saúde, de forma equivocada, tendem a perceber os CP como função e responsabilidade do médico. Dessa forma, foi percebida uma má orientação desses profissionais acerca das funções a serem exercidas no tratamento paliativo, além de uma falta de esclarecimento de suas responsabilidades no processo. Nessa perspectiva, constata-se uma divergência sobre a compreensão quanto ao papel desempenhado pelos diversos profissionais que integram a equipe de cuidados paliativos. Somado a isso, a limitação de recursos financeiros, a elevada carga de trabalho e a escassez de tempo constituem barreiras para a atuação dos profissionais nos tratamentos paliativos (LENNAERTS et al., 2019).

Outro aspecto a ser destacado é a intrínseca relação entre o neurologista e o paciente com DP, a qual estabelece uma conduta baseada na supressão dos sintomas e posterga a discussão frente aos CP (LENNAERTS et al., 2019). Assim, é evidenciado que muitos pacientes encontram-se despreparados para debater acerca do futuro ou receber orientações antecipatórias, dificultando a tomada de decisões concisas sobre o início do tratamento (JORDAN et al., 2020).

Alguns cuidadores não se interessam pelos CP por afirmarem que a adição de médicos à equipe de cuidado gera uma sobrecarga potencial de tempo, além de, muitas vezes, ser impraticável sob a ótica financeira (BOERSMA et al., 2017). Essa situação ocorre devido ao desconhecimento dos CP e sua abrangência, bem como pela deficiência na comunicação inicial com a equipe médica.

Além disso, estabelecer estratégias de curto e longo prazo, que contenham mecanismos de avaliação e discussão dos possíveis obstáculos futuros do tratamento paliativo, constituem um desafio para os médicos (JORDAN et al., 2020). Como forma de credibilizar o tratamento paliativo, percebe-se a necessidade de encontrar meios que viabilizem o planejamento de mecanismos de execução futura da assistência paliativa.

Os profissionais de saúde alegam encontrar divergências nas necessidades pessoais dos portadores da DP e de seus cuidadores, o que dificulta o entendimento de quais delas devem ser priorizadas. Nesse sentido, foi constatado que a dificuldade de adaptação dos pacientes à sua condição clínica pode ser acarretada pela sobrecarga emocional vivenciada por seus cuidadores (LENNAERTS et al., 2019). A resistência à aceitação de seu estado

clínico é decorrente, em muitos casos, da adoção de um tratamento generalista, o qual não propõe atender assertivamente às reais necessidades do paciente e de sua família. A atuação da equipe de cuidados paliativos deve analisar os sintomas do paciente de forma ampla e estratégica, considerando outras necessidades para além de suas queixas físicas. Isso ocorre à medida que os anseios dos pacientes e as suas preferências de cuidado são melhor avaliadas e empregadas para um tratamento mais assertivo e individualizado (BOERSMA et al., 2016). A exemplo disso, o estímulo ao acompanhamento alimentar-nutricional dos portadores da DP e seus cuidadores favorece um melhor desenvolvimento da doença, uma vez que minimiza a deterioração nutricional desses indivíduos (MARCOS; PADRÓN, 2011).

Dados refletem a necessidade do aprimoramento do cuidado na clínica, o que pode ser viabilizado tanto pela adoção de abordagens do tratamento paliativo primário quanto pela especialização das clínicas na assistência paliativa (BOERSMA et al., 2017). Essa iniciativa iria proporcionar um ambiente seguro e propício para a discussão da adoção do tratamento paliativo em um estágio precoce da enfermidade, favorecendo um melhor desfecho da doença.

Em um estágio terminal da DP é perceptível a intensificação de alguns sintomas, entre eles encontra-se a minimização do estado de alerta, a dificuldade acrescida na administração oral de medicamentos, a deterioração física e a intensificação dos sinais de fraqueza, o que acarreta maior abalo para os pacientes e seus familiares. Portanto, para um melhor manejo clínico é importante a identificação precoce dos portadores da DP suscetíveis ao tratamento paliativo, de forma a reconhecer as características da doença, considerando as especificidades de cada paciente, proporcionando maior abrangência e melhorias dos cuidados ofertados (MARTINEZ et al., 2018).

Por fim, cabe mencionar que alguns empecilhos foram encontrados ao longo da construção desse artigo de revisão. Entre eles, destaca-se a escassez de informações na literatura acerca dos benefícios advindos da adoção dos cuidados paliativos para o tratamento da Doença de Parkinson. Sob essa ótica, fica evidente a necessidade de maior abordagem, promoção de estudos e divulgação a respeito dessa temática, como meio de garantir uma nova perspectiva de cuidado e atenção aos indivíduos parkinsonianos.

CONCLUSÃO

Diante do exposto, é importante destacar que entre os desafios relacionados aos cuidados paliativos na progressão da DP, encontram-se o desconhecimento acerca do tratamento paliativo e a pouca orientação dos profissionais da saúde no que se refere às funções a serem exercidas pela equipe. Além disso, a ausência de um ponto de partida assertivo para o início do tratamento paliativo e a dificuldade em atender as especificidades de cada paciente, como o acompanhamento nutricional, psicossocial e familiar, apresentam-

se como outros obstáculos para um melhor prognóstico no curso da DP. Assim, foi observado a necessidade de fomentar a propagação e o esclarecimento no que tange aos benefícios do tratamento paliativo como forma de oferecer melhor qualidade de vida aos portadores de doenças neurodegenerativas, a exemplo da DP.

REFERÊNCIAS

1. BOERSMA, I.; JONES, J.; CARTER, J. et al. **Perspectivas dos pacientes com doença de Parkinson sobre as necessidades de cuidados paliativos: o que eles estão nos dizendo**? Neurologia. Prática clínica, 2016. Disponível em <<https://doi.org/10.1212/CPJ.0000000000000233>>. Acesso em: 01 nov. 2020.
2. BOERSMA, I.; JONES, J.; COUGHLAN, C. et al. **Palliative Care and Parkinson's Disease: Caregiver Perspectives**. J Palliat Med, 2017. Disponível em: <<https://doi.org/10.1089/jpm.2016.0325>>. Acesso em: 01 nov. 2020.
3. CAPATO, T.; DOMINGOS, J.; ALMEIDA, L. **Versão em Português da Diretriz Europeia de Fisioterapia para a Doença de Parkinson**. São Paulo: Omniafarma; 2015. Disponível em: <https://www.parkinsonnet.nl/app/uploads/sites/3/2019/11/diretriz_dp_brasil_versao_final_publicada.pdf>. Acesso em: 27 Nov. 2020.
4. JORDAN, S. R.; KLUGER, B.; AYELE, R. et al. **Optimizing future planning in Parkinson disease: suggestions for a comprehensive roadmap from patients and care partners**. Ann Palliat Med, 2020. Disponível em <<https://doi.org/10.21037/apm.2019.09.10>>. Acesso em: 29 out. 2020.
5. LENNAERTS, H.; GROOT, M.; STEPPE, M. et al. **Cuidados paliativos para pacientes com doença de Parkinson: protocolo de estudo para um estudo de métodos mistos**. BMC Palliat Care, 2017. Disponível em: <<https://doi.org/10.1186/s12904-017-0248-2>>. Acesso em: 01 nov. 2020.
6. LENNAERTS, H. et al. **Palliative care for persons with Parkinson's disease: a qualitative study on the experiences of health care professionals**. BMC Palliat Care, 2019. Disponível em: <<https://bmcpalliatcare.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12904-019-0441-6>>. Acesso em: 31 out. 2020.
7. MARCOS, L.; PADRÓN, A. **Protocolo para la alimentación- nutrición en la atención integral al paciente con enfermedad de Parkinson**. Medisur, Cienfuegos, 2011 . Disponível em: <http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1727-897X2011000300001&lng=es&nrm=iso>. Acesso em: 31 out. 2020.
8. MARTINEZ RIOS, I. et al . **Prevalencia y tipología de pacientes susceptibles de cuidados paliativos fallecidos en el domicilio**. Anales Sis San Navarra, Pamplona , 2018. Disponível em: <http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1137-66272018000300321&lng=es&nrm=iso>. Acesso em: 07 nov. 2020.
9. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Doença de Parkinson**. Brasil, 2014. Disponível em: <<http://www.blog.saude.gov.br/index.php/34589-doenca-de-parkinson#:~:text=A%20Doen%C3%A7a%20de%20Parkinson%20%C3%A9,A,pessoas%20sofram%20com%20o%20problema>> . Acesso em: 10 nov. 2020.
10. SARDENBERG, C. **Custos x Benefícios**. 2011. Disponível em: <apps.einstein.br/revista/arquivos/PDF/1975-EC_v9n1_39-40.pdf>. Acesso em: 10 nov. 2020.

CAPÍTULO 21

ATUAÇÃO DA ENFERMAGEM NO PROCESSO DE DOAÇÃO DE ÓRGÃOS E NA ABORDAGEM À FAMÍLIA

Data de aceite: 20/08/2021

Data da submissão: 22/07/2021

Francisca Vaneska Lima Nascimento

Universidade Estadual do Ceará
Fortaleza – Ceará

<http://lattes.cnpq.br/6689359512005564>

Regiane Thaís Silva

Centro Universitário Ateneu
Fortaleza – Ceará

<http://lattes.cnpq.br/0537787822544880>

Maria Bruna Coelho Diniz

Centro Universitário Ateneu
Fortaleza – Ceará

<http://lattes.cnpq.br/0163516608271585>

Raquel Moura Chagas

Centro Universitário Ateneu
Fortaleza – Ceará

<http://lattes.cnpq.br/0196504437026481>

Paola Karoline Gonçalves da Silva

Centro Universitário Ateneu
Fortaleza – Ceará

<http://lattes.cnpq.br/4934335820424252>

Adriana Sousa Carvalho de Aguiar

Universidade Estadual do Ceará
Fortaleza - Ceará

<https://orcid.org/0000-0002-2726-8707>

RESUMO: Diante da abrangente importância da enfermagem no que diz respeito a captação e doação de órgãos, bem como ao acolhimento à

familiares de doadores, além da necessidade de sistematizar a assistência prestada, é necessário evidenciar o quanto a literatura conhece e dispõem sobre a assistência de enfermagem, já que a atuação deste profissional deve ser baseada em evidências científicas, com intuito de promover uma atuação e comunicação eficaz, eficiente e objetiva. Este estudo objetivou analisar artigos científicos que fazem referência à assistência de enfermagem no processo de doação de órgãos e na abordagem à família. Trata-se de uma revisão bibliográfica, a partir da questão norteadora: Qual a atuação da enfermagem no processo de doação e transplante de órgão? Como é feita a abordagem dos profissionais junto à família? A seleção dos artigos foi realizada por meio de duas bases de dados: SciELO e LILACS. Encontraram-se 22 estudos dos quais 17 foram excluídos por não abordar a temática. Cinco artigos constituíram a amostra do estudo. É importante enfatizar que o cuidado proporcionado ao paciente em Morte Encefálica (ME) exige do enfermeiro habilidades técnicas e de múltiplos aspectos (físicos, biológicos, psicológicos, sociais, espirituais, econômicos, políticos, sociológicos e históricos) e que estão intimamente interligados. Uma assistência sistematizada e baseada em evidências propicia ao profissional um auxílio, uma base de quais atitudes tomar, de como iniciar uma comunicação com a família a respeito da ME e da possibilidade de doação de órgãos, diminui as incertezas e promove uma segurança ao abordar este assunto gerando melhorias no atendimento e no convívio com sua equipe.

PALAVRAS - CHAVE: Transplante de órgãos e

tecidos; Enfermagem; Abordagem à família.

NURSING'S PERFORMANCE IN THE ORGAN DONATION PROCESS AND IN THE FAMILY APPROACH

ABSTRACT: Given the comprehensive importance of nursing with regard to organ capture and donation, as well as the reception of family members of donors, in addition to the need to systematize the assistance provided, it is necessary to show how much literature knows ,and about nursing care, since the performance of this professional must be based on scientific evidence, in order to promote effective, efficient and objective performance and communication. This study aimed to analyze scientific articles that make reference to nursing care in the organ donation process and in approaching the family. This is a literature review, from the guiding question: What is the role of nursing in the organ donation and transplantation process? How are professionals approached with the family? The selection of articles was performed using two databases: SciELO and LILACS. 22 studies were found of which 17 were excluded for not addressing the topic. Five articles constituted the study sample. It is important to emphasize that the care provided to the patient in Brain Death (BD) it requires technical and multi-aspect skills from the nurse. (physical, biological, psychological, social, spiritual, economic, political, sociological and historical), and that they are intimately intertwined. Systematized and evidence-based assistance provides the professional with help, a basis of what actions to take, how to initiate communication with the family about BD and the possibility of organ donation, it reduces uncertainties and promotes security when addressing this issue, generating improvements in service and interaction with your team.

KEYWORDS: Organ and tissue transplantation; Nursing; Approach to family.

1 | INTRODUÇÃO

O transplante de órgãos é um processo que inicia com a doação de um órgão e é uma alternativa terapêutica segura e eficaz no tratamento de diversas doenças que causam insuficiências ou falências de alguns órgãos ou tecidos, tais como insuficiência renal ou cardíaca, determinando melhoria na qualidade e na perspectiva de vida das pessoas acometidas por tais doenças (LIMA; BATISTA; BARBOSA, 2013).

Dante da crescente escassez de órgãos é essencial que se otimize o uso de órgãos captados de doadores com morte encefálica, atualmente a principal fonte de órgãos para transplantes (CAVALCANTE et al, 2014).

Considerando a enfermagem imprescindível para a melhoria do cuidado ao paciente em ME, uma vez que está assistindo ao paciente durante às 24 horas do dia, salienta-se a importância do envolvimento destes profissionais para que o processo de doação de órgãos se torne efetivo (LIMA; BATISTA; BARBOSA, 2013).

Os transplantes de órgãos e tecidos, no Brasil, surgiram nos anos 1960. Em 2001, a doação, que antes era presumida (todos são doadores, salvo aqueles que se declararem não doadores de órgãos e tecidos na carteira de identidade ou na carteira nacional de habilitação), passou a ser consentida, ou seja, a família consente a doação do seu parente

falecido (FILHO et al., 2016).

A Lei nº 10.211, publicada em 23 de março de 2001, definiu o consentimento informado como forma de manifestação à doação; sendo que a retirada de órgãos, tecidos e partes do corpo de pessoas falecidas para transplantes ou outra finalidade terapêutica, dependerá da autorização do cônjuge ou parente, maior de idade, obedecida à linha sucessória, reta ou colateral, até o segundo grau inclusive, firmada em documento subscrito por duas testemunhas presentes à verificação da morte (Lei nº 9.434 /1997 e Lei nº 10.211/2001). Com isto torna-se essencial a manifestação em vida a favor ou contra a doação pois esta informação auxilia aos familiares na tomada de decisão, facilita a decisão sobre doar ou não os órgãos e tecidos do ente falecido.

Nesse sentido, a família é vista como fundamental no processo de doação de órgãos e tecidos, um ato que pode beneficiar muitos sujeitos que, devido às suas condições clínicas de saúde, necessitam receber órgãos e tecidos saudáveis. O sucesso das técnicas cirúrgicas e das medicações que controlam a rejeição dos órgãos e tecidos implantados transformou a doação de órgãos em uma opção terapêutica para esses sujeitos (FILHO et al., 2016).

O processo de doação de órgãos e tecidos para transplante é complexo, e a participação do enfermeiro é essencial na viabilização de órgãos e tecidos à sociedade. Após a identificação do possível doador, com sinais clínicos de morte encefálica (coma irreversível, arreativo e aperceptivo), iniciam-se os procedimentos técnicos e protocolares que confirmarão a condição do indivíduo, como doador em potencial órgãos. Doador em potencial é todo paciente cuja terapêutica orientada para o cérebro foi avaliada como ineficaz ou a morte encefálica é iminente ou já ocorreu. Desta forma, segundo a definição da medicina, estaríamos diante de uma pessoa morta (MORAES et al., 2014). Na legislação brasileira é obrigatório um exame complementar que demonstre a ausência de circulação intracraniana, ou a falência da atividade elétrica ou a cessação da atividade metabólica cerebral para diagnosticar a ME.

O processo de doação e transplante é complexo, iniciando com a identificação e manutenção dos potenciais doadores. O profissional de enfermagem é responsável por:

- a) Ao Enfermeiro incumbe planejar, executar, coordenar, supervisionar e avaliar os procedimentos de enfermagem prestados aos doadores de órgãos e tecidos.
- b) Realizar a enucleação do globo ocular, desde que tecnicamente habilitado pela Associação Panamericana de Banco de Olhos – APABO.
- c) Planejar e implementar ações que visem a otimização de doação e captação de órgãos/tecidos para fins de transplantes, dentre as quais se destacam.
- d) Ao Enfermeiro incumbe aplicar a SAE em todas as fases do processo de doação e transplante de órgãos e tecidos ao receptor e família, que inclui o acompanhamento pré e pós-transplante (no nível ambulatorial) e transplante (intra-hospitalar) (RESOLUÇÃO COFEN 292, 2004).

Além de garantir a qualidade dos órgãos, o conhecimento do processo pelo enfermeiro evita o surgimento de inadequação em alguma das fases, que possa ser motivo de questionamento por parte dos familiares e, até, razão para recusar a doação dos órgãos. A família é quem autoriza a doação dos órgãos e tecidos para transplante.

O profissional de enfermagem está engajado e envolvido no processo citado acima, pois esta classe profissional está em contato direto e diário com o paciente e seus familiares, devendo prestar uma assistência antes da confirmação da ME, durante a confirmação e comunicação da família e após, sendo na manutenção dos órgãos quando autorizado a doação pela família ou no preparo do corpo, quando recusa pela família, para libera-lo para os entes. Assim a participação desse profissional no cuidado prestado à família e ao doador elegível é primordial no processo de acolhimento, humanização e esclarecimento, possibilitando aos parentes do doador uma tomada de decisão com autonomia sobre o destino que darão aos órgãos e tecidos do ente querido.

Faz-se necessário a sistematização da assistência de enfermagem com intuito de facilitar e tornar mais eficiente a atuação do profissional de enfermagem a esses casos de possível ME e quando confirmada promover uma melhor comunicação com a família doente falecido com objetivo de promover a autonomia e tomada de decisão a estes sobre o aceite ou recusa da doação de órgãos e tecidos assim como as medidas a serem adotadas nos momentos seguintes a essa decisão familiar.

Diante disto é necessário evidenciar o quanto a literatura conhece e dispõem sobre a assistência de enfermagem já que a atuação deste profissional deve ser baseada em evidências científicas com intuito de promover uma atuação e comunicação eficaz, eficiente e objetiva.

Este estudo objetivou analisar artigos científicos que fazem referência à assistência de enfermagem no processo de doação de órgãos e na abordagem à família.

2 | METODOLOGIA

Trata-se de uma revisão bibliográfica, a partir da questão norteadora: Qual a atuação da enfermagem no processo de doação e transplante de órgão? Como é feita a abordagem dos profissionais junto à família?

A seleção dos artigos foi realizada por meio de duas bases de dados: SciELO - Scientific Electronic Library Online e LILACS (Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde), no período de julho a setembro de 2017, utilizando as palavras-chave: Transplante de órgãos e tecidos, enfermagem e abordagem à família.

Para escolha da amostra do estudo foram levados em consideração os seguintes critérios de inclusão: pesquisas que respondessem a pergunta norteadora tendo como temática atuação da enfermagem no processo de doação de órgãos e a abordagem à família, no idioma português, com disponibilidade do texto completo online durante o

período de 2013 a 2016. Foram excluídos os editoriais, cartas ao editor, estudos reflexivos, relatos de experiência, publicações duplicadas, bem como estudos que não abordassem a temática.

Encontraram-se 22 estudos, dos quais, 17 foram excluídos por não abordar a temática. Cinco artigos constituíram a amostra do estudo.

3 I RESULTADOS E DISCUSSÃO

No Brasil, ainda há uma desproporção entre a demanda de órgãos e o número de doadores disponíveis. Muitos órgãos ainda se perdem desnecessariamente e potenciais receptores morrem nas filas de espera de transplante. Os artigos selecionados nesse estudo, abordam que dentre os fatores que contribuem para isso, está a recusa da família em doar.

A tomada de decisão da família é, um processo composto pelas fases: 1) Vivendo o impacto da tragédia, 2) Trabalhando com as incertezas da morte encefálica, 3) Manejando o problema da decisão e 4) Reconstruindo a história da morte. Tais fases representam o significado simbólico da experiência para a família, como componentes de um processo que ocorre em um contexto de dor e sofrimento. É importante que os familiares acompanhem todos esses passos, sejam informados sobre os procedimentos que serão realizados, para que se sintam acolhidos e orientados.

Morais, et.al. (2015), relata em seu estudo, que a dificuldade dos familiares em aceitar a morte do ente querido é alimentada pela esperança de que a situação possa mudar, dificultando a aceitação da doação e a assistência oferecida às famílias.

Os cuidados de enfermagem para a sensibilização influenciam de maneira direta no consentimento da família sobre a doação de órgãos tecidos para transplante. É fundamental que a equipe de saúde estabeleça uma relação de confiança com os familiares, promova conforto e apoio emocional para que estes aceitem a perda do ente querido de modo tranquilo e se sintam à vontade e motivados em consentir a doação (FILHO et al, 2016).

A categoria de enfermagem possui aspectos relacionados aos cuidados prestados ao paciente em ME e potencial doador de órgãos e a sua família em duas subcategorias: Dimensão técnica do cuidado do enfermeiro ao potencial doador de órgãos; e Dimensão bioética do cuidado do enfermeiro ao potencial doador de órgãos. A dimensão técnica do cuidado é constituída pelas habilidades do profissional, pelo cumprimento de protocolos e tecnologias específicas para esse cuidado, voltando-se aos cuidados que visam à manutenção, monitorização e viabilização dos órgãos para transplante e, a dimensão bioética é constituída pelos cuidados prestados no âmbito das relações interpessoais com o paciente e a família (CAVALCANTE et al, 2014).

O enfermeiro ocupa um lugar importante na equipe de transplante de órgãos, devendo ser treinado para dar início ao processo de doação, que inclui, entre outros

procedimentos, a identificação, a notificação do doador à equipe de coordenação intra-hospitalar de doação, a monitorização e manutenção desse tipo de paciente, além de acolher e cuidar da família do mesmo. Alguns enfermeiros relatam não priorizar o paciente potencial doador de órgãos e tecidos por considerar que os outros pacientes internados, com prognóstico de vida, são mais importantes. O fato do paciente em morte encefálica não possuir possibilidade de restabelecimento faz com que os profissionais se distanciem deles (CAVALCANTE et al, 2014).

Com a construção de uma boa comunicação, a família é capaz de entender o conceito de morte encefálica, mas, diante da experiência que está vivenciando, precisa de seu tempo para que este conceito faça sentido na sua realidade. A participação do enfermeiro no processo de doação de órgãos e tecidos para transplante é essencial na viabilização de órgãos e tecidos à sociedade. Após a identificação do possível doador, com sinais clínicos de morte encefálica (coma irreversível, arreativo e aperceptivo), iniciam-se os procedimentos técnicos e protocolares que confirmarão a condição do indivíduo, como doador em potencial órgãos. (MORAES et al, 2014).

As ações de enfermagem para a sensibilização de famílias no processo de doação de órgãos e tecidos para transplante, destacadas pelos cinco artigos selecionados, foram: participar da entrevista familiar; mantendo-se junto durante a abordagem sobre a doação de órgãos e tecidos; esclarecer, de maneira efetiva, sobre os cuidados durante a manutenção de órgãos e tecidos para transplante, com o intuito de reduzir o déficit de conhecimento sobre o assunto; abordagem sobre a doação de órgãos e tecidos em todas as esferas da sociedade, familiar, escolar e profissional; realizar os cuidados prestados ao potencial doador, desempenhando suas funções de modo seguro e humanizado; promover conforto e apoio emocional à família, para que esta perceba a doação com um ato de humanidade (FILHO et al, 2016).

É recomendável permitir a presença dos familiares do potencial doador o maior tempo possível ao lado do seu ente querido, inclusive durante a determinação do diagnóstico de morte encefálica, conferindo transparência e credibilidade ao processo de doação perante os parentes do doador (MORAES et al, 2015).

É essencial a equipe de saúde estar disponível e aberta para perceber as necessidades da família, mais do que informar sobre o quadro clínico do paciente ou sobre o processo de doação de órgãos. Não apenas informá-la, mas também ajudá-la a compreender a realidade como ela se apresenta. O papel do profissional de enfermagem no processo de doação, não é apenas buscar os órgãos para ofertar é também educar, é ensinar, é deixar com que a população obtenha mais conhecimento a respeito da doação. Ensinar e promover uma mudança de atitude (MORAES et al, 2014).

Os estudos apontam as percepções dos profissionais que cuidam de pacientes em ME, são escassos os estudos que trazem esta temática e por vezes esses não sabem a forma adequada de abordar a família e repassar-lhes as informações necessárias. Um

estudo revelou que o processo de captação de órgãos remete a diferentes situações e emoções e os profissionais reconhecem certa insegurança e despreparo ao cuidar do paciente em ME, onde buscam minimizar os estressores com atividades físicas, suporte social e espiritualidade. Em outro estudo, a ME despertou sentimentos de tristeza, angústia, medo e frustração em enfermeiros que trabalhavam com captação de órgãos para transplante (LIMA, BATISTA E BARBOSA, 2013).

O profissional deve estar preparado para atuar, de maneira efetiva, no processo de doação de órgãos e tecidos, seja na manutenção dos órgãos em boas condições ou na abordagem à família, promovendo um esclarecimento efetivo sobre este processo e isto fomenta a necessidade de uma atuação sistêmica e previamente planejada.

4 | CONCLUSÃO

O estudo teve como finalidade expor, a partir da literatura vigente, assuntos relacionados a atuação da enfermagem no processo de doação de órgãos e tecidos para transplantes. Foram contemplados artigos que mostrassem, entre outros assuntos, os aspectos relacionados a atuação deste profissional, suas dificuldades e deveres. Não foi encontrado uma sistematização específica para o profissional nesta abordagem, apenas algumas indicações que já foram expostas acima.

A família é o elemento principal, e a transparéncia desse processo só ocorre quando a família é devidamente informada e esclarecida sobre o quadro do ente querido, pois a falta de esclarecimento é percebida como uma condição que gera dúvida, angústia, dor e desespero. A recusa no processo de doação de órgãos e tecidos para transplante desvelou que os motivos de recusa estão relacionados a crenças da família sobre a morte, a doença, o corpo e, também, sobre a doação de órgãos. A equipe deve oferecer apoio aos familiares, independente da manifestação contrária à doação. A postura ética e o respeito diante do sofrimento da família é um dever do profissional de saúde que presta assistência ao paciente e seus familiares.

Os profissionais devem estar preparados para lidar com a família, esclarecendo-a e mantendo-a informada sobre todo o processo de doação de órgãos. Se a família está bem esclarecida e entende esse processo, consegue compreender melhor a ME e as chances de consentimento para a doação são maiores, para facilitar este atendimento o profissional necessita de uma assistência sistematizada. A intervenção precoce constitui uma medida preventiva e deve ter ampla atenção por parte dos enfermeiros.

É importante enfatizar que o cuidado proporcionado ao paciente em morte encefálica exige do enfermeiro habilidades técnicas e de múltiplos aspectos (físicos, biológicos, psicológicos, sociais, espirituais, econômicos, políticos, sociológicos e históricos) e que estão intimamente interligados. O fato de o profissional não conseguir lidar com algum desses aspectos poderá levá-lo a não cuidar de maneira adequada, a manter-se distante

do paciente e de sua família, ou até mesmo descuidar do paciente nessa condição.

É de extrema importância a prestação de cuidados de enfermagem aos familiares dos potenciais doadores, que fazem parte do processo de doação de órgãos. Ao se unir o cuidado prestado ao paciente aos cuidados prestados aos familiares tem-se um ponto positivo para que ocorra o consentimento na doação dos órgãos do paciente em morte encefálica.

Acrescentam-se alguns limites do estudo: o uso de poucas bases de dados; escolha de artigos disponíveis, apenas, em uma língua (português) e tempo limitado para pesquisa (inferior a um ano), entretanto, esse mapeamento não se torna ineficaz, apenas anuncia a necessidade de mais estudos sobre a temática.

Uma assistência sistematizada e baseada em evidências propicia ao profissional um auxílio, uma base de quais atitudes tomar, de como iniciar uma comunicação com a família a respeito da ME e da possibilidade de doação de órgãos, diminui as incertezas e promove uma segurança ao abordar este assunto gerando melhorias no atendimento e no convívio com sua equipe.

REFERÊNCIAS

CAVALCANTE. L, P.; RAMOS. I, C.; ARAÚJO. M, A, M.; ALVES. M, D, S.; BRAGA. V, A, B. Cuidados de enfermagem ao paciente em morte encefálica e potencial doador de órgãos. **Rev. Acta Paul Enferm.** v. 27, n. 6, p. 567-72, 2014.

COFEN, RESOLUÇÃO 292 de 7 de junho de 2004. Disponível em: <http://www.cofen.gov.br/resolucoes/cofen-2922004_4328.html>. Acesso em: 21 de julho de 2021.

FILHO. J, B, S.; LOPES. R, E.; BISPO. M, M.; ANDRADE. A, P. Enfermagem e a sensibilização de famílias na doação de órgãos e tecidos para transplante: revisão integrativa. **Rev enferm UFPE on line.** v. 10, n. Supl. 6, p. 4902-8, 2016.

LIMA. C, S, P.; BATISTA. A, C, O.; BARBOSA. S, F, F. Percepções da equipe de enfermagem no cuidado ao paciente em morte encefálica. **Rev. Eletr. Enf. [Internet].** v. 15, n. 3, p. 780-9, 2013. Disponível em:< <http://dx.doi.org/10.5216/ree.v15i3.17497>>. Acesso em: 7 de agosto de 2017.

MORAES. E, L.; NEVES. F, F.; SANTOS. M, J.; MERIGHI. A, B.; MASSAROLLO. C, K, B. Experiências e expectativas de enfermeiros no cuidado ao doador de órgãos e à sua família. **Rev Esc Enferm USP.** v. 49, n. Esp2, p. 129-135, 2015. Disponível em:< www.ee.usp.br/reeusp/>. Acesso em: 7 de agosto de 2017.

MORAES. E, L.; SANTOS. M, J.; MERIGHI. M, A, B.; MASSAROLLO. M, C, K, B. Vivência de enfermeiros no processo de doação de órgãos e tecidos para transplante. **Rev. Latino-Am. Enfermagem.** v. 22, n. 2, p. 226-33, 2014.

CAPÍTULO 22

MANEJO DOS PACIENTES COM MORTE ENCEFÁLICA E POTENCIAL DOADOR DE ÓRGÃOS: REVISÃO INTEGRATIVA

Data de aceite: 20/08/2021

Data de submissão: 11/06/2021

Ellen Cristina de Alcântara Chaves
Faculdade de Tecnologia e Educação Superior
Profissional – FATESP, Brasil
<http://lattes.cnpq.br/1789244630668156>

Rosane da Silva Santana
Universidade Federal do Ceará – UFC, Brasil
<https://orcid.org/0000-0002-0601-8223>

João Hericlys Veras Pinheiro
Centro Universitário Santo Agostinho –
UNIFSA, Brasil
<https://orcid.org/0000-0002-0115-5069>

Benilda Silva Rodrigues
Faculdade Maurício de Nassau, Brasil
<https://orcid.org/0000-0003-1849-7329>

Virgínia Raquel Dudiman de Abreu
Faculdade Maurício de Nassau, Brasil
<https://orcid.org/0000-0002-5280-5674>

Paula Cruz Fernandes de Sousa
Faculdade Estácio de Teresina
<http://lattes.cnpq.br/2637481600859038>

Édila Rayane Viana Neponuceno
Faculdade Maurício de Nassau, Brasil
<https://orcid.org/0000-0001-7278-3188>

Davyd da Conceição Lima
Centro Universitário Santo Agostinho –
UNIFSA, Brasil
<https://orcid.org/0000-0003-4194-4561>

Lídia Cristina de Sousa Sá Carvalho
Universidade Estadual do Piauí – UEMA, Brasil
<http://lattes.cnpq.br/9374121144154222>

Elziane Lima e Silva
Faculdade UNINTA, Brasil
<https://orcid.org/0000-0001-7370-1068>

Maria da Conceição de Azevedo Sousa
Centro Universitário Santo Agostinho –
UNIFSA, Brasil
<http://lattes.cnpq.br/0944159245533585>

Thátila Larissa da Cruz Andrade
Universidade Estadual do Maranhão – UEMA,
Brasil
<http://lattes.cnpq.br/7689889081740391>

RESUMO: **Introdução:** A Morte Encefálica é caracterizada pela parada total e irreversível das funções cerebrais. O diagnóstico da morte encefálica é realizado por meio de dois exames clínicos: um deles é feito por um neurologista para que se ateste a ausência de atividade motora supraespinal e apneia e o outro, a realização de um teste complementar que comprove ausência de fluxo sanguíneo cerebral, atividade elétrica ou metabólica do cérebro. **Objetivo:** Analisar os cuidados de enfermagem ao paciente com morte encefálica e potencial doador de órgãos segundo a literatura. **Metodologia:** Trata-se de uma Revisão Integrativa da Literatura realizada nas bases Biblioteca Virtual em Saúde (BVS) e na Scientific Eletrônica Library Online (SCIELO) por meio dos descritores em saúde: enfermagem, morte encefálica e unidade de terapia intensiva.

Resultados: É primordial que a equipe de enfermagem tenha conhecimento científico a respeito da fisiopatologia relacionada à morte encefálica, tendo em vista que exerce papel importante na monitorização do paciente, viabilizando o processo de doação de órgãos. Também se destaca a necessidade de a equipe de enfermagem ter conhecimento das etapas que permeiam esse processo, a fim de que possam construir estratégias que auxiliem para que ele aconteça de forma mais eficiente. **Conclusão:** Os profissionais de enfermagem são fundamentais no processo de aceitação, por parte de uma família de um doador em potencial, para que o procedimento de doação de órgãos e sua transplantação seja realizada.

PALAVRAS - CHAVE: Enfermeiro; Morte Encefálica; Unidade de Terapia Intensiva.

MANAGEMENT OF PATIENTS WITH BRAIN DEATH AND POTENTIAL ORGAN DONOR: INTEGRATIVE REVIEW

ABSTRACT: **Introduction:** Brain Death is characterized by total and irreversible failure of brain functions. Diagnosis of brain death is performed through two clinical examinations: one is performed by a neurologist to attest to the absence of supraspinatus motor activity and apnea, and the other, a complementary test to prove the absence of cerebral blood flow , electrical or metabolic activity of the brain. **Objective:** To analyze the nursing care provided to patients with brain death and potential organ donors according to the literature. **Methodology:** This is an Integrative Literature Review carried out in the Virtual Health Library (VHL) and Scidientific Electronic Library Online (SCIELO) databases using the following health descriptors: nursing, brain death and intensive care unit. **Results:** It is essential that the nursing team has scientific knowledge about the pathophysiology related to brain death, considering that it plays an important role in patient monitoring, enabling the process of organ donation. It also highlights the need for the nursing team to be aware of the steps that permeate this process, so that they can build strategies that help it to happen more efficiently. **Conclusion:** Nursing professionals are fundamental in the process of acceptance, by the family of a potential donor, so that the procedure for organ donation and transplantation is carried out.

KEYWORDS: Nurse; Brain Death; Intensive care unit.

1 | INTRODUÇÃO

Morte Encefálica (ME) é um dano total e irreversível das funções cerebrais. O diagnóstico da ME é concretizado por meio de dois exames clínicos: um realizado por um médico especialista em neurologia para atestar a ausência de atividade motora supraespinal e apneia e, o outro, é realizado por um teste complementar que comprovando a ausência de fluxo sanguíneo cerebral, atividade elétrica ou metabólica do cérebro conclui o diagnóstico de ME (SOUZA; LIRA; MOLA, 2015).

Os exames de imagem que também podem ser utilizados como confirmação do diagnóstico de morte encefálica são: angiografia cerebral, eletroencefalograma, monitorização da pressão intracraniana, tomografia computadorizada, marcadores químicos do líquido cefalorraquidiano, o doppler transcraniano, a cintilografia e o Potencial evocados auditivos do tronco cerebral (FILHO; JUNGES, 2015).

Estima-se que do total de óbitos em um hospital, cerca de 1% a 4% sejam por ME. Na Unidades de Terapia Intensiva (UTI), estes valores elevam-se para 10-15%. De acordo com dados de 2015 da Associação Brasileira de Transplante de Órgãos (ABTO), em maior destaque de diagnósticos por ME ocorre nas Unidades de Terapia Intensiva (UTI) (ABTO, 2015). O paciente que se encontra na UTI apresenta maiores chances de falecimento em decorrência do quadro clínico, uma vez, que esse ambiente destinado a cuidar de pacientes graves (MENENZES; CASTELI; JUNIOR, 2018).

O cuidado do paciente com ME é complexo, podendo levar a algumas complicações para o potencial doador. Sendo assim, a equipe multiprofissional que se envolvem neste processo devem estar capacitados para o exercício de condutas importantes no controle hemodinâmico, hídrico e na monitoração dos pacientes. Esses procedimentos são necessários para que a doação dos órgãos ocorra de maneira satisfatória (VESCO et al., 2016).

Alguns cuidados com o paciente em ME são a manutenção do corpo em condições viáveis para a doação de órgãos e tecidos, isso se dar através de condutas claras e complexas que serão de responsabilidade pela equipe multiprofissional de saúde. Tal procedimento é de grande importância ser realizado passo a passo para que os órgãos sejam aproveitados em sua totalidade através do transplante (ALVES; RODRIGUES; CUNHA, 2019).

Para a devida realização do transplante de órgãos e tecidos com o doador em óbito, deve seguir algumas etapas para seguir com o processo de doação que se divide em etapas tal como: inicia-se com a identificação e notificação do Potencial Doador (PD), seguido pela avaliação e manutenção dos parâmetros hemodinâmicos, confirmação do diagnóstico de ME, entrevista familiar, documentação de ME, aspectos logísticos, remoção e distribuição de órgãos e tecidos, transplante e por fim acompanhamento de resultados. Portanto, cada etapa desse processo se torna importante e deve ser seguido para que não haja falhas (FREIRE et al., 2012).

O potencial doador necessitará de manutenção prolongada do corpo, através de ventilação mecânica e outros procedimentos que proporcionem a doação dos órgãos. Nessa situação, os cuidados com o doador de órgãos e tecidos em ME deve ser muito especial, colocando a equipe de enfermagem em uma situação que liga aos extremos da vida: início e fim, os cuidados consistem na manutenção hemodinâmica, portanto, o enfermeiro com especialidade em terapia intensiva deve conhecer as alterações fisiológicas consequentes da ME, para que, junto com a equipe médica, possa conduzir o manejo adequado do potencial doador de órgãos e tecidos (GUELBER et al., 2011).

O objetivo foi analisar os cuidados de enfermagem ao paciente com morte encefálica e potencial doador de órgãos segundo a literatura.

2 | METODOLOGIA

Este estudo trata-se de uma Revisão Integrativa da Literatura, a qual tem como objetivo reunir, avaliar criticamente e sintetizar, de maneira sistemática, os resultados de múltiplos estudos sobre um determinado tema, contribuindo para aprofundamento do conhecimento acerca da questão investigada (MENDES, SILVEIRA, GALVÃO, 2008).

Para desenvolvimento da pesquisa, foram realizadas as etapas: elaboração da questão norteadora; seleção das bibliotecas eletrônicas a serem pesquisadas; escolha dos critérios de inclusão e exclusão; busca dos artigos nas bases de dados, análise dos estudos selecionados; interpretação dos resultados e apresentação da revisão ou síntese do conhecimento (FINEOUT et al., 2011).

A pergunta de pesquisa foi norteada pela questão: “Quais os cuidados de enfermagem ao paciente em morte encefálica e potencial doador de órgãos segundo a literatura?”. Obedecendo as especificações da estratégia PICOT (Acrônimo para Paciente, Intervenção, Comparação, “*Outcomes*” (desfecho) e Tempo). Assim, definimos para P: paciente; I: cuidados de enfermagem; C: não cuidado, O: doação de órgão; e T: pós-morte cerebral.

O levantamento das produções científicas ocorreu nos meses de outubro a dezembro de 2020 nas Biblioteca Virtual em Saúde (BVS) e na Scientific Eletrônica Library Online (SCIELO) por meio dos descritores em saúde: enfermagem, morte encefálica e UTI.

Os critérios de inclusão foram trabalhos que estiveram disponíveis na íntegra em texto completo entre os meses de janeiro de 2010 a janeiro de 2020 no idioma português. E excluídos, pesquisas de opinião de especialistas, protocolos, cartas resposta e editoriais já na primeira busca artigos que fugiram ao tema ou que se repetiram.

Os artigos foram analisados conforme o método de Bardin (2016) que após analisados e aplicados os critérios de inclusão e exclusão. Foi produzida uma categoria, ao todo foram encontrados 50 artigos, após a aplicação dos critérios de inclusão apenas 08 fizeram parte da revisão. Os dados extraídos dos artigos foram organizados em um quadro contendo título, autores, ano, biblioteca eletrônica, abordagem metodológica e em categorias analíticas.

3 | RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os dados foram organizados em um quadro e após analisados, formou-se uma categoria: Cuidados de enfermagem aos pacientes com morte encefálica e potencial doador de órgãos.

N	TÍTULO DO ARTIGO	AUTOR (A)	ANO	BASES DE DADOS	ABORDAGEM METODOLÓGICA
1	Pensamento Lean e cuidado do paciente em morte encefálica no processo de doação de órgãos	Pestana et al.	2012	SCIELO	Revisão Integrativa
2	Emergindo a complexidade do cuidado de enfermagem ao ser em morte encefálica	Pestana; Erdmann; Sousa	2012	SCIELO	Qualitativa
3	O cuidado da equipe de enfermagem ao paciente em morte encefálica na uti	Dias	2014	BVS	Revisão Integrativa
4	Cuidados de enfermagem ao paciente em morte encefálica e potencial doador de órgãos	Cavalcante et al.	2014	BVS	Qualitativa
5	Assistência e Enfermagem a Indivíduos em Morte Encefálica: Avaliação de Qualidade	Rodrigues et al.	2017	SCIELO	Quantitativa
6	Autonomia na doação de órgãos post mortem no Brasil.	Pimentel; Sarsur; Dadalto	2018	SCIELO	Revisão da literatura.
7	Percepções e experiências de trabalhadores de enfermagem sobre o cuidado ao paciente em morte encefálica	Cesar; Campono	2019	BVS	Revisão Integrativa
8	A importância da assistência de enfermagem ao potencial doador de órgãos em morte encefálica	Lopes et al.	2020	SCIELO	Revisão Integrativa

Quadro 1: Caracterização dos artigos, título, autor, ano, bases de dados ou biblioteca eletrônica e abordagem metodológica.

Fonte: Dados da Pesquisa.

De acordo com os dados expostos no Quadro 1, dos oito artigos selecionados, observou- se que o ano de 2012 e 2014 tiveram maior número de publicação com dois artigos cada ano respectivo. Quanto as bases de dados, cinco foram publicados na biblioteca eletrônica SCIELO e três, na BVS. Verificou-se que os artigos apresentaram diferentes abordagens metodológicas, sendo que quatro foi de revisão integrativa, duas de pesquisa qualitativa e uma de pesquisa quantitativa.

Cuidados de enfermagem aos pacientes com morte encefálica e potencial doador de órgãos

César et al. (2019) mencionam que a equipe de enfermagem frente ao quadro do paciente em morte encefálica na UTI é de grande relevância pois a mesma tem participação direta na assistência, sendo primordial que a equipe de enfermagem tenha conhecimento científico a respeito da fisiopatologia relacionada à morte encefálica, tendo em vista que exerce papel importante na monitorização do paciente, viabilizando o processo de doação de órgãos. Também destaca-se a necessidade da equipe de enfermagem ter conhecimento das etapas que permeiam esse processo, para que possam construir estratégias que auxiliem para que ele aconteça de forma mais eficiente.

Segundo Cavalcante et al. (2014), o transplante de órgãos e tecidos serve para o tratamento de diversas doenças e é uma alternativa terapêutica segura e eficaz, determinando melhoria na qualidade e na perspectiva de vida. A assistência dos profissionais de enfermagem será focada na estabilização dos múltiplos efeitos danosos que a morte encefálica ocasiona sobre o organismo em um pequeno espaço de tempo, gerando instabilidade hemodinâmica, o que requer extrema rapidez nos processos burocráticos. Diante da escassez gradativa de órgãos é de suma importância que se potencialize o uso de órgãos captados de doadores com morte encefálica, pois atualmente é a principal fonte de órgãos para transplantes.

Para Rodrigues et al. (2017), a qualidade dos cuidados prestados pela equipe de Enfermagem aos indivíduos em ME, é realizado a partir dos registros no prontuário, permitindo assim, a identificação do padrão de qualidade da assistência prestada e das inconformidades decorrentes dessa assistência, destacando suas possíveis causas e repercussões na manutenção desses indivíduos, contribuindo, assim, não só para o desenvolvimento científico sobre a temática, como também para a reorientação e qualificação das práticas de atenção à saúde da equipe de enfermagem no cuidado a esses indivíduos, repercutindo na manutenção de órgãos viáveis para doação e transplantes, e, consequentemente, na qualidade de vida das pessoas que aguardam por doações e transplantes de órgãos.

Pestana et al. (2012) dizem que o reconhecimento tardio da morte encefálica pode acarretar em infecção, instabilidade hemodinâmica ou parada cardiorrespiratória, acarretando na perda do potencial doador, e, portanto, na perda da esperança de levar vida a outros pacientes. O cuidado de um paciente em morte encefálica é vivenciado pela equipe de enfermagem como uma situação desafiadora do ponto de vista é ético e profissional, pois requer ações que exigem grande responsabilidade onde nada pode dar errado no que se refere ao encontro com a família e em termos de conhecimento e cuidado com o potencial doador.

A intervenção de cuidado pela equipe de enfermagem tem como um foco conservar

a vida, traçar planos para o bem social e com interações propostas entre a equipe. Quando se trata de um paciente com ME, segundo alguns pesquisadores, os profissionais requerem maior exigência mental e física em comparação ao demais pacientes, a equipe de enfermagem tem um papel importantíssimo tanto no cuidado, quanto na humanização com o paciente e seus familiares, isso é necessário para um bom sucesso durante o tratamento. Deve-se então enfatizar esses cuidados, levando a todos a importância do conhecimento, da equipe de enfermagem e dos procedimentos prestados a essa população de pacientes (LOPES et al., 2020).

A atenção ao paciente com Morte Encefálica exige um trabalho em equipe, complementar entre a equipe da UTI e a do serviço de captação de órgãos e transplante. É um processo que exige a interdependência profissional, cooperação, integração da equipe multiprofissional e boa comunicação. Em vista disso, o importante é conduzir adequadamente o potencial doador de órgãos com o mesmo empenho e dedicação que qualquer outro paciente da UTI. Esse paciente não deve ser visto como um ser morto que não necessita de cuidados; deve-se avançar no olhar reconhecendo-o para além de um corpo (PESTANA; ERDMANN; SOUSA, 2012).

É necessário esclarecer a população sobre a doação de órgãos, para que sobretudo a família saiba que esse ato voluntário pode melhorar e prolongar a vida de outras pessoas. É preciso ainda, incentivar o potencial doador a expressar seu desejo a familiares, pedindo que seja respeitado, uma vez que ainda não há documento para tal manifestação no ordenamento jurídico pátrio. Desta forma, torna-se imperioso discutir a necessidade de modificar a atual redação do artigo 4º da Lei 9.434/1997. Assim, sugere-se: Art. 4º – A retirada de tecidos, órgãos e partes do corpo de pessoas falecidas para transplantes ou outra finalidade terapêutica dependerá da manifestação do doador, em vida, por meio de documento público. Parágrafo único: Na falta do referido documento necessitará da autorização do cônjuge ou parente, maior de idade, obedecida a linha sucessória, reta ou colateral, até o segundo grau, firmada em documento subscrito por duas testemunhas presentes à verificação da morte (PIMENTEL; SARSUR; DADALTO, 2018).

Segundo o autor Pinto (2014), o cuidado de enfermagem precisa ser adequado para que haja assistência de qualidade e de forma responsável, o profissional tem que ter um olhar autêntico, ser presente e capaz de ter uma experiência com o mundo subjetivo do outro, mesmo sendo, um “ser morto”. Por tanto, percebe que a equipe de enfermagem é marcada pelo dinamismo que se faz necessário para organizá-lo no processo de cuidar. Além de organizar as etapas facilita a metodologia de trabalho melhorando a comunicação entre elas e as demais equipes multiprofissionais. Na sua importância, o processo de cuidar da enfermagem assegura ao profissional o exercício de cuidar de cada paciente, dando-lhe um enfoque na totalidade de qualquer ser assistido.

4 | CONCLUSÃO

Esta pesquisa evidenciou que os cuidados de enfermagem são fundamentais no manejo dos pacientes com ME e potencial doador. Evidenciou-se que os principais cuidados foram, prestar uma assistência otimizada ao paciente em ME, às famílias do doador e aos trâmites que permeiam a doação de órgãos. Os profissionais de enfermagem são fundamentais no processo de aceitação, por parte de uma família de um doador em potencial, para que o procedimento de doação de órgãos e sua transplantação seja realizada.

Ainda assim, é indispensável investir no preparo dos profissionais que atuam no campo da doação, sobretudo os que estão envolvidos com a assistência do potencial doador em morte encefálica. Várias campanhas são realizadas e apontam para a necessidade de as pessoas conversarem sobre o assunto de doação no seio familiar, pois quando o familiar conhece a vontade do falecido fica mais fácil tomar a decisão, e em sua maioria a vontade é respeitada.

REFERÊNCIAS

ALVES, M. P.; RODRIGUES, F. S.; CUNHA, K. S. Processo de morte encefálica: significado para enfermeiros de uma unidade de terapia intensiva. **Rev baiana enferm**, 2019. Disponível em: <<https://pdfs.sescholar.org/f178/c70875246764822439ed732fb598a76b4.pdf>> Acesso em: 30 jan de 2020.

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE TRANSPLANTE DE ÓRGÃOS. 2017 – **Dimensionamento dos Transplantes no Brasil e em cada estado (2010-2017)**. Registro Brasileiro de Transplantes: Veículo Oficial da Associação Brasileira de Transplante de Órgãos [Internet]. São Paulo, 2017 [cited 2018 Aug 22];ano XXIII(4). Available from: <http://www.abto.org>.

BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. Tradução de Luís Antero reto, Augusto Pinheiro 3º reimpressão da 1º ed de São Paulo. 70. ed. Lisboa. p. 147-158, 2016.

CAVALCANTE, L. P. et al. Cuidados de enfermagem ao paciente em morte encefálica e potencial doador de órgãos. **Acta Paul Enferm**, p. 567-72, 2014. Disponível em: <<https://www.scielo.br/pdf/ape/v27n6/1982-0194-ape-027-004-0557.pdf>> Acesso em: 10 jan de 2021.

CESAR, M. P; CAMPONOGARA, S. Percepções e experiências de trabalhadores de enfermagem sobre o cuidado ao paciente em morte encefálica. **Rev baiana enferm**, 2019. Disponível em: <[file:///C:/Users/USU%C3%81RIO/Music/TCC%20JESSICA/39879-125178-1-PB%20\(1\).pdf](file:///C:/Users/USU%C3%81RIO/Music/TCC%20JESSICA/39879-125178-1-PB%20(1).pdf)> Acesso em: 5 fev de 2021.

DIAS, L. M. F. **O cuidado da equipe de enfermagem ao paciente em morte encefálica na uti**. Disponível em: <<http://www.repositoriodigital.ufrb.edu.br/bitstream/123456789/1295/1/LIZZY%20FIGUEIREDO%20DIAS.pdf>> Acesso em: Acesso em: 5 fev de 2021.

FILHO, E. M. R.; JUNGUES, J. R. Morte encefálica: uma discussão encerrada?. **Rev. Bioét**, 2015. Disponível em: <<https://www.scielo.br/pdf/bioet/v23n3/1983-8034-bioet-23-3-0485.pdf>> Acesso em 16 mar de 2021.

FINEOUT-OVERHOLT, E.; MELNYK, B. M.; STILLWELL, S. B. Evidence-based practice, step by step: evaluating and disseminating the impact of an evidence-based intervention: show and tell. **American Journal of Nursing (AJN)**, v.111, n.7, p. 56-59, 2011. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21709484>>. Acesso em: 10 jan de 2021.

FREIRE, I. L. S. et al. Morte encefálica e cuidados na manutenção do potencial doador de órgãos e tecidos para transplante. **Rev. Eletr. Enf.** 2012. Disponível em: <<https://pdfs.semanticscholar.org/4d3f/34431caa7f4c5aed9965f48a6102f6f5ac93.pdf>> Acesso em: 16 mar 2021.

GUELBER, F. C. A. P. et al. Cuidando da pessoa com morte encefálica – experiência da equipe de enfermagem. **JBT J Bras Transp.** 2011. Disponível em: <<http://www.abto.org.br/upload/file/jbt/2011/2.pdf#page=7>> Acesso em: 30 jan de 2020.

LOPES, K. V. et al. A importância da assistência de enfermagem ao potencial doador de órgãos em morte encefálica. **ReBIS**. 2020. Disponível em: <<https://revistarebis.rebis.com.br/index.php/rebis/article/view/83>> Acesso em: 1 fev 2020.

MENDES, K. S.; SILVEIRA, R. C. C. P.; GALVAO, C. M. Revisão integrativa: método de pesquisa para a incorporação de evidências na saúde e na enfermagem. **Texto & Contexto – Enfermagem**. v.17, n.4, p.758-764, 2008. Disponível em: <<https://www.redalyc.org//4836/483654815002/8914815002.pdf>> Acesso em: 07 jan de 2020.

MENESES, N. P; CASTELLI, I; JUNIOR, A.L. C. Comunicação de morte encefálica a familiares: levantamento com profissionais de saúde. **Rev. SBPH**, 2018. Disponível em: <<http://pepsic.bvsalud.org/pdf/rsbph/v21n1/v21n1a11.pdf>> Acesso em: 16 mar de 2021.

PESTANA, A. L. et al. Pensamento Lean e cuidado do paciente em morte encefálica no processo de doação de órgãos. **Rev Esc Enferm USP**. 2013. Disponível em:< <http://www.scielo.sp/v47n1>> Acesso em: 30 jan de 2020.

PESTANA, A. L; ERDMANN, A. L; SOUSA, F. G. M. Emergindo a complexidade do cuidado de enfermagem ao ser em morte encefálica. **Esc Anna Nery**. 2012. Disponível em: <<https://www.scielo.br/pdf/reeusp/v47n1/a33v47n1.pdf>> Acesso em: 1 fev de 2020.

PIMENTEL, W.; SARSUR, M.; DADALTO, L. Autonomia na doação de órgãos post mortem no Brasil. **Rev. Bioét.** 2018. Disponivel em: <<https://www.scielo.br/pdf/bioet/v26n4/1983-8042-bioet-26-04-0530.pdf>> Acesso em: 16 mar de 2021.

RODRIGUES, H.B. et al. Assistência e Enfermagem a Indivíduos em Morte Encefálica: Avaliação de Qualidade. **R bras ci Saúde**. p. 333-340, 2017. Disponível em: <https://www.researchgate.net/profile/Diogenes_Farias_Gomes2/publication/346006666_Assistencia_e_Enfermagem_a_Individuos_em_Morte_Encefatica_Avaliacao_de_Qualidade/links/5aef7aeea6fdcc8508b9547b/Assistencia-e-Enfermagem-a-Individuos-em-Morte-Encefatica-Avaliacao-de-Qualidade.pdf>Acesso em: Acesso em: 5 fev de 2021.

SOUZA, B. S. J.; LIRA, G. G.; MOLA, J. Notificação da morte encefálica em ambiente hospitalar. **Rev Rene**, 2015. Disponivel em: <<http://repositorio.ufc.br/bitstream/riufc/12653/1/20997a.pdf>> Acesso em: 28 jan de 2020.

VESCO, N. L. et al. Conhecimento do enfermeiro na manutenção do potencial doador de órgãos e tecidos para transplante. **Rev enferm UFPE on line**. v. 10, n. 5, p. 1615-24, 2016. Disponível em: <<https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/viewFile/11157/12675>> Acesso em: 20 mar de 2021.

SOBRE A ORGANIZADORA

ANA MARIA AGUIAR FRIAS - Doutora em Psicologia (Julho-2010); Mestre em Ecologia Humana (2004); Enfermeira Especialista em Saúde Materna e Obstétrica (Agosto1996). Enfermeira (1986-2003). Professora Coordenadora no Departamento de Enfermagem da Escola Superior de Enfermagem S. João de Deus (ESESJD) da Universidade de Évora. Presidente do Conselho Pedagógico (2008-2010) e desde Janeiro 2019. Elemento da assembleia de representantes da ESESJD, Vice Presidente da assembleia de representante (2017-2019). Elemento da Comissão Executiva e de acompanhamento do Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica. Adjunta da Diretora de curso. Investigadora do Comprehensive Health Research Centre, investigadora colaboradora do centro de investigação em Educação e Psicologia da Universidade de Évora. Coordenadora principal do projeto “Conhecer e prevenir o VIH_SIDA”. Assessora Científico da Revista RIASE. Revisor da Revista de Enfermagem (Referência), da Revista Millenium-Journal of Education, Technologies, and Health, da Revista Cubana de Enfermería, da Revista Eletrônica Gestão e Saúde - G&S, da revista de Enfermagem Anna Nery. Representante dos professores no conselho técnico-científico da Escola Superior de Enfermagem S. João de Deus (até Janeiro 2019). Diretora da comissão de curso da licenciatura em Enfermagem (2010-2012). Adjunta da Diretora da Comissão de Curso da Licenciatura em Enfermagem (2012-2014). Diretora da Pós-graduação em Medicina Chinesa (2008-2012). Diretora do 6.º Curso de Pós-licenciatura de Especialização em Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia, na Ilha da Madeira (2008-2010). Elemento da comissão editorial da revista da ESESJD “ Enfermagem e Sociedade” (2004-2009). Autora de vários trabalhos científicos com publicações relevantes em periódicos nacionais e internacionais, livro, capítulos de livros e comunicações nas áreas da Enfermagem, Educação para a Saúde, Psicologia. Abordou temas como Gravidez e Parto. Vinculação, Adolescência, Comportamentos Saudáveis e de Risco, VIH, Urgências e Emergências, Simulação Clínica e *e-learning*.

ÍNDICE REMISSIVO

A

- Abordagem à família 15, 225, 226, 228, 231
Atitudes e prática em saúde 85
Autoimagem 14, 188, 189, 190, 191, 192, 193, 194, 195, 196, 197
Avaliação em enfermagem 178

B

- Balanço hídrico 128, 135, 139, 164, 177, 178, 179, 186, 187
Bundle 13, 48, 142, 143, 144, 145, 146, 147, 148, 149, 150, 151, 152, 153, 154

C

- Câncer 33, 73, 74, 79, 82, 157, 160, 199, 200, 207
Chumbo 14, 208, 209, 210, 211, 212, 213, 214, 215, 216, 217
Cobertura Vacinal 10, 11, 12, 14, 17, 18, 19, 21, 22, 23, 24
Comunicação em saúde 3, 10, 85, 87
Coronavírus 2, 8, 10, 27, 28, 29, 30, 31, 32, 33, 39
Cuidados com o paciente 157, 235
Cuidados de enfermagem 9, 13, 33, 109, 112, 122, 127, 138, 155, 229, 232, 233, 235, 236, 237, 238, 240
Cuidados Paliativos 15, 218, 219, 220, 222, 223, 224

D

- Diagnóstico Tardio 167
Doença de Parkinson 15, 218, 219, 223, 224
Doenças sexualmente transmissíveis 76, 81, 87

E

- Educação continuada 178
Enfermagem 2, 9, 10, 11, 12, 13, 15, 1, 3, 4, 7, 9, 10, 11, 12, 14, 15, 16, 17, 20, 21, 24, 26, 27, 28, 30, 31, 32, 33, 35, 37, 38, 40, 42, 43, 49, 51, 53, 70, 72, 73, 74, 75, 76, 77, 78, 81, 82, 83, 85, 99, 103, 104, 105, 107, 108, 109, 111, 112, 113, 114, 116, 118, 120, 121, 122, 123, 124, 125, 126, 127, 128, 129, 130, 135, 137, 138, 139, 140, 141, 142, 143, 144, 145, 148, 149, 151, 152, 153, 154, 155, 156, 157, 158, 161, 162, 163, 164, 165, 166, 167, 168, 174, 176, 177, 178, 184, 185, 186, 187, 188, 189, 191, 192, 193, 194, 195, 196, 197, 198, 199, 216, 225, 226, 227, 228, 229, 230, 231, 232, 233, 234, 235, 236, 237, 238, 239, 240, 241, 243

Enfermeiro 11, 14, 51, 70, 73, 74, 75, 76, 79, 80, 82, 104, 107, 108, 109, 110, 112, 120, 127, 128, 139, 140, 163, 188, 196, 197, 225, 227, 228, 229, 230, 231, 234, 235, 242

Equipamentos de proteção individual 33

Equipe de enfermagem 33, 35, 70, 74, 83, 108, 112, 125, 144, 149, 151, 152, 168, 184, 232, 234, 235, 237, 238, 239, 240, 241

Esterilização 11, 33, 35, 37, 39

F

Fistula Arteriovenosa 191

H

Hemodiálise 14, 188, 189, 190, 191, 192, 193, 194, 195, 197

Hipernatremia 127, 128, 129, 130, 133, 134, 135, 136, 137, 138, 139, 141

HIV 11, 53, 54, 55, 56, 58, 59, 60, 61, 62, 63, 64, 65, 66, 67, 68, 69, 70, 71, 72, 73, 78

I

Infecções por Arbovírus 85

Informações Científicas 2

INFORMAÇÕES CIENTÍFICAS 10, 1

Intoxicação 14, 208, 210, 211, 212, 213, 214, 215, 216, 217

M

Morte Encefálica 15, 225, 226, 227, 229, 230, 231, 232, 233, 234, 235, 236, 237, 238, 239, 240, 241

P

Pandemias 34, 98

Pneumonia associada à ventilação mecânica 44, 46, 142, 143, 144, 145, 146, 147, 148, 149, 150, 151, 152, 153, 154

Prevenção de doenças 12, 13

R

Rede Social 2, 5

Registros de enfermagem 177

Representação 53, 56, 101

S

Sala de vacinas 10, 11, 12, 15, 17, 18, 19, 20, 21

Segurança do paciente 12, 41, 46, 51, 114, 115, 116, 117, 119, 120, 121, 122, 123, 124, 125, 126, 144, 148

Síndromes Coronariana Aguda 167

T

Tabagismo 14, 168, 170, 199, 200, 201, 202, 205, 206, 207

Técnicos de enfermagem 11, 12, 15, 17, 20, 21, 114, 116, 118, 121

Terapia Antirretroviral 53, 54, 55, 58, 61, 66, 68

Territorialização da atenção primária 102

Transplante de órgãos e tecidos 225, 227, 228, 235, 238

Tratamento 14, 2, 3, 4, 10, 29, 30, 32, 55, 58, 59, 60, 61, 66, 70, 72, 73, 74, 75, 76, 77, 78, 79, 80, 81, 83, 105, 106, 116, 129, 138, 139, 143, 144, 156, 158, 160, 161, 162, 163, 164, 165, 168, 171, 173, 174, 178, 180, 182, 190, 193, 194, 196, 197, 198, 199, 204, 205, 207, 208, 210, 215, 216, 218, 219, 220, 221, 222, 223, 224, 226, 238, 239

Tricomoníase 11, 73, 74, 75, 76, 77, 78, 79, 80, 81, 82, 83

U

Unidade de saúde 206

Unidades de terapia intensiva 45, 125, 127, 130, 147, 151

V

Vacinação 11, 12, 13, 14, 15, 18, 19, 20, 21, 22, 23, 24

A enfermagem a partir de uma visão crítica: Excelência das práticas de cuidado

2

www.atenaeditora.com.br 

contato@atenaeditora.com.br 

@atenaeditora 

www.facebook.com/atenaeditora.com.br 



A enfermagem a partir de uma visão crítica: Excelência das práticas de cuidado

2

www.atenaeditora.com.br 

contato@atenaeditora.com.br 

@atenaeditora 

www.facebook.com/atenaeditora.com.br 

