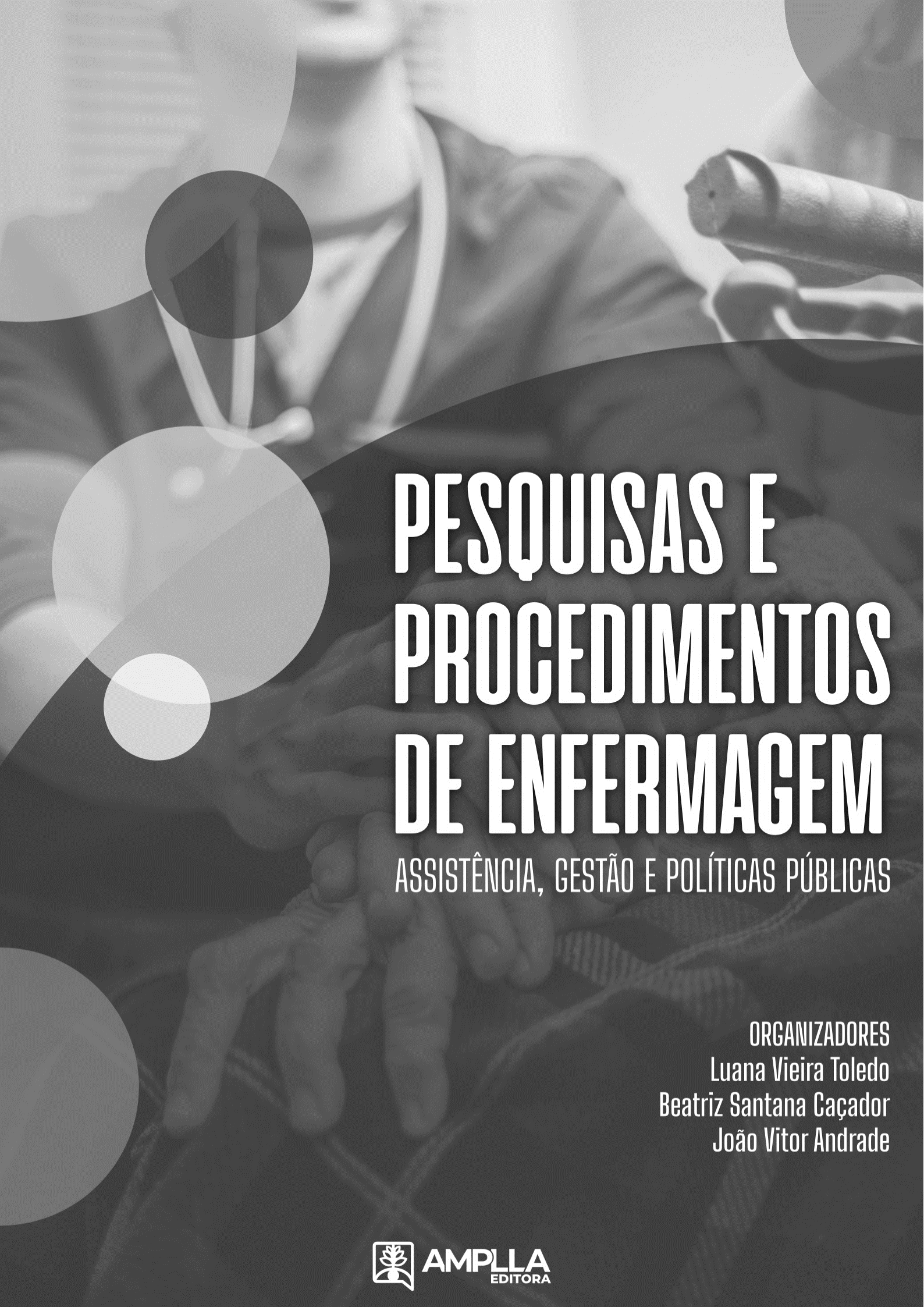


PESQUISAS E PROCEDIMENTOS DE ENFERMAGEM

ASSISTÊNCIA, GESTÃO E POLÍTICAS PÚBLICAS

ORGANIZADORES
Luana Vieira Toledo
Beatriz Santana Caçador
João Vitor Andrade



PESQUISAS E PROCEDIMENTOS DE ENFERMAGEM

ASSISTÊNCIA, GESTÃO E POLÍTICAS PÚBLICAS

ORGANIZADORES
Luana Vieira Toledo
Beatriz Santana Caçador
João Vitor Andrade



2022 - Editora Ampla

Copyright © Editora Ampla

Editor Chefe: Leonardo Pereira Tavares

Design da Capa: Editora Ampla

Diagramação: Higor Costa de Brito

Pesquisas e procedimentos de enfermagem: assistência, gestão e políticas públicas está licenciado sob CC BY 4.0.



Esta licença exige que as reutilizações deem crédito ao criador. Ele permite que os reutilizadores distribuam, remixem, adaptem e construam o material em qualquer meio ou formato, mesmo para fins comerciais.

O conteúdo da obra e seus dados em sua forma, correção e confiabilidade são de responsabilidade exclusiva dos autores, não representando a posição oficial da Editora Ampla. É permitido o download da obra e o compartilhamento desde que sejam atribuídos créditos aos autores. Todos os direitos para esta edição foram cedidos à Editora Ampla.

ISBN: 978-65-5381-025-9

DOI: 10.51859/ampla.ppe2159-0

Editora Ampla

Campina Grande – PB – Brasil

contato@ampllaeditora.com.br

www.ampllaeditora.com.br



2022

CONSELHO EDITORIAL

Andréa Cátia Leal Badaró – Universidade Tecnológica Federal do Paraná
Andréia Monique Lermen – Universidade Federal do Rio Grande do Sul
Antoniele Silvana de Melo Souza – Universidade Estadual do Ceará
Aryane de Azevedo Pinheiro – Universidade Federal do Ceará
Bergson Rodrigo Siqueira de Melo – Universidade Estadual do Ceará
Bruna Beatriz da Rocha – Instituto Federal do Sudeste de Minas Gerais
Bruno Ferreira – Universidade Federal da Bahia
Caio César Costa Santos – Universidade Federal de Sergipe
Carina Alexandra Rondini – Universidade Estadual Paulista
Carla Caroline Alves Carvalho – Universidade Federal de Campina Grande
Carlos Augusto Trojaner – Prefeitura de Venâncio Aires
Carolina Carbonell Demori – Universidade Federal de Pelotas
Cícero Batista do Nascimento Filho – Universidade Federal do Ceará
Clécio Danilo Dias da Silva – Universidade Federal do Rio Grande do Norte
Dandara Scarlet Sousa Gomes Bacelar – Universidade Federal do Piauí
Daniela de Freitas Lima – Universidade Federal de Campina Grande
Darlei Gutierrez Dantas Bernardo Oliveira – Universidade Estadual da Paraíba
Denise Barguil Nepomuceno – Universidade Federal de Minas Gerais
Diogo Lopes de Oliveira – Universidade Federal de Campina Grande
Dylan Ávila Alves – Instituto Federal Goiano
Edson Lourenço da Silva – Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia do Piauí
Elane da Silva Barbosa – Universidade Estadual do Ceará
Érica Rios de Carvalho – Universidade Católica do Salvador
Fernanda Beatriz Pereira Cavalcanti – Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho”
Gabriel Gomes de Oliveira – Universidade Estadual de Campinas
Gilberto de Melo Junior – Instituto Federal do Pará
Givanildo de Oliveira Santos – Instituto Brasileiro de Educação e Cultura
Higor Costa de Brito – Universidade Federal de Campina Grande
Isabel Fontgalland – Universidade Federal de Campina Grande
Isane Vera Karsburg – Universidade do Estado de Mato Grosso
Israel Gondres Torné – Universidade do Estado do Amazonas
Ivo Batista Conde – Universidade Estadual do Ceará
Jaqueline Rocha Borges dos Santos – Universidade Federal Rural do Rio de Janeiro
Jessica Wanderley Souza do Nascimento – Instituto de Especialização do Amazonas
João Henriques de Sousa Júnior – Universidade Federal de Santa Catarina
João Manoel Da Silva – Universidade Federal de Alagoas
João Vitor Andrade – Universidade de São Paulo
Joilson Silva de Sousa – Instituto Federal do Rio Grande do Norte
José Cândido Rodrigues Neto – Universidade Estadual da Paraíba
Jose Henrique de Lacerda Furtado – Instituto Federal do Rio de Janeiro
Josenita Luiz da Silva – Faculdade Frassinetti do Recife
Josiney Farias de Araújo – Universidade Federal do Pará
Karina de Araújo Dias – SME/Prefeitura Municipal de Florianópolis
Katia Fernanda Alves Moreira – Universidade Federal de Rondônia
Laís Portugal Rios da Costa Pereira – Universidade Federal de São Carlos
Laíze Lantyer Luz – Universidade Católica do Salvador
Lindon Johnson Pontes Portela – Universidade Federal do Oeste do Pará
Lucas Araújo Ferreira – Universidade Federal do Pará
Lucas Capita Quarto – Universidade Federal do Oeste do Pará
Lúcia Magnólia Albuquerque Soares de Camargo – Unifacisa Centro Universitário
Luciana de Jesus Botelho Sodrê dos Santos – Universidade Estadual do Maranhão

Luís Paulo Souza e Souza – Universidade Federal do Amazonas
Luiza Catarina Sobreira de Souza – Faculdade de Ciências Humanas do Sertão Central
Manoel Mariano Neto da Silva – Universidade Federal de Campina Grande
Marcelo Alves Pereira Eufrazio – Centro Universitário Unifacisa
Marcelo Williams Oliveira de Souza – Universidade Federal do Pará
Marcos Pereira dos Santos – Faculdade Rachel de Queiroz
Marcus Vinicius Peralva Santos – Universidade Federal da Bahia
Marina Magalhães de Moraes – Universidade Federal do Amazonas
Mário Cézar de Oliveira – Universidade Federal de Uberlândia
Michele Antunes – Universidade Feevale
Milena Roberta Freire da Silva – Universidade Federal de Pernambuco
Nadja Maria Mourão – Universidade do Estado de Minas Gerais
Natan Galves Santana – Universidade Paranaense
Nathalia Bezerra da Silva Ferreira – Universidade do Estado do Rio Grande do Norte
Neide Kazue Sakugawa Shinohara – Universidade Federal Rural de Pernambuco
Neudson Johnson Martinho – Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Mato Grosso
Patrícia Appelt – Universidade Tecnológica Federal do Paraná
Paula Milena Melo Casais – Universidade Federal da Bahia
Paulo Henrique Matos de Jesus – Universidade Federal do Maranhão
Rafael Rodrigues Gomides – Faculdade de Quatro Marcos
Reângela Cíntia Rodrigues de Oliveira Lima – Universidade Federal do Ceará
Rebeca Freitas Ivanicska – Universidade Federal de Lavras
Renan Gustavo Pacheco Soares – Autarquia do Ensino Superior de Garanhuns
Renan Monteiro do Nascimento – Universidade de Brasília
Ricardo Leoni Gonçalves Bastos – Universidade Federal do Ceará
Rodrigo da Rosa Pereira – Universidade Federal do Rio Grande
Sabrynna Brito Oliveira – Universidade Federal de Minas Gerais
Samuel Miranda Mattos – Universidade Estadual do Ceará
Shirley Santos Nascimento – Universidade Estadual Do Sudoeste Da Bahia
Silvana Carloto Andres – Universidade Federal de Santa Maria
Silvio de Almeida Junior – Universidade de Franca
Tatiana Paschoalette R. Bachur – Universidade Estadual do Ceará | Centro Universitário Christus
Telma Regina Stroparo – Universidade Estadual do Centro-Oeste
Thayla Amorim Santino – Universidade Federal do Rio Grande do Norte
Virgínia Maia de Araújo Oliveira – Instituto Federal da Paraíba
Virginia Tomaz Machado – Faculdade Santa Maria de Cajazeiras
Walmir Fernandes Pereira – Miami University of Science and Technology
Wanessa Dunga de Assis – Universidade Federal de Campina Grande
Wellington Alves Silva – Universidade Estadual de Roraima
Yáscara Maia Araújo de Brito – Universidade Federal de Campina Grande
Yasmin da Silva Santos – Fundação Oswaldo Cruz
Yuciara Barbosa Costa Ferreira – Universidade Federal de Campina Grande



2022 - Editora Ampla

Copyright © Editora Ampla

Editor Chefe: Leonardo Pereira Tavares

Design da Capa: Editora Ampla

Diagramação: Higor Costa de Brito

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)

Pesquisas e procedimentos de enfermagem [livro eletrônico]:
assistência, gestão e políticas públicas / organização
Luana Vieira Toledo, Beatriz Santana Caçador, João Vitor
Andrade. -- Campina Grande : Editora Ampla, 2022.
585 p.

Formato: PDF

ISBN: 978-65-5381-025-9

1. Enfermagem. 2. Saúde do Adulto. 3. Saúde Coletiva.
4. SUS (BR) - Gestão. I. Toledo, Luana Vieira. II. Caçador,
Beatriz Santana. III. Andrade, João Vitor. VI. Título.

CDD-610.73

Sueli Costa - Bibliotecária - CRB-8/5213
(**SC Assessoria Editorial, SP, Brasil**)

Índices para catálogo sistemático:

1. Enfermagem 610.73

Editora Ampla

Campina Grande – PB – Brasil
contato@amplaeditora.com.br
www.amplaeditora.com.br



2022

PREFÁCIO


Muitos enfermeiros, em diferentes cenários de atuação e momentos distintos de sua trajetória profissional, já se depararam com a seguinte inquietação: o que é a Enfermagem? Seja no enfrentamento identitário que perpassa seu cotidiano de trabalho, seja no mergulho teórico e epistemológico mobilizado ao se debruçar cientificamente e filosoficamente sobre a questão. Em algum momento, emergiu o desafio de traduzir para a sociedade e também para si mesma: quem somos nós? O que fazem as enfermeiras?

A sinalização do gênero indica uma das marcas identitárias da categoria composta majoritariamente por mulheres e, portanto, perpassada por diversas determinações históricas e sociais. Significa reconhecer que existem relações de gênero e de poder que atravessam o saber e fazer de enfermeiras e enfermeiros. Deste lastro histórico, surge a necessidade de cada vez mais se fazer ver, ouvir e respeitar. A sombra da subalternidade e do silêncio têm sido substituídas pelo reconhecimento de que o cuidado profissional se difere muito do cuidado intuitivo.

Nesse contexto, se constrói a presente obra, intitulada: “Pesquisas e procedimentos de enfermagem: assistência, gestão e políticas públicas”. Onde se tem a apresentação do rigor científico e do processo de enfermagem. Itens que reconfiguram os modos de ser e fazer da Enfermagem, conferindo-lhe novos delineamentos, representações e legitimação social.

Nas palavras do Papa Francisco, enfermeiros são “peritos em humanidade”, a enfermagem, uma “das mais nobres profissões”, “gente que cuida de gente”. Traduzindo as palavras da enfermeira Waldow, “gente que cuida de gente”. Somos cientistas amorosos, os cientistas do cuidado. Cuidado: palavra tão cheia de significados e de importância. O cuidado é a base da Vida e condição de sua permanência. Nas palavras do filósofo Leonardo Boff: “Tudo o que existe e vive precisa ser CUIDADO para continuar a existir e a viver - uma planta, um animal, uma criança, um idoso, o planeta Terra”.

A história da humanidade foi esculpida pelo cuidado. Houve um tempo, na pré-história, em que era habitual abandonar os indivíduos que, porventura, quebrassem o



fêmur. Nesta época, importava garantir sua sobrevivência e fugir dos animais selvagens bem como também peregrinar para caçar alimentos. No entanto, houve um marco que transformou os rumos dos acontecimentos.

Foi encontrada a cicatriz de um fêmur solidificado de um homo sapiens que vivera há 15.000 anos atrás. Esta cicatriz significa a marca do cuidado. Em uma época em que uma fratura era sentença de morte, a cicatriz de um fêmur curado evidencia que alguém se dispôs a cuidar. Alguém se importou e cuidou. E esse cuidado transformou toda a humanidade. O cuidado garantiu a vida e sua perpetuação.

O cuidado transforma. Transforma o outro, transforma a nós mesmos, transforma a sociedade em que vivemos. A Enfermagem é a ciência do cuidado. Sustenta-se em um corpo de conhecimentos científicos e práticas que abrangem estados de saúde e estados de doença. Reconhece a complexidade humana e transcende o tratamento e a cura.


Ser enfermeiro é escolha de pessoas corajosas, que aceitam o desafio e a beleza de cuidar de vidas, de modo integral, ainda que as condições de trabalho não sejam dignas, ainda que a população não reconheça plenamente seu valor.

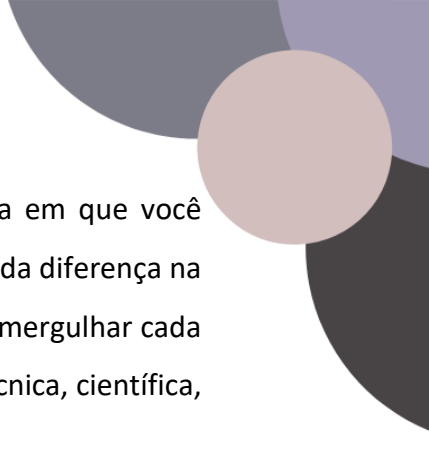

Ser enfermeiro, é ter o privilégio de tocar a humanidade de cada um da forma mais plena e genuína. Tocamos seu corpo, sua alma. Na dor, as máscaras caem, os medos sobressaem e angústia invade, despindo as pessoas de seus escudos sociais. A verdade mais íntima das pessoas se revela. E, quando todos os profissionais de saúde se vão, a enfermagem permanece ao seu lado, cuidando.

Na pandemia da Covid-19, um dos momentos mais trágicos do nosso século, a Enfermagem pós-moderna resgatou a lamparina de Florence Nightingale e se fez luz para muitos que sofriam com a falta de ar, de afeto e de esperança.

Este livro é um convite para que reconheçamos a grandeza da Enfermagem e seu potencial de transformar realidades por meio de suas práticas e da ciência. Os capítulos foram organizados por campos do conhecimento tendo início com a área básica, seguidos pela Enfermagem fundamental e, por fim, Enfermagem Aplicada na Saúde do Adulto e na Saúde Coletiva, contemplando abordagens sobre gestão, educação permanente e formação no SUS e para o SUS.

Que a leitura seja desafiadora o suficiente para você se questionar sobre a Enfermagem que você tem sido, produzido e evidenciado por meio da seu fazer. Mas





que também seja uma leitura revigorante e aconchegante na medida em que você consiga se reconhecer como parte de uma profissão Gigante, que faz toda diferença na humanidade. E que, ao terminar a leitura, esteja inquieto e instigado a mergulhar cada vez mais sobre formas de pensar e fazer o cuidado com competência técnica, científica, humana, cultural e social.

Por fim, que a leitura te provoque encontros, sobretudo, com a Enfermagem que a sociedade precisa: uma Enfermagem socialmente engajada, humanamente fundamentada e cientificamente embasada.

Luana Vieira Toledo

*Enfermeira. Especialista em gestão de serviços de saúde, acreditação e auditoria.
Mestre em Saúde Coletiva. Doutora em Enfermagem.*

Beatriz Santana Caçador

Enfermeira. Especialista em Saúde da Família, em Políticas e Pesquisas em Saúde Coletiva, em Processos Educacionais na Saúde. Mestre e Doutora em Enfermagem.

João Vitor Andrade

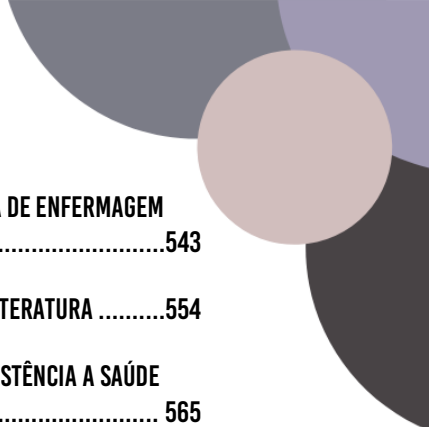

Enfermeiro. Especialista em Docência em Ciências da Saúde, em Enfermagem em Saúde Mental e Psiquiátrica. Mestrando em Enfermagem.




SUMÁRIO

CAPÍTULO I - PROTAGONISMO DA ENFERMAGEM NA PUERICULTURA	12
CAPÍTULO II - ATENÇÃO PRIMÁRIA, PROPEDEÚTICA E AVALIAÇÃO NUTRICIONAL DE INFANTES	24
CAPÍTULO III - DESAFIOS E ESTRATÉGIAS DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM AO RECÉM-NASCIDO INTERNADO NA UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA	35
CAPÍTULO IV - PRINCIPAIS ALTERAÇÕES METABÓLICAS POSSIVELMENTE DERIVADAS DO USO DE CONTRACEPTIVOS HORMONAIS	51
CAPÍTULO V - IMPACTOS NO CONCEPTO E NO CORPO QUE O CARREGA: CONSEQUÊNCIAS DO USO DA COCAÍNA NA GRAVIDEZ	62
CAPÍTULO VI - A ENFERMAGEM E A INSÍGNIA DA INTERSECCIONALIZAÇÃO DA IDEOLOGIA E DA VIOLÊNCIA: O CUIDADO À GESTANTE VÍTIMA DE VIOLÊNCIA DOMÉSTICA	76
CAPÍTULO VII - PRINCIPAIS FATORES DE RISCO ASSOCIADOS À INFECÇÃO DO TRATO URINÁRIO (ITU) EM MULHERES	93
CAPÍTULO VIII - VÍNCULO FISIOPATOLÓGICO ENTRE A SÍNDROME DOS OVÁRIOS POLICÍSTICOS E OBESIDADE	103
CAPÍTULO IX - OBESIDADE, SUAS COMORBIDADES ASSOCIADAS E SEU IMPACTO ECONÔMICO NO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE BRASILEIRO	114
CAPÍTULO X - CONSEQUÊNCIAS DO DÉFICIT DE VITAMINA B12 EM PESSOAS COM ESTILO DE VIDA VEGETARIANO	127
CAPÍTULO XI - CONHECIMENTO DE INDIVÍDUOS COM DIABETES NUM CENTRO DE ATENÇÃO SECUNDÁRIA ACERCA DA HEMOGLOBINA GLICADA	136
CAPÍTULO XII - ANÁLISE DA PREVALÊNCIA DE DIABETES MELLITUS E TOLERÂNCIA À GLICOSE DIMINUÍDA NA POPULAÇÃO INDÍGENA	150
CAPÍTULO XIII - PRINCIPAIS COMPLICAÇÕES CRÔNICAS DECORRENTES DO DIABETES MELLITUS	159
CAPÍTULO XIV - A IMPORTÂNCIA DO ENFERMEIRO PODIATRA NA PREVENÇÃO DAS COMPLICAÇÕES DO PÉ DIABÉTICO: UMA REVISÃO INTEGRATIVA DA LEITURA	175
CAPÍTULO XV - O SER IDOSO: A AUTOPERCEPÇÃO DO ENVELHECIMENTO POR IDOSOS QUE FREQUENTAM UM CENTRO DE REFERÊNCIA	195
CAPÍTULO XVI - A PERSPECTIVA DE IDOSOS DE UM CENTRO DE REFERÊNCIA SOBRE A INFLUÊNCIA DO ESTILO DE VIDA ADOTADO NO ESTADO DE SAÚDE ATUAL	204
CAPÍTULO XVII - MODIFICAÇÕES FISIOLÓGICAS NO PROCESSO DE ENVELHECIMENTO DO IDOSO: UM ESTUDO REFLEXIVO NA ÓTICA DA EQUIPE MULTIPROFISSIONAL DE SAÚDE	217
CAPÍTULO XVIII - PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO E CLÍNICO DE IDOSOS RESIDENTES EM INSTITUIÇÕES DE LONGA PERMANÊNCIA BRASILEIRAS: REVISÃO INTEGRATIVA	235
CAPÍTULO XIX - O AUTOCUIDADO EM PACIENTES COM ESTOMIA INTESTINAL À LUZ DE DOROTHEA OREM	253

CAPÍTULO XX - O MANEJO DA DOR NO PACIENTE PORTADOR DE ÚLCERA VASCULOGÊNICA	269
CAPÍTULO XXI - CUIDADOS DE ENFERMAGEM AO PACIENTE PORTADOR DE PENFIGÓIDE BOLHOSO: REVISÃO DE LITERATURA	285
CAPÍTULO XXII - PRINCIPAIS EVIDÊNCIAS ACERCA DE ALTERAÇÕES COGNITIVAS EM PACIENTES SOROPOSITIVOS	296
CAPÍTULO XXIII - PRINCIPAIS DESAFIOS DA PRÁTICA DO ACOLHIMENTO DA POPULAÇÃO SURDA NA ATENÇÃO PRIMÁRIA DE SAÚDE	307
CAPÍTULO XXIV - AURICULOTERAPIA NA CONSULTA DE ENFERMAGEM: UM RELATO DE EXPERIÊNCIA	318
CAPÍTULO XXV - ESTRATÉGIAS DE PREVENÇÃO E TRATAMENTO DE LESÕES POR PRESSÃO REALIZADAS PELA EQUIPE DE ENFERMAGEM EM UNIDADES DE TERAPIA INTENSIVA: UMA REVISÃO INTEGRATIVA DA LITERATURA	325
CAPÍTULO XXVI - EVIDÊNCIAS ACERCA DE MANIFESTAÇÕES E ALTERAÇÕES ENCEFÁLICAS EM PACIENTES ACOMETIDOS POR COVID-19	341
CAPÍTULO XXVII - ABORDAGEM DAS NECESSIDADES PSICOESPIRITUAIS PELA ENFERMAGEM EM TEMPOS PANDÊMICOS: REVISÃO INTEGRATIVA	355
CAPÍTULO XXVIII - IMPACTO DAS FAKE NEWS E SUAS IMPLICAÇÕES NOS CUIDADOS EM SAÚDE EM MEIO A PANDEMIA DA COVID 19: RELATO DE EXPERIÊNCIA	366
CAPÍTULO XXIX - ESPIRITUALIDADE E RELIGIOSIDADE: REFLEXÕES ACERCA DO CUIDAR EM SAUDE MENTAL	379
CAPÍTULO XXX - PERCEPÇÕES DOS ACADÊMICOS DE ENFERMAGEM SOBRE A FORMAÇÃO EM SAÚDE MENTAL	394
CAPÍTULO XXXI - VIVÊNCIAS NA EDUCAÇÃO PERMANENTE SOBRE CONTENÇÃO MECÂNICA: REFLEXÃO A PARTIR DA DIALÉTICA DE MORIN	408
CAPÍTULO XXXII - ASSOCIAÇÃO ENTRE RITMOS E GENES CIRCADIANOS, FOTOPERÍODO E IDEAÇÃO SUICIDA	416
CAPÍTULO XXXIII - ANÁLISE DO EFEITO DO USO A LONGO PRAZO DE BENZODIAZEPÍNICOS POR IDOSOS	428
CAPÍTULO XXXIV - FORMAÇÃO DO ENFERMEIRO PARA ATUAR NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA: POTENCIALIDADES E LIMITES	443
CAPÍTULO XXXV - A FORMAÇÃO PARA/NO SUS SOB A PERSPECTIVA DE ESTUDANTES DE GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM ...	458
CAPÍTULO XXXVI - CONHECENDO O TERRITÓRIO E OS DETERMINANTES SOCIAIS DA SAÚDE: UM RELATO DE EXPERIÊNCIA DE INGRESSANTES NO CURSO DE ENFERMAGEM	475
CAPÍTULO XXXVII - OS DESAFIOS DA GESTÃO DO SUS SOB A ÓTICA DOS GESTORES MUNICIPAIS DE SAÚDE DE UMA MICRORREGIÃO DE MINAS GERAIS	489
CAPÍTULO XXXVIII - SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM NOS SERVIÇOS DE SAÚDE: CONSTRUÇÃO DE UM GUIA PARA IMPLEMENTAÇÃO	504
CAPÍTULO XXXIX - UTILIZAÇÃO DO PROCESSO DE ENFERMAGEM NO ATENDIMENTO HUMANIZADO AS URGÊNCIAS E EMERGÊNCIAS	522
CAPÍTULO XL - ESTÁGIO CURRICULAR DE ENFERMAGEM EM UMA UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA: RELATO DE EXPERIÊNCIA	532



CAPÍTULO XLI - A IMPORTÂNCIA DA VISITA EM UNIDADES DE TERAPIA INTENSIVA FRENTE A ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM HUMANIZADA: UMA REVISÃO INTEGRATIVA DE LITERATURA	543
CAPÍTULO XLII - AUDITORIA DE ENFERMAGEM E A QUALIDADE DA ASSISTÊNCIA À SAÚDE: REVISÃO DE LITERATURA	554
CAPÍTULO XLIII - CONHECIMENTO DA ENFERMAGEM EM RELAÇÃO ÀS INFECÇÕES RELACIONADAS À ASSISTÊNCIA A SAÚDE EM PACIENTES CRÍTICOS: REVISÃO INTEGRATIVA DA LITERATURA	565
CAPÍTULO XLIV - CONHECENDO A PREVALÊNCIA DE DOENÇAS OCUPACIONAIS RELACIONADAS A EXPOSIÇÃO A MATERIAIS BIOLÓGICOS: UMA REVISÃO DE LITERATURA.....	578



PROTAGONISMO DA ENFERMAGEM NA PUERICULTURA

PROTAGONISM OF NURSING IN CHILDCARE

DOI: 10.51859/AMPLLA.PPE2159-1

Larissa Christiny Amorim dos Santos¹

Wanderson Alves Ribeiro²

Keila do Carmo Neves³

Bruna Porath Azevedo Fassarella⁴

Ana Lúcia Naves Alves⁵

Fernando Salgado do Amaral⁶

¹ Acadêmica do curso de graduação em Enfermagem pela Universidade Iguazu, Brasil.

² Enfermeiro. Mestre e Doutorando pelo Programa Acadêmico em Ciências do Cuidado em Saúde pela Escola de Enfermagem Aurora de Afonso Costa da UFF. Docente do Curso de Graduação em Enfermagem Pós-graduação da Universidade Iguazu, Brasil

³ Enfermeira. Pós-Graduada em Nefrologia; Mestre e Doutora em Enfermagem pela UFRJ. Docente do Curso de Graduação em Enfermagem da UNIG, Brasil.

⁴ Enfermeira. Mestre em Urgência e Emergência. Docente do curso de Enfermagem na Universidade Iguazu, Brasil.

⁵ Enfermeira. Mestre em Saúde Coletiva pela Universidade Federal Fluminense (UFF). Doutoranda na Facultad de Humanidades Y Artes. Universidad Nacional de Rosário, UNR, Argentina.

⁶ Enfermeiro graduado pelo Centro Universitário de Volta Redonda (UNIFOA). Pós-Graduado em enfermagem em terapia intensiva pelo Centro Universitário de Volta Redonda (UNIFOA). Mestre em ensino de Ciências da Saúde e do Meio Ambiente pelo Centro Universitário de Volta Redonda (UNIFOA), Brasil.

RESUMO

O Ministério da Saúde, a fim de garantir a qualidade da assistência prestada à criança, propõe um calendário mínimo de consultas de puericultura, assim distribuídas: uma consulta até 15 dias de vida, consultas com um mês, dois, quatro, seis, doze e dezoito meses, totalizando assim, sete consultas no primeiro ano e meio de vida, onde essa realização é atribuída aos enfermeiros, ocupando um papel importantíssimo nessa assistência. Trata-se de uma pesquisa bibliográfica de abordagem qualitativa e caráter descritivo, através da base de dados virtuais. Para tal utilizou-se a Biblioteca Virtual de Saúde (BVS), na seguinte base de informação: Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), Literatura Internacional em Ciência da Saúde (MEDLINE), Scientific Eletronic Library Online (SCIELO). Conclui-se que a consulta de puericultura é de grande relevância para o processo saúde-doença e ainda, para o desenvolvimento da criança, gerando ações com objetivo de promover saúde e prevenir doenças, dando foco na avaliação do crescimento e na educação em saúde com os responsáveis pois, através da puericultura é possível construir vínculo com os responsáveis pela criança a fim de, diminuir ou trucidar as inquietações.

Palavras-chave: Cuidados de Enfermagem. Saúde da Criança. Atenção Primária à Saúde.

ABSTRACT

The Ministry of Health, in order to guarantee the quality of care provided to children, proposes a minimum schedule of childcare consultations, distributed as follows: one consultation up to 15 days of age, consultations with one month, two, four, six, twelve and eighteen months, thus totaling seven consultations in the first year and a half of life, where this accomplishment is attributed to nurses, playing a very important role in this assistance. This is a bibliographic research with a qualitative approach and descriptive character, through the virtual database. For this, the Virtual Health Library (VHL) was used, in the following information base: Latin American and Caribbean Literature on Health Sciences (LILACS), International Literature on Health Sciences (MEDLINE), Scientific Electronic Library Online (SCIELO). It is concluded that the childcare consultation is of great importance for the health-disease process and also for the development of the child, generating actions with the objective of promoting health and preventing diseases, focusing on the assessment of growth and health education with those responsible because, through childcare, it is possible to build a bond with those responsible for the child in order to reduce or eliminate concerns.

Keywords: Nursing care. Child Health. Primary Health Care.

1. INTRODUÇÃO

A assistência de enfermagem na puericultura consiste em um acompanhamento periódico e integral, favorecendo o crescimento e desenvolvimento físico, mental, moral, aspectos biológicos, antropológicos e psicológicos da criança, assegurando uma melhor qualidade de vida (VIEIRA *et al.*, 2018).

O Ministério da Saúde, a fim de garantir a qualidade da assistência prestada à criança, propõe um calendário mínimo de consultas de puericultura, assim distribuídas: uma consulta até 15 dias de vida, consultas com um mês, dois, quatro, seis, doze e dezoito meses, totalizando assim, sete consultas no primeiro ano e meio de vida (CARDOSO, 2022).

Apesar da consulta poder ser realizada pelo médico, essa realização também é atribuída aos enfermeiros, ocupando um papel importantíssimo nessa assistência. E privativa do enfermeiro a assistência de enfermagem, amparada pela Lei nº 7.498/86 (FERREIRA *et al.*, 2018).

Corrobora-se que crianças menores de um ano que são levadas à consulta de enfermagem em puericultura podem apresentar problemas relacionados ao aleitamento materno, à candidíase oral e perineal, à dermatite irritativa das fraldas, entre outros. Eles podem ser manejados de forma simples e ser solucionados através de orientações fornecidas pelo enfermeiro durante a puericultura (MARINHO, 2021).

Esse acompanhamento deverá ser realizado regularmente, de modo que seja possível a detecção precoce de alterações, viabilizando as devidas condutas em tempo hábil. Com o objetivo de proporcionar à criança oportunidades para um desenvolvimento adequado durante toda a infância, contribuindo para que suas potencialidades sejam desenvolvidas, de forma a refletir positivamente por toda a vida e assim, reduzir as taxas de mortalidade (BARTSCH *et al.*, 2021).

No que diz respeito à redução das taxas de mortalidade infantil, houve uma redução expressiva nos últimos tempos, como relata o Ministério da Saúde, o número caiu de 18,6 mortes por cada mil crianças nascidas vivas em 2010 para 16,9 óbitos por mil nascidos vivos em 2012. Em relação aos últimos 20 anos, a queda ainda mais

expressiva: 68,5%, passando de 54 mortes por mil nascidos vivos em 1990 para 16,9 em 2012 (DANTAS *et al.*, 2021).

Algumas ações de saúde implementadas nos diferentes âmbitos do setor, merecem destaque, dentre elas está: Rede Cegonha, aleitamento, saúde na escola e na creche. Estas atividades voltadas ao cuidado da criança difundidas no país têm atingido as metas estabelecidas no Desenvolvimento do Milênio, antes dos prazos estabelecidos por este (ROCHA *et al.*, 2021)

Sendo a consulta de puericultura, uma das ações importantes tanto para o sistema de saúde, como a construção do vínculo entre a família, a criança e o profissional de saúde, para garantia da continuidade eficaz do acompanhamento do crescimento e desenvolvimento da criança (LOPES *et al.*, 2018).

Contribuindo para que suas potencialidades sejam desenvolvidas, de forma a refletir positivamente por toda a vida. Ademais destacam que no Brasil, o principal agente responsável por esse acompanhamento nos serviços de atenção primária à saúde tem sido o enfermeiro (CARVALHO, 2019).

O enfermeiro, quando atua junto à clientela infantil, deve considerar as diversas dimensões inter-relacionadas à saúde das crianças às quais assiste, afastando-se de uma intervenção restrita à clínica biológica apresentada (VIEIRA *et al.*, 2018).

Nesse contexto, o vínculo é importante fator de proteção para o desenvolvimento, da mesma forma que uma relação desestruturada na família pode ser um fator de influência negativa.⁴ Estudos mostram que a relação de apego, principalmente no primeiro ano de vida, está intimamente ligada ao desenvolvimento afetivo, cognitivo e social da criança. Estimular esse vínculo é um papel importante da equipe de enfermagem (FERREIRA *et al.*, 2018).

Pode-se destacar ainda, que o enfermeiro é um dos profissionais de relevância para a continuidade da assistência em saúde as diferentes populações, em destaque neste estudo a população infantil. Sendo ele fundamental na execução de ações preventivas, de promoção e recuperação da saúde destas crianças. Mas como toda prática assistencial de qualidade, necessita de competências e habilidades a serem desenvolvidas pelo profissional, visando à garantia do atendimento de qualidade e eficaz (GÓES *et al.*, 2018).

Conclui-se que o profissional enfermeiro ocupa posição de destaque na realização da puericultura. Sendo ele o profissional capacitado e amparado por lei para tal realização. Sendo assim, o presente estudo será capaz de compreender as contribuições do enfermeiro na consulta de puericultura na atenção primária à saúde; descrever os aspectos históricos sobre a saúde da criança na puericultura e refletir sobre as políticas públicas sobre a puericultura.

2. METODOLOGIA

Trata-se de uma pesquisa bibliográfica de abordagem qualitativa e caráter descritivo. Sendo esta, essencial para todas as pesquisas, pois, admite explicitar os objetivos em termos do que já foi pesquisado e escrito, ou debater os resultados das pesquisas anteriores e seus impactos no campo científico. É composto por: formulação de uma questão que embasa a revisão; modos de identificação de estudos relevantes que possam agregar a revisão; seleção de estudos relevantes; a análise crítica da qualidade da metodologia de pesquisa dos estudos selecionados para compor a revisão; e a síntese dos resultados nos estudos escolhidos para a revisão (GALVÃO et al., 2018).

Cabe ressaltar que a pesquisa bibliográfica que é desenvolvida com auxílio de material já elaborado, constituído principalmente de livros e artigos científicos. Contudo em grande parte dos estudos seja exigido algum tipo de trabalho deste gênero, há pesquisas desenvolvidas exclusivamente a partir de fontes bibliográficas.

Os dados foram coletados em base de dados virtuais. Para tal utilizou-se a Biblioteca Virtual de Saúde (BVS), na seguinte base de informação: Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), Literatura Internacional em Ciência da Saúde (MEDLINE), Scientific Eletronic Library Online (SCIELO), dentre outros.

Optou-se pelos seguintes descritores: Cuidados de Enfermagem. Saúde da Criança. Atenção Primária à Saúde que se encontram nos Descritores em Ciência da Saúde (DECS).

Estabeleceu-se então para a realização da pesquisa os critérios de inclusão: textos na íntegra e em português com abordagem da temática estabelecida e que obedecessem ao recorte temporal de 2018 a 2022 e como critérios de exclusão, os

textos incompletos e em língua estrangeira, textos que não abordassem a temática estabelecida e com recorte temporal inferior a 2018.

Cabe mencionar que os textos em língua estrangeira foram excluídos devido o interesse em embasar o estudo com dados do panorama brasileiro e os textos incompletos, para oferecer melhor compreensão através da leitura de textos na íntegra.

3. ANÁLISE DE DADOS E DISCUSSÃO DE RESULTADOS

Subsequente a esta seleção, foi realizado uma leitura reflexiva dos artigos, onde descreveram-se os resultados encontrados nesta leitura e, ainda, uma discussão sucinta relacionada aos achados.

Posterior à leitura reflexiva dos ensaios supracitados emergiram duas categorias: (i) Contexto histórico da puericultura; (ii) Realização de consulta de puericultura.

3.1. CONTEXTO HISTÓRICO DA PUERICULTURA

No início da vida, é constituído uma das fases mais significativas para o ser humano, pois nesta época acontece o desenvolvimento de funções vitais, além da percepção da realidade a qual estamos inseridos, por meio disto conquistamos experiências e competências mais complexas. A fase inicial da vida é uma etapa extrema importância, pois a partir desta ocorre o crescimento e evolução infantil (GALVÃO *et al.*, 2018).

Infelizmente, as crianças não eram valorizadas antigamente pelos diferentes âmbitos da sociedade, uma vez que eram vistas como “adultos em miniatura” e era tratada de tal maneira, que a infância era uma fase que todo homem em evolução deveria passar. Mesmo sendo de famílias burguesas ou de famílias humildes, as crianças refletiam as estruturas internas adquiridas com suas famílias (LIMA *et al.*, 2018).

Os processos biológicos são manifestados pelas medidas antropométricas bem como aspectos genéticos, metabólicos e externos. Já a transformações intelectuais, apresenta-se através do crescimento, maturidade, conhecimento e fatores psicológicos e sociais (GAIVA *et al.*, 2019).

Todos os aspectos ensinados às crianças eram repassados pelos pais. Com o início da fase industrial, as crianças deixaram de ter a educação e cuidado exclusivamente pelos pais e passaram a serem cuidadas pelas criadeiras. Nestas

dificuldades dos trabalhadores que se instalaram no país e as demandas sociais. Neste período surgiram as primeiras instituições de assistência e proteção à criança (ALVES *et al.*, 2019).

A instituição de Proteção e Assistência à Infância do Rio de Janeiro (IPAI-RJ) foi criada por Moncorvo Filho 1889 e ao longo dos anos foram surgindo filiais em todo o Brasil, com o foco de acalmar os anseios dos trabalhadores industriais, visando à higienização e forma de utilização dos alimentos, um exemplo, a fervura do leite passou a salvar milhares de crianças no Brasil (SIEGA *et al.*, 2020).

Porém, de forma gradativa aumenta-se na sociedade, a compreensão sobre a relevância da criança, suas características de crescimento e desenvolvimento, e que se faz necessário uma infância com qualidade de vida e saúde, que refletirá em todas as etapas de vida que se seguem (LIMA *et al.*, 2018).

Porém, este estudo atenta-se aos aspectos voltados a assistência da criança, que começou a se transformar também no final do século XIX, ocorrendo em 1922, o 1º Congresso Brasileiro de Proteção à Infância que foi realizado no Rio de Janeiro, instituiu-se que o dia 12 de outubro seria a comemoração do dia da criança (REZER *et al.*, 2020).

Durante o Estado Novo foi criado o departamento nacional da criança (1940) e, paradoxalmente, considerando a centralização política desse período, a proposta desse departamento implicava em participação ativa da sociedade, sobretudo de médicos, professores, autoridades públicas e mulheres (STALIN *et al.*, 2019).

Neste contexto, também se percebeu a necessidade de uma evolução social, e assim iniciaram as primeiras inquietações para a construção de políticas públicas no país. E o Ministério da Educação e Saúde lançou a proposta de criação da Casa da Criança em 1946 e esta tinha o objetivo de cuidar desta criança, possibilitando a redução da mortalidade infantil (FANEZI *et al.*, 2020).

Ainda com a ideia de redução de mortalidade infantil, o governo criou a Campanha Educativa com o objetivo de “formar uma mentalidade voltada para o bem-estar da criança, evitar a mortalidade infantil a materna, fortalecer a vida familiar elevar o nível social e despertar e estimular o amor a terra. E a partir destas campanhas, começaram a ser difundidos “os preceitos de higiene e puericultura (MOURA *et al.*, 2018).

O Ministério da Saúde passou a estabelecer a partir de 1984, ações voltadas a garantia de acesso da criança a assistência à saúde, redução das morbimortalidades, abrangendo mais que mortalidade infantil, uma vez que o caráter que se prezava era o preventivo (MULLER *et al.*, 2021).

E para o alcance desta meta, priorizava ações básicas de saúde: o acompanhamento do crescimento e desenvolvimento da criança, promoção do aleitamento materno e orientação alimentar para o desmame, prevenção e controle das doenças diarreicas prevenção e controle das infecções respiratórias agudas; e controle de doença imunopreveníveis por vacinas (MACHADO *et al.*, 2021).

Os manuais e livros de puericultura que surgiram, traziam objetivos para serem utilizados pelos profissionais. Um destaque para o livro de Higiene da Criança, o livro Consultas Práticas de Higiene Infantil, o livro Prepara teu filho para a vida e o manual ABC das Mães (SOUSA *et al.*, 2021).

O livro de Higiene da Criança tinha como objetivos: “divulgar os princípios da higiene infantil de modo a contribuir para a redução das elevadas taxas de mortalidade infantil e favorecer a formação de indivíduos saudáveis, em condições de contribuir para o desenvolvimento da nação” (FALLER *et al.*, 2018).

Consultas Práticas de Higiene Infantil, também com a abordagem parecida, é um dos livros mais antigos, escrito pelo Dr. Fernandes Figueira e publicado em 1919, como um conjunto de respostas as consultas de puericultura que realizava (NOGUEIRA *et al.*, 2020).

O livro Prepara teu filho para a vida, tinha um diferencial, não abordava temas de higiene, mas voltadas à saúde mental e física da criança, tendo como principais características do recém-nascido, amamentação, alimentação, banho, organização do enxoval e do quarto, passeios e vida ao ar livre, desenvolvimento físico e mental, formação de hábitos e disciplina, doenças frequentes etc (LOPES *et al.*, 2018).

E o manual ABC das Mães, que tratava sobre ser tardio iniciar a assistência e o cuidado a criança somente após o nascimento. Mas por ser um manual mais voltado às mães, consideravam a importância da qualidade de saúde do bebê, mais extrapolavam questões de puericultura.



3.2. REALIZAÇÃO DE CONSULTA DE PUERICULTURA

A consulta de enfermagem na puericultura constitui uma atividade regulamentada na lei nº 7498/86 e no decreto 94.406/87 que regulamenta e determina a ação privativa do enfermeiro, na participação no planejamento, execução e avaliação da programação de saúde dos planos assistenciais. A realização parcial destas atividades que acompanham o desenvolvimento e crescimento infantil pode comprometer a qualidade do atendimento, e a dificuldade de entender as orientações pode desmotivar o retorno das mães as consultas (CARDOSO *et al.*, 2021).

Então, antes de tudo, faz-se necessário uma boa relação interpessoal do profissional com as mães. E quando bem orientadas refletem na adesão aos tratamentos e acompanhamento clínico, contribuindo para a detecção precoce de fatores riscos e agravos de saúde (RIBEIRO *et al.*, 2019).

Neste nível de assistência, o enfermeiro, ao utilizar a consulta de enfermagem em puericultura, necessita buscar o atendimento integral das necessidades da criança, modificando o enfoque centrado na doença. Por intermédio da consulta é possível monitorar, avaliar e intervir no processo de saúde/doença, revelando forte componente interacional e educativo (MELO *et al.*, 2019).

É possível identificar em estudos, que os enfermeiros conseguem identificar as ações que precisam ser realizadas em uma consulta de puericultura, de forma sistemática e humanizada. Através da consulta de enfermagem, o profissional consegue obter uma avaliação mais abrangente da criança, além de observar as intercorrências e queixas prestadas pela criança/mãe atendida, busca compreender todo o estado de saúde da criança (MARINHO, 2019).

São prezadas na consulta a garantia das informações acerca do peso, medida e exame físico completo; o crescimento e desenvolvimento; a carteira de vacinação (partes não preenchidas, vacinas atrasadas e outros); acompanhamento profissional desde a gestação. Os enfermeiros também destacam a importância das etapas da consulta para assistência da criança e atenção a mãe, para que seja considerada humanizada (ALVES; TEIXEIRA, 2018)

Algumas ações de humanização na consulta são a garantia de ambiente confortável e com privacidade, dar atenção à criança e a família, manter a criança no

colo da mãe, examinar a criança de acordo com a vontade dela. Também se aplica na consulta de puericultura a estratégia de mudanças individuais e coletivas, no que se refere às dificuldades do dia-a-dia das mães com ações de higienização, a importância do aleitamento, entre outros (MARTINS *et al.*, 2021).

Conclui-se que os vínculos com a família aumentam a confiança mútua entre eles, facilitando o aceite de sugestões das mudanças para o cuidado em saúde e autocuidado. Sendo as consultas nas Unidades de Saúde da Família ou em visitas domiciliares, o vínculo será um fator contributivo para o enfermeiro. O enfermeiro realiza uma vigilância da saúde da criança, quando realiza uma adequada consulta de enfermagem, e contribui para qualidade de vida das crianças.

4. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A consulta de puericultura é de grande relevância para o processo saúde-doença e ainda, para o desenvolvimento da criança, gerando ações com objetivo de promover saúde e prevenir doenças, dando foco na avaliação do crescimento e na educação em saúde com os responsáveis pois, através da puericultura é possível construir vínculo com os responsáveis pela criança a fim de, diminuir ou trucidar as inquietações. E por meio dessa consulta, o enfermeiro tem condições de detectar precocemente as mais diversas alterações do crescimento, nutrição e do desenvolvimento neuropsicomotor dessa criança.

Onde os enfermeiros seguem algumas as recomendações preconizadas nas Diretrizes de Atenção à Saúde da Criança no que se refere à prevenção de doenças, promoção da saúde e tratamento de agravos. Frente a isso, nota-se que o enfermeiro tem grande responsabilidade assistencial e, é necessário implementar capacitações para educação continuidade desse profissional, para melhor compreender as necessidades da criança e ainda, os manejos e adequação da linguagem para orientar os responsáveis.

REFERÊNCIAS

ALVES, I. G.; TEIXEIRA, B. W. Legião brasileira de assistência (LBA) e os cuidados: a puericultura e a moralização da maternidade. **Anais Seminário de Ciências Sociais Aplicadas**, v. 6, n. 6, 2018.

- ALVES, R. M. M.; ARAUJO, D. S. S.; DESMOLDES, R. L.; FERREIRA, L. C. S.; FRANCISCO, R. R. G.; LUNA, F. Consulta de Puericultura: o olhar sobre a prática do enfermeiro. **Interfaces**, v. 7, n. 1, p. 187-190, 2019.
- BARTCH, L.; PADILHA, L. C.; PIOCZKOSK, N. P.; JANTSCH, L. B. Experiências na puericultura: contribuições para o ensino, o serviço e a assistência à saúde. **Revista Ciência & Humanização do Hospital de Clínicas de Passo Fundo**, v. 1, n. 2, p. 121-134, 2021.
- BRITO, G. V.; ALBUQUERQUE, I. M. A. N.; RIBEIRO, M. A.; PONTE, E. C. S.; MOREIRA, R. M. M.; LINHARES, M. D. G. C. Consulta de puericultura na Estratégia Saúde da Família: percepção de enfermeiros. **Revista de APS**, v. 21, n. 1, 2018.
- CARDOSO, S. M. S. Acompanhamento longitudinal do desenvolvimento físico, cognitivo, auditivo e de linguagem da criança egressa de UTI Neonatal: contribuições da enfermagem inserida em equipe interdisciplinar. **Editora Dialética**, 2022.
- CARDOSO, K. V. V.; CARVALHO, C. M. D.; FERREIRA, L. H. M.; GAMA, M. D. C. F. Desenvolvimento motor de bebês em intervenção parental durante a puericultura: série de casos. **Fisioterapia e Pesquisa**, v. 28, p. 172-178, 2021.
- CARVALHO, M. L. M. (2019). Dispensário de puericultura da Escola Profissional Feminina: reflexões sobre histórias de vida e cultura escolar. **RIDPHE_R Revista Iberoamericana do Patrimônio Histórico-Educativo**, v. 5, p. e019012-e019012, 2019.
- DANTAS, M.C.B.; SOUSA, A.A.S.; DANTAS, L.B.; SOUSA, C.M.S.; NÓBREGA, J.G.R.; SILVA, I.B.; LUZ, D.C.R.P. A puericultura na atenção primária à saúde uma revisão integrativa. **Revista Multidisciplinar Internacional Amadeus**, v. 5, n. 10, pág. 61-78, 2021.
- FERREIRA, F. Â.; FREITAS, R. D. S. C.; SANTOS, M. C. S. D.; SILVA, S. R. D. M.; SILVA, A. M. D.; SANTOS, M. K. D. S. Consulta de puericultura: problemas encontrados em menores de 2 anos. **Rev. enferm. UFPE on line**, p. [1-7], 2019.
- FERREIRA, M. G. C.; GOMES, M. F. P.; FRACOLLI, L. A. Aleitamento materno: orientações recebidas por gestantes acompanhadas pela estratégia saúde da família. **Revista de Atenção à Saúde**, v. 16, n. 55, p. 36-41, 2018.
- FALLER, T. T.; OLIVEIRA, B. R. G.; VIEIRA, C. S.; BAGGIO, M. A. A consulta de enfermagem em puericultura na estratégia saúde da família. **Varia Scientia-Ciências da Saúde**, v. 4, n. 2, p. 137-147, 2018.
- FANEZI, L. N.; GETELINA, C. O.; ROTOLI, A.; Alves, R. Características de crianças atendidas em consulta de puericultura. **Pesquisa, Sociedade e Desenvolvimento**, v. 9, n. 4, pág. e154943022-e154943022, 2020.

- GAIVA, M. A. M.; ALVES, M. D. D. S. M.; MONTESCHIO, C. A. C. Consulta de enfermagem em puericultura na estratégia saúde da família. **Rev. Soc. Bras. Enferm. Ped**, v. 19, n. 2, p. 65-73, 2019.
- GALVÃO, M. C. B.; PLUIVE, P.; RICARTE, I. L. M. Métodos de pesquisa mistos e revisões de literatura mistas: conceitos, construção e critérios de avaliação. **InCID: Revista de Ciência da Informação e Documentação**, v. 8, n. 2, p. 4-24, 2018.
- GÓES, F. G. B.; SILVA, M. D. A.; PAULA, G. K. D.; OLIVEIRA, L. P. M. D.; MELLO, N. D. C.; SILVEIRA, S. S. D. D. Contribuições do enfermeiro para boas práticas na puericultura: revisão integrativa da literatura. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 71, p. 2808-2817, 2018.
- LIMA, A. L. G. A recepção higiênica do bebê: um estudo a partir de manuais de puericultura publicados no Brasil entre 1918 e 1968. **Proceedings of the 7th Formação de Profissionais e a Criança-Sujeito**, 2018.
- LOPES, T. D. C.; MAIO, M. C. Puericultura, eugenia e interpretações do Brasil na construção do Departamento Nacional da Criança (1940). **Tempo**, v. 24, p. 349-368, 2018.
- MARINHO, J. Z. S. A Puericultura em busca da sanidade infantil. **Ponta de Lança: Revista Eletrônica de História, Memória & Cultura**, v. 15, n. 29, p. 194-212, 2021.
- MELO, M. I.; SILVA, T. M. L.; LIMA, A. P. E. Registros de enfermagem nas consultas em puericultura. **Enferm. foco (Brasília)**, p. 216-222, 2021.
- NOGUEIRA, D. M. C.; ROUBERTTE, E. S. C.; LEAL, F. K. F.; CHAVES, C. S.; MOURA, A. D. A.; PINTO, L. M. B. Consultas de puericultura: avaliação de instrumento para sistematização da assistência de enfermagem. **Brazilian Journal of development**, v. 6, n. 5, p. 32619-32631, 2020.
- MACHADO, L. B.; RODRIGUES, S. O.; MORESCHI, C.; PIESSAKI, G. M. Percepção do familiar em relação à consulta de enfermagem em puericultura. **Revista Eletrônica Acervo Saúde**, v. 13, n. 3, p. e6461-e6461, 2021.
- MARKUS, G. W. S. Relato de experiência do funcionamento do programa de puericultura pelo curso de enfermagem na Faculdade Guarai-FAG. **Scire Salutis**, v. 11, n. 2, p. 102-108, 2021.
- MARTINS, D. O. M. C.; CAVALCANTE, A. S. P.; PEREIRA, W. M. G.; VASCONCELOS, A. Á.; MACIEL, G. P.; MARTINS, A. D. M. Adesão às consultas de puericultura das crianças: uma intervenção na Estratégia Saúde da Família. **Revista de APS**, v. 24, n. 2, 2021.
- MOURA, J. R. C.; CARVALHO, A. C. G.; RIBEIRO, T. P. B. A percepção das mães sobre os benefícios da puericultura. **Revista Interdisciplinar Pensamento Científico**, v. 4, n. 3, 2018.

- MULLER, A. B.; CONSI, B. M. Caracterização e perfil do desenvolvimento de crianças em puericultura de uma Estratégia de Saúde da Família. **APS EM REVISTA**, v. 3, n. 3, p. 182-193, 2021.
- VIEIRA, D. D. S.; SANTOS, N. C. C. D. B.; NASCIMENTO, J. A. D.; COLLET, N., TOSO, B. R. G. D. O.; REICHERT, A. P. D. S. A prática do enfermeiro na consulta de puericultura na Estratégia Saúde da Família. **Texto & Contexto-Enfermagem**, v. 27, 2018.
- REZER, F.; SOUZA, T. V.; FAUSTINO, W. R. Dificuldades dos responsáveis por crianças na adesão a puericultura/Difficulties of those responsible for children in adhering to childcare/Dificuldades de los responsables de niños para adherirse al programa de cuidado infantil. **Journal Health NPEPS**, v. 5, n. 1, p. 338-350, 2020.
- ROCHA, B. N. S.; MOTA, B. S. C.; COUTO, G. B. F.; SANTOS, J. M.; DIAS, A. K.; PEREIRA, R. A.; MACHADO, L. B.; RODRIGUES, S. O.; MORESCHI, C.; PIESSAKI, G. M. Percepção do familiar em relação à consulta de enfermagem em puericultura. **Revista Eletrônica Acervo Saúde**, v. 13, n. 3, p. e6461-e6461, 2021.
- SIEGA, C. K.; ADAMY, E. K.; OLIVEIRA, B. R. G.; AZAMBUJA, Z. D. A.; ZANATTA, E. A. Vivências e significados da Consulta do Enfermeiro em puericultura: análise à luz de Wanda Horta. **Revista de Enfermagem da UFSM**, v. 10, p. 65, 2020.
- STALIN, R. R. P.; ANDRÉ, N. J.; GOZI, T. M. B. Perfil das consultas de puericultura realizadas somente por enfermeiros. **Revista Terra & Cultura: Cadernos de Ensino e Pesquisa**, v. 35, n. esp, p. 93-106, 2019.
- SOUSA, C. J. A.; SCHMALTZ, V. D. R.; MENEZES, D. A.; FOLINI, N. T.; SOUZA, J. F.; LIMA, L. C. F.; TEIXEIRA, G. W. A puericultura como estratégia para promoção da saúde da criança na atenção primária. **Brazilian Journal of Development**, v. 7, n. 6, p. 60604-60625, 2021.
- TAVARES, M. N. M.; SILVA, F. J. A.; SILVA, C. R. L.; PINTO, A. G. A. Consulta de enfermagem em puericultura na estratégia saúde da família: revisão integrativa. **Nursing (São Paulo)**, v. 22, n. 256, p. 3144-3149, 2019.

ATENÇÃO PRIMÁRIA, PROPEDEÚTICA E AVALIAÇÃO NUTRICIONAL DE INFANTES

PRIMARY CARE, PROPAEDEUTICS AND NUTRITIONAL ASSESSMENT OF INFANTS

DOI: 10.51859/AMPLLA.PPE2159-2

Bárbara Queiroz de Figueiredo ¹
 Isabelle Carvalho de Melo Lima ²
 Karoline Harton Faria de Barros ³
 Lorena Martins Servulo de Sousa ²
 Lunalva Gabrielli Veras Sousa ²
 Milena Valdineia da Silva ²

¹ Graduanda em Medicina. Centro Universitário de Patos de Minas.

² Graduanda em Medicina. Centro Universitário Uninovafapi.

³ Graduanda em Medicina. Centro Universitário de Goiatuba

RESUMO

O estado nutricional é dado como “o estado resultante do equilíbrio entre o suprimento de nutrientes e o gasto energético”. A alimentação adequada constitui um direito social fundamental, entretanto, a realidade observada no Brasil demonstra que existem problemas quanto a esse respeito. Diante disso, a avaliação do estado nutricional relaciona-se como um instrumento de diagnóstico social e clínico sendo considerada um ótimo indicador de qualidade de vida. A vigilância e a monitorização do crescimento constituem ações fundamentais no atendimento à criança. O crescimento é um processo bastante sensível às diversidades do meio onde a criança cresce e deve ser utilizado como indicador da saúde infantil. A avaliação do crescimento é a medida que melhor define a saúde e o estado nutricional de crianças, já que distúrbios na saúde e nutrição, independentemente de suas etiologias, afetam o crescimento infantil. A maioria dos problemas de saúde e nutrição durante a infância, na opinião dos mesmos autores, está relacionada ao consumo alimentar inadequado e às infecções de repetição. Essas duas condições são descritas como resultado do padrão de vida da população, que inclui dificuldades sociais e econômicas que se refletem em condições inadequadas de moradia, comprometem a aquisição de uma alimentação balanceada e dificultam o acesso aos serviços de saúde. Ademais, os distúrbios nutricionais da infância têm consequências sérias que tornam imperativos a sua prevenção e o seu controle.

Palavras-chave: Antropometria. Nutrição. Crianças. Projeto Saúde na Escola. Educação.

ABSTRACT

Nutritional status is defined as “the state resulting from the balance between nutrient supply and energy expenditure”. Adequate food is a fundamental social right, however, the reality observed in Brazil shows that there are problems in this regard. Therefore, the assessment of nutritional status is related as an instrument of social and clinical diagnosis and is considered an excellent indicator of quality of life. Surveillance and monitoring of growth are fundamental actions in child care. Growth is a very sensitive process to the diversities of the environment where the child grows up and should be used as an indicator of child health. The assessment of growth is the measure that best defines the health and nutritional status of children, since disorders in health and nutrition, regardless of their etiologies, affect child growth. Most health and nutrition problems during childhood, in the opinion of the same authors, are related to inadequate food consumption and recurrent infections. These two conditions are described as a result of the population's standard of living, which includes social and economic difficulties that are reflected in inadequate housing conditions, compromise the acquisition of a balanced diet and make it difficult to access health services. Furthermore, childhood nutritional disorders have serious consequences that make their prevention and control imperative.

Keywords: Anthropometry. Nutrition. Children. Project Health in School. Education.




1. INTRODUÇÃO

Sabe-se que a Unidade Básica de Saúde (UBS) é a porta de entrada do Sistema Único de Saúde (SUS) e está relacionada com nível de atenção primário à saúde cujo grau de complexidade dos atendimentos é menor bem como o grau das tecnologias utilizadas. Em contrapartida, é indiscutível a importância dos serviços prestados pela UBS, sendo extremamente pertinentes nos aspectos saúde-doença dos cidadãos brasileiros. Desse modo, aliado a uma equipe multiprofissional, os profissionais que compõem esse modelo de unidade de saúde atuam de forma evidentemente eficaz, com uma resolubilidade de cerca de 80% dos casos por meio das ações de prevenção e promoção à saúde (BRASIL, 2018).

Um exemplo da relevância das UBS em consonância com as equipes da Estratégia Saúde da Família (ESF) é o projeto Saúde na Escola, o qual articula educação e saúde em um mesmo ambiente. Esse projeto é de suma importância, pois, por meio dessa relação mais estreita que as ESF conseguem estabelecer com a comunidade é possível realizar o monitoramento e a avaliação da saúde dos estudantes no âmbito escolar e fora dele, analisando a vulnerabilidade as quais eles possam estar expostos. Assim, torna-se possível e viável o desenvolvimento de estratégias que possibilitem a prevenção e promoção da saúde para esses estudantes (STARFIELD, 2002).

A alimentação adequada constitui um direito social fundamental, entretanto, a realidade observada no Brasil demonstra que existem problemas quanto a esse respeito. Diante disso, a avaliação do estado nutricional relaciona-se como um instrumento de diagnóstico social e clínico sendo considerada um ótimo indicador de qualidade de vida. Esse aspecto corrobora a importância da abordagem nutricional em todas as fases da vida, principalmente na infância e adolescência, porque, além de revelar as possíveis condições às quais essas pessoas possam estar expostas, seja de miséria ou de desinformação, poderá indicar também, propensão ao desenvolvimento de determinadas doenças (MELLO, 2002).

Ainda que exista o projeto Saúde na escola, é evidente que a saúde das crianças e adolescentes necessitam de um acompanhamento ainda mais rigoroso, devido à fase em que se encontram, de desenvolvimento físico e intelectual, e por estarem mais suscetíveis a influências diversas. Diante disso, a nutrição dos indivíduos representa um



aspecto significativo a ser abordado, tendo em vista as correlações existentes entre a alimentação e os aspectos biológicos, como o crescimento e desenvolvimento do ser humano, além das relações clínicas, como a obesidade e desnutrição, e também pelo fato de apresentar-se como fator de risco para algumas patologias como a hipertensão e diabetes (ANDRADE et al., 2004).

Com isso, no ano de 2011 o Ministério da Saúde desenvolveu o Plano Nacional de Enfrentamento das Doenças Crônicas não Transmissíveis (DNCT), que estão bastante associadas à problemas no aparelho circulatório e também ao diabetes mellitus, sendo a principal causa de morte prematura no Brasil. Esse Plano tem como objetivo priorizar maneiras de prevenir essas DCNT e sabe -se que a obesidade é um fator de risco para essas doenças, sendo esse mais um fator que explicita a necessidade e políticas voltadas para a avaliação do estado nutricional da população (FONSECA, 2013).

Por conseguinte, a prevenção deve ser a primeira linha de defesa contra as complicações decorridas de um estado nutricional inadequado. Dessa forma, a existência de programas educacionais abrangentes, que incluem o acompanhamento dos estudantes, classificação de risco e educação informativa, podem melhorar os estados nutricionais que iremos observar nesse ambiente, seja ele voltado para a obesidade ou desnutrição. Os alunos, ao terem acesso às informações necessárias sobre as vertentes de uma alimentação adequada poderão estabelecer melhorias no seu estado nutricional, bem como influenciar toda a rede em que eles convivem (STARFIELD, 2002).

A vigilância e a monitorização do crescimento constituem ações fundamentais no atendimento à criança. O crescimento é um processo bastante sensível às diversidades do meio onde a criança cresce e deve ser utilizado como indicador da saúde infantil. A avaliação do crescimento é a medida que melhor define a saúde e o estado nutricional de crianças, já que distúrbios na saúde e nutrição, independentemente de suas etiologias, afetam o crescimento infantil. A maioria dos problemas de saúde e nutrição durante a infância, na opinião dos mesmos autores, está relacionada ao consumo alimentar inadequado e às infecções de repetição. Essas duas condições são descritas como resultado do padrão de vida da população, que inclui dificuldades sociais e econômicas que se refletem em condições inadequadas de moradia, comprometem a aquisição de uma alimentação balanceada e dificultam o acesso aos serviços de saúde.

Ademais, os distúrbios nutricionais da infância têm consequências sérias que tornam imperativos a sua prevenção e o seu controle (FONSECA et al., 2014).

Outrossim, a obesidade é uma das principais moléstias da atualidade, haja vista suas altas taxas de prevalência e incidência. Constitui um fator de risco importante que desencadeia doenças crônicas e complicações na saúde humana, sejam elas cardiovasculares, endócrino-metabólicas e psicossociais, sendo um catalizador de destaque para enredos secundários como infertilidade, imunodepressão e frustrações transcendentais. É notório que a obesidade infantil vem aumentando exponencialmente, e que determina várias complicações na infância e, por conseguinte, na fase adulta (MAHAN et al., 2005).

A etiologia da obesidade ilustra uma problemática acumulativa multifatorial que envolve aspectos ambientais, genéticos e habituais. Atualmente, é um problema de saúde pública mundial. Sabe-se, também, que a transição nutricional caracteriza um processo de modificações sequenciais nos padrões de nutrição e consumo, que acompanha mudanças econômicas, sociais, demográficas e culturais. O presente estudo tem como objetivo conceituar estado nutricional e métodos de avaliação nutricional em infantes, pois por ser uma doença muitas das vezes, reversível, a valia do trabalho profilático realizado com o espaço amostral infantil e adolescente, é qualitativo e empírico.

2. METODOLOGIA

Trata-se de uma pesquisa descritiva do tipo breve revisão integrativa da literatura, que buscou conceituar estado nutricional e métodos de avaliação nutricional em infantes. A pesquisa foi realizada através do acesso online nas bases de dados *National Library of Medicine* (PubMed MEDLINE), *Scientific Electronic Library Online* (SciELO), *Cochrane Database of Systematic Reviews* (CDSR), *Google Scholar*, *Biblioteca Virtual em Saúde* (BVS) e *EBSCO Information Services*, nos meses de abril a junho de 2021.

Para a busca das obras foram utilizadas as palavras-chaves presentes nos descritores em Ciências da Saúde (DeCS): em inglês: "*Anthropometry*", "*Nutrition*", "*Children*", "*Health at School Project*", "*Education*", em português: "*Antropometria*",

"Nutrição", "Crianças", "Projeto Saúde na Escola", "Educação" e em espanhol: "Antropometría", "Nutrición", "Niños", "Proyecto Salud en la Escuela", "Educación". Como critérios de inclusão, foram considerados artigos originais, que abordassem o tema pesquisado e permitissem acesso integral ao conteúdo do estudo, publicados no período de 1999 a 2021, em inglês, espanhol e português. O critério de exclusão foi imposto naqueles trabalhos que não estavam em inglês ou português, que não tinham passado por processo de Peer-View e que não relacionassem a temática de avaliação nutricional em infantes.

A estratégia de seleção dos artigos seguiu as seguintes etapas: busca nas bases de dados selecionadas; leitura dos títulos de todos os artigos encontrados e exclusão daqueles que não abordavam o assunto; leitura crítica dos resumos dos artigos e leitura na íntegra dos artigos selecionados nas etapas anteriores. Assim, totalizaram-se 11 artigos científicos para a revisão integrativa da literatura, com os descritores apresentados acima.

3. REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

3.1. CONCEITO DE ESTADO NUTRICIONAL

A nutrição adequada é essencial para o bem-estar de qualquer sociedade ou indivíduo. A pouca variedade, os desequilíbrios na qualidade e na quantidade de alimentos disponíveis, bem como o padrão irregular de ingestão alimentar, podem afetar profundamente a saúde. O estado nutricional reflete o grau no qual as necessidades fisiológicas de nutrientes estão sendo ou não atendidas. O equilíbrio entre a ingestão de nutrientes e as necessidades do organismo determinam um estado nutricional ótimo. A ingestão de nutrientes depende do consumo real de alimentos e é influenciada por fatores socioeconômicos, culturais, comportamento alimentar, ambiente emocional e patologias (que podem afetar a capacidade de comer e absorver nutrientes). As necessidades de nutrientes irão depender de fatores como: estresse, infecções, trauma, crescimento, gravidez, manutenção do peso, estresse psicológico (BRASIL, 2018)

As informações sobre as ingestões reais são obtidas por meio da observação direta ou de um inventário de alimentos consumidos. São vários os métodos de

investigação alimentar, selecionamos dois métodos que podem ser utilizados mais facilmente: são aquele em que o entrevistador registra tudo o que o indivíduo consome em 24 horas através de um recordatório (R24); e aquele em que o indivíduo registra tudo o que come num período de 3 a 7 dias (Registro Alimentar). O entrevistador ou o indivíduo a ser analisado deve ser treinado para fazer esse tipo de levantamento de dados. A ingestão relacionada no relatório é analisada e a quantidade ingerida de cada nutriente é comparada com as ingestões dietéticas de referência (DRI) ou com as diretrizes do guia da Pirâmide Alimentar. Deve-se observar, além dos alimentos ingeridos, as quantidades de cada um em medidas caseiras (uma colher de sopa cheia ou rasa, copo de requeijão ou americano, escumadeira ou concha) ou em gramas. O local e horário das refeições são necessários para poder fazer correções como não comer assistindo TV, comer sentado, devagar, não consumir fast-food todos os dias (KRAUSE, 2005).

Dessa maneira, o monitoramento do estado nutricional é importante para todas as faixas etárias, voltadas para a fase da infância e da adolescência, pois sua importância, nestes períodos de vida, advém do acompanhamento do processo de crescimento e desenvolvimento. Para o acompanhamento do estado nutricional, existem as medidas antropométricas que são utilizadas desde o século XVIII como instrumento de avaliação da saúde, porém, somente há menos de 40 anos, foram normatizadas para avaliação do estado nutricional individual e de populações. Nesse sentido, as medidas de peso e estatura são consideradas de alta sensibilidade, particularmente durante a idade pré-escolar, para refletir variações nas condições nutricionais. Dessa forma, os índices antropométricos podem ser tomados como indicadores positivos de saúde, pois permitem avaliar o estado nutricional e o potencial de desenvolvimento (SAMPAIO, 2012).

3.2. NUTRIÇÃO EM IDADE ESCOLAR

O período da educação infantil engloba crianças entre 0 a 6 anos de idade, sendo que o crescimento neste período é lento, mas constante, ocorrendo crescente maturação das habilidades motoras e ganho no crescimento cognitivo, social e emocional. O trato gastrointestinal dos escolares já atingiu a capacidade digestiva semelhante à do adulto, por isso possuem condições de receber a alimentação própria



da família. Além disso, a creche e a pré-escola, constituem um ambiente e nicho que apresentam elevada vulnerabilidade biológica, sujeita a diversos agravos nutricionais, além de situações de falta de apetite às refeições básicas e alimentos específicos. Isto decorre de vários fatores que podem estar relacionados a uma maior seletividade em relação aos alimentos, fácil acesso a guloseimas, além da incidência de infecções e verminoses que podem diminuir o apetite (STARFIELD et al., 2002).

Esta fase é caracterizada pelo amadurecimento da habilidade motora, da linguagem e das habilidades sociais relacionadas à alimentação, sendo este um grupo vulnerável que depende dos pais ou responsáveis para receber alimentação adequada. A fase pré-escolar envolve comportamentos e atitudes que persistirão no futuro, podendo determinar uma vida saudável, a medida que um conjunto de ações que envolvem o ambiente familiar e escolar forem favoráveis ao estímulo e a garantia de práticas alimentares adequadas (VASCONCELOS, 2011).

A fase escolar compreende crianças de 7 anos a 10 anos incompletos e é caracterizada por um período de crescimento e demandas nutricionais elevadas. O cardápio das crianças nessa faixa etária já está adaptado às disponibilidades e costumes dietéticos da família. Assim, é importante, reforçar às famílias sobre a importância de uma alimentação saudável e equilibrada, pois isso irá refletir na saúde da criança da mesma forma. Nessa fase, é comum a criança ter um alto gasto energético devido ao metabolismo que é mais intenso que o do adulto. Além disso, há nessa faixa etária intensa atividade física e mental. Assim, a falta de apetite comum à fase pré-escolar é substituída por um apetite voraz. É comum, nessa idade, também, a diminuição da ingestão de leite e, conseqüentemente, limitação do suprimento de cálcio. As mães devem estar atentas a fim de compensar a falta de ingestão de leite por meio de outros alimentos ricos em cálcio (VASCONCELOS et al., 2008).

Neste período as crianças apresentam necessidades nutricionais mais elevadas, bem como maior interesse pelos alimentos. É notório que os conceitos sobre nutrição são abstratos para os escolares, por isso devem ser fixados utilizando-se experiências significantes para que se tenham resultados positivos. Atividades que envolvam o preparo de alimentos, manejo de hortas e pomares, bem como oficinas culinárias e visitas a produtores agrícolas promovem às crianças uma ótima oportunidade de praticar e fortalecer seu conhecimento nutricional (BRASIL, 2018).



Neste sentido, verifica-se a importância de programas de alimentação escolar que promovam a incorporação e manutenção de hábitos alimentares saudáveis, de forma a contribuir para a prevenção de carências nutricionais, bem como do excesso de peso. É importante considerar que as práticas alimentares são adquiridas durante toda a vida, destacando-se os primeiros anos como um período muito importante para o estabelecimento de hábitos alimentares que promovam a saúde do indivíduo desde a infância até a idade adulta. A escola, por sua vez, exerce notável influência na formação de crianças e adolescentes constituindo-se num centro de convivência e ensino-aprendizagem, aonde deve haver um envolvimento de toda a comunidade escolar, alunos, professores, funcionários, pais e nutricionista, que participem de forma integrada em estratégias e programas de promoção da alimentação saudável, garantindo assim a qualidade das refeições servidas (BRASIL, 2018).

3.3. SEMIOLOGIA NUTRICIONAL

No campo das habilidades clínicas, a semiologia consiste em uma das ferramentas fundamentais para a avaliação nutricional, haja vista que por meio dela é possível extrair dados e compará-los a padrões de normalidade. Nesse sentido, algumas alterações no âmbito da nutrição de escolares podem ser identificadas a partir de tal ferramenta como a desnutrição, sobrepeso ou obesidade, por exemplo. Para tal intento, isto é, avaliação do estado nutricional, a semiologia nutricional se vale de alguns métodos sendo eles a anamnese, exame físico, antropometria e exames laboratoriais (SAMPAIO, 2012).

A anamnese consiste em uma recordação de informações ou eventos importantes atrelados à saúde, bem como pode ser tida igualmente como um momento em que é possível identificar sintomas e sinais. No âmbito nutricional a anamnese possibilita aproximação entre o examinador e o paciente, bem como permite que o examinador compreenda a realidade do paciente e, a partir disso, trace diagnósticos, tratamentos e até medidas preventivas capazes de reduzir doenças atreladas a alterações nutricionais (MUSSOI, 2014).

Para que a anamnese de escolares ocorra ela deve ser norteada por perguntas que permitam a identificação (nome, idade, sexo, endereço, naturalidade, procedência, escolaridade, filiação), bem como análises de hábitos de vida (praticar algum exercício

físico, se sim, qual modalidade e com qual frequência, ou ainda se é sedentário), hábitos alimentares (quantas refeições são feitas por dia e em quais horários e locais, se há uso de suplementos ou polivitamínicos e tipos de alimentos mais ingeridos), distúrbios funcionais (apresenta náuseas, vômitos, diarreias, anorexia, pirose, disfagia, odinofagia, obstipação), assim como o histórico familiar (algum familiar apresenta alguma alteração nutricional) (SAMPAIO, 2012).

Consistindo no segundo método da avaliação clínica, o exame físico propicia uma avaliação física do paciente, obedecendo uma ordem (da cabeça aos pés) e valendo-se de quatro técnicas fundamentais, quais sejam, a inspeção, palpação, percussão e a ausculta. Em relação ao estado nutricional, o exame físico permite a obtenção e avaliação de dados importantes como a massa muscular, a gordura subcutânea o abdômen, bem como a presença de edemas e de alterações de coloração nas mucosas, pele e também na conjuntiva. Algumas alterações nutricionais como a desnutrição, a obesidade, bócio (carência de iodo) e xerose (carência de vitamina A), por exemplo, podem ser inferidas a partir dos dados coletados em tal exame (MUSSOI, 2014).

Antropometria é uma palavra grega (antropo que significa homem e; metria significa medida), pode ser definida como o estudo das medidas do homem, ou ainda como “o estudo das medidas físicas do corpo humano”. Em vários períodos da história humana, podem-se constatar grandes obras realizadas por estudiosos e amantes da ciência e da anatomia, que tiveram como principal referência as medidas do corpo humano, como o “O Homem Vitruviano” de Leonardo Da Vinci. Ela estuda as medidas de tamanho e proporções do corpo humano. As medidas antropométricas tais como peso, altura, circunferência de cintura e circunferência de quadril são utilizadas para o diagnóstico do estado nutricional (desnutrição, excesso de peso e obesidade) e avaliação dos riscos para algumas doenças (diabetes mellitus, doenças do coração e hipertensão) em crianças, adultos, gestantes e idosos. (Manual de Antropometria, PNS, 2013) (MUSSOI, 2014).

Outro fato importante das medidas corpóreas é ter como referência para projetos de produtos a levando em conta a postura do usuário. Os dados antropométricos definem as medições de tamanho, peso e proporções do corpo humano aplicáveis a um correto dimensionamento de projetos de produtos, equipamentos e postos de trabalho”. Com o passar do tempo a necessidade de



encontrar medidas mais exatas do ser humano foi crescendo cada vez mais. Hoje, para o desenvolvimento de produtos ergonômicos faz-se necessária a aplicação correta das dimensões humanas. Isso vem proporcionando uma crescente aplicação da Antropometria à Ergonomia. (KRAUSE, 2005).

Em se tratando de exames laboratoriais, há uma crescente facilidade de acesso a esses devido à crescente incorporação de tecnologia aos serviços de saúde que estão expandindo o segmento da medicina diagnóstica. Tamanho crescimento traz consigo a velocidade de processamento dos dados e a maior facilidade de acesso a laboratórios, o que auxilia médicos exercerem os tratamentos devidos. Exames de sangue, glicemia, colesterol, urina, imagem, dentre outros, estão mais acessíveis e tornaram diagnósticos mais precisos e rápidos. Juntamente com os exames, crescem sofisticados sistemas de informação computadorizados para capturar, armazenar e distribuir os resultados. Há ainda a evolução nos diagnósticos mais precisos e com maior capacidade de prevenção de doenças, além de se ter maior tempo hábil para tratamento dos pacientes com doenças mais sérias. (VASCONCELOS, 2008).

4. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Desse modo, nota-se que a realização da avaliação nutricional da população infantil é primordial. A aferição do peso e altura permite a comparação de cada criança com o padrão de crescimento ideal para que se possa verificar a existência de possíveis deficiências. A avaliação antropométrica fornece dados importantes para o entendimento do estado geral da saúde de um paciente. Ela tem a vantagem de poder ser realizada em qualquer paciente, independentemente do estado de saúde e da idade. Além disso, o exame é simples, de baixo custo e pode ser feito no consultório. Além disso, quando associada ao ambiente escolar, a estratégia se torna ainda mais eficaz, haja vista a importância do trabalho multidisciplinar, de suma importância para evitar-se problemáticas nutricionais aos infantes. Assim, é importante que os trabalhos futuros, sob essa temática, se atentem que a prevenção deve ser a primeira linha de defesa contra as complicações decorridas de um estado nutricional inadequado.

REFERÊNCIAS

- ANDRADE, L. O. M. de et al. A Estratégia Saúde da Família. In: DUNCAN, B. B.; SCHMIDT, M. I.; GIUGKIANI, E. R. J. **Medicina ambulatorial**: condutas de Atenção Primária baseadas em evidências. 3. ed. Porto Alegre: Artmed, 2004. cap. 07, p. 88-99.
- AZEVEDO, A. L. M.; COSTA, A. M. A estreita porta de entrada do Sistema Único de Saúde (SUS): uma avaliação do acesso na Estratégia de Saúde da Família. **Interface**: Comunicação, Saúde, Educação, Botucatu/SP, v. 14, n. 35, p. 797-810, out./dez. 2010.
- BRASIL. **Nutrição pré-escolar & escolar**. São Paulo: Aguilla; 2018. 28 min.
- FONSECA, V. M. Aspectos da situação nutricional brasileira. **Revista Ciência e Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro, v. 19, n. 5, p. 1328-1329, fev. 2014.
- MAHAN, L.K., ESCOTT-STUMP, S. KRAUSE. **Alimentos, Nutrição & Dietoterapia**. São Paulo, Roca, 2005.
- MELLO, E. D. O que significa avaliação do estado nutricional. **Jornal de Pediatria**. Rio Grande do Sul, v. 78, n. 5, p. 357-358, dez. 2002.
- MUSSOI, Thiago Durand. **Avaliação nutricional na prática clínica**: da gestação ao envelhecimento. 1ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2014.
- SAMPAIO, L.R., SILVA, M.C.M, OLIVEIRA, T.M., and LEITE, V.R. **Semiologia nutricional**. In: SAMPAIO, L.R., org. Avaliação nutricional [online]. Salvador: EDUFBA, 2012, p. 23-47.
- STARFIELD, B. Atenção Primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. **Ministério da Saúde**. Brasil, 2002.
- VASCONCELOS, F.A. **Avaliação nutricional de coletividades**. Florianópolis: UFSC, 2008.
- VASCONCELOS, M. et.al., **Nutrição clínica obstetrícia e pediatria**. Rio de Janeiro: MedBook, 2011.



DESAFIOS E ESTRATÉGIAS DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM AO RECÉM-NASCIDO INTERNADO NA UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA

CHALLENGES AND STRATEGIES OF NURSING CARE TO THE NEWBORN HOSPITALIZED IN THE INTENSIVE CARE UNIT

DOI: 10.51859/AMPLA.PPE2159-3

Raylton Aparecido Nascimento Silva ¹
 Cícera Cirleide Silva de Medeiros Feitosa ²
 Jean Carlos Triches ³
 Maria Alexandra Araujo Costa ⁴
 Danielle Gomes Felipe ⁵
 Júlia Vitória de Oliveira ⁶

¹ Graduado em Enfermagem. Centro Universitário Luterano de Palmas. – CEULP.

² Graduada em Enfermagem. Centro Universitário Dr. Leão Sampaio – UNILEAO.

³ Especialista em Docência para Educação Profissional. Instituto Federal de Santa Catarina – IFSC.

⁴ Graduada em Enfermagem. Universidade Regional do Cariri – URCA.

⁵ Graduada em Enfermagem. Universidade Regional do Cariri – URCA.

⁶ Graduação em Biomedicina. Centro Universitário Sudoeste Paulista - UNIFSP.

RESUMO

O recém-nascido é a criança cuja idade vai desde o nascimento até o 28º dia de vida. Neste período, o RN requer uma maior atenção, tendo em vista que é o início da sua adaptação à vida extrauterina, podendo apresentar dificuldades nessa adaptação devido à grande susceptibilidade de desenvolver infecções. No período neonatal, momento de grande vulnerabilidade na vida, como riscos biológicos, ambientais e socioeconômicos, onde há necessidade de cuidados especiais. No processo de cuidar, destaca-se a função do enfermeiro. O cuidar de enfermagem deve ir além da execução de procedimentos, visto que abrange avaliação periódica, integral e contínua do paciente, com registros detalhados, assim como o fornecimento de informações e o estímulo à participação dos pais no tratamento. O enfermeiro atua como um ser que lida com situações emocionais delicadas, como a fragilidade de um RN prematuro, a morte e os sentimentos de ansiedade e insegurança dos familiares. Neste sentido, o presente trabalho tem como objetivo verificar os principais desafios e estratégias da assistência de

enfermagem ao RN internado na UTI. Utilizou-se uma abordagem qualitativa, de caráter exploratório e do tipo revisão bibliográfica acerca do tema, utilizando-se as bases de dados LILACS, BDEF e SCIELO. A partir deste estudo, verificou-se que o profissional de enfermagem é a peça essencial na UTIN por estar próximo do RN, bem como pela função mais humanizada, intervindo diretamente na equidade nas ações oferecidas. Constatou-se que o papel do profissional de enfermagem na UTIN traz consigo o conjunto de funções assistencialista e gerenciais.

Palavras-chave: Neonatologia. Assistência neonatal. UTIN.

ABSTRACT

The newborn is the child whose age ranges from birth to the 28th day of life. In this period, the RN requires greater attention, considering that it is the beginning of its adaptation to extrauterine life, and may present difficulties in this adaptation due to the great susceptibility to develop infections. In the neonatal period, a moment of great vulnerability in life, such as

biological, environmental, and socioeconomic risks, where there is a need for special care. In the care process, the role of the nurse stands out. Nursing care must go beyond the execution of procedures, as it encompasses periodic, integral, and continuous assessment of the patient, with detailed records, as well as the provision of information and encouragement for parents to participate in the treatment. The nurse acts as a being who deals with delicate emotional situations, such as the fragility of a premature NB, death, and the family members' feelings of anxiety and insecurity. In this sense, this study aims to verify the main challenges and

strategies of nursing care to the NB admitted to the ICU. A qualitative, exploratory, literature review approach was used, using the LILACS, BDNF, and SCIELO databases. From this study, it was found that the nursing professional is the essential piece in the NICU for being close to the NB, as well as for the more humanized function, intervening directly in the equity of the actions offered. It was found that the role of the nursing professional at the NICU brings with it a set of care and management functions.

Keywords: Neonatology. Neonatal care. NICU.

1. INTRODUÇÃO

O recém-nascido (RN) é a criança cuja idade vai desde o nascimento até o 28º dia de vida. Neste período, o RN requer uma maior atenção, tendo em vista que é o início da sua adaptação à vida extrauterina, podendo apresentar dificuldades nessa adaptação devido à grande susceptibilidade de desenvolver infecções (BEZERRA, 2010).

O cuidado com a saúde do recém-nascido tem grande importância para a redução da mortalidade infantil, no qual ainda é considerada elevada no Brasil, como também a promoção de melhor qualidade de vida e a diminuição das desigualdades em saúde. Santos Cruz, Sumam e Spíndola (2020) afirmam que os cuidados ao RN após o parto são essenciais para a adaptação do bebê diminuindo a mortalidade neonatal. Isso acontece, pois o meio intrauterino proporciona um ambiente de aconchego, de temperatura e luminosidade constantes, os ruídos são ouvidos suavemente, não necessita de esforço para realizar as funções vitais. Com o nascimento o bebê vai se adaptando gradualmente ao meio extrauterino superando as dificuldades.

De acordo com Coelho *et al.* (2018), durante estas mudanças, enfrentadas pelo recém-nascido, podem acontecer algumas intercorrências ou algumas alterações fisiológicas que retardaram o desenvolvimento normal e saudável da criança, fazendo-se necessário a utilização da Unidade de Terapia Intensiva (UTI). Este setor é um lugar que precisa de uma atenção especial por ser completa de sentimentos e conflitos, no qual envolvem o ambiente e os indivíduos, o recém-nascido, os familiares e os profissionais, onde cada um apresenta grau de vulnerabilidade e necessidades (MENDONÇA; PEDRESCHI; BARRETO, 2019).



No processo de cuidar, destaca-se a função do enfermeiro. O cuidar de enfermagem deve ir além da execução de procedimentos, visto que abrange avaliação periódica, integral e contínua do paciente, com registros detalhados, assim como o fornecimento de informações e o estímulo à participação dos pais no tratamento (SILVA, 2016).

Neste contexto Silva, Santos e Aoyama (2020) afirmam que a eficácia da assistência de enfermagem tem que ser continuada passando pela sala de admissão do recém-nascido, sala de observação, sala de cuidados intermediários, sala de cuidados especiais, visto que a vigilância aos pacientes na UTI é constante. Nesse sentido, Frank *et al.* (2019) afirmam que o enfermeiro atua como um ser que lida com situações emocionais delicadas, como a fragilidade de um RN prematuro, a morte e os sentimentos de ansiedade e insegurança dos familiares.

Sendo assim, o presente trabalho objetiva verificar os principais desafios e estratégias da assistência de enfermagem ao recém-nascido internado na Unidade de Terapia Intensiva.

2. METODOLOGIA

Para a realização desse estudo, Utilizou-se os descritores validados através dos Descritores em Ciências da Saúde (DECS), no qual contém a terminologia padrão em ciências da saúde, em português, espanhol e inglês. Nesse sentido, para a pesquisa bibliográfica, foi utilizada a Biblioteca Virtual em Saúde – BVS. Os dados serão obtidos por meio de publicações em revistas científicas, utilizando os seguintes descritores: “Terapia Intensiva Neonatal” e “Enfermagem”. Nesse sentido, o presente estudo foi realizado com base em uma revisão bibliográfica, utilizando trabalhos científicos acerca do tema, através da Biblioteca Virtual em Saúde – BVS, utilizando como pretensão de pesquisa as seguintes bases de dados LILACS, SCIELO, BDEFN.

No que se refere a delimitação temporal, o presente trabalho realizará uma pesquisa sobre o tema nos últimos 5 anos, tendo em vista que se pretende fazer um levantamento do maior número de produções sobre a temática. As vantagens em trabalhar com esse tipo de pesquisa, estão justamente na possibilidade de maior



aquisição de dados recentes, deixando assim a pesquisa mais robusta, onde pode-se confrontar diversas opiniões de diversos autores.

Critérios de inclusão: estudos encontrados no Biblioteca Virtual em Saúde – BVS, publicados no período de janeiro de 2017 a janeiro de 2021, utilizando os descritores já citados. Critérios de exclusão: artigos de revisão, monografias, teses, dissertações, artigo noticiosos, textos em resenhas, artigos não indexados, opiniões, editoriais ou manuais, por ter optado somente por artigos.

3. RESULTADOS E DISCUSSÕES

Através da aplicação da metodologia, foram verificadas diversas visões referentes ao papel do enfermeiro na UTIN. Logo, faz-se imprescindível delinear os principais atributos dos estudos antes de tratar as categorias que reverberam os principais resultados encontrados. Para isto, foram identificadas as informações pertinentes aos autores dos artigos selecionados, onde foram verificadas três categorias profissionais: enfermeiros (n=56); médicos (n=13); e psicólogos (n=2).

Foram identificadas 131 publicações e após a filtragem, chegou-se ao quantitativo de 61 artigos, realizou-se a leitura exploratória destes e em seguida 46 foram excluídos por não atenderem aos critérios ou estarem repetidos. Assim sendo, foram incorporados nessa pesquisa 15 artigos, conforme descritos no Quadro 1, no qual apresenta os principais elementos dos manuscritos selecionados para a concretização desta pesquisa de revisão, em que tem em sua composição os pesquisadores, título do artigo, objetivo e metodologia empregada.

Quadro 1 - Quadro expositivo dos artigos pesquisados neste estudo

	Autores	Título	Objetivos	Metodologia
1	Leite <i>et al.</i> (2021)	Cuidado Desenvolvimental ao Recém-Nascido Pré-Termo	Descrever o cuidado desenvolvimental e a teoria síncrono-ativa do desenvolvimento	Estudo exploratório e descritivo



	Autores	Título	Objetivos	Metodologia
2	Giordani, Berte e Loureiro (2017)	Cuidados essenciais com o prematuro extremo: elaboração do protocolo mínimo manuseio	Relatar a elaboração do protocolo mínimo para os cuidados essenciais com os prematuros	Relato de experiência sobre a elaboração do protocolo de manuseio implementado em uma UTIN
3	Silva, Santos e Aoyama (2020)	A importância da assistência de enfermagem na unidade de terapia intensiva neonatal	Analisar a importância da assistência de enfermagem na UTI neonatal	Estudo exploratório e descritivo
4	Nóbrega (2017)	Tecnologias de enfermagem e o manejo da dor em recém-nascidos na unidade de terapia intensiva neonatal	Verificar as tecnologias de enfermagem utilizadas no manejo da dor em recém-nascidos em uma UTIN	Estudo quantitativo, descritivo e exploratório
5	Marcondes <i>et al.</i> (2017)	Conhecimento da equipe de enfermagem sobre a dor no recém-nascido prematuro	Identificar o conhecimento da equipe de Enfermagem sobre a dor no recém-nascido prematuro	Estudo descritivo, exploratório, de abordagem qualitativa, com 7 profissionais que responderam a um formulário de entrevista semiestruturado.
6	Costa <i>et al.</i> (2017)	Conhecimento e práticas de enfermeiros acerca do manejo da dor em recém-nascidos	Verificar o conhecimento e as práticas de enfermeiros acerca do manejo da dor de RN	Estudo descritivo e transversal realizado em seis hospitais públicos de Curitiba
7	Dames <i>et al.</i> (2017)	Conhecimento do enfermeiro acerca do manejo clínico da dor neonatal: estudo descritivo	Analisar o conhecimento dos enfermeiros em sua prática assistencial no manejo clínico da dor neonatal	Estudo descritivo, exploratório, qualitativo, realizado em duas maternidades públicas
8	Uema <i>et al.</i> (2021)	Manejo da dor do recém-nascido internado em unidade de terapia intensiva neonatal	Analisar o conhecimento de enfermeiros que atuam em UTIN	Estudo descritivo, exploratório e qualitativo

	Autores	Título	Objetivos	Metodologia
9	Batista <i>et al.</i> (2019)	Diagnósticos e cuidados de enfermagem ao recém-nascido prematuro em Unidade de Terapia Intensiva Neonatal	Descrever os principais diagnósticos de enfermagem e os cuidados de enfermagem ao RN	Pesquisa descritiva desenvolvida nas UTINs em Belém
10	Leite <i>et al.</i> (2020)	Humanização da assistência de enfermagem em unidade de terapia intensiva neonatal	Compreender a humanização da assistência de enfermagem em UTIN	Estudo de caráter descritivo, exploratório e qualitativo
11	Stelmak, Mazza e Freire (2017)	O valor atribuído pelos profissionais de enfermagem aos cuidados preconizados pelo método canguru	Compreender o valor atribuído pelos profissionais de Enfermagem aos cuidados humanizados propostos pelo Método Canguru	Estudo descritivo, de abordagem qualitativa, com coleta foi realizada por meio de entrevistas gravadas, com 37 profissionais de Enfermagem
12	Emidio, Oliveira e Carmona (2020)	Mapeamento das intervenções de enfermagem no estabelecimento da amamentação em uma unidade de internação neonatal	Mapear as intervenções de enfermagem realizadas pela equipe de enfermagem em uma UTIN	Estudo descritivo e transversal composto por 61 binômios
13	Anacleto <i>et al.</i> (2021)	O manejo da alta hospitalar do recém-nascido prematuro: saberes dos enfermeiros	Analisar os saberes dos enfermeiros durante o processo de alta hospitalar do recém-nascido prematuro	Estudo descritivo, exploratório, qualitativo, realizado em uma unidade neonatal do Hospital Municipal
14	Silva <i>et al.</i> (2021)	A percepção do enfermeiro sobre a sistematização da assistência de enfermagem ao recém-nascido prematuro na unidade de cuidados intensivos	Investigar a percepção do enfermeiro acerca da utilização da Sistematização da Assistência de Enfermagem no cuidado prestado ao recém-nascido prematuro	Trata-se de uma pesquisa de campo, com abordagem qualitativa, de caráter descritivo.

	Autores	Título	Objetivos	Metodologia
15	Barros, Scheffer Luiz e Mathias (2019)	A dor como quinto sinal vital: práticas e desafios do enfermeiro em uma unidade de terapia	Identificar as práticas e desafios do enfermeiro na avaliação e tratamento da dor em recém-nascidos de uma UTIN	Realizou-se uma pesquisa descritiva, de campo, com abordagem qualitativa.

Fonte: Autores (2021).

As características das produções científicas sobre os principais desafios e estratégias na assistência de enfermagem ao recém-nascido internado na Unidade de Terapia Intensiva Neonatal estão apresentadas no Quadro 1. Foi realizada uma leitura analítica dos artigos selecionados, permitindo a organização dos assuntos por ordem de importância e a sintetização que dirigiu à fixação das ideias imprescindíveis para atingir o objetivo da pesquisa.

Verificou-se que a base de dados que obteve maior número de artigos selecionados para este estudo foi a LILACS (40%), posteriormente a BDNF (33.33%) e, por último, a SCIELO (26.66%).

3.1. DESAFIOS E ESTRATÉGIAS NA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM AO RECÉM-NASCIDO INTERNADO NA UTIN

A função do enfermeiro na UTIN é de extrema importância, pois neste local o enfermeiro é responsável pela acomodação do recém-nascido na incubadora, onde é examinado a temperatura da incubadora, os reflexos de luz, umidade, tendo em vista que é a estadia do prematuro, e necessita estar apropriado. Além disso, esses profissionais aferem os sinais vitais, verificam a necessidade de algum procedimento especial, radiografias, observa a ventilação caso o prematuro esteja em ventilação mecânica, alimentação adequada, prescrita pelo médico (GIORDANI; BERTE; LOUREIRO, 2017).

Barros, Luiz e Mathias (2019) verificaram através de um estudo realizado na UTIN de um hospital de referência na região ocidental da Amazônia brasileira, que os cuidados ao recém-nascido devem envolver princípios que objetivem diminuir as intervenções dolorosas, dispondo de estratégias como: “existência de rotina para a avaliação da dor, redução dos procedimentos realizados à beira do leito, utilização de medidas

cientificamente comprovadas para prevenir e aliviar as dores, como medidas não farmacológicas e farmacológicas” (BARROS; LUIZ; MATHIAS, 2019, p. 233).

Batista *et al.* (2019) descreveram os principais diagnósticos de enfermagem e os cuidados de enfermagem ao RN prematuro em uma Unidade de Terapia Intensiva. Verificaram que os principais diagnósticos de enfermagem que são mais presentes nesses espaços hospitalares estavam associados aos riscos, como: risco de infecção, risco de hipotermia e risco de integridade da pele prejudicada. Além disso, no que se refere as intervenções de enfermagem, os autores afirmam que para uma assistência de enfermagem de qualidade, é necessário sistematizar a assistência de enfermagem, no qual, esses profissionais devem empregar os protocolos para garantir uma assistência qualificada e sistemática.

Leite *et al.* (2021) identificaram que os níveis de ruído presentes na UTINs afetam de forma negativa a capacidade de autorregulação dos recém-nascidos e podem causar taquicardia, bradicardia, aumento da pressão intracraniana, hipoxia, lesões da cóclea, perda da audição, predisposição a hemorragias intraventriculares, apneia, alterações nos estados de sono e vigília, irritação, choro, aumento do consumo de oxigênio e da frequência cardíaca, e, aumenta o risco de déficit de atenção.

Para isso, os profissionais devem evitar a instalação e o manejo de monitores, bombas de infusão e demais equipamentos sobre a cúpula da incubadora, bem como reduzir o ruído de equipamentos e de atividades gerais nas UTIN e diminuir o volume dos alarmes (LEITE *et al.*, 2021). No que se refere a iluminação, os autores complementam ao afirmar que ocasiona estresse ao RN, aumentando os níveis de atividade, pela diminuição do sono e bradicardia, podendo afetar o desenvolvimento normal da retina, contribuindo, muitas vezes, para cegueira.

Giordani, Berte e Loureiro (2017) corroboram com os resultados encontrados por Leite *et al.* (2021), ao afirmar que o profissional de enfermagem presta atendimento de forma contínua, devendo estabelecer planos de ação que tenha finalidade de agrupar os procedimentos respeitando períodos de sono do recém-nascidos pré-termo, redução de fatores ambientais como a luz forte e o barulho intenso, medidas que garantem conforto como: o alívio de dor e um posicionamento confortável.

Além dos cuidados citados, o profissional de enfermagem promove o contato familiar, com finalidade de humanizar a assistência e beneficiar o desenvolvimento



adequado do RN. Para facilitar essas ações, torna-se a presença de protocolos institucionais, capacitação das equipes e comprometimento profissional, para garantir o cuidado, humanização e do bem-estar do RN (GIORDANI; BERTE; LOUREIRO, 2017).

Em um estudo realizado por Stelmak, Mazza e Freire (2017), com objetivo de compreender o valor atribuído pelos profissionais de Enfermagem aos cuidados humanizados, os pesquisadores concluíram que os impasses atribuídos pelo modelo tecnicista, biomédico e não alusivo à participação familiar, durante anos de prestação de cuidado em UTIN, parecem estar sendo trocadas por um cuidado mais humano.

Dentro dos protocolos, existem tecnologias que os profissionais de enfermagem podem utilizar na UTIN. Nóbrega (2017) cita as principais: método mãe canguru, o uso de escalas, uso da rede na incubadora, a sucção não nutritiva e a solução glicosada, mudanças de decúbito, musicoterapia, massoterapia que são utilizadas para a prevenção, alívio, tratamento da dor e diminuição do estresse durante a realização de procedimentos. Ainda, os enfermeiros necessitam procurar sempre se atualizar sobre as técnicas de manejo, bem como buscar sempre mais conhecimentos contribuindo para uma visão crítica e responsável do neonato, destacando o paciente como um todo.

Além do mais, Silva, Santos e Aoyama (2020) afirmam que o enfermeiro avalia o comportamento do recém-nascido no andamento de sua internação, bem como a realização de procedimentos invasivos. Nessas avaliações, destaca-se consciência desse bebê, no qual podem ser enumeradas em 7 circunstâncias diferentes: Sono profundo: nesse estado há um relaxamento dos músculos do corpo, ficando menos sensível a estímulos externo e sem atividade motora; Sono leve: há pequenas contrações e espreguiçamento; Estado de sonolência: os olhos se abrem e se fecham mais abertos; Alerta inativo: o corpo e o rosto do recém-nascido estão inativos; Respiração regular: os estímulos visuais e auditivos ocasionam retornos com facilidade; Alerta com atividade: olhos ainda abertos, mas com maior atividade corporal. Pode estar protestando e choramingando; Choro: o bebê prematuro precisa de auxílio para sair de um estado de consciência para o outro.

O estudo de Nóbrega (2017) evidencia que a equipe de enfermagem deve estar atenta a dor do RN, não apenas no que se refere os aspectos éticos, mas também pelo potencial de causar consequências deletérias a exposição repetida em que os recém-nascidos são expostos diariamente. As principais ferramentas utilizadas pelos



Enfermeiros no Estudo de Caso foram: escalas de dor, mímica facial, choro, movimentos corporais e parâmetros fisiológicos. No entanto, o choro é o parâmetro mais utilizado pela equipe de enfermagem, e posteriormente mímica facial no RN.

Referente as dificuldades dos profissionais de enfermagem na UTIN, Marcondes *et al.* (2017), em um estudo com objetivo de identificar o conhecimento da equipe de Enfermagem sobre a dor no recém-nascido prematuro, os autores concluíram que 100% dos profissionais entrevistados identificam a dor de forma baseado na experiência, evidenciando a dificuldade de identificação da dor por parte dos enfermeiros.

Barros, Scheffer Luiz e Mathias (2019) verificaram que os profissionais reconhecem que os recém-nascidos sentem dor, no entanto, quando interrogados quanto à identificação e avaliação da dor, os profissionais relataram dificuldades relacionadas à incapacidade de sua verbalização.

Sendo assim, verifica-se que existe dificuldade por parte dos profissionais de enfermagem em reconhecer e diagnosticar a dor nos bebês em UTINs, para em seguida definir a melhor estratégia de cuidado ao RN (UEMA *et al.*, 2021). Dames *et al.* (2017) corrobora com os estudos de Marcondes *et al.* (2017) e Uema *et al.* (2021), ao verificar, a partir de um uma pesquisa descritiva, exploratória e qualitativa, o manejo da dor em neonatos por parte da enfermagem, no qual fundamenta-se nos cuidados provenientes da prática profissional humanizada, permitindo verificar e sentir o recém-nascido de maneira individualizada no do período de internação na UTIN. Logo, a percepção da parte dos profissionais nos processos dolorosos no bebê, de realizar leitura corporal, da aplicabilidade mais consensual e humanizada das técnicas explicitadas em UTIN, constituem as estratégias da assistência de enfermagem ao recém-nascido internado na unidade de terapia intensiva.

Leite *et al.* (2020) apresenta a necessidade de pensar na humanização como um processo amplo, complexo e que abrange os conhecimentos técnico-científicos prestados ao RN, o neonato, bem como a incorporação de posturas que promovam as relações afetivas do binômio mãe-filho e de sua família. Os autores ressaltam a seriedade de humanizar a assistência de enfermagem em todos os momentos, estando a atenção integral e como um fator imprescindível para adoção de condutas que submerjam o desenvolvimento de um cuidado planejado.



Em uma pesquisa realizada por Costa *et al.* (2017), objetivando verificar o conhecimento e as práticas de profissionais de enfermagem acerca do manejo da dor de recém-nascidos em UTINs, os pesquisadores verificaram que grande parte dos enfermeiros entrevistados possui um bom entendimento sobre a importância da utilização e sistematização de escalas para a avaliação da dor neonatal, porém, nem sempre as utilizam. Além disso, os profissionais conhecem os fármacos para o tratamento da dor neonatal, no entanto, desconhece suas ações.

O estudo realizado por Costa *et al.* (2017) verificou que as práticas utilizadas para o controle da dor, os enfermeiros não realizam todas as intervenções não farmacológicas descritas na literatura, na grande parte das vezes utilizam o choro, a mímica facial, a movimentação corporal e a agitação como os sinais utilizados para avaliar a dor do recém-nascido.

Uema *et al.* (2021) realizaram um estudo com finalidade de verificar o conhecimento de enfermeiros que atuam em UTIN acerca do manejo da dor do recém-nascido, os autores verificaram que os profissionais apresentaram sinais que sabem como avaliar a dor e reconhecem os sinais manifestados pelo RN, no entanto, não seguem nenhum tipo de protocolo de avaliação, de tal forma que o diagnóstico se dá de forma assistemática e fundamentando-se em conhecimento empírico.

Verificou-se que há falta de padronização e envolvimento da equipe multiprofissional, em que no processo de avaliação da dor, ou seja, não ocorrem de forma sistematizada e uniformizada, impactando de forma negativa no manejo não farmacológico da dor, tendo em vista que faz com que a avaliação e os cuidados sejam feitos de forma particular e descontínua, modificando-se pela característica pessoal e o nível de interesse de cada profissional (UEMA *et al.*, 2021).

Caxias *et al.* (2019), em um estudo com objetivo de descrever temas relacionados à assistência de enfermagem ao recém-nascido internado na UTI Neonatal. Os pesquisadores concluíram que as intervenções de enfermagem devem ser implementadas objetivando corroborar para o delineamento de diversas ações clínicas. As principais estratégias encontradas nesse estudo foram a monitorização de sinais vitais, prevenção de infecção, monitoramento do equilíbrio hidroeletrolítico e apoio psicológico à família.



Emidio, Oliveira e Carmona (2020), em um estudo com objetivo de mapear as intervenções de enfermagem realizadas pela equipe de enfermagem em uma UTIN, comparando-as com as Intervenções de Enfermagem pela *Nursing Intervention Classification* (NIC), verificaram que as 5 intervenções realizadas pela equipe de enfermagem no estudo de caso realizado foram: cuidado infantil neonato; cuidado neonatal: método canguru; aconselhamento para a lactação; cuidados com o lactente; cuidado infantil: pré-termo. Segundo os autores, duas intervenções ocorreram com menor frequência: melhora do enfrentamento e Promoção do vínculo.

Anacleto *et al.* (2021) corroboram ao afirmar que outro tipo de assistência de enfermagem está relacionado com a higiene do recém-nascido, no qual deve ser ensinado à mãe durante o plano de alta hospitalar, cabendo ao enfermeiro orientá-la em suas dúvidas, em especial no que se refere à higiene do coto umbilical. Outra ação importante é são as orientações para a amamentação, visto que o leite materno é um alimento importante para a promoção do crescimento e desenvolvimento dos RN na UTIN.

Anacleto *et al.* (2021) ainda afirmam que, no que se refere aos cuidados de plano de alta, o profissional de enfermagem deve-se atentar para os recém-nascidos que precisarão de um cuidado em domicílio, esclarecendo aos pais/ responsáveis que, através do Programa de Internação Domiciliar do SUS, o RN poderá ser acompanhado por uma equipe especializada.

Referente as dificuldades enfrentadas pelos profissionais de enfermagem na assistência ao RN na UTIN, Silva *et al.* (2021) verificaram através de uma entrevista com enfermeiros de um hospital Público no Pará, que enfrentam dificuldades em implementar a Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) em sua totalidade, seja pela falta de conhecimento, pela visão limitada e restrita do método, como também pela falta de estrutura dos hospitais (recursos humanos e insumos) e fragilidade do apoio institucional e gerencial, que corroboram para não utilização desta prática.

4. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A partir deste estudo, verificou-se que o profissional de enfermagem é a peça essencial na UTIN por estar próximo do RN, bem como pela função mais humanizada,



intervindo diretamente na equidade nas ações oferecidas. Constatou-se que o papel do profissional de enfermagem na UTIN traz consigo o conjunto de funções assistencialista e gerenciais.

Além de possuir o papel gestor, o enfermeiro deve estar atento à demanda espontânea que aparece no plantão, desempenhando a Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) para a qualidade da assistência e para delinear os cuidados essenciais para o RN. Os estudos apresentados nessa revisão evidenciaram que além de identificar e realizar medidas de tratamento, os enfermeiros necessitam fundar-se suas ações em evidências científicas, com finalidade de obter um correto diagnóstico do estado de saúde do RN.

Sendo assim, espera-se que o presente artigo sirva de base para futuras pesquisas e corrobore com a literatura científica no que se refere a atuação do Enfermeiro na UTIN.

REFERÊNCIAS

- ALEGRIA, Rosa et al. **Teoria e Prática da Pesquisa Aplicada**. Elsevier Brasil, 2011.
- ANACLETO, Luziane de Almeida et al. O manejo da alta hospitalar do recém-nascido prematuro: saberes dos enfermeiros. **Rev. Pesqui.(Univ. Fed. Estado Rio J., Online)**, p. 634-639, 2021.
- BARROS, Marcela Milrea Araújo; LUIZ, Bruna Viana Scheffer; MATHIAS, Claice Vieira. A dor como quinto sinal vital: práticas e desafios do enfermeiro em uma unidade de terapia. **BrJP**, v. 2, p. 232-236, 2019.
- BARROS, Pedro Pita et al. Políticas Públicas em Saúde: 2011–2014: Avaliação do Impacto. **Lisbon: Nova Healthcare Initiative–Research/Universidade Nova de Lisboa**, 2015.
- BATISTA, Camila Daiana Moraes et al. Diagnósticos e cuidados de enfermagem ao recém-nascido prematuro em Unidade de Terapia Intensiva Neonatal. **Revista Eletrônica Acervo Saúde**, n. 35, n.1, p. e1593-e1593, 2019.
- BEZERRA, Francisca Suélida Moreira. **ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM A UM RECÉM-NASCIDO PORTADOR DE SEPSE: Principais Diagnósticos e Intervenções**. 2010. Trabalho de Conclusão de Curso - Universidade Regional do Cariri – URCA, 2010.
- CAVALCANTE, Ricardo Bezerra; CALIXTO, Pedro; PINHEIRO, Marta Macedo Kerr. Análise de conteúdo: considerações gerais, relações com a pergunta de pesquisa,



possibilidades e limitações do método. **Informação & Sociedade: Estudos**, v. 24, n. 1, p. 13-18, 2014.

CAXIAS, Adriana Modesto et al. Assistência de enfermagem ao recém-nascido submetido à diálise peritoneal na Unidade de Terapia Intensiva Neonatal. **Revista Eletrônica Acervo Saúde**, v. 13, n. 2, p. e5997-e5997, 2021.

COELHO, Aline de Souza et al. Nursing team and humanized assistance in neonatal UTI. **ReonFacema**, v. 4, n. 1, p. 873-877, 2018.

COELHO, Aline Souza et al. Equipe de enfermagem e a assistência humanizada na UTI neonatal. **Revista Ciência & Saberes**, v. 4, n. 1, p. 874-878, 2018.

COSTA, Taine et al. Conhecimento e práticas de enfermeiros acerca do manejo da dor em recém-nascidos. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 51, n.1, 2017.

CRUZ, Daniela Carvalho dos Santos; SUMAM, Natália de Simoni; SPÍNDOLA, Thelma. Os cuidados imediatos prestados ao recém-nascido e a promoção do vínculo mãe-bebê. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 41, p. 690-697, 2007.

DAMES, Louise José Pereira et al. Conhecimento do enfermeiro acerca do manejo clínico da dor neonatal: estudo descritivo. **Online braz. j. nurs.(Online)**, p. 393-403, 2017.

DIAS, Monique Silva et al. Atuação do enfermeiro no cuidado ao recém-nascido: proposta de um novo modelo. **Revista de Enfermagem do Centro-Oeste Mineiro**, v.6, n.1, p. 1930-1944, 2016.

EMIDIO, Suellen Cristina Dias; DE OLIVEIRA, Victoria Regina Ribeiro Ferraz; CARMONA, Elenice Valentim. Mapeamento das intervenções de enfermagem no estabelecimento da amamentação em uma unidade de internação neonatal. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, v. 22, n.1, p. 1-8, 2020.

FRANK, Elaine do Socorro Matos P.; QUARESMA, Adalgisa Carmen Monteiro; DA SILVA, Jakelinne de Sousa Nazaré. O cuidado de enfermagem ao recém-nascido prematuro em unidade de terapia intensiva neonatal. **Journal of Specialist**, v. 1, n. 3, 2019.

GIORDANI, Ana Tamara Kolecha; BERTE, Caroline; LOUREIRO, Pamela Charlene. Cuidados essenciais com o prematuro extremo: elaboração do protocolo mínimo manuseio. **Varia Scientia-Ciências da Saúde**, v. 3, n. 2, p. 165-172, 2017.

LEITE, Adriana Moraes et al. Cuidado Desenvolvimental ao Recém-Nascido Pré-Termo. **Journal Sociedade Brasileira dos Enfermeiros Pediatras**, v.1, n.1, p. 86.115, 2021.



LEITE, Pamela Iasmine Amorim Garcia et al. Humanização da assistência de enfermagem em unidade de terapia intensiva neonatal. **Revista de Enfermagem e Atenção à Saúde**, v. 9, n. 1, 2020.

MARCONDES, Camila et al. Conhecimento da equipe de enfermagem sobre a dor no recém-nascido prematuro. **Rev. enferm. UFPE on line**, p. 3354-3359, 2017.

MENDONÇA, Luanna Celeste Alves Monteiro; PEDRESCHI, Josiane de Paula; BARRETO, Carla Alessandra. CUIDADOS DE ENFERMAGEM EM UTI NEONATAL. **Revista Saúde em Foco**, v.1 n. 11, p.551-559, 2019.

NÓBREGA, Amanda Santana de Medeiros. **Tecnologias de enfermagem e o manejo da dor em recém-nascidos na unidade de terapia intensiva neonatal**. 2016. 54 f. (Trabalho de Conclusão de Curso – Monografia), Curso de Bacharelado em Enfermagem, Universidade Federal de Campina Grande, 2017.

PEREIRA, Adriana Soares et al. **Metodologia da pesquisa científica**. 1 ed. Santa Maria: UFSM, 2018.

SERRUYA, Suzanne Jacob et al. O panorama da atenção pré-natal no Brasil e o Programa de Humanização do Pré-natal e Nascimento. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**, v.4, n.3, p. 269-279, 2004.

SERRUYA, Suzanne Jacob. **A experiência do Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento (PHPN) do Ministério da Saúde no Brasil**. 2003. 157 f. Tese de Doutorado - Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas, 2003.

SILVA, Alice Cristiana Lima; SANTOS, Gisele Negreiros; ANDRADE AOYAMA, Elisângela. A importância da assistência de enfermagem na unidade de terapia intensiva neonatal. **Revista Brasileira Interdisciplinar de Saúde**, 2020.

SILVA, Aline Teixeira et al. Assistência de enfermagem e o enfoque da segurança do paciente no cenário brasileiro. **Saúde em Debate**, v. 40, n.11, p. 292-301, 2016.

SILVA, Elenilda Nunes da; BRITO, Francine Erika de Oliveira; SIQUEIRA, Samylla Maira Costa. Atuação do Enfermeiro em Unidade de Terapia Intensiva Neonatal. In: **Unijorge**, v.1, n.1, p.1-12, 2016.

SILVA, Gabrielle Nascimento et al. A percepção do enfermeiro sobre a sistematização da assistência de enfermagem ao recém-nascido prematuro na unidade de cuidados intensivos. **Research, Society and Development**, v. 10, n. 3, p. e16510313119-e16510313119, 2021.

SILVA, Leylane do Nascimento; MOURA, Conceição de Maria Aguiar Barros. Cuidados de enfermagem com a pele do recém-nascido pré-termo. **Rev. enferm. UFPI**, v.4, n.4, p. 4-7, 2015.



SILVA, Neri Eleika Candido da. **ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM AO RECÉM-NASCIDO COM HIDROCEFALIA: DEBILIDADES E POTENCIALIDADES NO PROCESSO DO CUIDAR**. 2016. 94 f. Trabalho de Conclusão de Curso - Universidade Federal de Campina Grande, 2016.

SILVA, Sthefany Rubislene Pereira et al. Assistência de enfermagem na uti neonatal: Dificuldades enfrentadas pelos enfermeiros e prejuízos causados aos recém-nascidos. **Brazilian Journal of Health Review**, v. 3, n. 4, p. 9464-9473, 2020.

STELMAK, Alessandra Patricia; MAZZA, Verônica de Azevedo; FREIRE, Marcia Helena de Souza. O valor atribuído pelos profissionais de enfermagem aos cuidados preconizados pelo método canguru. **Rev. enferm. UFPE on line**, p. 3376-3385, 2017.

UEMA, Roberta Tognollo Borotta et al. Manejo da dor do recém-nascido internado em unidade de terapia intensiva neonatal. **Brazilian Journal of Health Review**, v. 4, n. 2, p. 4785-4797, 2021.



PRINCIPAIS ALTERAÇÕES METABÓLICAS POSSIVELMENTE DERIVADAS DO USO DE CONTRACEPTIVOS HORMONAIIS

MAIN METABOLIC CHANGES POSSIBLY DERIVED FROM THE USE OF HORMONAL CONTRACEPTIVES

DOI: 10.51859/AMPLLA.PPE2159-4

Bárbara Queiroz de Figueiredo ¹
Anna Eduarda Linhares Rodrigues ²
Isabelle Carvalho de Melo Lima ³
Lorena Martins Nagata ⁴

¹ Graduanda em Medicina. Centro Universitário de Patos de Minas (UNIPAM).

² Graduanda em Medicina. Centro Universitário Uninovafapi.

³ Graduanda em Medicina. Centro Universitário Uninovafapi.

⁴ Graduanda em Medicina. Centro Universitário de Goiatuba (UNICERRADO).

RESUMO

O efeito adverso mais comum das pílulas anticoncepcionais orais combinadas é o sangramento. As mulheres também se queixam de náuseas, dores de cabeça, cólicas abdominais, sensibilidade mamária e aumento do corrimento vaginal ou diminuição da libido. No entanto, diferentes combinações de pílulas mostram diferentes tendências de obstrução da coagulação dos vasos (risco de trombose venosa), alterações nas vias metabólicas de lipídeos, na cascata de coagulação, na sensibilidade à insulina e nas propriedades vasoativas. As usuárias de contraceptivos hormonais que contêm estrogênio estão sob maior risco de trombose venosa e tromboembolismo, haja vista que, em condições normais, o sistema da coagulação mantém em equilíbrio dinâmico os sistemas pró-coagulante e anticoagulante, e os estrogênios, principalmente o componente etinilestradiol, afetam esses dois sistemas de acordo com a dose. Além disso, as alterações na composição dos lipídeos plasmáticos produzidas pelos estrogênios caracterizam-se por um aumento das lipoproteínas de alta densidade (HDL), ligeira redução das lipoproteínas de baixa densidade (LDL) e diminuição dos níveis plasmáticos totais de colesterol. Ademais, os estrogênios aumentam a coagulabilidade do sangue. Ou seja, a maioria dos anticoncepcionais orais combinados apresentam um risco aumentado de trombose venosa e outras alterações metabólicas, sendo que o tamanho do efeito depende do progestágeno usado e da dose de etinilestradiol.

Palavras-chave: Anticoncepcionais. Estrogênio. Progesterona. Tromboembolismo.

ABSTRACT

The most common adverse effect of combined oral contraceptive pills is bleeding. Women also complain of nausea, headaches, abdominal cramping, breast tenderness, and increased vaginal discharge or decreased libido. However, different combinations of pills show different tendencies of vessel clotting obstruction (risk of venous thrombosis), alterations in lipid metabolic pathways, coagulation cascade, insulin sensitivity and vasoactive properties. Users of hormonal contraceptives that contain estrogen are at greater risk of venous thrombosis and thromboembolism, given that, under normal conditions, the coagulation system maintains a dynamic balance between the procoagulant and anticoagulant systems, and estrogens, especially the ethinylestradiol component, affect these two systems according to dose. In addition, changes in the composition of plasma lipids produced by estrogens are characterized by an increase in high-density lipoproteins (HDL), a slight reduction in low-density lipoproteins (LDL) and a decrease in total plasma cholesterol levels. In addition, estrogens increase blood coagulability. That is, most combined oral contraceptives have an increased risk of venous thrombosis and other metabolic changes, and the size of the effect depends on the progestogen used and the dose of ethinylestradiol.

Keywords: Contraceptives. Estrogen. Progesterone. Thromboembolism.



1. INTRODUÇÃO

Atualmente, existem três tipos de pílulas anticoncepcionais orais (ACO): a combinação estrogênio-progesterona, apenas a progesterona e a pílula de uso contínuo ou prolongado. Aproximadamente 25% das mulheres de 15 a 44 anos que atualmente usam anticoncepcionais relataram usar a pílula como método de escolha. A pílula mais comumente prescrita é a pílula hormonal combinada com estrogênio e progesterona. A maioria das mulheres tomam ACO para prevenir a gravidez, mas 14% os usaram por razões não anticoncepcionais (COOPER et al., 2021).

A progesterona é a principal responsável pela prevenção da gravidez, sendo seu principal mecanismo de ação a prevenção da ovulação, ao inibir o desenvolvimento folicular e previnem a ovulação. O feedback negativo de progestagênio atua no hipotálamo para diminuir a frequência de pulso do hormônio liberador de gonadotrofina. Isso, por sua vez, diminui a secreção do hormônio folículo-estimulante (FSH) e diminuirá a secreção do hormônio luteinizante (LH). Se o folículo não estiver se desenvolvendo, não haverá aumento nos níveis de estradiol (o folículo produz o estradiol). O feedback negativo de progestágeno e a falta de feedback positivo de estrogênio na secreção de LH interrompem o pico de LH no meio do ciclo. Assim, sem o folículo desenvolvido e sem pico de LH para liberar o folículo, existe a prevenção da ovulação. O estrogênio tem algum efeito na inibição do desenvolvimento folicular por causa de seu feedback negativo na pituitária anterior, com diminuição da secreção de FSH; simplesmente não é tão proeminente quanto o efeito da progesterona. A atrofia endometrial induzida pela progesterona deve impedir a implantação, mas não há provas de que isso ocorra (ARAÚJO et al., 2016).

A maioria dos efeitos colaterais dos ACOs são leves e desaparecem com o uso continuado ou com a mudança para outra formulação de pílula. O efeito adverso mais comum das pílulas anticoncepcionais orais combinadas é o sangramento. As mulheres também se queixam de náuseas, dores de cabeça, cólicas abdominais, sensibilidade mamária e aumento do corrimento vaginal ou diminuição da libido. No entanto, diferentes combinações de pílulas mostram diferentes tendências de obstrução da coagulação dos vasos (risco de trombose venosa), alterações nas vias metabólicas de lipídeos, na cascata de coagulação, na sensibilidade à insulina e nas propriedades

vasoativas (Farias et al., 2016). Sob essa perspectiva, o objetivo deste estudo é explanar acerca das possíveis alterações metabólicas decorrentes do uso de contraceptivos hormonais.

2. METODOLOGIA

Trata-se de uma pesquisa descritiva do tipo revisão integrativa da literatura, que buscou responder quais são as alterações metabólicas decorrentes do uso de anticoncepcionais hormonais. A pesquisa foi realizada através do acesso online nas bases de dados *National Library of Medicine* (PubMed MEDLINE), *Scientific Electronic Library Online* (Scielo), *Cochrane Database of Systematic Reviews* (CDSR), *Google Scholar*, *Biblioteca Virtual em Saúde* (BVS) e *EBSCO Information Services*, no mês de outubro de 2021. Para a busca das obras foram utilizadas as palavras-chaves presentes nos descritores em Ciências da Saúde (DeCS): em inglês: "*contraceptives*", "*progesterone*", "*estrogen*", "*thrombosis*", "*clotting*", "*metabolic alterations*" e em português: "*anticoncepcionais*", "*progesterona*", "*estrogênio*", "*trombose*", "*coagulação*", "*alterações metabólicas*".

Como critérios de inclusão, foram considerados artigos originais, que abordassem o tema pesquisado e permitissem acesso integral ao conteúdo do estudo, publicados no período de 2011 a 2021, em inglês e português. O critério de exclusão foi imposto naqueles trabalhos que não estavam em inglês e espanhol, que não tinham passado por processo de Peer-View e que não abordassem as alterações metabólicas decorrentes do uso de anticoncepcionais hormonais. A estratégia de seleção dos artigos seguiu as seguintes etapas: busca nas bases de dados selecionadas; leitura dos títulos de todos os artigos encontrados e exclusão daqueles que não abordavam o assunto; leitura crítica dos resumos dos artigos e leitura na íntegra dos artigos selecionados nas etapas anteriores. Assim, totalizaram-se 20 artigos científicos para a revisão integrativa da literatura, com os descritores apresentados acima, dos últimos dez anos e em línguas portuguesa e inglesa.

3. REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

Os estrogênios exercem vários efeitos metabólicos e cardiovasculares importantes e parecem ser responsáveis, em parte, pela manutenção da estrutura e função normais da pele e dos vasos sanguíneos nas mulheres (BATISTA et al., 2013). As alterações na composição dos lipídeos plasmáticos produzidas pelos estrogênios caracterizam-se por um aumento das lipoproteínas de alta densidade (HDL), ligeira redução das lipoproteínas de baixa densidade (LDL) e diminuição dos níveis plasmáticos totais de colesterol. Os níveis plasmáticos de triglicerídeos estão elevados. Além disso, os estrogênios aumentam a coagulabilidade do sangue. Foram relatadas inúmeras alterações nos fatores que influenciam a coagulação, inclusive aumento dos níveis circulantes dos fatores II, VII, IX e X, e diminuição da antitrombina III, devido, em parte, aos efeitos hepáticos já mencionados. Foram também observados aumentos nos níveis de plasminogênio e redução da adesão plaquetária (ALMEIDA et al., 2017).

3.1. TROMBOSE VENOSA

As usuárias de contraceptivos hormonais que contêm estrogênio estão sob maior risco de trombose venosa e tromboembolismo, haja vista que, em condições normais, o sistema da coagulação mantém em equilíbrio dinâmico os sistemas pró-coagulante e anticoagulante, e os estrogênios, principalmente o componente etinilestradiol, afetam esses dois sistemas de acordo com a dose. Esses hormônios atuam diretamente na parede vascular, influenciando mudanças nos fatores que estimulam a disfunção endotelial. Essas transformações são favoráveis ao desenvolvimento de eventos tromboembólicos (SOUSA et al., 2018).

Na maioria das mulheres, a fibrinólise (anticoagulação) é elevada tanto quanto a coagulação, mantendo o equilíbrio dinâmico com aumento dos níveis de produção e destruição do fibrinogênio (BASTOS et al., 2014). Estudos antigos incluíam mulheres com distúrbios agora considerados contraindicações ao uso de contraceptivos hormonais com estrogênio: trombose prévia, doença vascular preexistente, doença coronariana, leucemia, câncer e traumatismo grave, e constataram que os contraceptivos orais (CO) de baixa dosagem atuais têm menor efeito mensurável sobre o sistema da coagulação, e os fatores fibrinolíticos aumentam na mesma proporção que os fatores pró-

coagulantes. Ademais, os CO com menor dose de estrogênio (de 30 a 35 µg de EE) reduzem o risco de tromboembolia quando comparados a CO de maior dose (50 µg de estrogênio) (ASSIS et al., 2017).

Um grande estudo dinamarquês mostrou, pela primeira vez, que os CO com 20 µg de etinilestradiol estão associados a uma redução adicional de 18% do risco de trombose em comparação com CO com 30 a 40 µg após ajuste para duração do uso. No entanto, os CO que contêm apenas progesterona e o dispositivo intra-uterino (DIU) liberador de levonorgestrel não foram associados à trombose venosa. Além disso, alguns estudos constataram aumento do risco de trombose venosa em usuárias de CO contendo os novos progestágenos desogestrel ou gestodeno associados a 20 a 30 µg de etinilestradiol, em comparação a usuárias de levonorgestrel associado às mesmas doses de estrogênio, e o resultado foi controverso (Brandt et al., 2018). É provável que os vieses de “esgotamento de suscetíveis”, a “seleção adversa” e o “viés de usuária saudável” expliquem o aumento aparente da trombose. A maioria dos casos de trombose venosa atribuíveis ao uso de CO ocorre durante os primeiros meses de uso (ASSIS et al., 2017).

A comparação de novas usuárias com mulheres que já tomam CO há algum tempo sem incidentes mostra o aumento aparente com o novo produto, que é artificial. Os médicos podem presumir que os novos fármacos são mais seguros e prescrevê-los de maneira seletiva para mulheres com fatores de risco. No entanto, a segurança dos anticoncepcionais hormonais combinados (CHCs) foi documentada por anos de acompanhamento, e a ocorrência de tromboembolismo venoso (TEV) possivelmente relacionado ao seu uso é rara na população jovem exposta a esses agentes. Porém, o equilíbrio entre os benefícios e riscos dos esteroides contraceptivos é geralmente positivo, em particular quando comparado com os riscos da gravidez (GUIMARÃES, 2017).

3.2. TROMBOFILIA

Alterações no sistema da coagulação são detectáveis em todas as mulheres, inclusive naquelas que tomam CO de menor dose, bem como algumas delas têm predisposição genética à trombose quando estimuladas por gravidez ou administração de estrogênio exógeno, haja vista que, por exemplo, as mulheres com deficiência

hereditária de antitrombina III, proteína C ou proteína S estão sob risco muito elevado de trombose durante a gravidez ou estrogênio-terapia, mas representam uma proporção muito pequena de possíveis usuárias de CO (MORAIS et al., 2019). Uma variação bem mais comum, a do fator V de Leiden, existe em uma taxa de 3 a 5% da população branca, que determina a mutação de um aminoácido na proteína do fator V, inibindo a clivagem da proteína pela proteína C ativada (etapa essencial na manutenção do equilíbrio entre a coagulação e a fibrinólise) (FARIAS et al., 2016).

Uma mutação semelhante é encontrada na posição 20210 no gene da protrombina e é descrita como protrombina G20210A. Essa mutação ocorre em 3% da população europeia e também está fortemente associada à trombose venosa em usuárias de CO. Há muitas outras condições genéticas que predisõem à trombose, e a gravidez é um desafio ainda maior para mulheres com defeitos hereditários da anticoagulação (COOPER et al., 2021). Sob essa perspectiva, uma mulher com problema venoso durante o uso de CO deve ser submetida a avaliação completa, que deve incluir, no mínimo, a pesquisa dos níveis de antitrombina III, proteína C e proteína S, resistência à proteína C ativada, homocisteína sérica, mutação do fator V de Leiden, mutação da protrombina G20210A e teste para anticorpo antifosfolípido. Ademais, recomenda-se com veemência o rastreamento de mulheres com história pessoal ou familiar de trombose venosa profunda antes do início da contracepção hormonal com estrogênio ou durante a gravidez. Não devem ser administrados contraceptivos com estrogênio – pílula, adesivo ou anel – às mulheres com diagnóstico de fator V de Leiden. Além disso, não se deve supor que a contracepção hormonal seja a única razão do episódio de trombose (BRITO et al., 2011).

3.3. CARDIOPATIA ISQUÊMICA

A cardiopatia isquêmica e o acidente vascular encefálico (AVE) foram as principais causas de morte atribuídas ao uso de CO no passado. Sabe-se que os principais determinantes de risco são a idade avançada e o tabagismo, haja vista que as mulheres que fumavam 25 cigarros ou mais por dia apresentavam o aumento de 30 vezes do risco de infarto agudo do miocárdio (IAM) se usassem CO quando comparadas a mulheres não tabagistas e que não usavam CO. Por isso, o uso de CO tornou-se mais seguro em razão de a maioria das mulheres usar pílulas de baixa dosagem e os médicos fazerem

uma prescrição seletiva, excluindo mulheres com importantes fatores de risco cardiovasculares (FERREIRA et al., 2019).

Acredita-se que a associação ao infarto do miocárdio envolve uma aceleração da aterogênese, devido à redução da tolerância à glicose, aos níveis diminuídos de HDL, aos níveis elevados de LDL e a um aumento da agregação plaquetária. Além disso, a facilitação do espasmo arterial coronariano pode desempenhar uma função em algumas dessas pacientes. Haja vista que o componente pró-gestacional dos contraceptivos orais diminui os níveis de HDL em proporção à atividade androgênica da progestina, o efeito final dependerá da composição específica da pílula utilizada e da suscetibilidade da paciente aos efeitos específicos. Além disso, o risco de infarto não está aumentado em usuárias que abandonaram o uso de contraceptivos orais (RIBEIRO et al., 2018).

3.4. ACIDENTE VASCULAR ENCEFÁLICO (AVE)

Na década de 1970, o uso de CO parecia estar relacionado com o risco de AVE hemorrágico e trombótico. No entanto, esses estudos não levaram em conta os fatores de risco preexistentes, haja vista que as evidências atuais não apontam risco de AVE em mulheres saudáveis e usuárias de pílulas de baixa dosagem (Ministério da Saúde, 2017). Além disso, a doença de Moyamoya, um tipo raro de insuficiência vascular cerebral, está relacionada ao uso de CO, sobretudo em tabagistas. Ademais, as habitantes de países em desenvolvimento tiveram um pequeno aumento aparente do risco; no entanto, esse achado foi atribuído a fatores de risco existentes não detectados (LIMA et al., 2017).

Outro estudo realizado na Europa, além de constatar menor risco de AVE com pílulas de baixa dosagem do que com as antigas pílulas de maior dosagem, concluiu que o risco era menor se a pressão arterial da paciente fosse verificada antes do início do uso de CO. Outrossim, as mulheres tabagistas, hipertensas e diabéticas correm maior risco de doença cardiovascular, sendo usuárias ou não de CO, sendo o questionamento importante se o uso de CO de baixa dosagem eleva o risco e, nesse caso, em que grau. O estudo da OMS descrito anteriormente oferece algumas informações importantes: tabagistas em uso de CO apresentaram risco de AVE isquêmico (trombótico) aumentado em sete vezes, em comparação a tabagistas que não usavam CO; além disso, mulheres hipertensas tiveram aumentado em 10 vezes o risco com uso de CO, mas um aumento de cinco vezes sem uso de CO (OLIVEIRA et al., 2021).

Da mesma maneira, um estudo na Dinamarca constatou que o risco de AVE em mulheres diabéticas era cinco vezes maior, mas se tornava 10 vezes maior se usassem CO, no entanto, esses dados não foram limitados a CO com baixa dosagem de estrogênio. Os dados sugerem que, embora o risco seja determinado principalmente pelo distúrbio predisponente (hipertensão, diabetes ou tabagismo), pode ser elevado pelo uso de CO, mesmo de baixa dosagens. O risco de AVE isquêmico e de infarto agudo do miocárdio foi maior em hipertensas usuárias de CO de estrogênio-progesterona que em mulheres não usuárias de CO. Por isso, é prudente a conduta atual na América do Norte de limitar o uso de contraceptivos hormonais com estrogênio por mulheres com mais de 35 anos de idade às não tabagistas sem outros fatores de risco para doença vascular (OLSEN et al., 2018).

3.5. HIPERTENSÃO ARTERIAL

Acredita-se que o estrogênio exógeno contribui na ativação do sistema reninaangiotensina-aldosterona, causando efeitos hipertensores mesmo em pequenas dosagens; e que o uso combinado com a drospirenona reduz esses efeitos. Vias de administração sem passagem pelo fígado e uso do progestágeno isolado mostraram resultados promissores na redução dos efeitos sobre a pressão arterial. Com as antigas pílulas de alta dosagem, esperava-se que até 5% das pacientes tivessem pressão arterial superior a 140/90 mmHg. Acredita-se que o mecanismo seja uma elevação do substrato renina, induzido pelo estrogênio, em mulheres suscetíveis. Já as pílulas de baixa dosagem atuais causam efeitos mínimos sobre a pressão arterial, mas é aconselhável a vigilância contínua da pressão arterial para se detectar a resposta idiossincrásica ocasional (SOUZA et al., 2016).

Ademais, os estrogênios também alteram a estrutura e a função das glândulas suprarrenais. Quando administrados por via oral ou em altas doses, os estrogênios aumentam a concentração plasmática da α_2 globulina que se liga ao cortisol (globulina de ligação dos corticosteroides). As concentrações plasmáticas podem ser mais de duas vezes os níveis observados em indivíduos não tratados, e a excreção urinária de cortisol livre apresenta-se elevada (FERREIRA et al., 2019).

3.6. METABOLISMO DA GLICOSE

O estrogênio oral isolado não tem efeito adverso sobre o metabolismo da glicose, mas os progestágenos são antagonistas da insulina. As formulações antigas de CO com doses maiores de progestágenos produziam anormalidades nos testes de tolerância à glicose com níveis de insulina elevados na paciente média. O efeito sobre o metabolismo da glicose, semelhante àquele sobre os lipídios, está relacionado à potência androgênica dos progestágenos e à dose (OLIVEIRA et al., 2021).

3.7. METABOLISMO DOS LIPÍDIOS

Sabe-se que androgênios e estrogênios têm efeitos antagônicos sobre a lipase hepática, uma enzima hepática essencial para o metabolismo lipídico. Os estrogênios reduzem as lipoproteínas de baixa densidade (LDL) e elevam as lipoproteínas de alta densidade (HDL), alterações que podem reduzir o risco de aterosclerose. Assim, os androgênios e os progestágenos com forte ação androgênica podem opor-se a essas modificações benéficas, reduzindo os níveis de HDL e elevando os níveis de LDL, e os estrogênios elevam os níveis de triglicerídios (TRINDADE et al., 2019).

As formulações de baixa dosagem têm efeito adverso mínimo sobre os lipídios, e as novas formulações (com desogestrel e norgestimato como progestágeno) produzem mudanças que podem ser benéficas pela elevação da HDL e diminuição da LDL. Embora os valores médios de um grande grupo mostrem apenas pequenas alterações lipídicas com os CO atuais, às vezes os efeitos podem ser exagerados em determinada paciente. As anormalidades durante o tratamento são mais prováveis nas mulheres cujos valores lipídicos estejam acima da média antes do tratamento (COOPER et al., 2021).

3.8. OUTROS EFEITOS METABÓLICOS

Os COs podem causar alterações em uma grande variedade de proteínas sintetizadas pelo fígado. O estrogênio contido nos CO eleva a globulina de ligação do hormônio tireoidiano circulante, o que afeta as provas de função tireoidiana baseadas nessa ligação, aumenta os níveis de tiroxina total (T4) e diminui a captação de triiodotironina (T3) (resin uptake). Os resultados das provas de função tireoidiana de

rotina, como a dosagem de T4 livre e os exames com iodo radioativo, são normais (OLIVEIRA et al., 2021).

4. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Portanto, nota-se que a maioria dos anticoncepcionais orais combinados apresentam um risco aumentado de trombose venosa e outras alterações metabólicas, sendo que o tamanho do efeito depende do progestágeno usado e da dose de etinilestradiol. Por isso, deve ser prescrito o anticoncepcional oral combinado com a menor dose possível de etinilestradiol e boa adesão, ou seja, 30 µg de etinilestradiol com levonorgestrel. A avaliação dessas diferentes tendências pode desempenhar um papel importante na escolha da pílula mais segura ao iniciar o uso da pílula. Além disso, notou-se que anticoncepcionais orais contendo doses mais altas de estrogênio (>30 µg) com levonorgestrel (um progestágeno) ou contendo acetato de ciproterona ou drospirenona como progestágeno estão associados a maior risco de tromboembolismo venoso e demais alterações metabólicas do que a pílula anticoncepcional oral com 30 µg de estrogênio e utilização de levonorgestrel como progestágeno.

REFERÊNCIAS

- ALMEIDA, A. P., et al. Efeitos Colaterais E Alterações Fisiológicas Relacionadas Ao Uso Contínuo De Anticoncepcionais Hormonais Orais. **Rev. Eletrôn. Atualiza Saúde**, v. 5, n. 5, p. 85-93, 2017.
- ARAÚJO, A. B. R., et al. Anticoncepcionais hormonais contendo apenas progestágenos e seus principais efeitos. **Brazilian Journal of Surgery and Clinical Research**, v. 15, n. 1, p. 75-81, 2016.
- ASSIS, R. S. G. F. **Contraceptivos Orais e o risco Trombótico**. Trabalho de conclusão de curso: UNIC, Primavera do Leste- MT, 2017.
- BASTOS, M., et al. Contraceptivos orais combinados: trombose venosa. **Cochrane Database of Systematic Reviews**, v. 3, n. 108, p. 1-54, 2014.
- BATISTA, M. N., et al. Planejamento Familiar: Métodos e Contraceptivos. **Revista Científica Multidisciplinar Núcleo do Conhecimento**, v. 1, n. 7, p. 29-41, 2013.
- BRANDT, G. P., et al. Anticoncepcionais hormonais na atualidade: um novo paradigma para o planejamento familiar. **Revista Gestão & Saúde**, v. 18, n. 1, p. 54-62, 2018.

BRITO, M. B., et al. Contraceção hormonal e sistema cardiovascular. **Atualização Clínica**, v. 96, n. 4, p. 1-11, 2011.

COOPER, D. B., et al. Pílulas anticoncepcionais orais. **StatPearls**, v. 5, n. 8, p. 1-10, 2021.

FARIAS, M. R., et al. Utilização e acesso a contraceptivos orais e injetáveis no Brasil. **Revista de Saúde Pública**, v. 3, n. 8, p. 1-10, 2016.

FERREIRA, L. F., et al. O uso da pílula anticoncepcional e as alterações das principais vias metabólicas. **Feminas**, v. 47, n. 7, p. 426-32, 2019.

GUIMARÃES, M. A. **Trombose associada ao uso de contraceptivos hormonal oral: revisão da literatura**. Trabalho de conclusão de curso de Biomedicina- Centro Universitário de Brasília: UNICEUB, Brasília, 2017.

LIMA, A. C., et al. Influência de anticoncepcionais hormonais e ocorrência de acidente vascular cerebral: revisão integrativa. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 70, n. 3, p. 647-655, 2017.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Anticoncepção hormonal oral**, 2017. Disponível em: <https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/0102assistencia2.pdf>. Acessado em: 10 de outubro de 2021.

MORAIS, L. X., et al. Tromboembolismo venoso relacionado ao uso frequente de anticoncepcionais orais combinados. **FASEM Rechtst**, v. 8, n. 1, p. 91-125, 2019.

OLIVEIRA, R. P. C., et al. O anticoncepcional hormonal via oral e seus efeitos colaterais para as mulheres. **Revista Artigos.**, v. 28, n. 3, p. 12-21, 2021.

OLSEN, J. M., et al. Práticas contraceptivas de mulheres jovens: inquérito domiciliar no Município de São Paulo, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 34, n. 12, p. 43-59, 2018.

RIBEIRO, M. C. C., et al. Efeitos dos diferentes anticoncepcionais hormonais nos valores de pressão arterial da mulher. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 71, n. 8, p. 1-11, 2018.

SOUSA, I. C., et al. A trombose venosa profunda como reação adversa do uso contínuo de anticoncepcionais orais. **Revista de Divulgação Científica Sena Aires**, v. 7, n. 1, p. 54-65, 2018.

SOUZA, G. G., et al. (2016). Conhecimento e uso de anticoncepcionais hormonais: o que é certo ou errado? **Temas em Saúde**, v. 16, n. 4, p. 1-12, 2016.

TRINDADE, R. E., et al. Uso de contracepção e desigualdades do planejamento reprodutivo das mulheres Brasileiras. **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 3, p. 7, p. 1-14, 2019.

IMPACTOS NO CONCEITO E NO CORPO QUE O CARREGA: CONSEQUÊNCIAS DO USO DA COCAÍNA NA GRAVIDEZ

IMPACTS ON THE CONCEPT AND ON THE BODY THAT CARRIES IT: CONSEQUENCES OF COCAINE USE IN PREGNANCY

DOI: 10.51859/AMPLLA.PPE2159-5

José de Oliveira Alves Júnior¹
Camila Marques Queiroz²

¹ Graduando em Farmácia Generalista pela Universidade Estadual da Paraíba (UEPB), Campina Grande, Paraíba, Brasil

² Doutora em Medicina Tropical pela Universidade Federal de Pernambuco (UFPE), graduada em Ciências Biológicas pela Universidade Estadual da Paraíba (UEPB)

RESUMO

O uso de drogas ilícitas é uma prática crescente no mundo moderno acarretando sérios danos ao indivíduo, bem como reflexo no âmbito comunitário ligado a saúde pública. Seu uso se faz presente nas mais diversas esferas sociais, se tornando notavelmente perigoso no grupo gestante visto o duplo impacto negativo que o consumo dessa substância pode ocasionar ao conceito quanto ao corpo que o carrega. Nessa perspectiva, buscou-se nesse estudo realizar um levantamento sobre as consequências do uso da cocaína no grupo gestante, descrevendo o impacto do consumo tanto no corpo no corpo materno e no desenvolvimento do conceito, através da análise da literatura sobre essa temática em diferentes plataformas de pesquisa científica. Como resultado da nossa pesquisa, viu-se que as usuárias de cocaína durante a gravidez normalmente estão em situação de vulnerabilidade social e econômica, destinando sua ansiedade e desamparo em satisfazer seus desejos e vício, adquirindo diversos problemas, como mudanças comportamentais, como estruturais e cognitivos no conceito ainda em formação. Conclui-se que há uma necessidade imperativa de fornecer atendimento de qualidade ao grupo gestacional, incentivando o pré-natal completo, bem como assistência a essas dependentes químicas sobre como administrar o vício e ter uma gravidez mais segura e saudável, conferindo maior estabilidade ao neonato.

Palavras-chave: Vício. Cocaína. Gestante. Concepto. Pré-natal.

ABSTRACT

The use of illicit drugs is a growing practice in the modern world, causing serious damage to the individual, as well as a reflection on the community level linked to public health. Its use is present in the most diverse social spheres, becoming notably dangerous in the pregnant group, given the double negative impact that the consumption of this substance can cause to the fetus in terms of the body that carries it. From this perspective, this study sought to carry out a survey on the consequences of cocaine use in the pregnant group, describing the impact of consumption both on the maternal body and on the development of the conceptus, through the analysis of the literature on this topic on different platforms. of scientific research. As a result of our research, it was seen that cocaine users during pregnancy are usually in a situation of social and economic vulnerability, devoting their anxiety and helplessness to satisfying their desires and addiction, acquiring several problems, such as behavioral changes, such as structural and cognitive impairments in the concept still in formation. It is concluded that there is an imperative need to provide quality care to the gestational group, encouraging complete prenatal care, as well as assistance to these chemical dependents on how to manage addiction and have a safer and healthier pregnancy, giving greater stability to the neonate.

Keywords: Addiction. Cocaine. Pregnant. Concept. Prenatal



1. INTRODUÇÃO

Entende-se por droga uma substância que não é natural ao organismo que, após sua ingestão, é capaz de ocasionar alterações no sistema nervoso, como no caso da cocaína, interferência neuromotor desencadeando problemas em longo prazo para a vítima (GONZÁLEZ et al., 2015). Dentre a natureza dessas substâncias, têm-se as lícitas e as ilícitas, sendo as ilícitas proibidas para uso por serem altamente tóxicas e prejudiciais ao organismo humano, além de que acarretam alta dependência para o usuário que as consome (RIBEIRO, 2018). Assim, segundo os estudos de Rocha et al. (2016), o uso dessa substância química é altamente perigoso para o grupo gestante pela possibilidade de interferir, também, no desenvolvimento estrutural do conceito em formação, trazendo consequências negativas para ambos os corpos que podem ser sentidas ao longo de suas vidas.

Nessa perspectiva, Soares et al. (2016) evidenciou a necessidade de se haver maiores estudos sobre essa temática, frente ao crescente consumo de drogas que, isoladamente, já é um grande problema de saúde pública. Como também, destaca-se que, geralmente, usuários de drogas estimulantes se encontram em situações de vulnerabilidade social consoante ao seu desejo constante de satisfazer o vício, auxiliando para a proliferação de Infecções Sexualmente Transmissíveis (ISTs), pois muitas das usuárias tendem a trocar favores sexuais pela substância de consumo desejado (SPADONI et al., 2017).

Essa realidade se torna ainda mais agravante quando aplicada ao grupo gestante, visto o comprometimento do desenvolvimento fetal. Segundo Schoenwolf et al. (2016), foi descrito em seus estudos que o feto fica muito propenso a ação de substâncias teratogênicas enquanto sua formação, pois tais compostos patológicos podem atravessar a barreira hematoplacentária, responsável pela divisa e disponibilidade nutritiva entre o conceito e a progenitora, e interagir com o organismo em amadurecimento do indivíduo. Além disso, as alterações estruturais advindas pela passagem da cocaína pela barreira hematoplacentária, assim como atuação de outras drogas, possui capacidade de atuar no sistema nervoso central do conceito assim como em seu desenvolvimento físico e cognitivo de forma a ser irreversível, se tornando

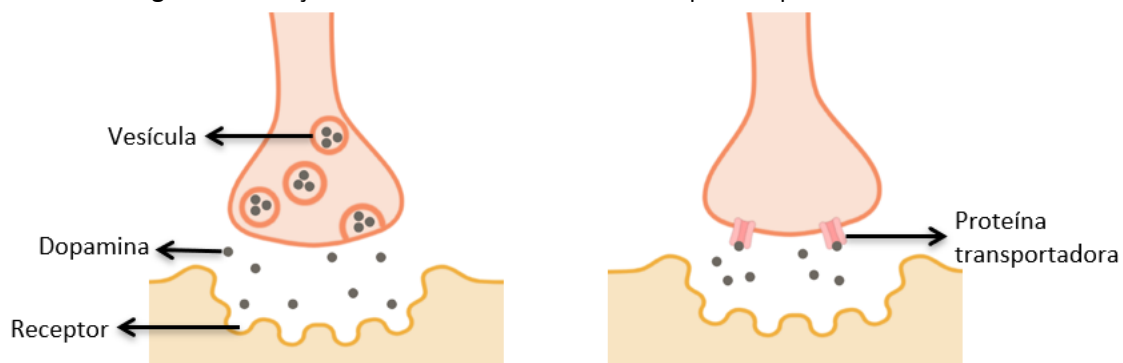
negativo visto que o uso da cocaína está se tornando cada vez crescente entre mulheres em idade fértil (KASSADA et al., 2013). Tais perspectivas tornam urgente a abordagem dessa temática, visto o impacto socioeconômico que as gestantes possuem em meio social, como também, em países como o Brasil, por serem cidadãs, possuem direito em possuir atendimento de saúde advindos do sistema público permitindo sua segurança e vitalidade como mecanismos de garantia previstos no artigo 6º da Constituição Federal de 1988 (Art. 196 da Constituição Federal de 88, n.d.).

Além disso, deve-se ressaltar que, a urgência em se tratar esse assunto para o grupo gestante também se dá ao fato de que muito raramente uma droga psicoativa que produz dependência é consumida de forma isolada, estando normalmente agindo com outras substâncias, refletindo ainda mais as condições de vulnerabilidade e precariedade da adicta e aumentar os riscos no conceito em formação em seu útero (KO et al., 2015).

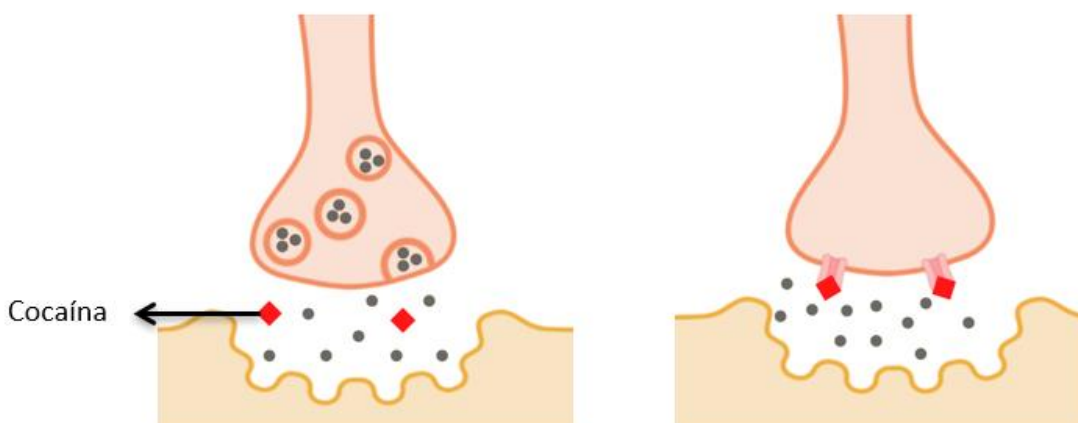
1.1. MECANISMO DE ATUAÇÃO DA COCAÍNA PARA GERAR O VÍCIO

Segundo os estudos de Butler et al. (2017), a cocaína possui ação diretamente ligada no sistema nervoso central, através da interferência do sistema de recompensa do cérebro, oferecendo um superávit de dopamina e constância em êxtase e prazer prolongados. Desse modo, a cocaína atua inibindo a recepção da dopamina pelas proteínas transportadoras, ocasionando uma grande concentração de dopamina nos receptores neuronais prolongando a sensação de prazer, modificando o sistema de recompensa do cérebro e, posteriormente, formando à vítima dependente química.

Figura 1 – Atuação da cocaína no sistema de recompensa e prazer do cérebro.



a) Em um organismo saudável: a dopamina é transmitida se ligando aos receptores e enviando a sinapse de recompensa e, posterior a sua ação, é captada de volta pelas proteínas transportadoras de dopamina.



b) Em um organismo adicto: moléculas da cocaína se ligam a proteínas transportadoras de dopamina impedindo sua captação, gerando uma concentração de dopamina no local, uma sensação de êxtase prolongado desencadeando o vício.

Fonte: dados do estudo, adaptados pela autoria.

O uso da cocaína tende a viciar o público feminino pelo maior estímulo na recompensação de dopamina pelo estímulo fornecido pelo estradiol estimulando vários receptores que traduzem o prazer, entretanto, há um maior aumento do risco de overdose quando essa droga não é consumida isoladamente também proporcionando um comportamento sexual risco podendo contrair alguma Infecção Sexualmente Transmissível (IST) (MOREIRA et al., 2014). No caso das gestantes, há um impacto público na medida em que, nas formas mais graves pode-se haver uma necessidade de internações e do destino de uma equipe médica capacitada para atuar na melhora tanto da grávida quando do conceito, isso geraria maiores gastos públicos. Como a cocaína e seus derivados, como o crack, estão cada vez mais sendo consumido pelo grupo supracitado, a situação de internações e mais gastos públicos tende a ser uma realidade ainda mais presente, o que não é interesse para a sociedade, visto que o consumo desse composto está mais presente entre mulheres em idade fértil aumentando os riscos para a saúde pública (CRESSMAN et al., 2014).

2. USO DE IMAGENS DE TERCEIROS

Objetiva-se de forma geral com esse estudo fornecer mais um meio de pesquisa de fácil acesso para aqueles que buscam conhecer mais sobre o tema no meio acadêmico e científico. Nessa perspectiva, com a finalidade de tornar a pesquisa o mais completa possível sobre o assunto e organizada, precisou-se separar ela em etapas que vão desde a coleta de obras científicas até a síntese de resultados no texto. Para auxiliar

as buscas, e conseqüentemente a pesquisa, estipularam-se três objetivos específicos: realizar a procura do máximo de material científico possível sobre o assunto, escolher os melhores e mais pertinentes e sintetizá-los neste trabalho pela autoria, finalizando assim o material disposto para busca por diferentes grupos de pesquisa. Assim, tendo em vista que uma pergunta norteadora é interessante para delimitar o tema, foi traçada a seguinte hipótese: quais as conseqüências do uso da cocaína durante a gestação tanto para a gestante quando para o concepto?

A primeira etapa, como supracitado, foi composta pela busca do material, ou seja, foi realizado um levantamento da literatura de diferentes trabalhos científicos nas plataformas de dados Scientific Eletronic Library Online (SCIELO); Google Scholar; PubMed; Portal de Periódicos Capes; Biblioteca Digital Brasileira de Tese e Dissertações (BDTD) e MEDLINE. Para auxiliar a busca de todo o material, foram pressupostos critérios de inclusão: selecionar apenas obras que tratam sobre o tema de forma clara, coesa e explícita ou que agreguem a pesquisa através de relatos, ou descrição de casos, dentre o período de 2012 a 2022, visando manter a atualidade, importância e devido impacto da revisão, os quais afere maior qualidade ao estudo. Por fim, para a síntese dos resultados no texto, optou-se por adicionar as partes importantes citadas na literatura, explicando através imagens e tabelas o que foi proposto e descrito pelos autores.

2.1. CARACTERIZAÇÃO DA PESQUISA

A modalidade de estudo utilizada foi a revisão quali quantitativa da literatura, pois esta auxilia os autores a selecionar o que é pertinente sobre o assunto, já que perfis de saúde pública costumam ser vastos com muito conteúdo a se tratar (ERCOLE; MELO; ALCOFORADO 2014). Optou-se pela hipótese para se encontrar melhores dados delimitados facilitando sua análise e síntese para aplicar ao estudo, já que essa técnica é bem-vinda e interessante para pesquisas aplicadas para a área da saúde auxiliando no desenvolvimento da mesma (CROSSETI, 2012). Como também, uma revisão integrativa da literatura abre a oportunidade de uma melhor e maior sugestão de futuras resoluções conflitantes que possam surgir, melhorando o cenário do tema retratado e fornecendo informações úteis que podem agregar conhecimento para quem procurar o assunto, por isso também, a delimitação de uma hipótese é essencial para se filtrar e



buscar por resultados mais assertivos (SOARES et al., 2014). Nessa perspectiva, a pesquisa abrangeu a vasta área da saúde pública sendo delimitada pelo público alvo gestante usuárias de cocaína, com interdisciplinariedade com a embriologia que aborda o desenvolvimento fetal.

3. RESULTADOS E DISCUSSÃO

A tabela 2 ilustra os principais resultados encontrados no estudo sobre os impactos do consumo da cocaína pelas gestantes, no período de desenvolvimento fetal, em seus corpos e no indivíduo em desenvolvimento intrauterina, provando que há consequências de seu uso em ambos os corpos.

Tabela 2 – Efeitos do uso da cocaína em gestante e/ou concepto.

Referências	Título	Ano	Efeitos do uso da cocaína em gestante e/ou concepto
RENNER et al.	Avaliação do uso de drogas por gestantes atendidas em hospital de ensino do interior do Rio Grande do Sul	2016	Registrado de alterações comportamentais na gestante com vista a não ser aconselhado aleitamento. Os neonatos podem apresentar mau desenvolvimento neuromotor.
ROCHA et al.	Prevalência e fatores associados ao uso de drogas ilícitas em gestantes da coorte BRISA	2016	A cocaína pode ocasionar estresse no parto e uma má qualidade de vida durante o período gestacional, a gestante tende a destinar suas forças a satisfazer o vício.
REIS; MENEZES; JARDIM	Efeitos do Uso do Crack e Cocaína Durante a Gestação Para o Recém-Nascido	2020	Na gestante causa atraso mental, crises de abstinência, intoxicação, lesões intravasculares dificultando a produção do leite. Baixo desenvolvimento cognitivo, prematuridade, sífilis, má formação psicomotora e CIR.
SOARES et al.	Complicações obstétricas do consumo de cocaína/crack na gestação: revisão integrativa	2016	O uso da cocaína gera sentimento de culpa e auto segregação, gerando início tardio ao pré-natal, parto prematuro, deslocamento prematuro da placenta, arritmias na gestante e aumento no índice de IST's.
MAIA et al.	Uso de drogas por mulheres durante o período gestacional	2019	Ao uso as gestantes apresentam problemas cardíacos e respiratórios devido a vaso contração pelo uso da droga. No concepto ocorre o CIR, más formações congênitas, hemorragias intrauterinas e deficiência de nutrientes e oxigênio.

Referências	Título	Ano	Efeitos do uso da cocaína em gestante e/ou concepto
FERREIRA; MIRANDA	As complicações causadas pelo consumo de drogas lícitas e ilícitas durante a gestação: um desafio para a equipe de enfermagem	2016	Vaso contração por passar pela barreira hematoplacentária, diminuição do fluxo sanguíneo para útero, deslocamento atípico da placenta, parto prematuro, aborto espontâneo, CIR, baixo peso e problemas respiratórios por má formação.
ALMEIDA et al.	Cocaine/crack use in the context of pregnancy: study of the socioeconomic profile of pregnant women and perinatal outcomes	2021	A dependência gera interações e complicações fisiológicas graves no corpo da gestante. Menor perímetro encefálico fetal e estatura modificada no concepto evidenciando problemas no desenvolvimento ósseo e do corpo do neonato.

Fonte: Dados da pesquisa entre 2012-2021, adaptados pela autoria.

Além das complicações citadas no quadro 1, há outras ainda não tão frequentes, mas citadas durante o estudo, como por exemplo, o trabalho Aghamohammadi e Zafari (2016) que citou a diabetes gestacional como uma das causas do uso da droga por gestantes ainda nos primeiros meses de gravidez, ocasionada pelo desequilíbrio nutricional associado ao progressivo comprometimento do sistema imunológico, assim, cocaína exerce grande influência no trato materno por ocasionar vaso contração, ou seja, mudança do ritmo da circulação sanguínea, o que interfere diretamente na distribuição nutricional do corpo e conseqüente restrição da produção do leite materno, afetando diretamente o neonato, pois a contração dos vasos também ocorre nos vasos umbilicais. Além disso, devido a má formação pela má distribuição nutricional durante o período gestacional, o neonato pode crescer com baixa estatura ou problemas cognitivos irreversíveis (BUCKINGHAM-HOWES; BERGER; SCALETTI, 2013). Além disso, o uso de cocaína afeta o sistema neuromotor de ambos os corpos, enquanto a gestante possui mudanças graves comportamentais, o neonato possui maior probabilidade de nascer com mau desenvolvimento cognitivo, possuindo deficiência comunicativa e dificuldade em se inserir socialmente, posteriormente a ambientes sociais como escolas (SMID; METZ; GORDON, 2019). A realidade, de a droga citada afetar o desenvolvimento neuromotor em desenvolvimento do bebê, é confirmada por Martin et al (2016), que demonstraram a biotransformação da cocaína no corpo materno agindo como

teratogêno que passa pela barreira placentária e interfere na formação do conceito. As gestantes que optam por consumir a droga após o nascimento do filho possuem uma alta probabilidade de passar essa substância tóxica ao bebê pela amamentação tendo em vista que muitas drogas teratogênicas, como a própria cocaína, são lipossolúveis possuindo capacidade de cair na corrente sanguínea, se infiltrando no leite materno e contaminando, posteriormente, o corpo do recém-nascido intoxicando-o (OLIVEIRA et al, 2016). A interferência no corpo do neonato se estende ao longo do seu desenvolvimento, visto que, o feto não nascido estará exposto a um crescimento irregular, correndo risco abortivo, como também, a vítima pode nascer com uma série de alterações negativas no Sistema Nervoso Central (SNC) demonstrando consequências irreversíveis (CAIN; BORNICK; WHITEMAN, 2013).

Devido à queda das substâncias da cocaína na corrente sanguínea e sua interferência na correta dilatação dos vasos sanguíneos, à cocaína pode interferir na qualidade do leite materno por meio da passagem desses compostos pelos capilares teciduais e passagem pelas barreiras celulares e ligação com diferentes proteínas, interferindo na composição e distribuição nutricional do leite materno (D'AVILA; LIMBERGER; FRÖHLICH, 2016). A vaso contração é uma consequência da cocaína particularmente grave para as gestantes, pois, com a mudança da circulação sanguínea a irrigação nutritiva perde sua constância na placenta, corroborando para que haja um descolamento prematuro desse componente, desencadeando em possíveis abortos espontâneos ou más formações advindas da deficiente nutrição do conceito (CRESSMAN et al, 2014, p.629). Para os neonatos, devido aos problemas nutricionais, crise de abstinência com a não exposição intrauterina a cocaína e possíveis patógenos que ocasionaram má formação, podem necessitar de internações logo após seu nascimento, assim como todo um aporte da equipe médica para ajudar na estabilidade de seu corpo. Ademais, a realidade de internações também é uma realidade para a progenitora, já que em casos mais sérios de uso o seu corpo provavelmente se encontrará com fragilidade (DELCHER et al, 2017, p.3).

Os estudos de Butler e seus colaboradores (2017) abordaram que á uma importância da participação comunitária da equipe de saúde frente a esse problema enfrentado atualmente, visto que boa parte do consumo da cocaína entre o grupo feminino é presente em sua idade fértil. Desse modo, Mardini et al. (2016) deixam



evidente que é possível verificar a interferência da cocaína no desenvolvimento fetal através dos resíduos e estímulos nos biomarcadores dos vasos do cordão umbilical, o que ajudaria a equipe de saúde ter um maior senso sobre áreas com maiores índices de gestantes usuárias de cocaína. Também em seu trabalho, Schottenfeld sugere um auxílio informativo por meio do controle da abstinência como forma de controlar os impulsos viciosos advindos do desejo de utilizar o psicoativo, entretanto, sem descartar o fato de que consultas pré-natais ou opções por tratamentos com melhores respaldos científicos também é de grande valia e deve sim ser levado em conta. Entretanto, é necessária a interação do corpo de saúde para auxiliar a gestante a ter consciência e receber informações e incentivo sobre o porquê precisa procurar ajuda especializada.

3.1. PADRÃO SOCIAL DAS GESTANTES USUÁRIAS DE COCAÍNA

Aventurar-se no uso das drogas nem sempre é uma atitude tomada sem motivações secundárias, conforme foi evidenciado nos estudos de Almeida et al. (2021). Neste estudo, foi mostrado que grande parte das gestantes usuárias da cocaína se encontram em condições típicas de uma vulnerabilidade social, como baixa escolaridade e baixa renda. Além da obra de Almeida, os estudos de Wendell (2013) mostrou que muitas gestantes se encontram fragilidade mental possuindo inclusive transtornos comportamentais adjacentes que são alimentados pelo vício na cocaína. Notou-se que, além da baixa renda e baixa escolaridade, muitas gestantes apresentaram se apegar a ideias não comprovadas cientificamente comprovadas, como a religião, assim como quanto maior o número de filhos que a grávida já tinha, maior a chance da mesma ceder ao vício da cocaína visto a soma de outros fatores como a dificuldade de manter a estabilidade financeira (PEREIRA, 2018).

A vulnerabilidade social também é responsável pela sensação de segregação e insegurança comumente presentes nesse grupo pela precariedade de sua situação socioeconômica associada a sua desinformação sobre a importância de ter acompanhamento médico, ou seja, esses sentimentos corroboram para que haja negligência nas consultas pré-natais, em contrapartida, a boa informação e aderência ao tratamento são excelentes para auxiliar as gestantes a administrar o vício e ter uma gestação de melhor qualidade (MCCABE e ARNDT, 2012). Desse modo, a gestante é empurrada a situações ainda mais precárias, já supracitadas, como a exposição por

Infecções Sexualmente Transmissíveis (ISTs), advindas da troca de favores sexuais da grávida pela droga, ou outras situações que distinguem a vulnerabilidade desse grupo como violência doméstica, ou na rua, e problemas neurocomportamentais atípicos (BUTLER; REHM; FISCHER, 2017).

4. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Portanto, o uso da cocaína é uma ação cada vez mais frequente no grupo gestante visto sua presença mais forte em mulheres em idade fértil. Esse problema precisa ser tratado como uma questão de saúde pública já que é pertinente para garantir o bem estar de todos e a melhoria da estabilidade social. O quadro 1 exemplificou que o perigo do consumo dessa substância não apenas afeta a gestante mas também o concepto em formação, pois as substâncias da coca ao serem ingeridas tendem a quebrar a barreira hematoplacentária e interferir na formação estrutural e cognitiva do neonato, ao passo que, a própria gestante pode apresentar alterações comportamentais pela instabilidade emocional acarretada pelo consumo da droga psicoativa citada. (WRONSKI et al., 2016)

Pelo conjunto de intempéries e de problemas associados para ambos os corpos que o consumo da cocaína pode trazer, torna-se necessário oferecer esse material como meio de pesquisa, tendo em vista que a equipe de saúde é essencialmente necessária para realizar o correto acompanhamento pré-natal, fornecendo conhecimento e ajuda, principalmente quando considerado o fato de que a maioria das vítimas consumidoras de drogas se encontram em situação de vulnerabilidade social ou outros imbróglis pessoais, como evidenciado no estudo.

AGRADECIMENTOS

Agradeço, em primeiro plano, ao meu Deus por toda iluminação em meu caminho e trajetória para o meu propósito. Sou grato a Universidade Estadual da Paraíba (UEPB) por fornecer um ambiente propício para incentivar os discentes à pesquisa e agradeço a minha orientadora Camila Marques Queiroz por toda maestria, paciência e zelo ao lidar com esse trabalho desde a elaboração do seu resumo.

REFERÊNCIAS

- AGHAMOHAMMADI, Azar; ZAFARI, Mandana. Crack abuse during pregnancy: maternal, fetal and neonatal complication. **The Journal of Maternal-Fetal & Neonatal Medicine**, v. 29, n. 5, p. 795–797, 2016. Disponível em: <<https://doi.org/10.3109/14767058.2015.1018821>>. Acesso em: 8 out. 2021.
- ALMEIDA, Gabriela Campos de; CORRÊA, Nádyá Ribeiro; MENDES, Bruno Ferreira; *et al.* Cocaine/crack use in the context of pregnancy: study of the socioeconomic profile of pregnant women and perinatal outcomes. **Brazilian Journal of Development**, v. 7, n. 5, p. 46800–46815, 2021. Disponível em: <<https://doi.org/10.34117/bjdv.v7i5.29558>>. Acesso em: 8 out. 2021.
- BUCKINGHAM-HOWES, Stacy; BERGER, Sarah Shafer; SCALETTI, Laura A.; *et al.* Systematic Review of Prenatal Cocaine Exposure and Adolescent Development. **Pediatrics**, v. 131, n. 6, p. e1917–e1936, 2013. Disponível em: <<https://doi.org/10.1542/peds.2012-0945>>. Acesso em: 16 jan. 2022.
- BUTLER, Ainslie J.; REHM, Jürgen; FISCHER, Benedikt. Health outcomes associated with crack-cocaine use: Systematic review and meta-analyses. **Drug and Alcohol Dependence**, v. 180, p. 401–416, 2017. Disponível em: <<https://doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2017.08.036>>. Acesso em: 16 jan. 2022.
- CAIN, Mary A.; BORNICK, Patricia; WHITEMAN, Valerie. The Maternal, Fetal, and Neonatal Effects of Cocaine Exposure in Pregnancy. **Clinical Obstetrics and Gynecology**, v. 56, n. 1, p. 124–132, 2013. Disponível em: <<https://doi.org/10.1097/GRF.0b013e31827ae167>>. Acesso em: 15 jan. 2022.
- CRESSMAN, Alex M.; NATEKAR, Aniket; KIM, Eunji; *et al.* Cocaine Abuse During Pregnancy. **Journal of Obstetrics and Gynaecology Canada**, v. 36, n. 7, p. 628–631, 2014. Disponível em: <[https://doi.org/10.1016/S1701-2163\(15\)30543-0](https://doi.org/10.1016/S1701-2163(15)30543-0)>. Acesso em: 16 jan. 2022.
- CROSSETTI, Maria da Graça Oliveira. Revisão integrativa de pesquisa na enfermagem o rigor científico que lhe é exigido. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, v. 33, p. 8–9, 2012. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S1983-14472012000200001>>. Acesso em: 28 nov. 2021.
- D’AVILA, Felipe Bianchini; LIMBERGER, Renata Pereira; FRÖEHLICH, Pedro Eduardo. Cocaine and crack cocaine abuse by pregnant or lactating mothers and analysis of its biomarkers in meconium and breast milk by LC–MS—A review. **Clinical Biochemistry**, v. 49, n. 13, p. 1096–1103, 2016. (Mass Spectrometry). Disponível em: <<https://doi.org/10.1016/j.clinbiochem.2016.01.019>>. Acesso em: 8 out. 2021.
- DELCHER, Chris; LIVINGSTON, Melvin; WANG, Yanning; *et al.* Supply-Side Disruption in Cocaine Production Associated With Cocaine-Related Maternal and Child Health Outcomes in the United States. **American Journal of Public Health**, v. 107, n. 5,



p. 812–814, 2017. Disponível em: <<https://doi.org/10.2105/AJPH.2017.303708>>. Acesso em: 8 out. 2021.

ERCOLE, Flávia Falci; MELO, Laís Samara de; ALCOFORADO, Carla Lúcia Goulart Constant. Revisão integrativa *versus* revisão sistemática. **Revista Mineira de Enfermagem**, v. 18, n. 1, p. 9–12, 2014. Disponível em: <<https://doi.org/10.5935/1415-2762.20140001>>. Acesso em: 28 nov. 2021.

FERREIRA, Brenda Rayane Menezes; MIRANDA, Jamilly Karoliny da Silva. As complicações causadas pelo consumo de drogas lícitas e ilícitas durante a gestação: um desafio para a equipe de enfermagem. **Revista Recien - Revista Científica de Enfermagem**, v. 6, n. 18, p. 36–43, 2016. Disponível em: <<https://doi.org/10.24276/rrecien2358-3088.2016.6.18.36-43>>. Acesso em: 8 out. 2021.

GONZÁLEZ LLONA, Irantzu; TUMULURU, Sumant; GONZÁLEZ-TORRES, Miguel Ángel; *et al.* Cocaína: una revisión de la adicción y el tratamiento. **Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría**, v. 35, n. 127, p. 555–571, 2015. Disponível em: <<https://dx.doi.org/10.4321/S0211-57352015000300008>>. Acesso em: 16 jan. 2022.

KASSADA, Danielle Satie; MARCON, Sonia Silva; PAGLIARINI, Maria Angélica; *et al.* Prevalência do uso de drogas de abuso por gestantes. **Acta Paulista de Enfermagem**, v. 26, p. 467–471, 2013. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S0103-21002013000500010>>. Acesso em: 28 nov. 2021.

KO, Jean Y.; FARR, Sherry L.; TONG, Van T.; *et al.* Prevalence and patterns of marijuana use among pregnant and nonpregnant women of reproductive age. **American Journal of Obstetrics and Gynecology**, v. 213, n. 2, p. 201.e1–201.e10, 2015. Disponível em: <<https://doi.org/10.1016/j.ajog.2015.03.021>>. Acesso em: 16 jan. 2022.

MAIA, Jair Alves; RODRIGUES, Alesandro Lima; SOUZA, Denisa Rosa de; *et al.* Uso de drogas por mulheres durante o período gestacional. **Revista Enfermagem Contemporânea**, v. 8, n. 1, p. 25–32, 2019. Disponível em: <<https://doi.org/10.17267/2317-3378rec.v8i1.1744>>. Acesso em: 8 out. 2021.

MARDINI, Victor; ROHDE, Luis Augusto; CERESÉR, Keila Maria Mendes; *et al.* IL-6 and IL-10 levels in the umbilical cord blood of newborns with a history of crack/cocaine exposure in utero: a comparative study. **Trends in Psychiatry and Psychotherapy**, v. 38, p. 40–49, 2016. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/2237-6089-2015-0081>>. Acesso em: 8 out. 2021.

MARTIN, Melissa M.; GRAHAM, Devon L.; MCCARTHY, Deirdre M.; *et al.* Cocaine-induced neurodevelopmental deficits and underlying mechanisms. **Birth Defects Research Part C: Embryo Today: Reviews**, v. 108, n. 2, p. 147–173, 2016. Disponível em: <<https://doi.org/10.1002/bdrc.21132>>. Acesso em: 8 out. 2021.

MCCABE, Jennifer E.; ARNDT, Stephan. Demographic and Substance Abuse Trends Among Pregnant and Non-Pregnant Women: Eleven Years of Treatment Admission Data. **Maternal and Child Health Journal**, v. 16, n. 8, p. 1696–1702, 2012. Disponível em: <<https://doi.org/10.1007/s10995-011-0872-z>>. Acesso em: 16 jan. 2022.

MOREIRA, Márcio Mariano; BARBOSA, Gerson Laurindo; LARANJEIRA, Ronaldo; *et al.* Alcohol and Crack Cocaine Use in Women: A 14-Year Cross-Sectional Study. **Journal of Addictive Diseases**, v. 33, n. 1, p. 9–14, 2014. Disponível em: <<https://doi.org/10.1080/10550887.2014.882726>>. Acesso em: 15 jan. 2022.

OLIVEIRA, Tenilson Amaral; BERSUSA, Ana Aparecida Sanches; SANTOS, Tatiana Fiorelli dos; *et al.* Perinatal Outcomes in Pregnant Women Users of Illegal Drugs. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**, v. 38, p. 183–188, 2016. Disponível em: <<https://doi.org/10.1055/s-0036-1580710>>. Acesso em: 15 jan. 2022.

PEREIRA, Cynara Maria; PACAGNELLA, Rodolfo Carvalho; PARPINELLI, Mary Angela; *et al.* Drug Use during Pregnancy and its Consequences: A Nested Case Control Study on Severe Maternal Morbidity. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**, v. 40, p. 518–526, 2018. Disponível em: <<https://doi.org/10.1055/s-0038-1667291>>. Acesso em: 1 dez. 2021.

REIS, Gabriela Maciel dos; MENEZES, Fabiana Ramos de; JARDIM, Danúbia Mariane Barbosa. Efeitos do Uso do Crack e Cocaína Durante a Gestação Para o Recém-Nascido. **Enfermagem em Foco**, v. 11, n. 6, 2020. Disponível em: <<https://doi.org/10.21675/2357-707X.2020.v11.n6.3610>>. Acesso em: 8 out. 2021.

RENNER, Fabiani Waechter; COSTA, Bruna Polanski; FIGUEIRA, Fernanda Pitelkow; *et al.* Avaliação do uso de drogas por gestantes atendidas em hospital de ensino do interior do Rio Grande do Sul. p. 7, . Disponível em: <<https://doi.org/10.17058/reci.v6i2.6976>>.

RIBEIRO, Julia. Consequências do uso e abuso da cocaína/crack na gestação. 2018. Disponível em: <<https://repositorio.bahiana.edu.br:8443/jspui/handle/bahiana/3408>>. Acesso em: 8 out. 2021.

ROCHA, Priscila Coimbra; BRITTO E ALVES, Maria Teresa Seabra Soares de; CHAGAS, Deysianne Costa das; *et al.* Prevalência e fatores associados ao uso de drogas ilícitas em gestantes da coorte BRISA. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 32, p. e00192714, 2016. Disponível em: <<https://www.scielo.org/article/csp/2016.v32n1/e00192714/pt/>>. Acesso em: 8 out. 2021.

Schoenwolf, G. C., Bleyl, S. B., Brauer, P. R., & Francis-West, P. H. (2016). *Larsen - Embriologia Humana*. (5. ed). Rio de Janeiro: Elsevier. 899p

SMID, Marcela C.; METZ, Torri D.; GORDON, Adam J. Stimulant Use in Pregnancy – an under-recognized epidemic among pregnant women. **Clinical obstetrics and gynecology**, v. 62, n. 1, p. 168–184, 2019. Disponível em: <<https://doi.org/10.1097/GRF.0000000000000418>>. Acesso em: 15 jan. 2022.

SOARES, Ana Dulce Amorim Santos; SILVA, Iara Jéssica Barreto; DOURADO, Giovanna de Oliveira Libório; *et al.* Complicações obstétricas do consumo de cocaína/crack na gestação: revisão integrativa. **Rev. enferm. UFPE on line**, p. 1143–1148, 2016. Disponível em: <http://www.revista.ufpe.br/revistaenfermagem/index.php/revista/article/view/7018/pdf_9904>. Acesso em: 8 out. 2021.

SOARES, Cassia Baldini; HOGA, Luiza Akiko Komura; PEDUZZI, Marina; *et al.* Revisão integrativa: conceitos e métodos utilizados na enfermagem. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 48, p. 335–345, 2014. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S0080-6234201400002000020>>. Acesso em: 28 nov. 2021.

SPADONI, Lila; JÚNIOR, Cilas Pereira Machado; BARROSO, Letícia Houston Mamede; *et al.* Perfil de drogadição e práticas sociais entre moradores de rua. **Psicologia e Saber Social**, v. 6, n. 1, p. 113–128, 2017. Disponível em: <<https://doi.org/10.12957/psi.saber.soc.2017.30670>>. Acesso em: 28 nov. 2021.

WENDELL, Andria D. Overview and Epidemiology of Substance Abuse in Pregnancy. **Clinical Obstetrics and Gynecology**, v. 56, n. 1, p. 91–96, 2013. Disponível em: <<https://doi.org/10.1097/GRF.0b013e31827feeb9>>. Acesso em: 16 jan. 2022.

WRONSKI, Jéssica Luana; PAVELSKI, Thais; GUIMARÃES, Andréa Noeremberg; *et al.* Uso do crack na gestação : vivências de mulheres usuárias. 2016. Disponível em: <<https://lume.ufrgs.br/handle/10183/141123>>. Acesso em: 8 out. 2021.

Art. 196 da Constituição Federal de 88. Jusbrasil. Disponível em: <<https://www.jusbrasil.com.br/topicos/920107/artigo-196-da-constituicao-federal-de-1988>>. Acesso em: 28 nov. 2021.

A ENFERMAGEM E A INSÍGNIA DA INTERSECCIONALIZAÇÃO DA IDEOLOGIA E DA VIOLÊNCIA: O CUIDADO À GESTANTE VÍTIMA DE VIOLÊNCIA DOMÉSTICA

NURSING AND THE INSINIA OF THE INTERSECTIONALIZATION OF IDEOLOGY AND VIOLENCE: CARE FOR PREGNANT WOMEN VICTIMS OF DOMESTIC VIOLENCE

DOI: 10.51859/AMPLLA.PPE2159-6

Ary Wittor Freire Miranda Angelim Agra¹
 Cristhiano Charles De Castro Bezerra Filho²
 Aysa Marina Vieira da Silva³
 João Paulo Xavier Silva⁴
 Katia Monaisa Figueiredo Medeiros⁵
 Maryldes Lucena Bezerra de Oliveira⁶

¹ Graduando do curso de Enfermagem no Centro Universitário Dr. Leão Sampaio (UNILEÃO).

² Graduando do curso de Enfermagem na Universidade Federal do Vale do São Francisco (UNIVASF).

³ Graduanda do curso de Enfermagem no Centro Universitário Dr. Leão Sampaio (UNILEÃO).

⁴ Doutorando no Programa de Pós-Graduação em Cuidados Clínicos em Enfermagem e Saúde na Universidade Estadual do Ceará (UECE)

⁵ Mestre em Ciências da Saúde pela Faculdade de Medicina do ABC (FMABC - SP).

⁶ Mestre e Doutora em Ciências da Saúde pela Faculdade de Medicina do ABC (FMABC - SP).

RESUMO

A partir da conceituação filosófica de ideologia, foi possível a compreensão de narrativas desenvolvidas para inferiorizar determinados grupos sociais, dentre eles, o mais antigo vitimado foi a mulher. Vítima de processos históricos de interiorização que auxiliaram na compreensão atual do feminino enquanto um signo de propriedade masculina. Assim, a violência doméstica é a expressão-mor desse quadro de objetificação do corpo, da mente e, principalmente, da existência da mulher. Destarte, o objetivo desse estudo é fomentar reflexões sobre esse cenário e, assim, auxiliar no processo de cuidado à vítima de agressão doméstica, especialmente durante a gravidez. Dessa maneira, a enfermagem pode ser um agente de transformação para a realidade de vítimas de violência doméstica, especialmente quando estão no período gestacional, porquanto pode auxiliar no processo de identificação, de cuidado e, sobretudo, de promoção de confiança a essa vítima.

Palavras-chave: Violência Doméstica. Cuidados de Enfermagem. Interseccionalidade.

ABSTRACT

From the philosophical conceptualization of ideology, it was possible to understand narratives developed to inferiorize certain social groups, among them, the oldest victim was the woman. Victim of historical processes of interiorization that helped in the current understanding of the feminine as a sign of masculine property. Thus, domestic violence is the main expression of this frame of objectification of the body, the mind and, mainly, the existence of women. Thus, the objective of this study is to encourage reflections on this scenario and, thus, assist in the care process for victims of domestic aggression, especially during pregnancy. In this way, nursing can be an agent of transformation for the reality of victims of domestic violence, especially when they are in the gestational period, as it can help in the process of identification, care and, above all, the promotion of trust in this victim.

Keywords: Domestic Violence. Nursing Care. Intersectionality.



1. INTRODUÇÃO

A mulher é vítima de um processo histórico de vulnerabilização das dimensões de sua existência, porquanto, ao longo da história humana, por vezes, teve seu corpo docilizado e relegado aos desígnios masculinos. Todo esse processo é reflexo de uma produção Ideológica de conhecimento e, portanto, de poder simbólico que restringiu a mulher ao campo da subserviência e, até, da inferioridade ao homem (ALCÂNTARA *et al*, 2018).

Infelizmente, conquanto o feminino tenha conquistado seu espaço e seu valor social na coletividade moderna e ocidental, esse processo histórico de vulnerabilização e marginalização transcendeu as barreiras do tempo, o que, simbólica e materialmente, significa a perpetuação de pensamentos e práticas ideológicas que legitimam uma suposta superioridade masculina. Dessa maneira, nas estruturas de poderes políticos e simbólicos, a mulher é conceituada como uma minoria social, isto é, um segmento social que, ainda, não está em situação de plena igualdade de poderes na sociedade (AGUIAR; PELÁ, 2020; ALCÂNTARA *et al*, 2018).

Assim, a partir dessa compreensão de iniquidades sociais promovidas por uma superestrutura ideológica e social de desigualdades, foi fundamental a compreensão da existência feminina na realidade da sociedade e, conseqüentemente, a construção de conceitos que abrangessem esse cenário. Dessa forma, os termos machismo, misoginia e sexismo são palavras com significâncias profundas, uma vez que tentam dimensionar os aspectos sociais, estruturais e simbólicos que promovem essa superestrutura de vulnerabilização ao feminino (CORTEZ *et al*, 2019).

Nessa perspectiva, infelizmente, é necessário pontuar que esse processo histórico que recalçou a mulher à dimensão da desumanização e, por conseguinte, da compreensão social de sua “inferioridade” perante o masculino fortaleceu a objetificação do seu corpo e da sua existência para atender aos desígnios masculinos. Portanto, cruelmente, tornou-se banal, cada vez mais, casos de mulheres agredidas, violentadas e mortas por homens exclusivamente porque o sexo masculino se compreende no direito de docilizar uma existência por um mero capricho que, antes de tudo, foi construído ideologicamente e, por consequência, passível de ser rompido (MOTERANI; CARVALHO, 2016).



Diante desse cenário, os constantes processos de violência a mulher durante a sua existência representam, cruelmente, a expressão-mor da legitimação Ideológica da violência. Nesse sentido, a violência doméstica, especialmente quando vitimiza o corpo feminino, é, antes de tudo, uma anomalia social, em que o fenômeno da docilização do corpo e da existência do feminino respalda-se no núcleo doméstico e transcende as barreiras materiais, psicológicas e sociais da vítima. Esse fenômeno pode ser conceituado como a vulnerabilização das dimensões que promovem o bem-estar das vítimas, no que concerne os núcleos privados – doméstico – e públicos (GASPODINI; FALCKE, 2019).

Destarte, essa anomalia, infelizmente, significa implicar, por vezes, a vítima a vivenciar situações de agressões físicas, psicológicas, emocionais, sexuais, morais e patrimoniais. Esse contexto de agressão é, ainda mais, nocivo quando a mulher vítima de violência doméstica estar no período de gravidez, porquanto as mudanças anatômicas e hormonais a tornam um sujeito vulnerável nesse processo de violação, o que, infelizmente, significa que essa mãe pode ter complicações na gestação e, até, vir a sofrer aborto em decorrência desse panorama de violência e de estresse (AUDI *et al*, 2008)

Dessa forma, esse contexto opressor é nocivo a própria existência do corpo social feminino e, por isso, foi extremamente fundamental a luta social para conquistar uma lei que garantisse a proteção a integridade da existência da mulher. Nessa perspectiva, é primordial lembrar-se de Maria da Penha Maia Fernandes, uma mulher que foi agredida por seu marido e quase teve sua situação de fragilidade e de agressão naturalizada, como inúmeras outras situações de inúmeras outras brasileiras, pelo Poder Público do Brasil (BRASIL, 2006)

Contudo, apesar das adversidades, Maria da Penha lutou para a sua proteção, para a criação de uma lei que protegesse as mulheres e, em razão disso, tornou-se um signo de luta que protegeu e, ainda, protege inúmeras mulheres em situação de violência no território nacional. A Lei 11.340/2006, que, socialmente, tornou-se Lei Maria da Penha, representa um instrumento estatal que tenta garantir a continuidade da integridade das dimensões físicas, psicológicas, emocionais, e outras da mulher; além de prevenir situações de agressões domésticas e familiares.



Outrossim, a enfermagem pode ser um instrumento comunitário para a detecção de mulheres em situação de violência doméstica, especialmente quando ela estiver em situação de gravidez. Diante da proposição de uma atenção primária abrangente, requerida pelo SUS, o enfermeiro atua como um dos pilares, quer dizer, um dos profissionais, que vão promover um processo de saúde integral aos sujeitos. Dessa forma, as construções de vínculos com as pacientes podem promover uma ambiência acolhedora e, assim, receptiva as necessidades e as queixas dessas mulheres, especialmente no período de pré-natal, em que este profissional pode ter um acesso mais integral à existência dessa gestante, a partir de anamnese e de exames físicos. Assim, sem dúvida, a enfermagem tem primordial significância, uma vez que pode atuar para o rompimento de um ciclo de violência vivenciado por essa mulher (RAMALHO *et al*, 2017; SALCEDO-BARRIENTOS *et al*, 2014).

Portanto, é primordial compreender as dimensões dessa anomalia social que expressa, antes de tudo, a vulnerabilização-mor vivenciada por inúmeras brasileiras, especialmente no que tange às contribuições da enfermagem para o rompimento desse ciclo de violência. Logo, justamente pela enfermagem centrar-se no cuidado aos sujeitos em sua totalidade, isto é, considerando uma atuação humanizada nas dimensões de suas integralidades, pode ser um agente que auxilie a auxiliar no resgate dessa mulher que vivencia o processo de interseccionalização do discurso ideológico e da violência. Destarte, o objetivo desse estudo é basear-se na reflexão desse cenário e no auxílio para que os enfermeiros possam detectar casos de agressão doméstica, especialmente no período gestacional.

2. REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

2.1. GÊNERO: DA CONSTRUÇÃO IDEOLÓGICA DO INSTRUMENTO TELEOLÓGICO DA DICOTOMIA HUMANA À VIOLÊNCIA

A compreensão moderna da filosofia quanto à conceituação negativa de ideologia possibilitou a compreensão de estruturas narrativas que, ao longo da história humana, foram utilizadas para legitimar inúmeras formas de dominação. Isso porque, a compreensão que existem fluxos de ideias que foram construídos, a partir da racionalidade e, por conseguinte, do entendimento teleológico das suas consequências,



para atender às necessidades simbólicas e materiais de um determinado segmento social que impõem, narrativamente, sua “superioridade” permitiu a ampliação da visão social dos processos históricos que naturalizaram inúmeras formas de subjugação e de estigmatização de grupos que eram entendidos como “inferiores”. Dessa forma, inúmeros segmentos, historicamente, foram vítimas de narrativas desumanizadoras e docilizadoras que, antes de tudo, representam a construção de um poder símbolo que, infelizmente, ainda permanece na contemporaneidade (AMORIM *et al*, 2021).

Dessa maneira, no geral, as existências humanas desenvolveram esse aparato ideológico para consolidar seus poderes simbólicos e, dessa maneira, materiais. Assim, o pensamento ideológico deve ser entendido como um instrumento racional que possui a capacidade de naturalizar estruturas de desigualdades, sob a égide de serem naturais, próprias de uma determinada existência social, ou, até, um desígnio divino. Contudo, na realidade, foram desenvolvidas proposital e racionalmente para promover a dominação cultural, psicossocial, física e emocional do corpo social tido, para esse pensamento, como “inferior”, isto é, a construção de um poder simbólico que transcende as barreiras físicas, porquanto trabalha com o desenvolvimento subjetivo dos envolvidos para docilizar e, conseqüentemente, hierarquizar os indivíduos, sob uma justificativa alienante de naturalização e não de racionalização (BARUS-MICHEL, 2013).

De forma análoga, ao longo da existência humana, em muitos casos, a mulher foi a principal vítima desse processo ideológico. Isso porque, inúmeras narrativas, ao longo da história, foram pensadas para inferiorizá-la enquanto pertencente de uma coletividade, de outro modo, não raro, o discurso ideológico foi pensado e aplicado na malha social para inviabilizar o entendimento da humanidade das mulheres para, desse modo, justificar uma suposta superioridade masculina que, antes de tudo, deve ser entendida como a expressão-mor da dominação. Todavia, na realidade, essa superioridade nunca existiu, mas foi construída, a partir de narrativas e, dessa forma, da subjetividade, para docilizar os corpos e as existências femininas para atender aos desígnios masculinos, quer dizer, para consolidar um projeto masculino de poder (BARUS-MICHEL, 2013).

Dessa maneira, surgem os gêneros e os papéis de gêneros, de outro modo, pensamentos ideológicos que impuseram e internalizaram a construção de uma subjetividade, em que os sexos masculino e feminino, por suas diferenças anatômicas e



fisiológicas, que legitima as diferentes participações na coletividade, o que, simbólica e materialmente, significou a normalização do corpo masculino nas estruturas de poder político, econômico, social e simbólico, enquanto, no geral, o feminino deveria ser resguardado ao núcleo doméstico para ser submisso aos interesses dos homens. Dessa maneira, historicamente, a mulher foi marginalizada e excluída das estruturas de poder na sociedade, e esse cenário transcendeu as barreiras do tempo, haja vista que ainda reflete na situação de vulnerabilidade em que parte das mulheres é exposta (ALCÂNTARA *et al*, 2018; SERPA, 2010).

Assim, foi necessária a construção de termos que abrangessem a realidade feminina. Desse modo, estudiosas se preocuparam em desenvolver um arcabouço epistemológico que compreendesse o processo histórico que resultou na construção do sujeito mulher na sociedade. Dessa forma, dentre esses termos, é fundamental a conceituação dos seguintes: machismo, sexismo e misoginia. Nessa perspectiva, é válido pontuar que, não obstante sejam termos diferentes e, por conseguinte, significados diferentes, ambos são complementares para a compreensão e para a reflexão do panorama da mulher na sociedade (CORTEZ *et al*, 2019).

Logo, diante do exposto, o machismo e a misoginia são termos interdependentes, na medida que esse último termo compreende um conjunto de valores e práticas que sustentam e fundamentam uma aversão ao feminino, o que representa a manutenção de uma superestrutura de desigualdade e de inferiorização do feminino para que o masculino possa ser expresso como “superior”, isto é, o pensamento mor do machismo. Quanto ao sexismo, pode ser conceituado como um conjunto de práticas discriminatórias que impõem uma diferenciação dos gêneros, ou seja, a construção dos papéis de gêneros e dos estereótipos que, coercitivamente, devem compreender um gênero (AGUIAR; PELÁ, 2020).

Conquanto a Constituição Federal de 1988, Constituição Cidadã, rechace qualquer forma de discriminação, especialmente quanto ao gênero, as estruturas ideológicas desenvolvidas no passado para inferiorizar, objetificar o corpo feminino e recalcar a mulher ao núcleo domiciliar, de outro modo, de negar sua humanidade e seu acesso às estruturas de poder simbólico, ainda se mantêm presentes na atualidade. Isso porque, a mulher, para uma parcela da sociedade, por vezes, ainda não tem sua humanidade e, em vista disso, seus direitos aceitos em sua plenitude.

Esse panorama, por exemplo, é percebido especialmente quanto aos casos de abusos e de violências contra a existência da mulher, porquanto, por vezes, tem seu corpo objetificado e, dessa maneira, docilizado para suprir as inúmeras dimensões dos desejos masculinos, seja no âmbito sexual – casos de abuso sexual –, seja no âmbito doméstico – exploração e violência domésticas. Assim, não raro, os homens se desenvolvem em uma sociedade em que se permite a perpetuação de contextos sociais e ideológicos que legitimam a naturalização da redução do feminino a um mero signo de prazer sexual, de propriedade e, sobretudo, de um alvo de exploração (MARQUES; GERMANO, 2018).

Destarte, o homem, historicamente, construiu uma concepção que não compreende o sexo oposto como um sujeito em plena igualdade social, mas, sim, como mais um corpo a ser docilizado para atender a seus requerimentos e para, conseqüentemente, reiterar seu papel de gênero. Prova disso são narrativas anacrônicas como “ensine ao seu filho a ser um garanhão”, de outro modo, narrativas como essa auxiliam na construção de uma masculinidade possessiva e tóxica que, somente, compreende o sexo oposto como um objeto a ser docilizado para se expressar e se entender enquanto “homem” – parte do gênero masculino construído histórica e socialmente (AMORIM *et al*, 2021).

Assim, essa construção do gênero desumanizadora e coercitiva legitimou todo um processo de superestrutura de exploração. Isso porque, não raro, tal estruturação se baseia no desenvolvimento subjetivo e cultural dos indivíduos envolvidos na sociedade, ou seja, envolve a naturalização de determinadas atribuições que são “naturais” a cada gênero. Com isso, a delimitação dos “papéis de gênero”, na maioria dos casos, impõe a mulher uma tripla jornada – cuidar da casa, dos filhos e do trabalho – sem, não raro, o apoio do seu companheiro masculino, em caso de relações heterossexuais (MARQUES; GERMANO, 2018).

Portanto, esse cenário, cruelmente, é banalizado por parcela da sociedade, porquanto, historicamente, foi construída a concepção de que os cuidados domésticos e com os filhos são de responsabilidade, quase que integral, da mulher e, caso ela decida trabalhar, tais atribuições continuam constantes, quer dizer, de sua responsabilidade. Destarte, esse cenário de superexploração, de desigualdades e, infelizmente, de agressão é fundamentado em compreensões sexistas, misóginas e, sobretudo,



machistas que, cada vez mais, vulnerabilizam a mulher e a tornam um signo de extrema vulnerabilidade na sociedade (SANTOS; OLIVEIRA, 2010).

2.2. A VIOLÊNCIA DOMÉSTICA: CONSEQUÊNCIA-MOR DA OBJETIFICAÇÃO DA MULHER A UM SIGNO DE PROPRIEDADE MASCULINA

A violência, antes de tudo, deve ser compreendida como um fenômeno (anomalia) social complexo, que, no geral, é consequência de uma superestrutura de desigualdades – seja no âmbito socioeconômico, seja no âmbito sociopolítico – que é um reflexo da expressão da necessidade de um segmento social de possuir poder para concretizar seus desígnios. Nesse sentido, a violência contra a mulher torna-se ainda mais complexa, porquanto, não raro, é a expressão da objetificação subjetiva que o masculino impõe ao feminino, de tal forma que agressões físicas, psicoemocionais, sexuais, patrimoniais, morais e outras tornam-se uma realidade social, por vezes, atenuada ou “invisibilizada” pela própria sociedade, o que, cruelmente, significa a consolidação do poder simbólico de um sexo sob o outro (MOTERANI; CARVALHO, 2016).

Nessa linha de raciocínio, é fundamental destacar que esse panorama de violência contra a mulher é uma problemática que abrange todos os segmentos sociais. Isto é, independentemente do poder econômico, da escolaridade, do credo e da idade, todas as mulheres são lesadas por esse contexto opressor, haja vista que todas possuem algum nível de vulnerabilidade promovida por essa estrutura nociva, que podem tornar-se vítimas de alguma dimensão da violência. Nessa perspectiva, é primordial a conceituação das principais dimensões da violência contra a mulher: violência física, psicológica, patrimonial, moral e sexual (BARUS-MICHEL, 2013).

Dessa maneira, a violência física compreende qualquer forma de agressão que lesione a integridade física do corpo da mulher, vide chutes, empurrões, tapas etc. A violência psicológica ou, até, psicoemocional compreende um conjunto de práticas que causa danos à integridade de sua psique, isto é, danos emocionais e à sua autoestima, que perturbam, prejudicam e, até, degradam o controle de suas ações, decisões, comportamentos e crenças, exemplo de tais ações são: constrangimento, humilhação, manipulação, isolamento, perseguição etc. (BRASIL, 2006).



A violência patrimonial compreende qualquer ação que configure a retenção, subtração e destruição dos seus objetos, especialmente instrumentos de trabalho, documentos pessoais, bens, direitos ou recursos financeiros. A moral entende qualquer ato ou conduta que promova calúnia, difamação ou injúria. A sexual compreende um conjunto de condutas que constanja a presenciar, a manter ou, até, a participar de relação sexual não desejada; além do impedimento de uso de contraceptivo ou force a gravidez, ao aborto, etc. (BRASIL, 2006).

A violência doméstica, nesse contexto, compreende a combinação das dimensões das violências supracitadas na ambiência domiciliar, ou seja, quando tais agressões partem do núcleo familiar da vítima, especialmente do companheiro masculino. Assim, esse tipo de violência se caracteriza pela desumanização da mulher a um dos níveis mais cruéis, já que, por vezes, o agressor – um homem pelo qual a mulher decidiu dividir as dimensões de sua existência e, dessa forma, amar – parte do pressuposto, construído socialmente pelos papéis de gênero, de possessividade e, portanto, não de companheirismo, que legitima a exploração e, até, a agressão. Isso porque, na maioria dos casos, a vítima é compreendida, pelo agressor, não como um sujeito autônomo e possuidor de direitos, mas, sim, como um objeto que deve obedecer aos desígnios do violentador, de outro modo, de um relacionamento abusivo e nocivo à existência da vítima (EINHARDT; SAMPAIO, 2020).

Nessa perspectiva, é primordial o entendimento do ciclo da violência doméstica, haja vista que é um dos principais entraves para o rompimento desse cenário por parte da vítima. A princípio, esse ciclo compreende três fases, sendo elas: aumento da tensão, ato de violência e arrependimento. A primeira compreende o momento em que o agressor se apresenta tenso, irritado com qualquer situação insignificante e, até, com acessos de raiva. Nesse ponto, a mulher tenta acalmá-lo, mas é humilhada, foi ameaçada e teve seus objetos quebrados, o que, muitas vezes, significa: evitar qualquer conduta que possa “irritá-lo”; desenvolver justificativas para esta situação, seja por um dia ruim, seja por um estresse no trabalho, seja por qualquer outro motivo; e, sobretudo, negar que está sendo vítima de violência doméstica (LUCENA *et al*, 2016).

A segunda, caracterizada como ato de violência, é a materialização de toda a tensão acumulada pelo agressor, nesse momento essa tensão transforma-se em agressões físicas, psicológicas, verbais, morais e outras. A vítima encontra-se, por vezes,



paralisada e sem qualquer reação. Nesse ponto, no geral, a vítima pode procurar ajuda, denunciar e esconder-se, é o momento em que a vítima se distancia do agressor. A terceira, o arrependimento, é caracterizada pelo “remorso” do agressor, apresenta-se amável e com inúmeras promessas de mudanças. Assim, a vítima encontra-se confusa e, sobretudo, pressionada a manter sua relação, especialmente quando este casal tem filhos, uma vez que, socialmente, foi construído o ideário de que a mulher deve perdoar seu marido, independentemente do que fez, para preservar a família. Esse é o reinício no ciclo, já que a mulher se sente responsável pelo remorso do violentador e, por isso, decide reconciliar-se com o agressor, ou seja, reinicia-se, inconscientemente, o ciclo (BRASIL, 2006; LUCENA *et al*, 2016).

Em 2021, segundo dados do Fórum Brasileiro de Segurança Pública – a partir da 3ª edição do documento Visível e Invisível: A Vitimização de Mulheres no Brasil – 17 milhões de brasileiras foram vítimas de algum tipo de violência, das quais metade experienciou tais agressões em suas residências, o que representa, infelizmente, o quanto esse cenário de violência doméstica é presente e abrangente na sociedade brasileira. Além disso, é fundamental destacar o papel da Pandemia da COVID-19 para o agravamento desse panorama. Isso porque, para evitar a disseminação do vírus Sars-Cov-2, os municípios adotaram medidas de restrição e de isolamento comunitário, de outro modo, as pessoas tiveram que deslocar suas dinâmicas sociais para seus núcleos domiciliares. Dessa forma, infelizmente, isso também significou a fragilização da situação dessas vítimas, porquanto o agressor se tornou mais presente no núcleo do doméstico. De outro modo, todo esse cenário pandêmico também representou violências domésticas mais presentes

Dessa forma, de acordo com a mesma pesquisa, esse panorama também representou uma vulnerabilização generalizada na situação de fragilidade dessas vítimas. Justamente porque, mais da metade das mulheres que sofreram violência confirmou que o quadro de violência pelo qual vivenciava foi agravado em decorrência dessa pandemia. A precarização das condições de vida, durante 2021, foi mais presente entre as mulheres que sofrem violência, seja pela redução da renda familiar, seja pela perda de emprego, seja por vivenciar mais situações de estresse. Desse modo, não raro, esse cenário representou o fortalecimento dos ciclos de violência doméstica, uma vez que o acúmulo de tensão e os atos de violência em consonância com um quadro de



intensificação da fragilidade socioeconômica das vítimas representaram, cada vez mais, obstáculos para o rompimento desse ciclo nocivo à existência da mulher (FÓRUM BRASILEIRO DE SEGURANÇA PÚBLICA, 2021).

Outrossim, é primordial salientar que todo esse panorama de violência doméstica é, ainda mais, perigoso quando a vítima se encontra no período gestacional. Justamente porque, o contexto estressante, instável e violento promovido por um núcleo doméstico, que expressa esse tipo de violência, repercute no desenvolvimento e, até, na continuidade dessa gestação. A gestante vítima de violência doméstica pode ser alvo de agressões físicas, psicológicas e emocionais que vão influenciar no desenvolvimento saudável dessa gestação, porquanto essa mulher pode ser constrangida, humilhada e agredida, o que, sem dúvida, representa um risco para o binômio mãe-filho (AUDI *et al*, 2008).

Portanto, as consequências desse panorama – vide hemorragias, nascimento abaixo do peso, patologias congênitas, ruptura prematura da membrana placentária, abortamento e, até, morte materna – representam e reiteram a urgência da identificação, do rompimento desse ciclo de violência e, sobretudo, do cuidado a essa mãe vítima dessa anomalia social (RAMALHO *et al*, 2017).

2.3. CUIDADO DE ENFERMAGEM: O AGENTE DA ASSISTÊNCIA

Um problema social é conceituado como um fenômeno que expressa, para os segmentos presentes na comunidade, uma disfunção de um pilar social fundamental para coesão. Assim, os problemas sociais devem ser analisados sob a ótica histórica, simbólica e ideológica de uma sociedade em um determinado período. Nesse sentido, ao determinar a violência doméstica, especialmente nos casos em que as vítimas são mulheres, enquanto um problema social, é subentendida a disfunção do sistema. Isto é, subentendido todo o contexto social que legitima a expressão da docilização e da objetificação do corpo da vítima. Isso porque, por vezes, esse contexto contribuiu para um desenvolvimento subjetivo do agressor que naturaliza as violências praticadas contra a existência dessa vítima, porquanto subjetivou que aquele corpo é sua propriedade e, por conseguinte, submisso a suas vontades (MARQUES; GERMANO, 2018).

Assim, torna-se primordial a consolidação da rede de detecção e de assistência a essa vítima, ou seja, reconhecer que tal problema social deve ser identificado e rompido, para que a vítima envolvida nesse contexto opressor seja protegida e cuidada. Nessa perspectiva, é válido lembrar-se da Lei 13.931/19, que dispõe sobre a obrigatoriedade de qualquer profissional de saúde em denunciar indícios de violência doméstica, dentro do prazo de 24 horas. De outro modo, compreende a essencialidade do sistema de saúde para a detecção de possíveis casos desse tipo de violência, mesmo que, após a investigação, seja comprovado que tais indícios não sejam dessa anomalia, o que, simbólica e materialmente, pode significar a possibilidade de rompimento do ciclo de violência doméstica. Diante disso, o campo da saúde possui um papel fundamental para essa rede protetiva, haja vista que pode atuar para a detecção e, sobretudo, para o cuidado dessa mulher vítima de violência doméstica.

Nessa perspectiva, as Unidades Básicas de Saúde, especialmente quando englobam a Estratégia da Saúde da Família – que compreende e integra uma equipe multiprofissional de saúde para o cuidado integral e constante aos indivíduos –, podem contribuir, cada vez mais, para a identificação de casos de violência doméstica. Isso porque, o Sistema Único de Saúde – SUS – desenvolveu uma atenção primária que, de forma geral, objetiva integrar um atendimento integral e holístico aos pacientes, isto é, compreende a saúde do sujeito além do processo patológico, entende a saúde enquanto o equilíbrio de inúmeras dimensões que regem a existência humana e, dessa forma, concebe a interdependência da atuação em saúde para promover o pleno bem-estar (BRASIL, 1990; DE CASTRO MORAIS *et al*, 2020).

Assim, a enfermagem tem papel de destaque para esse sistema, porquanto é responsável pela dimensão do cuidado dos pacientes; além de ser o profissional, quantitativa e qualitativamente, mais presente nessas unidades. Dessa forma, pode tornar-se um possível agente de transformação para a realidade das pacientes que são vitimadas por esse tipo de violência, desde que este profissional tenha uma atuação atenciosa, ética, respeitosa e, sobretudo, sensibilizada para promover uma ambiência de conforto e de confiança entre profissional de saúde e paciente (SALCEDO-BARRIENTOS *et al*, 2014).

Por consequência, baseando-se nos Princípios da Bioética – Beneficência, Não Maledicência, Autonomia e Justiça – o enfermeiro pode não somente promover o




cuidado a essa vítima, mas principalmente construir uma ambiência em que os pré-julgamentos sociais são irrelevantes para o cuidado. De outro modo, promover o desenvolvimento de um ambiente, independentemente da materialidade da instituição, de segurança, de conforto, de justiça, de cuidado e, sobretudo, de empatia que vise, antes de tudo, ao cuidado e à atenção integral às necessidades dessa vítima. Dessa maneira, a construção de tal ambiência significa um local em que ela possa sentir-se, suficientemente, confortável e acolhida para relatar sua situação de vulnerabilidade. Logo, o enfermeiro não somente conseguirá identificar possíveis vítimas desse ciclo de violência, em especial durante o período de gestação, mas principalmente acolhê-las em suas situações de vulnerabilidades (BARRETO *et al*, 2016).

Dessa maneira, é fundamental que o enfermeiro compreenda seu papel de destaque para o rompimento de um ciclo de violência que vitimiza inúmeras mulheres. Desenvolvendo, dessa forma, mecanismos de atenção ao cuidado, como observação, cuidado emocional, toque terapêutico, solidariedade, sensibilidade e educação, que podem contribuir para a identificação e para a disseminação de informações quanto à rede protetiva destinada à proteção a essa vítima. Isto significa, é primordial que o enfermeiro possua uma instrução, preferencialmente ainda durante a graduação, sobre essa rede de proteção, para que, caso ele perceba que uma das suas pacientes esteja nessa situação de vulnerabilidade, possa não somente denunciar, já que é compulsório, mas também informar a essa vítima que ela não está sozinha, porquanto existe uma estrutura interdimensional – âmbito da saúde, da justiça e da segurança – construída para protegê-la (RAMALHO *et al*, 2017).

Assim, o período gestacional representa, nesse caso de violência, ainda mais, um período de fragilidade. Isso porque, as constantes mudanças hormonais e as construções sociais de gênero podem contribuir para que essa vítima permaneça nesse ciclo de violência, porquanto, seja por dependência financeira ou emocional, seja por medo do agressor, seja por ignorância, pode construir justificativas alienantes que, constantemente, vão contribuindo para sua permanência nesse ciclo. Entretanto, ao longo do desenvolvimento do feto, essa situação torna-se mais complexa e perigosa, uma vez que o ambiente de multidimensionalidade de violência não somente promove consequências psicoemocionais para a mãe, mas também representa um risco para gestação e, no pior dos casos, para a vida do binômio mãe-filho (RAMALHO *et al*, 2017).





Por isso, este momento de gestação também pode representar uma possibilidade de rompimento desse ciclo, já que, sob a orientação correta sobre a rede protetiva, essa mãe pode adquirir forças suficientes para superar essa situação de violência para proteger sua vida e a do seu bebê. Portanto, o cuidado de enfermagem deve romper as barreiras biológicas, deve integrar uma assistência multidimensional, isto é, promovendo um cuidado que integre a informação, o auxílio a autonomia da paciente, a saúde psicológica e a física. Destarte, a partir disso, o profissional de enfermagem pode ser um agente de transformação social, pode ser um instrumento sociopolítico que auxiliará na promoção de informação, de segurança e de cuidado a essa vítima para, dessa forma, romper com esse ciclo de violência. Logo, o enfermeiro pode contribuir para romper, cada vez mais, a insígnia da interseccionalização da ideologia e da violência, de outro modo, para romper com a violência doméstica.

3. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Destaca-se, à face do exposto, a importância do estudo, fruto de uma abordagem reflexiva da bibliografia, para considerações e compreensões da multidimensionalidade da violência doméstica direcionada ao feminino, especialmente no que concerne ao período de gestação. Logo, a violência doméstica e a multidimensionalidade da agressão do homem contra a mulher também são de responsabilidade da sociedade. Isso porque, esse cenário de violência é um problema social que vitimiza inúmeras mulheres, antes de tudo, por uma construção ideológica-cultural que naturaliza a objetificação da existência do feminino. Assim, cruelmente, a mulher, especialmente nessa situação de violência, não é compreendida como um sujeito possuidor de direitos, mas, sim, como um mero objeto, o que, simbólica e materialmente, significa que o feminino é um signo de vulnerabilidade na sociedade.

A enfermagem, por conseguinte, possui significativa relevância para a atuação no processo de identificação e de cuidado a vítima dessa anomalia social. Justamente porque, o profissional de enfermagem baseando-se numa compreensão de saúde ampliada, isto é, que integra não somente as dimensões patológicas, mas também sociais, pode desenvolver uma ambiência acolhedora, empática e, especialmente, ética, que possibilita a construção de vínculos com as pacientes. Portanto, o sujeito



profissional enfermeiro pode ser um receptáculo que integra um local, independentemente da materialidade da instituição a qual trabalha, de diálogo seguro, de orientação e, sobretudo, de cuidado a essa vítima, especialmente durante o período de gravidez, porquanto, durante esse período, as gestantes estão constantemente integrando-se com os serviços das UBS, para exames, consultas e, por conseguinte, mais vinculadas aos profissionais de saúde dessas instituições.

REFERÊNCIAS

- AGUIAR, R. Q.; PELÁ, M. C. H. MISOGINIA E VIOLÊNCIA DE GÊNERO: ORIGEM, FATORES E COTIDIANO. **Revista Sapiência: Sociedade, saberes e práticas educacionais**. 2020. v.9, n.3, p.68-84. Disponível em: <https://www.revista.ueg.br/index.php/sapiencia/article/view/10842/7736>. Acesso em: 04 jan. 2022.
- ALCÂNTARA, P. P. T. d. *et al.* PERFIL DA MULHER VÍTIMA DE VIOLÊNCIA DE GÊNERO: UM ESTUDO DOCUMENTAL. **Revista e-Ciência**. 2018. Disponível em: https://www.researchgate.net/publication/327045742_PERFIL_DA_MULHER_VITIMA_DE_VIOLENCIA_DE_GENERO_UM_ESTUDO_DOCUMENTAL/link/5b8d45b992851c6b7eb8d81b/download. Acesso em: 17 fev. 2022.
- AMORIM, A. K. F. *et al.* Preconceitos que se Cruzam: A Relação entre o Racismo, Sexismo e Valores. **Psico-USF** [online]. 2021, v. 26, n. 2 [Acessado 09 jan. 2022] , pp. 253-263. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-82712021260205>. Epub 04 Ago. 2021. ISSN 2175-3563. <https://doi.org/10.1590/1413-82712021260205>.
- AUDI, C. A. F. *et al.* Violência doméstica na gravidez: prevalência e fatores associados. **Revista de Saúde Pública** [online]. 2008, v. 42, n. 5 [Acessado 04 jan. 2022] , pp. 877-885. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S0034-89102008005000041>>. Epub 31 Jul .2008. ISSN 1518-8787. <https://doi.org/10.1590/S0034-89102008005000041>.
- BARRETO, P. P. M. *et al.* [ARTIGO RETRATADO] Bioética e atendimento a mulheres vítimas de violência sexual: revisão de literatura. **Revista Bioética** [online]. 2016, v. 24, n. 2 [Acessado 15 Fev. 2022] , pp. 267-275. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1983-80422016242127>. ISSN 1983-8034. <https://doi.org/10.1590/1983-80422016242127>.
- BARUS-MICHEL, J. A interpretação da diferença dos sexos: inferioridade, estranheza, variedade, igualdade. **Psicol. rev.** (Belo Horizonte), Belo Horizonte, v. 19, n. 1, p. 1-16, abr. 2013. Disponível em http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1677-11682013000100002&lng=pt&nrm=iso. Acesso em: 05 jan. 2022.



BRASIL. Constituição Federal. **Constituição da República Federativa do Brasil de 1988**. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Constituicao/Constituicao.htm. Acesso em: 03 fev. 2022.

BRASIL. **Lei Nº 8.080**, de 19 de setembro de 1990. Disponível em: <https://legislacao.presidencia.gov.br/atos/?tipo=LEI&numero=8080&ano=1990&ato=9f7gXSq1keFpWT905>. Acesso em: 19 jan. 2022.

BRASIL. **Lei Nº 11.340**, de 7 de agosto de 2006. Dispõe sobre a Lei Maria da Penha. Cria Mecanismos para coibir a violência doméstica e familiar contra a mulher. Disponível em: <Lei nº 11.340 (planalto.gov.br) >. Acesso em: 12 jan 2022.

BRASIL. **Lei Nº 13.931**, de 10 de dezembro de 2019. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2019-2022/2019/lei/L13931.htm. Acesso em: 03 de fev. de 2022.

CORTEZ, P. A. *et al.* Sexismo, misoginia e LGBTQfobia: desafios para promover o trabalho inclusivo no Brasil. **Physis: Revista de Saúde Coletiva** [online]. 2019, v. 29, n. 04 [Acessado 04 jan. 2022] , e290414. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0103-73312019290414>. Epub 25 Nov. 2019. ISSN 1809-4481. <https://doi.org/10.1590/S0103-73312019290414>.

DE CASTRO MORAIS, K. .; ARAUJO DA SILVA, K. .; CALIXTO GOMES, S. .; ALMEIDA NEVES DE OLIVEIRA, C. .; XAVIER SILVA, J. P. .; DE SOUZA LEITE, J. C. . Violência doméstica: refletindo conceitos e ressignificando práticas na atenção primária í saúde. **Saúde Coletiva (Barueri)**, [S. l.], v. 10, n. 58, p. 3903–3912, 2020. DOI: 10.36489/saudecoletiva.2020v10i58p3903-3912. Disponível em: <http://revistas.mpmcomunicacao.com.br/index.php/saudecoletiva/article/view/999>. Acesso em: 17 fev. 2022.

EINHARDT, A.; SAMPAIO, S. S. Violência doméstica contra a mulher - com a fala, eles, os homens autores da violência. **Serviço Social & Sociedade** [online]. 2020, n. 138 [Acessado 15 Fev. 2022] , pp. 359-378. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0101-6628.217>. Epub 29 Maio 2020. ISSN 2317-6318. <https://doi.org/10.1590/0101-6628.217>.

FÓRUM BRASILEIRO DE SEGURANÇA PÚBLICA. Visível e Invisível: a vitimização de mulheres no Brasil. **Datafolha Instituto de Pesquisas**. 2021. Disponível em: [relatorio-visivel-e-invisivel-3ed-2021-v3.pdf](http://forumseguranca.org.br/wp-content/uploads/2021/06/relatorio-visivel-e-invisivel-3ed-2021-v3.pdf) (forumseguranca.org.br/wp-content/uploads/2021/06/relatorio-visivel-e-invisivel-3ed-2021-v3.pdf). Acesso em: 19 jan. 2022.

GASPODINII, I. B.; FALCKEI, D.. Estudos psicológicos brasileiros sobre preconceito contra diversidade sexual e de gênero. **Est. Inter. Psicol.**, Londrina, v. 10, n. 2, p. 59-79, ago. 2019. Disponível em:

http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2236-64072019000200005&lng=pt&nrm=iso. Acesso em: 04 jan. 2022.

LUCENA, K. D. T. de *et al* . Análise do ciclo da violência doméstica contra a mulher. **J. Hum. Growth Dev.**, São Paulo , v. 26, n. 2, p. 139-146, 2016. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12822016000200003&lng=pt&nrm=iso. Acesso em: 14 fev. 2022. <http://dx.doi.org/10.7322/jhgd.119238>.

MARQUES, A. C. B; GERMANO, I. M. P. Mulheres, Silêncios e os novos feminismos. **Revista de Psicologia**, Fortaleza v.9 n1, p. 129-131. 2018.

MOTERANI, G. M. B.; CARVALHO, F. M. MISOGINIA: A VIOLÊNCIA CONTRA A MULHER NUMA VISÃO HISTÓRICA E PSICANALÍTICA. **Rev. Aveso do avesso**, v.14 n14, p. 167-178. 2016.

SALCEDO-BARRIENTOS, D. M. *et al*. How do primary health care professionals deal with pregnant women who are victims of domestic violence?. **Revista Latino-Americana de Enfermagem** [online]. 2014, v. 22, n. 03 [Acessado 14 jan. 2022], pp. 448-453. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0104-1169.3108.2436>. ISSN 1518-8345.

SANTOS, S. M. de M. dos e OLIVEIRA, L. Igualdade nas relações de gênero na sociedade do capital: limites, contradições e avanços. **Revista Katálysis** [online]. 2010, v. 13, n. 1 [Acessado 04 jan. 2022] , pp. 11-19. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1414-49802010000100002> . Epub 21 Jun. 2010. ISSN 1982-0259. <https://doi.org/10.1590/S1414-49802010000100002>.

SERPA, M. G. Perspectivas sobre papéis de gênero masculino e feminino: um relato de experiência com mães de meninas vitimizadas. **Psicologia & Sociedade** [online]. 2010, v. 22, n. 1 [Acessado 04 jan. 2022], p. 14-22. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0102-71822010000100003> . Epub 09 Ago 2010. ISSN 1807-0310. <https://doi.org/10.1590/S0102-71822010000100003>.

RAMALHO, N. M. G. *et al*. Violência doméstica contra a mulher gestante. **Revista de Enfermagem UFPE on line**, [S.l.], v. 11, n. 12, p. 4999-5008, dez. 2017. ISSN 1981-8963. Disponível em: <https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/view/22279>. Acesso em: 14 jan. 2022. doi:<https://doi.org/10.5205/1981-8963-v11i12a22279p4999-5008-2017>.

VIEIRA, J. A. A identidade da mulher na modernidade. **DELTA**, São Paulo, v. 21, n. especial, p. 207-238, 2005. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-44502005000300012&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 24 jan. 2022.



PRINCIPAIS FATORES DE RISCO ASSOCIADOS À INFECÇÃO DO TRATO URINÁRIO (ITU) EM MULHERES

MAIN RISK FACTORS ASSOCIATED WITH URINARY TRACT INFECTION (UTI) IN WOMEN

DOI: 10.51859/AMPLLA.PPE2159-7

Bárbara Queiroz de Figueiredo ¹
Bianca Gabrielle Ferreira Morais ²
Dayanne Moura de Lima ³
Débora Batalha de Macedo ⁴

¹ Graduanda em Medicina. Centro Universitário de Patos de Minas (UNIPAM)

² Graduanda em Medicina. Centro Universitário de Goiatuba (UNICERRADO)

³ Graduanda em Medicina. Centro Universitário de Goiatuba (UNICERRADO)

⁴ Graduanda em Medicina. Centro Universitário de Goiatuba (UNICERRADO)

RESUMO

O sistema urinário é responsável por remover os produtos finais do metabolismo e regular os fluidos corporais. As infecções do trato urinário (ITU) são queixas recorrentes, acometem principalmente mulheres e tem como fatores de risco questões anatômicas, má higiene, idade, relações sexuais e hábitos de vida. A infecção do trato urinário (ITU) é a invasão de microorganismos no sistema urinário, que causa uma inflamação local. Dentre as principais características da maior incidência em mulheres estão os fatores anatômicos como a proximidade do trato urinário com a região perianal e o comprimento da uretra. Outros fatores estão relacionados a hormônios, a hábitos higiênicos evacuatórios e sexuais e a aspectos ambientais. Portanto, as mulheres realmente apresentam maior prevalência, por isso se faz importante a adoção de medidas preventivas e de ações educativas, a fim de garantir a modificação comportamental profilática, incluindo higiene, ingestão hídrica e alimentação, a fim de evitar os impactos e a consequente redução na qualidade.

Palavras-chave: ITU. Prevalência. Fatores de risco. Mulheres. Sistema urinário.

ABSTRACT

The urinary system is responsible for removing the end products of metabolism and regulating body fluids. Urinary tract infections (UTI) are recurrent complaints, affecting mainly women and having as risk factors anatomical issues, poor hygiene, age, sexual relations and lifestyle. Urinary tract infection (UTI) is the invasion of microorganisms into the urinary system, which causes local inflammation. Among the main characteristics of the higher incidence in women are anatomical factors such as the proximity of the urinary tract to the perianal region and the length of the urethra. Other factors are related to hormones, to evacuating and sexual hygienic habits and to environmental aspects. Therefore, women actually have a higher prevalence, so it is important to adopt preventive measures and educational actions in order to ensure prophylactic behavioral modification, including hygiene, water intake and food, in order to avoid the impacts and the consequent reduction in quality.

Keywords: UTI. Prevalence. Risk factors. Women. Urinary system.

1. INTRODUÇÃO

O sistema urinário é composto por dois rins, ureteres, bexiga urinária e uretra. Esse conjunto de órgãos é responsável por remover os produtos finais do metabolismo e por regular fluidos corporais por meio da filtração glomerular. Dessa forma, o sistema atua removendo resíduos e minerais indesejáveis do sangue, os quais podem causar toxicidade ao corpo quando não forem eliminados de forma adequada. Junto ao excesso de água do corpo, esses resíduos são expelidos em forma de urina, regulando a composição química do sangue (SANTOS et al. 2019).

Atrás apenas das infecções respiratórias, a infecção do trato urinário (ITU) é uma das principais causas de consultas médicas e caracteriza-se pela proliferação de microrganismos patogênicos no trato urinário (FIORAVANTE et al., 2017). As infecções podem ser sintomáticas ou assintomáticas e podem envolver o trato urinário baixo (uretra e bexiga), como pielonefrite, e/ou trato urinário alto (rins e ureteres), como a cistite e uretrite (VAZ et al., 2020). De acordo com Oliveira et al. (2021), o diagnóstico quantitativo da ITU é representado pelo crescimento bacteriano acima de 100.000 unidades formadoras de colônia por mililitro (ml) de urina (100.000 UFC/mL). Quando a ITU é sintomática, entre os principais sintomas clínicos, destaca-se a polaciúria, disúria, dor lombar, urgência miccional, febre, alteração de cor e odor da urina. A infecção inicia-se com a inflamação da uretra e, caso não ocorra o tratamento adequado, essa inflamação pode atingir a bexiga, os ureteres e os rins, sendo que os casos mais graves podem evoluir para a septicemia e óbito (ANACLETO et al. 2016).

As ITUs acometem, predominantemente, três faixas etárias. O primeiro grupo contempla crianças com até 6 anos de idade, principalmente recém nascidas do sexo masculino, o que pode estar relacionado a anormalidades anatômicas ou funcionais do aparelho urinário. O segundo abarca jovens, majoritariamente mulheres, uma vez que no sexo feminino a abertura da uretra encontra-se anterior às aberturas da vagina e do ânus, sendo que essa extensão mais curta da uretra das mulheres e a sua proximidade com a região perianal faz com que elas sejam mais propensas a desenvolver infecções bacterianas no trato urinário. E o terceiro engloba idosos acima de 60 anos, frequentemente relacionado a alterações morfológicas e funcionais da bexiga e a hospitalização com ou sem o uso de sonda vesical (MACHADO et al., 2019).

Além do sexo e da faixa etária, fatores como hábitos de vida, higiene inadequada, período gestacional, menopausa e frequência das relações sexuais também podem ser fatores de risco para o desenvolvimento da ITU (SANTOS et al., 2018). Sob essa perspectiva, o objetivo desse estudo é evidenciar quais são os principais fatores de risco relacionados às infecções do trato urinário em mulheres.

2. METODOLOGIA

Trata-se de uma pesquisa descritiva do tipo revisão integrativa da literatura, que buscou responder quais são os fatores de risco para ocorrência de infecções do trato urinário em mulheres. A pesquisa foi realizada através do acesso online nas bases de dados *National Library of Medicine* (PubMed MEDLINE), *Scientific Electronic Library Online* (SciELO), *Cochrane Database of Systematic Reviews* (CDSR), *Google Scholar*, *Biblioteca Virtual em Saúde* (BVS) e *EBSCO Information Services*, no mês de agosto de 2021. Para a busca das obras, foram utilizadas as palavras-chaves presentes nos descritores em Ciências da Saúde (DeCS): em inglês - "*urinary tract infection*", "*risk factors*", "*women*", "*urinary tract infections*"; em português - "infecção do trato urinário", "fatores de risco", "mulheres", "infecções urinárias"; e em espanhol - "*infección del tracto urinario*", "*factores de riesgo*", "*mujeres*", "*infecciones del tracto urinario*".

Como critérios de inclusão, foram considerados artigos originais, que abordassem o tema pesquisado e que permitissem acesso integral ao conteúdo do estudo, publicados no período de 2015 a 2021, em inglês, português e espanhol. O critério de exclusão foi imposto naqueles trabalhos que não estavam em inglês, português e espanhol, que não tinham passado por processo de *Peer-View* e que não abordassem os fatores de risco para ocorrência de infecções do trato urinário em mulheres. A estratégia de seleção dos artigos seguiu as seguintes etapas: (i) busca nas bases de dados selecionadas; (ii) leitura dos títulos de todos os artigos encontrados e exclusão daqueles que não abordavam o assunto; (iii) leitura crítica dos resumos dos artigos; e (iv) leitura na íntegra dos artigos selecionados nas etapas anteriores. Assim, totalizaram-se 23 artigos científicos para a revisão integrativa da literatura, com os



descritores apresentados acima, dos últimos seis anos e em línguas portuguesa, inglesa e espanhola.

3. REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

A infecção do trato urinário (ITU) é definida pela invasão, colonização e multiplicação de microorganismos no sistema urinário, o que causa uma inflamação local (FIORAVANTE et al., 2017). Tal quadro pode manifestar-se tanto de forma assintomática, quanto sintomática. Em relação à sintomatologia, trata-se de um panorama clínico extremamente característico, o que favorece o autodiagnóstico de muitas mulheres. Esses sintomas comumente consistem em disúria, polaciúria, poliúria, anúria, noctúria e oligúria, todavia, em casos de maior comprometimento, outros sinais podem estar presentes (PAULA et al., 2016).

Ainda que o trato urinário seja considerado estéril, estima-se que a maioria das ITUs ocorra em função de contaminações por bactérias gram-negativas. Nesse âmbito, o principal patógeno responsável por desencadear esse quadro é a *Escherichia coli*, representando cerca de 80% de todos os episódios (VAZ et al., 2020). Além dos casos de origem bacteriana, o contágio pode dar-se por fungos, vírus e parasitas, que acometem, majoritariamente, pacientes imunodeprimidos, diabéticos ou indivíduos que apresentam anormalidades anatômicas (ANACLETO et al., 2016). Essa contaminação do sistema urinário pode ocorrer de três maneiras distintas. A principal, é advinda da via ascendente, a partir da flora fecal e uretral. Outra maneira, é pela via hematogênica, na qual a bactéria infecta o sangue e, secundariamente, contamina o aparelho urinário. Por fim, pode se dar por meio da via linfática, sendo uma promotora da disseminação infecciosa pelos vasos linfáticos (OLIVEIRA et al., 2021).

Indubitavelmente, a ITU, patologia clínica multifatorial, apresenta grande incidência global. Isso torna-se nítido ao verificar que tal condição ocupa a posição de segunda infecção mais comum em seres humanos, imediatamente após as infecções do trato respiratório (PAULO et al., 2021). Nesse sentido, estima-se que 86% dos indivíduos já tenham apresentado algum quadro de ITU ao longo da vida (LIA et al., 2015). É importante ressaltar que essa ocorrência, assim como a sua etiologia, é diretamente influenciada por fatores como sexo, idade, comorbidades e distribuição geográfica

(MACHADO et al., 2019). Nesse contexto, identifica-se maior prevalência de ITU no sexo feminino em comparação ao sexo masculino (CASTRO et al., 2020). Essa predominância é resultado de múltiplos fatores, dos quais destacam-se a anatomia do sistema urogenital, alterações fisiológicas e fatores comportamentais de risco, como hábitos de higiene e atividade sexual (SANTOS et al., 2019).

A variação anatômica é considerada o principal fator de risco para a instauração da ITU no sexo feminino, visto que mulheres apresentam maior proximidade do trato urinário com a região perianal (OLIVEIRA et al., 2021). Além disso, a uretra feminina é significativamente mais curta que a uretra masculina. Essas características anatomofisiológicas facilitam a ascensão de enterobactérias rumo ao aparelho urinário. Sendo assim, a distância entre o ânus e a uretra é inversamente proporcional ao risco de desenvolvimento de uma ITU (ALVES et al., 2018).

De maneira análoga, gestantes apresentam maiores riscos de desenvolverem quadros de ITU em decorrência de mudanças fisiológicas que ocorrem nesse período (ESTRELA et al. 2019). Os rins diminuem a sua capacidade máxima de concentrar urina durante o período gestacional, fato que reduz a atividade antibacteriana e restringe a excreção de potássio, ao passo que amplia a excreção de glicose e aminoácidos. Assim, esse meio torna-se favorável para a proliferação bacteriana (SANTOS et al., 2018). Outro fator considerável refere-se às alterações hormonais, especialmente relacionadas à progesterona, que ocasionam dilatação da pelve renal e, conseqüentemente, certo estreitamento dos ureteres, o que explica o retardo do débito urinário (TAVARES, 2017). Além desse aspecto, o aumento da circulação sanguínea na região pélvica, durante a gravidez, ocasiona o aumento da umidade e do tamanho do útero, fatores que facilitam a grande concentração de bactérias nessa região. Todas essas alterações presentes são potencializadas em função de uma menor imunidade gestacional (LIA et al., 2015).

Outro item identificado como fator de risco para a ITU foi a questão higiênica, tanto no que se refere à eliminação intestinal quanto ao coito. Isso manifesta-se ao passo que bactérias circunvizinhas da região genital contaminam a uretra e, conseqüentemente, causam infecções (PAULO et al., 2021). Nesse sentido, após as evacuações, o ideal é que a higiene íntima seja realizada com o papel higiênico no sentido ântero-posterior ou com água e sabão. Entretanto, o excesso de limpeza em



mulheres, possivelmente, torna-se prejudicial, dado que pode alterar o pH da área genital, favorecendo a invasão bacteriana no trato urinário (FIORAVANTE et al., 2017).

No que tange à susceptibilidade relacionada ao coito, mulheres ativas sexualmente tendem a apresentar mais episódios de ITUs comparativamente a mulheres não sexualmente ativas (ALVES et al., 2018). Essa situação torna-se mais arriscada durante práticas sexuais desprotegidas. Isso verifica-se uma vez que a uretra feminina fica exposta às bactérias ou aos fungos provenientes das mucosas contaminadas dos seus parceiros sexuais. Além disso, existe o risco dessas mulheres contraírem infecções sexualmente transmissíveis (PAULO et al., 2021). Da mesma forma, o sexo anal sem o uso de preservativo pode propiciar a contaminação fecal-perineal-uretral, configurando grande fator de risco para as infecções causadas por bactérias entéricas (PAULA et al., 2016).

Sob esse mesmo viés, o uso de determinados métodos contraceptivos, como o diafragma e o espermicida, também tem sido considerado preditor de ITU em mulheres sexualmente ativas. No caso específico do diafragma, pode gerar obstrução uretral. Combinado a esse método, o gel espermicida acarreta alterações no pH e na flora vaginal, por meio da perda de lactobacilos produtores de peróxido de hidrogênio (H₂O₂). Esse composto químico é um importante regulador da microbiota urogenital, responsável por manter a acidez do pH vaginal, logo, a sua ausência favorece a ascendência de bactérias ao trato urinário. Paralelamente a isso, o próprio sêmen ejaculado é considerado um fator capaz de alterar o pH vaginal e, conseqüentemente, a flora vaginal natural (PAULA et al., 2016).

Nessa conjuntura, mulheres no período de pós-menopausa, juntamente com aquelas sexualmente ativas, formam as duas populações femininas de maior risco para tais infecções (FARIA et al., 2018). Essa recorrência deve-se ao fato de que, após à interrupção da menstruação, percebe-se certa depleção hormonal, que é bastante comum nessa etapa da vida, mas que contribui para que mulheres nessa faixa etária tornem-se mais susceptíveis a infecções baixas (ARROYO et al., 2020). Sob essa lógica, o estrogênio é responsável pela restauração do glicogênio nas células das regiões vaginal e uretral, bem como por manter o pH ácido nessa área. Alterações em seus níveis causam mudanças significativas, que levam a uma perda de lactobacilos, alterações na microbiota normal e no pH, e atrofia vaginal (ALVES et al., 2018). Dessa maneira, a



redução desse hormônio acarreta uma maior vulnerabilidade à colonização de bactérias nesse local (FERNANDES et al., 2020).

Ademais, existem evidências que apontam envolvimento genético na predisposição de mulheres desenvolverem ITU de repetição. Nesse caso, tal herança estaria associada a alterações na resposta dessas hospedeiras relacionadas com a diminuição das defesas imunitárias. Isso ocorreria devido à variabilidade genética gerada por um silenciamento de interleucina (IL-8) e seus receptores em mulheres com maior tendência de desenvolver essa infecção e em seus familiares (HADDAD et al., 2018). Para mais, essa patologia é mais prevalente em mulheres com parentes que apresentam história pregressa de ITU recorrente, o que reafirma essa base genética familiar (ALVES et al., 2018).

Além dos fatores de risco individuais, existem também fatores de risco ambientais para ITUs em mulheres. É possível notar influência determinística da sazonalidade no aumento dessas infecções, sendo os meses de verão os mais acometidos (SIMMERING et al., 2017). Assim, climas mais quentes favorecem atividades aquáticas e, conseqüentemente, o uso prolongado de roupas de banho úmidas. Esse hábito colabora com o crescimento e com a proliferação de patógenos no trato urinário, pois esses agentes dependem da água e do calor para executarem suas funções metabólicas (OLIVEIRA et al., 2018). Outra explicação biologicamente plausível correlaciona a elevação das temperaturas e graus inferiores de hidratação, o que resulta em níveis mais baixos de formação de urina e de eliminação de microrganismos urinários potenciais (SIMMERING et al., 2017).

Outro elemento a ser destacado, é quanto ao papel da hipovitaminose D como um predisponente de ITUS na população feminina, especialmente naquelas em idade reprodutiva. Tal efeito ocorre em virtude de a vitamina D funcionar como um potencial regulador imunológico, capaz de prevenir essas infecções. O mecanismo relacionado a essa proteção envolve a estimulação dessa vitamina sobre as células epiteliais da bexiga, que secretam e expressam a catelicidina, peptídeo antimicrobiano humano, de modo a proteger o trato urinário inferior. Para mais, essa substância também apresenta efetividade contra certos protozoários e fungos. Ainda é perceptível que a vitamina D modula o sistema imune adaptativo ao produzir citocinas das células T e B e ao suprimir processos inflamatórios (ALI et al., 2020).

Por fim, o uso de cateter também mostra certa periculosidade no sentido de propiciar ITUs no sexo feminino. Esse componente não orgânico na uretra pode estar infectado ou ser contaminado durante a própria técnica de passagem da sonda. Desse modo, o uso crônico desse instrumento ou múltiplas introduções dele favorecem a colonização do aparelho urinário por bactérias oportunistas (PAULO et al., 2021).

Consoante a isso, é imprescindível salientar que os fatores de risco para ITUs no sexo feminino podem ser potencializados por agravantes que facilitem a persistência da infecção. Como exemplos, pode-se considerar quadros de obesidade, de imunidade suprimida, de tumores ou de intervenções recentes no trato urinário (OLIVEIRA et al., 2021). Nesse âmbito, tais agravantes contribuem para o desenvolvimento de complicações dos quadros infecciosos. Assim, destacam-se a resistência e a virulência dos microrganismos, bem como respostas imunológicas ineficazes, comorbidades ou tratamentos inadequados (ANACLETO et al., 2016). Portanto, essa discussão acerca dos fatores de risco para ITU na população feminina torna-se relevante, visto que a vida dessas mulheres é significativamente afetada, uma vez que há comprometimento das relações sociais, laborais, familiares e sexuais (FARIA et al., 2018).

4. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Em face do exposto, é evidente que o sexo feminino representa perfil determinante de prevalência e de susceptibilidade em relação à ITU. Isso se dá ao considerar que essa infecção possui caráter multifatorial, além do fato de as mulheres estarem expostas a fatores de risco consideráveis que corroboram para essa instauração. Nesse contexto, é de suma importância a adoção de medidas preventivas com o intuito de reduzir o impacto desses fatores e, conseqüentemente, a incidência da infecção nesse grupo. Logo, ações de educação em saúde tornam-se primordiais, visando a modificações comportamentais profiláticas, tais como hábitos miccionais coerentes com as necessidades, higiene adequada, uso de preservativos, ingestão hídrica regular e otimização imunológica por meio de alimentação saudável. Nessa perspectiva, pode-se afirmar que as ITUs são um problema de saúde pública, dado que interferem substancialmente na rotina das mulheres, causando impactos físicos, mentais, emocionais e sociais que reduzem a sua qualidade de vida.

REFERÊNCIAS

- ALI, S. B., et al. Vitamin D deficiency as a risk factor for urinary tract infection in women at reproductive age. **Saudi Journal of Biological Sciences**, v. 27, n. 11, p. 2942–2947, 2020.
- ALVES, A. R. M. S., et al. **Estratégias profiláticas da infecção urinária recorrente não complicada na mulher adulta saudável**. Mestrado Integrado em medicina: Universidade de Porto, p. 1-38, 2018
- ANACLETO, C., et al. **Incidência de infecções do trato urinário no município de Patos, Paraíba**. Mestrado Integrado em Enfermagem: Universidade Federal do Pará, p. 71–77, 2016
- ARROYO, J. C. L., et al. (2020). Prevalência de infecção do trato urinário entre pacientes atendidos na Unidade de Pronto Atendimento (UPA) no Município de Passos - MG. **Revista Multidisciplinar e de Psicologia**, v. 15, n. 54, p. 603-616, 2020.
- CASTRO, B. G. et al. Prevalência de bactérias Gram-positivas em infecção do trato urinário. **Revista Brasileira de Análises Clínicas**, v. 51, n. 4, p. 1–6, 2020.
- ESTRELA, Y. C. A., et al. Incidência de infecções do trato urinário no município de Patos, Paraíba. **Brazilian Archives of Health and Environment**, v. 1, n. 3, p. 71-77, 2019.
- FARIA, C. A., et al. Qualidade de vida de mulheres com infecções recorrentes do trato urinário em atendimento ambulatorial. **Fisioterapia Brasil**, v. 19, n. 3, p. 329–336, 2018.
- FERNANDES, G., et al. *PR Prevalência de infecção do trato urinário em idosos assistidos*. **Journal of Health Prevalence of urinary tract infection**, p. 10–40, 2020.
- Fioravante, F., et al. Tecnologia educacional para a prevenção da infecção urinária na gravidez: estudo descritivo. **Online Brazilian Journal of Nursing**, v. 16, n. 1, p. 1-28, 2017.
- HADDAD, J. M., et al. et al. **Infecção do trato urinário**. São Paulo: Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia (Febrasgo); (Protocolo Febrasgo – Ginecologia, nº 63/Comissão Nacional Especializada em Uroginecologia e Cirurgia Vaginal), 2018.
- LIA, O., et al. **Principais fatores de risco para a Infecção do Trato Urinário em gestantes na UBS Macuco Mauá/SP**. Especialização em enfermagem: Universidade Federal de São Paulo, 2015.
- MACHADO, A. D., et al. Prevalência de infecção urinária em um laboratório de análises clínicas da cidade de Jaraguá do Sul, SC, no ano de 2017. **Revista Brasileira de Análises Clínicas**, v. 51, n. 3, p. 213–218, 2019.



- OLIVEIRA, M. S., et al. Principais bactérias encontradas em uroculturas de pacientes com Infecções do Trato Urinário (ITU) e seu perfil de resistência frente aos antimicrobianos. **Research, Society and Development**, v. 10, n. 7, p. 54-60, 2021.
- OLIVEIRA, S. M., et al. Infecção do trato urinário: estudo epidemiológico em prontuários laboratoriais. **Journal Health NPEPS**, v. 3, n. 1, p. 198-210, 2018.
- PAULA, M. L. A., et al. Infecção do trato urinário em mulheres com vida sexual ativa. **J. Bras. Med**, v. 5, n. 4, p. 37-41, 2016.
- PAULO, P., et al. Fatores de risco para infecções no trato urinário: revisão integrativa. **Revista Brasileira de Análises Clínicas** v. 13, n. 1, p. 1-8, 2021.
- SANTOS, S. L. F., et al. Self-medication in High Risk Pregnant: Focus on Pharmaceutical Care. **J Health Sci**, v. 50, n. 4, p. 50-54, 2018.
- SANTOS, M, J. S., et al. Etiologia e perfil de resistência bacteriana em uroculturas de pacientes atendidos em um hospital público de Macapá-Amapá, Brasil. **Diagn Tratamento**, v. 24, n. 4, p.135-142, 2019.
- SILVA, P. P. A., et al. Fatores de risco par infecções no trato urinário: revisão integrativa. **Revista Eletrônica Acervo Saúde**, v. 13, n. 11, p. 1-8, 2021.
- SIMMERING, J. E., et al. Clima mais quente como fator de risco para hospitalizações por infecções do trato urinário. **Epidemiologia e Infecção**, v. 146, n. 1, p. 386-393, 2017.
- TAVARES, V. B. Infecção Do Trato Urinário Na Gravidez Uma Revisão De Literatura. **Caderno de Graduação - Ciências Biológicas e Da Saúde - FACIPE**, v. 2, n. 3, p. 45- 67, 2017.
- VAZ, B. C., et al. Educação em saúde na prevenção de infecção no trato urinário: relato de experiência / Health education in the prevention of urinary tract infection: experience report. **Brazilian Journal of Health Review**, v. 3, n. 5, p. 13931-13940, 2020.



VÍNCULO FISIOPATOLÓGICO ENTRE A SÍNDROME DOS OVÁRIOS POLICÍSTICOS E OBESIDADE

PATHOPHYSIOLOGICAL LINK BETWEEN POLYCYSTIC OVARY SYNDROME AND OBESITY

DOI: 10.51859/AMPLLA.PPE2159-8

Bárbara Queiroz de Figueiredo ¹
Ana Flávia Braz de Moraes ²
Isabelle Carvalho de Melo Lima ³
Isadora Queiroz Presot ⁴

¹ Graduanda em Medicina. Centro Universitário de Patos de Minas

² Graduanda em Medicina. Centro Universitário de Patos de Minas

³ Graduanda em Medicina. Centro Universitário Uninovafapi

⁴ Graduanda em Medicina. Centro Universitário Euroamericano

RESUMO

A Síndrome dos Ovários Policísticos (SOP) é uma das endocrinopatias mais comuns nas mulheres férteis. Ela é designada por hiperandrogenismo, que pode gerar sintomas como acne, irregularidade menstrual, obesidade, cistos ovarianos, hirsutismo. Essa pode desencadear muitas complicações como infertilidade e neoplasias, dessa maneira é necessário fazer um diagnóstico precoce. A exposição à grandes quantidades de androgênios intra-útero podem acarretar ao acúmulo de massa gorda. O tecido adiposo possui uma vasta diversidade de interação e tipos celulares além de ser metabolicamente ativo. Na SOP, a obesidade é qualificada preponderantemente por uma extensão no tamanho da célula gordurosa (obesidade hipertrófica) mais do que a extensão no número de adipócitos (obesidade hiperplásica). Provavelmente a perda da função lipolítica do tecido adiposo seja secundário ao hiperandrogenismo nas portadoras de SOP, o que provocaria a maior resistência insulínica. A SOP tem grande incidência e se a obesidade já assumiu proporções epidêmicas, é fundamental uma sensibilização dos indivíduos para esta realidade. Sobrepeso, obesidade e, particularmente, obesidade central podem exacerbá-la, com possíveis consequências no fenótipo da desordem, bem como podem corroborar, ainda, problemáticas relacionadas a essa patologia, como resistência insulínica e problemas cardiovasculares.

Palavras-chave: SOP. Obesidade. Fisiopatologia. Tecido adiposo.

ABSTRACT

Polycystic Ovary Syndrome (PCOS) is one of the most common endocrinopathies in fertile women. It is called hyperandrogenism, which can generate symptoms such as acne, menstrual irregularity, obesity, ovarian cysts, hirsutism. This can trigger many complications such as infertility and neoplasms, so it is necessary to make an early diagnosis. Exposure to large amounts of androgens in utero can lead to the accumulation of fat mass. Adipose tissue has a vast diversity of interactions and cell types in addition to being metabolically active. In PCOS, obesity is qualified preponderantly by an extension in the size of the fat cell (hypertrophic obesity) more than the extension in the number of adipocytes (hyperplastic obesity). Probably the loss of lipolytic function of adipose tissue is secondary to hyperandrogenism in women with PCOS, which would cause greater insulin resistance. PCOS has a high incidence and if obesity has already reached epidemic proportions, it is essential to make individuals aware of this reality. Overweight, obesity and, particularly, central obesity can exacerbate it, with possible consequences on the phenotype of the disorder, as well as can corroborate problems related to this pathology, such as insulin resistance and cardiovascular problems.

Keywords: PCOS. Obesity. Pathophysiology. Adipose tissue.



1. INTRODUÇÃO

A obesidade é caracterizada pelo excesso de gordura corporal acumulada. Há um crescente aumento do excesso de peso na população, que pode ser justificado pela transição nutricional, com a troca da escolha dos alimentos, os alimentos ultraprocessados substituíram os alimentos in natura ou minimamente processados (POLL, et al. 2020). Desde a fase fetal podemos observar a diferença da deposição de gordura entre os sexos. No Brasil, a maior prevalência de obesidade abdominal é em homens. Dessa forma, visto a prevalência da obesidade, é muito importante monitorar os pacientes, fazer um diagnóstico mais adequado (EICKEMBERG, et al. 2020). A relação entre obesidade e doenças metabólicas e cardiovasculares é notória, sendo a obesidade um grande fator para o surgimento dessas. Além disso, ela interfere na qualidade de vida do paciente, ocasionando dificuldades respiratórias, alterações no sistema locomotor (PINHEIRO, 2004).

A Síndrome dos Ovários Policísticos (SOP) é uma das endocrinopatias mais comuns nas mulheres férteis. Ela é designada por hiperandrogenismo, que pode gerar sintomas como acne, irregularidade menstrual, obesidade, cistos ovarianos, hirsutismo. Essa pode desencadear muitas complicações como infertilidade e neoplasias, dessa maneira é necessário fazer um diagnóstico precoce (MOURA, et al. 2011). O diagnóstico é feito observando os sinais, além da dosagem de testosterona tonal, concentrações séricas de LH, que normalmente estão altas e de FSH, normais ou baixos e a presença de ovários policísticos à ultrassonografia.

Além do mais, grande parte das mulheres com SOP, têm um aumento na resistência à insulina, assim é importante ficar atento (JUNQUEIRA, 2003). Há alguns fatores de risco associados a SOP, como herança genética, que provavelmente é poligênica, e os genes mais frequentes são os referentes a biossíntese, a resistência à insulina, aos androgênios e genes envolvidos no processo inflamatório crônico. Além disso, há fatores ambientais que podem ocasionar a SOP, ou complicar o quadro já existente. Sendo assim, fatores como estilo de vida sedentário, obesidade, síndrome metabólica, são de extrema importância (SANTANA, et al. 2008).

Portanto, é visível a relação entre obesidade e a Síndrome dos ovários policísticos, visto que 50% das mulheres com SOP são obesas (SANTANA, et al. 2008.). A

exposição à grandes quantidades de androgênios intra-útero podem acarretar ao acúmulo de massa gorda. Visto isso, alterações intrauterinas podem gerar uma cascata de eventos metabólicos, como a obesidade e SOP. Pacientes obesas têm maior supressão de globulina ligadora de hormônios sexuais (sex hormone- binding globulin – SHBG), maiores índices de testosterona total, de androgênios livres, insulina, glicose. Além de elevados níveis de LDL, diminuição de HDL, tendo um perfil lípido desfavorável, quando comparados com pacientes não obesos. Desse modo, como a prevalência da resistência insulina é maior nas mulheres com SOP, essas geralmente têm maiores chances de desenvolverem eventos cardiovasculares e metabólicos, e esse risco fica ainda maior nas pacientes obesas (SANTANA, et al. 2008).

A obesidade pode reduzir as taxas ovulatórias, aumentar o número de abortamentos e assim aumentar o risco de infertilidade já existente na síndrome. Ademais, o aumento do IMC, pode gerar resistência ao clomífero e erro na resposta ao estímulo à gonadotrofinas na fertilização in vitro. Além de aumentar os casos de ansiedade e depressão, devido a insatisfação com o corpo. Em somo a isso, ainda aumenta as chances de neoplasias (LEÃO, 2014). Dessa maneira, visto a gravidade desse quadro é necessário fazer o rastreamento desses pacientes, incentivar a prática de atividades físicas, para favorecer a gravidez e prevenir complicações como a síndrome metabólica (SANTANA, et al. 2008). Sendo assim, haja vista a relevância do vínculo fisiopatológico entre obesidade e SOP, o presente estudo tem como objetivo, por meio de revisão de literatura, com caráter sistemático, evidenciar o vínculo fisiopatológico entre a obesidade e SOP, bem como a importância da prevenção da obesidade na SOP.

2. METODOLOGIA

Trata-se de uma pesquisa descritiva do tipo revisão integrativa da literatura, que buscou responder quais as evidências sobre o vínculo fisiopatológico entre a obesidade e SOP. A pesquisa foi realizada através do acesso online nas bases de dados *National Library of Medicine* (PubMed MEDLINE), *Scientific Electronic Library Online* (Scielo), *Cochrane Database of Systematic Reviews* (CDSR), *Google Scholar*, *Biblioteca Virtual em Saúde* (BVS) e *EBSCO Information Services*, no mês de julho de 2021. Para a busca das obras foram utilizadas as palavras-chaves presentes nos descritores em Ciências da

Saúde (DeCS): em inglês: "*polycystic ovary syndrome*", "*androgens*", "*obesity*", "*metabolic syndrome*", "*physiopathology*", "*adipose tissue*", em português: "*síndrome dos ovários policísticos*", "*androgênios*", "*obesidade*", "*síndrome metabólica*", "*fisiopatologia*", "*tecido adiposo*" e em espanhol: "*síndrome de ovario poliquistico*", "*andrógenos*", "*obesidad*", "*síndrome metabólico*", "*fisiopatología*", "*tejido adiposo*".

Como critérios de inclusão, foram considerados artigos originais, que abordassem o tema pesquisado e permitissem acesso integral ao conteúdo do estudo, publicados no período de 2004 a 2021, em inglês, português e espanhol. A estratégia de seleção dos artigos seguiu as seguintes etapas: busca nas bases de dados selecionadas; leitura dos títulos de todos os artigos encontrados e exclusão daqueles que não abordavam o assunto; leitura crítica dos resumos dos artigos e leitura na íntegra dos artigos selecionados nas etapas anteriores. Após leitura criteriosa das publicações, 8 artigos não foram utilizados devido aos critérios de exclusão. Assim, totalizaram-se 23 artigos científicos para a revisão integrativa da literatura, com os descritores apresentados acima. Após esta seleção, filtraram-se por artigos dos últimos dezessete anos e por artigos em línguas portuguesa, inglesa e espanhola.

3. REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

As inter-relações entre obesidade e SOP são complexas, porém, as evidências indicam que resistência insulínica e hiperandrogenismo representam o elo entre estas duas condições (SWINNEN, et al. 2004). Existem poucos estudos na literatura sobre obesidade e SOP, e geralmente são contraditórios, com alguns resultados apontando uma associação como um fator negativo na variabilidade de frequência cardíaca (VFC), enquanto outros relatam que não há associação entre o aumento do peso e SOP (LAMBERT, et al. 2015). Estudo de Philbois, et al. (2019), em relação aos valores hemodinâmicos, o grupo com SOP obeso apresentou os maiores valores de pressão arterial sistólica, diastólica e média em comparação aos demais grupos, apesar de todas as mulheres serem normotensas; alguns estudos também mostraram uma associação com o aumento da gordura corporal e aumento dos valores de pressão arterial. Para o consumo de oxigênio, o grupo SOP obeso apresentou o menor valor, em concordância com a literatura, em que alguns autores encontraram uma correlação negativa entre

obesidade e o consumo de oxigênio, o que pode estar associado a um aumento de gordura corporal.

O tecido adiposo possui uma vasta diversidade de interação e tipos celulares além de ser metabolicamente ativo. Na SOP, a obesidade é qualificada preponderantemente por uma extensão no tamanho da célula gordurosa (obesidade hipertrófica) mais do que a extensão no número de adipócitos (obesidade hiperplásica). Essa hipertrofia é consequência das modificações tanto no depósito como na capacidade lipolítica dos adipócitos. Provavelmente a perda da função lipolítica do tecido adiposo seja secundário ao hiperandrogenismo nas portadoras de SOP, o que provocaria a maior resistência insulínica (SANTOS, et al. 2021).

O hiperandrogenismo prevalente em mulheres portadoras de SOP contribui para a adiposidade visceral e pode ampliar os fenótipos metabólicos adversos da SOP através do agravamento da deposição de gordura corporal, predominantemente abdominal, fato que tem sido observado independente da obesidade (AZZIZ, et al. 2004). A incidência de obesidade tem variado de acordo com a etnia nas portadoras de SOP, sendo nos EUA de 24% de sobrepeso e 42% de obesidade, e, além da gordura na região abdominal, os andrógenos promovem um intenso efeito fisiológico na composição corporal, sendo a testosterona considerada um hormônio fundamental, utilizado como marcador fisiológico para aferir o estado anabólico do corpo e da força muscular (KOGURE, et al. 2012).

Ademais, mulheres portadoras da SOP, apresentam, mais frequentemente resistência à insulina independente da composição corpórea sendo um fator de risco para o desenvolvimento para diabetes tipo 2. Esta descompensação hormonal contribui para a adiposidade visceral e acúmulo de gordura corporal independente da presença de obesidade (MELO, et al. 2012). Ainda, mulheres que apresentam a síndrome comumente apresentam distúrbios clínicos e metabólicos e o risco é ainda maior em mulheres obesas. Assim, observa-se que, a variação hormonal do ciclo menstrual e da SOP resulta não apenas em uma alteração endócrina, mas metabólica e que esta variação reflete nos sintomas da síndrome pré-menstrual e são mais prevalentes nas portadoras da SOP (BRUGGE, et al. 2017).

Em relação ao grupo SOP obeso, o mesmo apresentou menores valores em todos os parâmetros de SBR em comparação com os outros dois grupos com peso normal,

sugerindo que a obesidade pode ser responsável por uma redução na SBR. Nesse sentido, um estudo comparando a SBR em mulheres divididas de acordo com o IMC, indicou uma redução da SBR com o aumento de peso, observado pelo valor do ganho da SBR; dessa forma, a diminuição da SBR pode se correlacionar ao aumento de peso. Entretanto, sabe-se que a SBR também é influenciada por muitos outros fatores, como resistência à insulina, glicemia, sensibilidade ao sódio, marcadores genéticos e hormônios ovarianos. Nesse sentido, um estudo comparando a SBR em mulheres divididas de acordo com o índice de massa corporal (IMC), indicou uma redução da SBR com o aumento de peso, observado pelo valor do ganho da SBR, e, dessa forma, a diminuição da SBR pode se correlacionar ao aumento de peso (SKRAPARI, et al. 2006).

A prevalência de alterações metabólicas como dislipidemias foi significativamente maior nas mulheres com SOP obesas do que nas não obesas, demonstrando que a obesidade está associada à piora do perfil metabólico destas mulheres, como evidenciado em estudos de outras populações analisadas (AMARAL, et al. 2013). Resultados do estudo de Yilmaz et al. (2005) mostraram que a resistência à insulina e os níveis plasmáticos de homocisteína (HCY) elevados, e as alterações no perfil lipídico sérico, que são possíveis fatores de risco para doenças cardiovasculares, desempenham papéis importantes no desenvolvimento de doenças cardiovasculares em pacientes obesas e não obesas com SOP. Mulheres jovens com SOP apresentam maior prevalência de IMC >30, gordura centralizada, resistência, diabetes mellitus tipo 2, resistência insulínica, maior frequência de síndrome metabólica, interligadas entre si (SILVA, 2013).

Mulheres com SOP apresentam distúrbios no metabolismo lipídico e glicídico, e, conseqüentemente risco aumentado para desenvolver obesidade, hipertensão arterial e diabetes mellitus tipo 2 (CERQUEIRA, et al. 2010). Estudo de Costa, et al. (2010) verificaram em mulheres jovens com SOP, alta prevalência de fatores de risco cardiovascular, principalmente relacionados ao perfil lipídico, com altas taxas de colesterol total, LDL-C, triglicerídeos e baixas taxas de HDL-C. É possível que este fato, também encontrado neste estudo, aconteça pela tríade comum na SOP: excesso de gordura RI e hiperandrogenismo, que potencializa alterações referentes ao perfil lipídico. Ademais, no estudo de Fernandes, et al. (2009), as pacientes obesas com SOP apresentaram uma elevação da pressão arterial sistólica e diastólica quando



comparadas às não obesas, corroborando os achados prévios de que há evidência sobre a associação da elevação da pressão arterial com a obesidade.

O depósito de gordura visceral, observado também em transexuais femininos que utilizam altas doses de testosterona e em mulheres com hiperandrogenismo endógeno, está possivelmente relacionado ao metabolismo local de esteroides, maior expressão de receptores androgênicos neste tecido e redução da lipólise no tecido celular subcutâneo induzida pelos androgênios (DICKER, et al. 2004). Este vínculo foi corroborado pela demonstração de correlação positiva entre níveis séricos de testosterona livre e adiposidade central, avaliada por densitometria, em portadoras de SOP (BLOIN, et al. 2009).

Em conclusão, mulheres jovens e obesas com SOP apresentam maior prevalência de resistência insulínica, resistência a glicose e síndrome metabólica do que as não obesas, apontando um maior risco para o desenvolvimento de comorbidades metabólicas relacionado à obesidade. Todavia, a prevalência dos distúrbios metabólicos é elevada também em pacientes não obesas, sugerindo que a presença da síndrome favoreça o desenvolvimento de comorbidades metabólicas independentemente do IMC (ROMANO, et al. 2011). Além disso, haja vista as informações disponíveis, há uma provável relação entre homocisteína sérica aumentada e insulina resistência em mulheres com SOP, o que pode fornecer uma pista quanto às complicações vasculares em mulheres com SOP (BADAWY, et al. 2007).

O perfil metabólico e a composição corporal, avaliada por medidas antropométricas, são variados nas populações com SOP da avaliada. As mulheres obesas com SOP apresentaram níveis de PA sistólica e diastólica, glicemia de jejum, LDL e triglicérides significativamente maiores que os das não obesas (IMC normal e sobrepeso). Por outro lado, observaram-se níveis de HDL e SHBG significativamente menores nas obesas, quando comparadas às não obesas. Analisados conjuntamente, os presentes achados evidenciam que o perfil metabólico das mulheres obesas com SOP é mais desfavorável que o das não obesas, corroborando achados de outros estudos (SOUSA, et al. 2013).

Alguns estudos sugerem que a obesidade apresenta pouco impacto nos sinais, sintomas ou desenvolvimento da síndrome dos ovários policísticos, outros, porém, demonstram que o excesso de peso e o acúmulo de gordura intra-abdominal podem

agravar a hiperandrogenemia, distúrbios menstruais, anovulação crônica, hipertensão arterial e algumas anormalidades metabólicas tais como dislipidemias e intolerância à glicose, elevando o risco de infertilidade, diabetes *mellitus*, aterosclerose e doença cardiovascular clínica/subclínica (LEÃO, 2014).

Azevedo, et al. (2011), alertam para a importância da adoção de estratégias preventivas e terapêuticas com foco na redução de sobrepeso/obesidade e dislipidemia, visando um controle mais adequado da PA nas pacientes de SOP, e sugerem ainda modificações no estilo de vida, como adoção de dieta saudável e prática regular de atividade física. Pontes et al. (2012) advertem que mulheres com SOP obesas devem ser orientadas quanto à perda de peso com reeducação alimentar e exercício físico regular, enquanto que aquelas com peso normal seguem de forma precoce essas orientações quanto aos hábitos de vida saudáveis.

4. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A SOP é um distúrbio endócrino que se inicia logo após a menarca (primeira menstruação) e que interfere no processo normal de ovulação. Ocorre, cronicamente, ausência de ovulação. Há um desequilíbrio hormonal, com predomínio da produção de hormônios masculinos, em especial de testosterona, o que leva à formação de microcistos nos ovários. Nas mulheres portadoras da síndrome, esses cistos permanecem e modificam a estrutura ovariana, tornando o órgão até três vezes maior do que o ovário normal. A secreção de hormônios masculinos (androgênios) em excesso causa um crescimento anormal de pelos nas regiões do baixo ventre, seios, queixo e buço; aumento da oleosidade da pele e aparecimento de espinhas e cravos; queda de cabelos; aumento de peso e manchas na pele, principalmente nas axilas e atrás do pescoço.

Além disso, a condição tem grande incidência e se a obesidade já assumiu proporções epidêmicas, sendo fundamental uma sensibilização dos indivíduos para esta realidade. Conclui-se, pela revisão integrativa de literatura, que sobrepeso, obesidade e, particularmente, obesidade central podem exacerbá-la, com possíveis consequências no fenótipo da desordem, bem como podem corroborar, ainda, problemáticas relacionadas a essa patologia, como resistência insulínica e problemas cardiovasculares.

Desse modo, é de suma importância o alerta para a importância da adoção de estratégias preventivas e terapêuticas com foco na redução de sobrepeso/obesidade e dislipidemia, visando um controle mais adequado nas pacientes portadoras de SOP, e que estudos posteriores reafirmem isso.

REFERÊNCIAS

- AMARAL, A. A. B., et al. Prevalência de sobrepeso e obesidade em pacientes com síndrome dos ovários policísticos. **Repositório UFG**, v. 14, n, 18, p. 1-4, 2013.
- AZEVEDO, M. F. et al. (2011). Níveis Pressóricos Elevados em Mulheres com Síndrome dos Ovários Policísticos: Prevalência e Fatores de Risco Associados. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**, v. 33, n, 11, p, 30-36, 2011.
- AZZIZ, R., et al. A prevalência e as características da síndrome dos ovários policísticos em uma população não selecionada. **J Clin Endocrinol Metab.**, v. 89, n. 6, p. 2745-2749, 2004.
- BADAWY, A., et al. Homocisteína plasmática e síndrome dos ovários policísticos: o elo perdido. **European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology**, v. 131, n. 5, p. 68-72, 2007.
- BLOUIN, K., et al. Androgen metabolism in adipose tissue: recent advances. **Mol Cell Endocrinol.**, v. 301, n, 2, p. 97-103, 2009.
- BRUGGE, F. A., et al. Associação entre diagnóstico de síndrome de ovários policísticos, estado nutricional e consumo alimentar em mulheres em idade fértil. **Revista Brasileira de Obesidade, Nutrição e Emagrecimento**, v. 11, n. 62, p. 117-124, 2017.
- CERQUEIRA, J. M. C., et al. Homocisteinemia em mulheres com síndrome dos ovários policísticos. **Rev Bras Ginecol Obstet.**, v. 32, n. 3, p. 126-132, 2010.
- COSTA E.C., et al. Avaliação de Risco Cardiovascular Por Meio do Índice LAP em Pacientes não obesas com Síndrome dos ovários policísticos. **Arquivos Brasileiros de Endocrinologia & Metabolismo**, v. 54, n. 7, p. 630-636, 2010.
- DICKER, A., et al. Effect of testosterone on lipolysis in human pré-adipocytes from different fat depots. **Diabetologia**, v. 47, n. 3, p. 420-428, 2004.
- EICKEMBERG, M., et al. Obesidade abdominal no ELSA-Brasil: construção de padrão-ouro latente e avaliação da acurácia de indicadores diagnósticos. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 25, n, 5, p. 2985-2998, 2020.

- FERNANDES, J. B. F., et al. Obesidade e alteração da estrutura arterial em mulheres jovens com síndrome dos ovários policísticos. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**, v. 31, n. 7, p. 342-348, 2009.
- JUNQUEIRA, P. A. D. A., et al. Síndrome dos ovários policísticos. **Revista da Associação Médica Brasileira**, v. 49, n. 6, p.13-14, 2003.
- KOGURE, G. S., et al. Análise de força muscular e composição corporal de mulheres com Síndrome dos Ovários Policísticos. **Rev Bras Ginecol Obstet.**, v. 34, n. 7, p. 316-322, 2012.
- LAMBERT, E. A., et al. Sympathetic activation and endothelial dysfunction in polycystic ovary syndrome are not explained by either obesity or insulin resistance. **Clin Endocrinol (Oxf)**., v. 83, n. 6, p. 812-819, 2015.
- LEÃO, L. M. Obesidade e síndrome dos ovários policísticos: vínculo fisiopatológico e impacto no fenótipo das pacientes. **Revista HUPE**, v. 13, n. 5, p. 33-37, 2014.
- MELO, A. S., et al. Mulheres com síndrome dos ovários policísticos apresentam maior frequência de síndrome metabólica independentemente do índice de massa corpóreo. **Rev Bras Ginecol Obstet.**, v. 34, n. 11, p. 4-10, 2012.
- MOURA, H. H. G. D., et al. Síndrome do ovário policístico: abordagem dermatológica. **Anais Brasileiros de Dermatologia**, v. 86, p. 111-119, 2011.
- PHILBOIS, S V., et al. Mulheres com Síndrome do Ovário Policístico Apresentam menor Sensibilidade Barorreflexa, a Qual Pode Estar Associada ao Aumento da Gordura Corporal. **Arq Bras Cardiol.**, v. 112, n. 4, p. 424-429, 2019.
- PINHEIRO, A. R. D. O., et al. Uma abordagem epidemiológica da obesidade. **Revista de Nutrição**, v. 17, n. 5, p. 523-533, 2004.
- POLL, F. A., et al. Impact of intervention on nutritional status, consumption of processed foods, and quality of life of adolescents with excess weight. **Jornal de Pediatria**, v. 96, n. 5, p. 621-629, 2020.
- PONTES, A. G., et al. Resistência à Insulina em Mulheres com Síndrome dos Ovários Policísticos: Relação com as Variáveis Antropométricas e Bioquímicas. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**, v. 34, n. 2, p. 74-80, 2012.
- ROMANO, L. G. M., et al. Anormalidades metabólicas em mulheres com síndrome dos ovários policísticos: obesas e não obesas. Rev Bras Ginecol Obstet, v. 33, n. 6, p. 310-316, 2011.
- SANTANA, L. F., et al. Tratamento da infertilidade em mulheres com síndrome dos ovários policísticos. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**, v. 30, n. 4, p. 201-209, 2008.
- SANTOS, R. M. A., et al. As alterações bioquímicas na síndrome dos ovários policísticos: uma breve revisão. **Brazilian Journal Health Review**, v. 4, n. 11, p. 772-785, 2021.

SILVA, D. E. A. Prevalência de desordens metabólicas na síndrome dos ovários policísticos. **Revista Brasileira de Obesidade, Nutrição e Emagrecimento**, v. 7, n. 41, p. 105-114, 2013.

SKRAPARI, I., et al. Baroreflex function: determinants in healthy subjects and disturbances in diabetes, obesity and metabolic syndrome. **Curr Diabetes Rev.**, v. 2, n. 3, p. 329-338, 2006.

SOUSA, R. M. L., et al. O Perfil metabólico em mulheres de diferentes índices de massa corporal com síndrome dos ovários policísticos. **Rev Bras Ginecol Obstet.**, v. 35, n. 9, p. 413-420, 2013.

SWINNEN, J. V., et al. Androgens, lipogenesis and prostate cancer. **J Steroid Biochem Mol Biol.**, v. 92, n. 4, p. 273-279, 2004.

YILMAZ, M., et al. Levels of lipoprotein and homocysteine in non-obese and obese patients with polycystic ovary syndrome. **Gynecol Endocrinol.**, v. 20, n. 5, p. 258-63, 2005.

OBESIDADE, SUAS COMORBIDADES ASSOCIADAS E SEU IMPACTO ECONÔMICO NO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE BRASILEIRO

OBESITY, ITS ASSOCIATED COMORBIDITIES AND ITS ECONOMIC IMPACT ON THE BRAZILIAN HEALTH SYSTEM

DOI: 10.51859/AMPLLA.PPE2159-9

Bárbara Queiroz de Figueiredo¹
 Bianca Gabrielle Ferreira Morais²
 Karine Felipe Martins³
 Sarah Grace Alves Travasso⁴

¹ Graduanda em Medicina. Centro Universitário de Patos de Minas (UNIPAM)

² Graduanda em Medicina. Centro Universitário de Goiatuba (UNICERRADO)

³ Graduanda em Medicina. Centro Universitário de Goiatuba (UNICERRADO)

⁴ Graduanda em Medicina. Centro Universitário de Goiatuba (UNICERRADO)

RESUMO

A obesidade, doença crônica não transmissível (DCNT) considerada a mais importante desordem nutricional nos países em desenvolvimento e desenvolvidos, devido ao aumento de sua incidência, constitui-se como uma patologia que se associa, frequentemente, devido seu alto fator de risco, à possibilidade de corroborar outras comorbidades metabólicas e sistêmicas, como a hipertensão primária, diabetes mellitus e hipotireoidismo. Aliado a isso, as DCNTs representam uma grande carga para o sistema público de saúde do Brasil, haja vista que são uma das principais causas de morte e de adoecimento da população, e, nesse sentido, devido seus efeitos negativos diretos na saúde, somados aos efeitos indiretos resultantes de doenças crônicas associadas, a obesidade representa uma carga dupla para os sistemas de saúde. Desse modo, perante análise de estimativa dos custos atribuíveis a essa patologia principal, considerando custos de procedimentos ambulatoriais, medicamentos distribuídos pelo SUS para tratamento da doença e solicitação de exames, pode-se auxiliar a subsidiar o aprimoramento e a priorização das políticas de prevenção e enfrentamento das DCNTs, além de fortalecer a defesa de intervenções mais robustas em relação a medidas fiscais e regulatórias, aprimorando a gestão pública de saúde.

Palavras-chave: Obesidade. Doenças não transmissíveis. SUS. Política Pública. Custos.

ABSTRACT

Obesity, a chronic non-communicable disease (NCD) considered the most important nutritional disorder in developing and developed countries, due to the increase in its incidence, constitutes a pathology that is often associated, due to its high risk factor, to the possibility of corroborating other metabolic and systemic comorbidities, such as primary hypertension, diabetes mellitus and hypothyroidism. Allied to this, CNCDs represent a great burden for the public health system in Brazil, given that they are one of the main causes of death and illness in the population, and, in this sense, due to their direct negative effects on health, added to the indirect effects resulting from associated chronic diseases, obesity poses a double burden on health systems. Thus, in view of an analysis of estimated costs attributable to this main pathology, considering the costs of outpatient procedures, drugs distributed by the SUS to treat the disease and request for exams, it can help to subsidize the improvement and prioritization of prevention and fighting CNCDs, in addition to strengthening the defense of more robust interventions in relation to fiscal and regulatory measures, improving public health management.

Keywords: Obesity. Non-communicable diseases. SUS. Public policy. Costs.

1. INTRODUÇÃO

A obesidade consiste em um distúrbio metabólico crônico em que há acúmulo excessivo de gordura corporal que pode desencadear diversas alterações deletérias no funcionamento do organismo. Esse excesso de gordura observado na obesidade pode contribuir, muitas vezes, para um aumento de peso substancial, haja vista que a gordura apresenta maior volume e, conseqüentemente, menor densidade, quando se comparado aos músculos. No entanto, segundo Marques-Lopes *et al.*, (2004) é premente salientar que o elevado peso corporal não é fator determinante para diagnosticar a obesidade, apesar de ser comum que indivíduos que apresentem tal distúrbio tenham grande peso corporal.

Vários estudos têm demonstrado que a obesidade está fortemente associada a um risco maior de desfechos, sejam cardiovasculares, câncer ou mortalidade, bem como aumento da prevalência de diabetes tipo 2 (DM2), doença da vesícula biliar, doença arterial coronariana (DAC), hipertensão arterial sistêmica (HAS), osteoartrose (OA) e de dislipidemia. A obesidade é causa de incapacidade funcional, de redução da qualidade de vida, redução da expectativa de vida e aumento da mortalidade. Condições crônicas, como doença renal, osteoartrose, câncer, DM2, apneia do sono, doença hepática gordurosa não alcoólica, HAS e, mais importante, DCV, estão diretamente relacionadas com incapacidade funcional e com a obesidade. Além disso, muitas dessas comorbidades também estão diretamente associadas à DCV. Muitos estudos epidemiológicos têm confirmado que a perda de peso leva à melhora dessas doenças, reduzindo os fatores de risco e a mortalidade. Assim, a obesidade contribui para o aparecimento ou agravamento de outras doenças tais como hipertensão arterial, diabetes, doença cardiovascular, osteoartrose, gordura no fígado e até mesmo alguns tipos de câncer (OLIVEIRA *et al.*, 2014).

As causas do aumento da obesidade no mundo ainda não estão suficientemente esclarecidas, tendo três hipóteses como objeto de estudos. Dentre elas, destaca-se a possibilidade de populações apresentarem-se geneticamente mais suscetíveis à obesidade; o que, associado a determinados fatores ambientais, potencializariam o evento. Ademais, a segunda hipótese atribui a tendência de ascensão da obesidade em



países desenvolvidos e em desenvolvimento, a rápidos e intensos declínios de dispêndio energético dos indivíduos, que teriam origem no predomínio crescente das ocupações que demandam um menor esforço físico e na redução da atividade física associada ao lazer. Na terceira hipótese, a obesidade resultaria de uma desnutrição energético-proteica precoce, ou seja, a obesidade ocorreria como uma seqüela da desnutrição, ou seja, o mecanismo de desenvolvimento da obesidade seria desencadeado a partir da desnutrição, ou seja, a restrição energética-proteica ocasionaria uma modificação na regulação do sistema nervoso central no sentido de facilitar prioritariamente o acúmulo de gordura corporal (PINHEIRO et al., 2004).

Desse modo, este estudo justifica-se pelo fato de que as doenças crônicas não transmissíveis (DCNTs) são a principal causa de morte e de adoecimento no mundo, tendo as dietas inadequadas entre seus maiores fatores de risco, além de representarem uma grande carga para os sistemas de saúde, sociedades e economias nacionais, devido a seu crescente custo, pois além de furta-los anos de vida, a obesidade consome boa parte dos recursos destinados à saúde. Dessa forma, o presente estudo tem por meta aumentar a sensibilidade para a gestão pública, bem como permitir comparações nacionais dos custos da obesidade e das comorbidades corroboradas por ela, podendo, assim, indicar estruturas de utilização de recursos mais favoráveis.

2. METODOLOGIA

Trata-se de uma pesquisa descritiva do tipo revisão integrativa da literatura, que buscou responder quais as evidências sobre a relação da obesidade com outras comorbidades, bem como o custo dessa doença para a saúde pública do Brasil. A pesquisa foi realizada através do acesso online nas bases de dados *National Library of Medicine* (PubMed MEDLINE), *Scientific Electronic Library Online* (SciELO), *Cochrane Database of Systematic Reviews* (CDSR), *Google Scholar*, *Biblioteca Virtual em Saúde* (BVS) e *EBSCO Information Services*, nos meses de abril a junho de 2021.

Para a busca das obras foram utilizadas as palavras-chaves presentes nos descritores em Ciências da Saúde (DeCS): em inglês: “*obesity, noncommunicable diseases, diabetes mellitus, hypertension, metabolic syndrome, sus, public policy, costs*”, em português: “*obesidade, doenças não transmissíveis, diabetes mellitus, hipertensão,*



síndrome metabólica, sus, política pública, custos”, e em espanhol: *obesidad, enfermedades no transmisibles, diabetes mellitus, hipertensión, síndrome metabólico, sus, políticas públicas, costos*”. Como critérios de inclusão, foram considerados artigos originais, que abordassem o tema pesquisado e permitissem acesso integral ao conteúdo do estudo, publicados no período de 1995 a 2021, em inglês, espanhol e português. O critério de exclusão foi imposto naqueles trabalhos que não estavam em inglês ou português, que não tinham passado por processo de Peer-View e que não relacionassem a relação da obesidade com outras comorbidades, bem como o custo dessa doença para a saúde pública do Brasil.

A estratégia de seleção dos artigos seguiu as seguintes etapas: busca nas bases de dados selecionadas; leitura dos títulos de todos os artigos encontrados e exclusão daqueles que não abordavam o assunto; leitura crítica dos resumos dos artigos e leitura na íntegra dos artigos selecionados nas etapas anteriores. Após leitura criteriosa das publicações, 6 artigos não foram utilizados devido aos critérios de exclusão. Assim, totalizaram-se 23 artigos científicos para a revisão integrativa da literatura, com os descritores apresentados acima.

3. REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

3.1. OBESIDADE: ETIOLOGIA, CRITÉRIOS DIAGNÓSTICOS E CONDICIONANTES

A obesidade, embora tenha apenas uma definição, não é um distúrbio homogêneo, isto é, ela apresenta diversas categorizações que se mostram de suma importância, haja vista que quanto maior o acúmulo de gordura corporal, maiores são os riscos para outros distúrbios, como a hipertensão arterial, diabetes mellitus tipo 2 e doenças cardiovasculares. Tais categorizações variam de acordo com o método diagnóstico da doença, sendo que, hoje, as classificações mais utilizadas levam em consideração o Índice de Massa Corporal proposto pela Organização Mundial de Saúde (OMS), que divide a obesidade em grau I (30 a 34,9kg/m²), grau II (35 a 39,9kg/m²) e obesidade grau III (40kg/m² ou mais). Outra classificação também expressivamente considerada e que também se vale do IMC é a utilizada pela Sociedade Americana de Cirurgia Bariátrica. Nessa classificação, a obesidade é categorizada em obesidade leve (30 a 34,9kg/m²), moderada (35 a 39,9kg/m²), obesidade mórbida (40 a 49,9kg/m²),



superobesidade (50 a 59,9kg/m²) e super-superobesidade (60kg/m² ou mais) (BECK et al., 2018).

É importante salientar que as classificações, além de se alterarem de acordo como o método diagnóstico, também se alteram de acordo com a etapa de vida. Na infância e adolescência, a obesidade é analisada por meio dos percentis ou scores estruturados pela OMS, já na idade adulta segue-se as classificações expostas primariamente. Na velhice, segundo Freitas *et al.*, (2018), a classificação também é realizada por meio do IMC, porém, os valores de referência são diferentes, sendo a pessoa idosa considerada obesa quando seu IMC é igual ou superior a 27kg/m². Além da categorização de acordo com a quantidade de acúmulo de gordura corporal, a obesidade também apresenta diferenciações no que tange aos seus fatores condicionantes. Sob esse contexto, é de suma importância destacar que a obesidade é multifatorial, podendo estar atrelada a quesitos biológicos (genética e metabolismo) e neuroendócrinos, aspectos socioculturais e psíquicos.

Ademais, os fatores genéticos, também associados ao metabolismo, podem ser condicionantes da obesidade, isso porque, de acordo com Marques-Lopes, *et al.*, (2004), os genes intervêm na manutenção de peso e gordura corporal estáveis ao longo do tempo, através da sua participação no controle de vias eferentes (leptina, nutrientes, sinais nervosos, entre outros), de mecanismos centrais (neurotransmissores hipotalâmicos) e de vias aferentes (insulina, catecolaminas, sistema nervoso autônomo). Assim, o balanço energético, do qual participam a energia ingerida e a energia gasta, parece depender cerca de 40% da herança genética, podendo afetar ambas as partes da equação energética (apetite e gasto). Os progressos científicos indicam que existe uma base genética transmissível, implicada na manutenção de um peso corporal estável, através dos seguintes mecanismos: no controle de peptídeos e monoaminas implicados na regulação do apetite; nas variações do metabolismo basal, no efeito termogênico dos alimentos ou na atividade física espontânea e na regulação da utilização metabólica dos nutrientes energéticos, para suprir as necessidades do organismo.

Logo, por interferir no balanço entre a energia inserida (potencial em aumentar o apetite) e a energia gasta (reduzir o metabolismo), a genética pode ter efeito direto sobre a obesidade, no entanto é importante destacar que tal condicionante não é necessariamente observado em todos os casos de obesidade. Além disso, o controle



neuro-hormonal do organismo também é um importante condicionante para a obesidade, haja vista que o sistema nervoso e as glândulas endócrinas atuam de forma sinérgica, agindo, por exemplo, na regulação taxa metabólica basal, nos centros responsáveis pela saciedade e fome, contribuindo de modo geral com o balanço energético (GOUVEA et al. 2013).

Sob esse cenário, é necessário evidenciar dois importantes hormônios, quais sejam, a leptina e a grelina, que, de acordo com Koeppen, *et al.*, (2020), atuam de maneira antagônica, ou seja, quando há aumento da leptina e diminuição da grelina ocorre perda de peso, e quando há diminuição da leptina e aumento da grelina ocorre ganho de peso. Esse equilíbrio entre esses dois hormônios pode se alterar quando há níveis séricos muito elevados de leptina; o que desencadeia tanto resistência do organismo à leptina quanto à grelina, em que o balanço energético fica comprometido e desencadeia a obesidade.

Hodiernamente, a obesidade também apresenta laços estreitos com os aspectos socioculturais, corroborado às transformações tecnológicas, sobretudo da segunda e terceira revoluções industriais, que além de reestruturarem o modo de viver das populações também teve importante repercussão no que diz respeito aos hábitos alimentares e as práticas de atividades e exercícios físicos. As melhorias tecnológicas otimizaram a produção da grande indústria alimentícia, no entanto esse fato não se traduziu necessariamente em melhoria na qualidade do alimento, isso porque passou-se a utilizar adoçantes e gordura, principalmente do tipo trans, que não apenas deixaram os alimentos palatáveis, mas também hipercalóricos. Ademais, a dinâmica alimentar também foi alterada, de modo que as refeições proporcionadas pelos “fast-foods” passaram a ser mais procuradas como uma maneira de otimização do tempo gasto durante o preparo das refeições. Da mesma forma, o modo de trabalhar foi igualmente alterado, contando menos com a força bruta e exercícios físicos. Tais fatores, intimamente enraizados nos aspectos socioculturais têm sido os principais contribuintes para a obesidade atualmente. O psiquismo, também tem papel importante na obesidade, haja vista que distúrbios psicológicos e/ou psicológicos podem estimular compulsão alimentar.

No que tange às práticas físicas, de acordo com Wanderley *et al.*, (2010), a dinâmica também foi alterada, uma vez que as novas tecnologias, como a televisão, os



computadores e os celulares, por exemplo, permitiram momentos de lazer mais sedentários e atrativos. Da mesma forma, o modo de trabalhar foi igualmente alterado, contando menos com a força bruta e exercícios físicos. Tais fatores, intimamente enraizados nos aspectos socioculturais têm sido os principais contribuintes para a obesidade atualmente. O psiquismo, também tem papel importante na obesidade, haja vista que distúrbios psicológicos e/ou psicológicos podem estimular compulsão alimentar. Além das suas categorizações e condicionantes, é igualmente importante salientar a existência de múltiplos métodos diagnósticos para a obesidade, sendo os principais o IMC, a dobra cutânea, a relação circunferência abdominal/quadril e ultrassonografia.

O IMC, de acordo com Anjos (2006), sofreu algumas alterações na segunda década do século XX e passou a ser adotado pela OMS, dada a sua praticidade tanto à sua aplicabilidade quanto a sua economicidade. Esse índice é obtido por meio de uma equação em que o peso da pessoa em quilograma é dividido pelo quadrado da altura em metros, e além de conseguir diagnosticar a obesidade, também é um importante medidor de sobrepeso e desnutrição. Porém, apesar de sua simplicidade, esse índice pode proporcionar resultados equivocados, haja vista que em indivíduos com elevada massa muscular, esse índice pode diagnosticá-los erroneamente como obesos, haja vista que ele não é capaz de distinguir massa magra e gordura. A classificação da obesidade por meio do IMC pode ser evidenciada pelo Quadro 1.

Quadro 1: Classificação IMC em adultos.

IMC	Classificação
< 18,5kg/m ²	Baixo peso
18,5 e 24,9kg/m ²	Normal
25 e 29,9kg/m ²	Sobrepeso
30 e 34,9kg/m ²	Obesidade Grau I
35 e 39,9kg/m ²	Obesidade Grau II
> 40 kg/m ²	Obesidade Grau III

Fonte: Anjos, 2003.

A dobra cutânea também é um importante modo de se diagnosticar a obesidade. Para medi-la é preciso utilizar um adipômetro ou compasso (equipamento que mede a dobra de pele e a camada interna de gordura). Pode-se avaliar sete dobras cutâneas, sendo elas a tríceps, subescapular, bíceps, axilar média, torácica, supra-íliaca,

supraespinal, coxa e panturrilha medial (SOUZA et al., 2014). É necessário fazer pelo menos três medições em dobras alternadas. Posteriormente, a medida da dobra é inserida em fórmulas que computam a densidade corporal (fórmula de Jackson e Pollok) ou o percentual de gordura (Slaughter). Para a classificação da porcentagem de gordura é preciso levar em consideração as diferenças entre os sexos feminino e masculino (KJELDTSEN et al., 2002).

Na razão da cintura/quadril é utilizada uma fita métrica para medir primeiro o ponto médio entre a crista ilíaca e o rebordo da última costela, bem como para medir o quadril (parte da protuberância posterior dos glúteos). Após colher as medidas, é feita uma relação entre as medidas, ou seja, medida da cintura em centímetros/medida do quadril em centímetros. De acordo com Ribeiro *et al.*, (2018), os valores obtidos indicam a distribuição de gordura corporal (quanto mais centralizada a gordura, maior é o índice e maior relação com a obesidade) e correlaciona com os riscos de saúde (Quadro 2). É importante salientar que esse método não é eficiente na avaliação da gordura visceral.

Quadro 2: Razão cintura/quadril e riscos de saúde

Sexo	Idade	Risco para a saúde			
		Baixo	Moderado risco	Alto risco	Muito Alto
Mulheres	20 a 29	< 0,71	0,71 a 0,77	0,78 a 0,82	> 0,82
	30 a 39	< 0,72	0,72 a 0,78	0,79 a 0,84	> 0,84
	40 a 49	< 0,73	0,73 a 0,79	0,80 a 0,87	> 0,87
	50 a 59	< 0,74	0,74 a 0,81	0,82 a 0,88	> 0,88
	60 a 69	< 0,76	0,76 a 0,83	0,84 a 0,90	> 0,90
Homens	20 a 29	< 0,83	0,83 a 0,88	0,89 a 0,94	> 0,94
	30 a 39	< 0,84	0,84 a 0,91	0,92 a 0,96	> 0,96
	40 a 49	< 0,88	0,88 a 0,95	0,96 a 1	> 1
	50 a 59	< 0,90	0,90 a 0,96	0,97 a 1,02	> 1,02
	60 a 69	< 0,91	0,91 a 0,98	0,99 a 1,03	> 1,03

Fonte: Ribeiro et al., 2018

A ultrassonografia tem como inconveniente seu elevado custo e a necessidade de um técnico capacitado para realizá-la. Apesar desse fato, segundo Gouvea *et al.*, (2013), esse exame permite um bom diagnóstico para a obesidade, haja vista que por meio dele é possível analisar não apenas a gordura subcutânea, mas também a gordura visceral.



3.2. ASSOCIAÇÃO ENTRE DOENÇAS METABÓLICAS E OBESIDADE

A obesidade é um grande problema devido ao alto número de indivíduos acometidos, além da associação com graves comorbidades (MARIE *et al.*, 2014). Contém uma relação entre obesidade e hábitos alimentares com fatores de risco metabólicos para a doença cardíaca, que acontece por causa da associação dos valores altos de triglicerídeos, glicemia e colesterol total com o elevado índice de comichão. (GHOSH *et al.*, 2003), sendo essa associação explicada pela relação entre cortisol, insulina e tecido adiposo, que, por sua vez, secreta substâncias como leptina, Fator Necrose Tumoral Alfa (TNF- α), que são atuantes e participativos em vários processos metabólicos, entre eles, a resistência à insulina. Assim, como a pessoa obesa tem uma maior quantidade de tecido adiposo, há um aumento da resistência insulínica, que pode corroborar, principalmente, na instalação do diabetes *mellitus* tipo 2 e outras graves comorbidades (PEREIRA *et al.*, 2020).

A hiperinsulinemia nos indivíduos obesos pode ocasionar alterações na pressão sanguínea, por meio do aumento do aumento da retenção do sódio e de alteração no transporte de eletrólitos, além da notória síndrome metabólica gerada pela resistência à insulina, que, inclusive, pode ser devida a maior ingestão de lipídeos, que é comum nos pacientes obesos. Assim, com essa elevada quantidade de lipídios, há um aumento na taxa de lipólise, com um excesso de ácidos graxos livres, ocasionando uma maior oxidação (HEGARTY *et al.*, 2002). Sob essas condições, o corpo iria preferir utilizar os ácidos graxos livres, devido sua maior disponibilidade, o que diminuiria a via de glicogênio, e, dessa maneira, o glicogênio muscular e hepático faria um feedback negativo no glicogênio-sintetase e na glicose armazenada, o que levaria em uma maior resistência periférica de insulina (FELBER *et al.*, 1995).

Haja vista que o diabetes *mellitus* tipo 2 é causado principalmente pela resistência à insulina, e que a obesidade é um dos principais fatores ambientais que causa a intolerância à glicose, é notório que a hiperglicemia pode ocasionar falência de vários órgãos, como o coração, rins e olhos, gerando, dessa forma, um grande dano na capacidade funcional do indivíduo e em sua qualidade de vida (COSTA *et al.*, 2017). Além disso, a obesidade visceral resulta na hipertrofia ventricular esquerda, que é um fator de risco cardiovascular decorrente da grande sobrecarga volumétrica e distúrbios



metabólicos (BLAKE *et al.*, 1990). Ademais, os obesos geralmente apresentam distúrbios do sono e eventos apneicos, o que pode acarretar em uma atividade simpática exacerbada, devido os despertares noturnos (ROSA *et al.*, 2005).

3.3. ESTIMATIVA DE CUSTOS DA OBESIDADE E COMORBIDADES ASSOCIADAS PARA O SUS

Segundo análise de Nilson *et al.*, 2019, os custos totais de hipertensão, diabetes e obesidade no SUS alcançaram 3,45 bilhões de reais em 2018, ou seja, mais de 890 milhões de dólares. Desses custos, 59% foram referentes ao tratamento da hipertensão, 30% ao do diabetes e 11% ao da obesidade. No total, 72% dos custos foram com indivíduos de 30 a 69 anos de idade e 56%, com mulheres. Considerando separadamente a obesidade como fator de risco para hipertensão e diabetes, os custos atribuíveis a essa doença chegaram a R\$ 1,42 bilhão, ou seja, 41% dos custos totais. Além disso, o gasto com casos de câncer relacionados à obesidade entre adultos ficou em R\$ 1,4 bilhão do total de 3,5 bilhões aplicados em 2018 pelo governo federal no tratamento da doença na rede do Sistema Único de Saúde (SUS).

Entre os custos diretos da obesidade estão maiores despesas médicas e implicações no mercado de trabalho, mas os custos indiretos podem ser ainda mais significativos, segundo o estudo. Pesquisadores de todo o mundo apontam, por exemplo, um maior consumo geral de alimentos, com impacto negativo sobre as emissões de gases de efeito estufa (mais animais produtores de metano, mais embalagens plásticas, mais transporte para levar as mercadorias aos supermercados (OLIVEIRA *et al.*, 2014). Assim, nota-se que o excesso de peso está associado a uma série de doenças crônicas, incluindo diabetes, doenças cardiovasculares e câncer, reduzindo em 2,7 anos, em média, a expectativa de vida nos países da Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Econômico (OCDE). Segundo o estudo, nos próximos 30 anos 8,4% do orçamento de saúde dos países da organização serão destinados a tratar as consequências do excesso de peso, uma vez que os afetados necessitam de serviços de saúde com maior frequência e para tratamentos mais complicados e dispendiosos (GUH *et al.*, 2009).

A obesidade reduz, ainda, as oportunidades de emprego e a produtividade dos trabalhadores, haja vista que o impacto pode ser quantificado como equivalente a uma



redução da mão de obra de 54 milhões de pessoas por ano na OCDE, na União Europeia, no G20 e em determinados países parceiros. Além disso, aponta-se um maior consumo geral de alimentos, com impacto negativo sobre as emissões de gases de efeito estufa, devido ao maior número de animais produtores de metano, embalagens plásticas e transporte para levar as mercadorias aos supermercados (SIQUEIRA *et al.*, 2017).

4. CONSIDERAÇÕES FINAIS

É notório que a fisiopatologia da obesidade corrobora comorbidades posteriores, como a HAS, diabetes mellitus, distúrbios tireoidianos e dislipidemias. Aliado a isso, as DCNTs representam uma grande carga para o sistema público de saúde do Brasil, haja vista que são uma das principais causas de morte e de adoecimento da população, e, nesse sentido, devido seus efeitos negativos diretos na saúde, somados aos efeitos indiretos resultantes de doenças crônicas associadas, a obesidade representa uma carga dupla para os sistemas de saúde.

Dessa maneira, o conhecimento acerca dos custos atribuíveis a doenças pode subsidiar o aprimoramento e a priorização das políticas de prevenção e enfrentamento das DCNTs, além de fortalecer a defesa de intervenções mais robustas para prevenção dessas doenças, inclusive medidas fiscais e regulatórias, assim, agregar a obesidade a essas comorbidades permite uma estimativa mais completa do impacto econômico da obesidade no SUS. Portanto, é de suma importância que estudos posteriores abranjam a temática, principalmente com o intuito de aumentar a sensibilidade para a gestão pública, revelar as áreas com maiores despesas e ajudar na identificação das áreas que requerem mais intervenções e medidas preventivas contra a obesidade.

REFERÊNCIAS

- ANJOS, L. A. **Avaliação antropométrica e da composição corporal**. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, p. 100, 2006.
- BECK, B. D., et al. **Avaliação nutricional**. Porto Alegre: SAGAH, p. 241, 2018.
- BLAKE, J., et al. Relation of obesity, high sodium intake, and eccentric left ventricular hypertrophy to left ventricular exercise dysfunction in essential hypertension. **The American journal of medicine**, v. 88, n. 5, p. 477-485, 1990.



COSTA, A. F., et al. Carga do diabetes mellitus tipo 2 no Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 33, 2017.

FELBER, J. P., et al. Regulation of nutrient metabolism and energy expenditure. **Metabolism**, v. 44, p. 4-9, 1995

FREITAS, E. V., et al. **Tratado de geriatria e gerontologia**. 4. ed., Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, p. 1638, 2018.

GHOSH, A., et al. Association of food patterns, central obesity measures and metabolic risk factors for coronary heart disease (CHD) in middle aged Bengalee Hindu men, Calcutta, India. **Asia Pacific journal of clinical nutrition**, v. 12, n. 2, 2003.

GOUVEA, H. R., et al. Validação da ultrassonografia para a avaliação da gordura abdominal visceral em obesos clinicamente graves. **Arq. Bras. Cir. Dig.** São Paulo, v. 26, n. 1, p. 43-46, 2013.

GUH, D. P., et al. The incidence of co-morbidities related to obesity and overweight: A systematic review and meta-analysis. **BMC Public Health**, v. 88, n. 9, 2009.

HEGARTY, B. D., et al. Increased efficiency of fatty acid uptake contributes to lipid accumulation in skeletal muscle of high fat-fed insulin-resistant rats. **Diabetes**, v. 51, n. 5, p. 1477-1484, 2002.

KJELDSEN, S. E., et al. Effects of losartan on cardiovascular morbidity and mortality in patients with isolated systolic hypertension and left ventricular hypertrophy: a Losartan Intervention for Endpoint Reduction (LIFE) substudy. **Jama**, v. 288, n. 12, p. 1491-1498, 2002.

KOEPPEN, B. M., et al. **Berne e Levy - Fisiologia**. 7. ed., Rio de Janeiro: GEN | Grupo Editorial Nacional S.A. Publicado pelo selo Editora Guanabara Koogan Ltda., p. 829, 2020,

MARQUES-LOPES, I., et al. Aspectos genéticos da obesidade. **Revista de Nutrição**, Campinas, v. 17, n. 3, p. 327-338, 2004.

MARIE, N. G., et al. Global, regional, and national prevalence of overweight and obesity in children and adults during 1980–2013: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2013. **The Lancet**, v. 384, n. 9945, p. 766-781, 2014.

NILSON, E. A. F., et al. Custos atribuíveis à obesidade, hipertensão e diabetes no Sistema Único de Saúde, Brasil, 2018. **Revista Panamericana de Salud Publica**, v. 44, n. 32, 7 p., 2019.

OLIVEIRA, M. L., et al. Bases metodológicas para estudos de custos da doença no Brasil. **Rev Nutr.**, v. 27, n. 5, p. 585-595, 2014.



PEREIRA, L. O., et al. Obesidade: hábitos nutricionais, sedentarismo e resistência à insulina. **Arq Bras Endocrinol Metabol**, v. 47, n. 2, p. 111-127, 2003.

PINHEIRO, A. R. O., et al. Uma abordagem epidemiológica da obesidade. **Revista Nutrição**, v. 17, n. 4, p. 523-533, 2004.

RIBEIRO, S. M. L., et al. **Avaliação nutricional: teoria e prática**. 2. ed., Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 340 p., 2018.

ROSA, E. C., et al. Obesidade visceral, hipertensão arterial e risco cárdio-renal: uma revisão. **Arq Bras Endocrinol Metabol**, v. 49, n. 2, p. 196-204, 2005.

SIQUEIRA, A. S. E., et al. Análise do impacto econômico das doenças cardiovasculares nos últimos cinco anos no Brasil. **Arq. Bras. Cardiol.**, São Paulo, v. 109, n. 1, p. 39-46, 2017.

SOUZA, R. G. M., et al. Métodos de análise da composição corporal em adultos obesos. **Revista de Nutrição**, Campinas, v. 27, n. 5, p. 569-583, 2014.

WANDERLEY, E. N., et al. Obesidade: uma perspectiva plural. **Ciência Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 1, p. 185-194, janeiro, 2010.



CONSEQUÊNCIAS DO DÉFICIT DE VITAMINA B12 EM PESSOAS COM ESTILO DE VIDA VEGETARIANO

CONSEQUENCES OF VITAMIN B12 DEFICIENCY IN PEOPLE WITH A VEGETARIAN LIFESTYLE

DOI: 10.51859/AMPLLA.PPE2159-10

Junior de Jesus Guimarães¹
Sara Figueiredo da Silva e Silva²
Leisiane Karolaine Santos³
Rodrigo Nunes Cardoso⁴
Renata de Santana Silva⁵
Lucas Siqueira dos Santos⁶

¹ Graduando do curso bacharel em enfermagem. Universidade Tiradentes – UNIT-SE

² Graduanda do curso bacharel em enfermagem. Universidade Tiradentes – UNIT-SE

³ Enfermeira, pós-graduanda em nefrologia. Centro Universitário Estácio de Sá – Estácio

⁴ Enfermeiro, pós-graduando em Saúde Pública. Universidade Tiradentes – UNIT-SE

⁵ Enfermeira, pós-graduando em Saúde Pública. Universidade Tiradentes – UNIT-SE

⁶ Graduando do curso bacharel em enfermagem. Universidade Tiradentes – UNIT-SE

RESUMO

A vitamina B12, também chamada de cianocobalamina ou cobalamina age na manutenção do funcionamento de diversas regiões do corpo. Essa vitamina é sintetizada no próprio organismo humano por diversas bactérias intestinais, assim a melhor fonte de absorção dessa vitamina está na alimentação de origem animal, o que torna os seres humanos dependentes da dieta para sua obtenção. A não ingestão de carne pode ocasionar deficiência da vitamina B12, na qual paralelamente diversas vias metabólicas são afetadas, causando uma variedade de sinais e sintomas. Esse estudo teve como objetivo conhecer como a deficiência da vitamina B12 afeta os indivíduos que adotam a dieta vegetariana. Trata-se de uma revisão integrativa da literatura, de natureza qualitativa. Realizada através do levantamento de dados nas bases Scielo, Medline, PubMed e Biblioteca Virtual em Saúde. Incluíram-se artigos sobre deficiência de vitamina B12 em indivíduos com dieta vegetariana opcional, sem doenças pregressas que justificassem a deficiência da vitamina. Em português, inglês e espanhol. De recorte temporal de 2015-2020. No estudo realizado por Allende, Díaz, Agüero (2017, p.219) "os vegetarianos apresentam maior risco de carência de vitamina B12 do que onívoros. As frequências de deficiência entre os vegetarianos são de 62% em gestantes, 25% -86% em crianças, 21% -41% em adolescentes e 11% -90% nos idosos". Diante disso, na deficiência de vitamina B12 as principais complicações encontradas são as hematológicas, neurológicas e cutâneo-mucosas. Almeja-se com esse trabalho difundir os conhecimentos a respeito dos perigos de aderir uma dieta vegetariana, sem dispor de acompanhamento nutricional.

Palavras-chave: Vitamina B12. Vegetarianismo. Complicações.

ABSTRACT

Vitamin B12, also called cyanocobalamin or cobalamin, acts in the maintenance of the functioning of several regions of the body. This vitamin is synthesized in the human body by several intestinal bacteria, so the best source of absorption of this vitamin is in animal food, which makes humans dependent on the diet to obtain it. Not eating meat can cause vitamin B12 deficiency, in which several metabolic pathways are affected in parallel, causing a variety of signs and symptoms. This study aimed to understand how vitamin B12 deficiency affects individuals who adopt a vegetarian diet. This is an integrative review of literature, qualitative in nature. It was carried out through data collection in Scielo, Medline, PubMed and Virtual Health Library. We included articles on vitamin B12 deficiency in individuals on an optional vegetarian diet, without previous diseases that could justify the vitamin deficiency. In Portuguese, English and Spanish. With a time frame of 2015-2020. In the study by Allende, Díaz, Agüero (2017, p.219) "vegetarians have a higher risk of vitamin B12 deficiency than omnivores. Deficiency frequencies among vegetarians are 62% in pregnant women, 25% -86% in children, 21% -41% in adolescents, and 11% -90% in the elderly." Therefore, the main complications found in vitamin B12 deficiency are hematological, neurological, and cutaneous-mucosal. The aim of this work is to spread knowledge about the dangers of adhering to a vegetarian diet without having nutritional monitoring.

Keywords: Vitamin B12. Vegetarianism. Complications.

1. INTRODUÇÃO

Atualmente as pessoas vêm aderindo à dieta vegetariana, inúmeros motivos influenciam essa decisão. Como por exemplo, motivação religiosa, anatômica e fisiológica, espiritual, ética, saúde, ecológica e econômica (NORONHA et. Al 2017) A dieta vegetariana é definida classicamente, como aquela que não contém carne, possuindo ou não, ovos e laticínios. (CAMPOS, CHEAVEGATTI, 2017). A insuficiência da ingestão de carne pode levar a deficiência da vitamina B 12 podendo acometer paralelamente em diversas vias metabólicas, causando uma variedade de sinais e sintomas. (SILVA, PASSOS, MAIA, 2019).

A vitamina B12, também chamada de cianocobalamina ou cobalamina é uma importante substância que age na manutenção do funcionamento de praticamente todas as regiões do corpo. Essa vitamina é sintetizada no próprio organismo humano por diversas bactérias intestinais, contudo a síntese ocorre em sítios distantes do local de absorção, desse modo o aproveitamento da vitamina é mínimo. Assim a melhor fonte de absorção dessa vitamina está na alimentação de origem animal, o que torna os seres humanos dependentes da dieta para sua obtenção (RÍOS-FLORES; LÓPEZ-GUTIÉRREZ, 2017).

A cobalamina age contribuindo para o processo de formação das células sanguíneas, especialmente na maturação dos glóbulos vermelhos e agindo no metabolismo neuronal, formando neurotransmissores, bainha de mielina e obtendo energia, dessa forma ela é responsável por auxiliar na melhora do condicionamento físico dos seres humanos, ela também é importante para desenvolver duas funções cruciais: quando está na forma de metilcobalamina, atua como coenzima na metilação da homocisteína para metionina no citoplasma da célula. Este passo metabólico é importante para a síntese de DNA. Na forma de 5- desoxiadenosil cobalamina, atua como coenzima na conversão da L-metilmalonil Coenzima A para succinil coenzima A na mitocôndria (SILVA, PASSOS, MAIA, 2019).

Assim, o presente estudo teve como objetivo avaliar qualitativamente como a deficiência da vitamina B12 afeta os indivíduos que adotam a dieta vegetariana. E como objetivos específicos: Descrever as manifestações clínicas da deficiência da vitamina

B12; Destacar a importância do consumo regular da vitamina B12; Analisar como a deficiência da vitamina B12 gera alterações no organismo.

2. OBJETIVOS

2.1. OBJETIVO GERAL

Conhecer como a deficiência da vitamina B12 afeta os indivíduos que adotam a dieta vegetariana.

2.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

Descrever as manifestações clínicas da deficiência de vitamina B12.

Destacar a importância do consumo regular da vit. B12.

Analisar como a deficiência da vit. B12 gera alterações no organismo.

3. METODOLOGIA

Trata-se de uma revisão integrativa da literatura, de natureza qualitativa. Realizada através do levantamento de dados sobre o tema proposto, por meio das bases de dados Scientific Electronic Library Online (SciELO), Medline, PubMed e Biblioteca Virtual em Saúde (BVS). Foram utilizadas como palavras-chave vitamina B12, vegetarianismo, complicações. A pesquisa inclui artigos relacionados à deficiência de vitamina B12 em indivíduos com dieta vegetariana opcional, sem histórico de doenças pregressas que justificassem a deficiência da vitamina, escritos em português, inglês e espanhol. Utilizou-se como critério de exclusão os artigos que apresentavam casos com pacientes acima de 60 anos e os que não estavam dentro do corte temporal realizado (2017-2021).

4. REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

A vitamina B12 é um micronutriente essencial à saúde humana, sendo primordial às células do organismo, por participar em diversas atividades enzimáticas. (SILVA, PASSOS, MAIA, 2019) Também conhecida como cobalamina, a vitamina B12 age como um cofator das enzimas metionina sintase, atuando na transformação de homocisteína (Hcy) em metionina e metilmalonil-CoA mutase, que produz succinil-CoA a partir de

metilmalonil-CoA, a forma ativa de ácido metilmalônico (MMA). Este processo metabólico é muito importante para a síntese de DNA, eritropoiese e produção de neurotransmissores (GALLEGO-NARBÓN et al, 2019). Deste modo, a deficiência de B12 pode afetar sincronicamente inúmeras vias metabólicas, ocasionando uma diversidade de sinais e sintomas. A reserva corporal de vitamina B12 é de 2 a 5 mg em adultos, sendo que 80% dessa reserva estão no fígado (SILVA, PASSOS, MAIA, 2019).

A síntese da cobalamina é feita exclusivamente por microrganismos, e por esta razão ela é encontrada apenas em alimentos fermentados por bactérias ou contaminados por elas (SILVA, PASSOS, MAIA, 2019). Podendo também ser ingerida através dos alimentos de origem animal, os quais ingerem a vitamina através do pasto, onde estão presentes as bactérias sintetizadoras (GARCIA-MALDONADO, GALLEGO-NARBON, VAQUERO, 2019). Sendo a cobalamina um nutriente fundamental que advém essencialmente de alimentos de origem animal e derivados, a carne vermelha é a que oferta em maiores quantidades a vitamina, em contrapartida os vegetais de folhas verdes que apresentam um conteúdo reduzido de cobalamina devido a forma inativa se fazer presente neles (RACIOPPI, VILLAMAYOR, SERRANO, 2017). Somente poucas variedades de algas e fungos dispõem de vitamina B12 e, conseqüentemente a ingestão em vegetarianos pode ser insuficiente.

Apesar das dietas vegetarianas serem associadas a alguns benefícios à saúde, a pequena biodisponibilidade de certos micronutrientes em alimentos vegetais pode propiciar a manifestação de déficits nutricionais (GARCIA-MALDONADO, GALLEGO-NARBON, VAQUERO, 2019). Considerando que as formas ativas da vitamina B12 não são encontradas em alimentos vegetais (exceto contaminação ou fortificação), e mesmo que estas estejam presentes na dieta ovolactovegetariana, que inclui o consumo de ovos e leite, existe um risco elevado de sofrer esta deficiência (MARTÍNEZ, ROS, NIETO, 2019). O principal problema com essas dietas está na restrição de certos alimentos ou grupos de alimentos específicos, conseqüentemente deixando poucas opções disponíveis para a obtenção de todos os nutrientes essenciais, tornando mais difícil evitar deficiências nutricionais (MARTÍNEZ, ROS, NIETO, 2019).

Segundo o estudo realizado por Allende, Díaz, Agüero (2017, p.219) “os vegetarianos apresentam maior risco de carência de vitamina B12 do que onívoros. As frequências de deficiência entre os vegetarianos são de 62% em gestantes, 25% -86%



em crianças, 21% -41% em adolescentes e 11% -90% nos idosos”. Diante disso, na deficiência de vitamina B12 as principais complicações encontradas são de ordens hematológicas, neurológicas e cutâneo-mucosas (ALLENDE, DÍAZ, AGÜERO, 2017). No trabalho desenvolvido por Bomfim, Morgado, Bueno (2018) é ressaltada a importância da vitamina B12 ou também chamada de cobalamina no crescimento estrutural e desenvolvimento neuronal, sendo o principal déficit nutricional na dieta vegana.

4.1. COMPLICAÇÕES DA DEFICIÊNCIA DE VITAMINA B12

A vitamina B12 é fundamental para síntese de ácidos nucleicos, eritrócitos e manutenção da mielina, sua deficiência pode resultar em múltiplos sintomas, nos quais alguns desses sintomas podem ser graves enquanto que outros possam ser irreversíveis. (MARTÍNEZ, ROS, NIETO, 2019) Os sintomas clínicos de maneira geral estão presentes, podendo ser graves ou leves e progressivos. Acontecem modificações bioquímicas, alterações hematológicas, neurológicas e gastrointestinais. Trata-se de uma condição grave que necessita de intervenção médica. Os sintomas hematológicos e neurológicos têm uma relevância clínica superior, já que podem estar associados a distúrbios graves, potencialmente fatais (SILVA, PASSOS, MAIA, 2019).

As alterações hematológicas são a principal consequência perceptível da deficiência de vitamina B12 de acordo com Silva, Passos, Maia (2019). E dentro do aspecto hematológico, se pode evidenciar anemia megaloblástica, e se ocorrer progressão da deficiência pode se observar neutropenia e trombocitopenia (RACIOPPI, VILLAMAYOR, SERRANO, 2017). Segundo Gallego-Narbón et al (2019, p.1) “A anemia megaloblástica é caracterizada por alta taxa do volume corpuscular médio de eritrócitos (VCM) e da hemoglobina corpuscular média (HCM), com baixa contagem de eritrócitos”. Ainda assim, a deficiência de B12 pode ser facilmente confundida com a deficiência de folato. Dado que, em ambas as situações clínicas ocorrem a interferência na síntese normal do DNA (ácido desoxirribonucleico), que resulta em alteração megaloblástica, ocasionando macrocitose. A cobalamina também está envolvida no processo metabólico de eliminação da homocisteína. Os níveis elevados de homocisteína aumentam o risco de doenças cardiovasculares (SILVA, PASSOS, MAIA, 2019).

Os sintomas neurológicos podem ocorrer associados aos hematológicos ou de forma isolada. As manifestações neurológicas compreendem distúrbios sensoriais nas



extremidades (formigamento e dormência), incômodos nos membros inferiores, distúrbios motores, incluindo dano na marcha, alterações cognitivas, que variam de perda de concentração a perda de memória, desorientação e demência fraca, com ou sem alterações do humor (SILVA, PASSOS, MAIA, 2019). De acordo com Silva, Passos, Maia (2019, p.3) “esses transtornos são decorrentes da degeneração combinada dos funículos lateral e posterior da medula espinhal devido a defeito nas bainhas de mielina. Os transtornos gastrointestinais incluem glossite, inapetência, flatulência e constipação”.

Para Cofnas (2018), os bebês em aleitamento materno de mães que são vegetarianas ou veganas, também correm risco para deficiência de B12. Em razão dos níveis de vitamina B12 de uma criança ser amplamente determinados pelos níveis de B12 da mãe. Ainda que uma mãe deficiente possa não manifestar nenhum sintoma hematológico ou neurológico de deficiência de vitamina B12, seu lactente pode desenvolver sintomas precocemente, em torno da terceira semana de vida (MITTAL et al, 2017). As consequências da deficiência de vitamina B12 na infância afetam o desenvolvimento do cérebro e do corpo podendo ser graves e irreversíveis. As possíveis consequências incluem (entre muitas outras) desenvolvimento cognitivo prejudicado, baixo desempenho escolar, depressão, fraqueza, fadiga, danos nos nervos (COFNAS, 2018). Sendo essas consequências frequentemente sutis e difíceis de detectar devido à grande variação no desenvolvimento normal nessa faixa etária (MITTAL et al, 2017).

No estudo realizado por Racioppi, Villamayor, Serrano (2017), onde são descritas as manifestações neurológicas por déficit de B12 em crianças a clínica neurológica é variada e pode estar associadas a manifestações hematológicas como a hipotonia, perda de sustentação cefálica, alterações na deambulação, entre outras. “Em alguns casos o impacto neurológico pode ser irreversível e anteceder as mudanças hematológicas” (RACIOPPI, VILLAMAYOR, SERRANO, 2017, p.28). De acordo com o trabalho de onde foi investigada a prevalência de deficiência de vitamina B12 na população indiana, entre mães grávidas e lactantes, os resultados sugerem uma alta prevalência da deficiência, onde os valores variam de 52% a 74%.

4.2. DIAGNÓSTICO PRECOCE E TRATAMENTO

A detecção de deficiência ainda na forma assintomática é de vital importância, pois pode impedir as devastadoras consequências que podem se seguir (MITTAL et al, 2017, p.210). No entanto a detecção precoce da deficiência de vitamina B12 ainda é um obstáculo, pois não há um único marcador padrão, mas vários marcadores devem ser examinados para alcançar o diagnóstico (GALLEGO-NARBÓN et al, 2019).

A vitamina B12 sérica tem sido extensamente utilizada para avaliar a deficiência de cobalamina, mas ainda sim esta pode permanecer normal em condições de deficiência funcional e falso positivo e negativo são comuns. O MMA (Ácido Metilmalônico) representa o marcador mais específico da deficiência de vitamina B12, pois se eleva nas condições de deficiência de cobalamina antes do aparecimento de sinais clínicos, não sofrendo influência dos níveis de folato. Outro marcador específico da deficiência funcional de vitamina B12 é Hcy (homocisteína), que aumenta quando há deficiência celular de vitamina B12. Contudo sob deficiências de folato ou vitamina B6 e por dietas ricas em metionina, o Hcy pode acabar tendo elevação, com isso dificultando o diagnóstico (GALLEGO-NARBÓN et al, 2019).

O tratamento utilizado rotineiramente para a deficiência da cobalamina é a injeção intramuscular da vitamina, todavia o tratamento parenteral pode restaurar rapidamente os estoques. O tratamento oral pode ser tão eficaz quanto o intramuscular segundo apontam alguns estudos realizados, além de oferecer vantagens da facilidade de administração e custo reduzido (SILVA, PASSOS, MAIA, 2019).

Em vista disso, a suplementação de vitamina B12 ou a ingestão de alimentos fortificados, são a melhor maneira de prevenir a deficiência, e estes também se mostram eficazes no tratamento (MARTÍNEZ, ROS, NIETO, 2019). Nesse sentido, a implementação das dietas vegetarianas requer acompanhamento nutricional feito por profissionais, para que se possa garantir um bom planejamento das dietas. E o consumo de alimentos vegetais inclua uma ampla variedade, de modo a garantir uma ingestão adequada dos nutrientes, com uma fonte segura de B12. (BRANDÃO, 2019). Atenção especial deve ser concedida as mães que aderem dietas vegetarianas que desejam ter filhos, devem ser orientadas para uma correta suplementação de vitaminas, principalmente a B12, na

gravidez e também quanto às outras carências nutricionais (BOMFIM, MORGADO, BUENO, 2018).

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Com o desenvolvimento do tema em questão almeja-se, que os conhecimentos a respeito dos perigos de aderir uma dieta vegetariana, sem dispor de acompanhamento nutricional adequado, não se limitem ao meio acadêmico, mas que sejam transmitidos a todos. No qual a deficiência de vitamina B12 e as inúmeras consequências que ela traz ao organismo, sejam compreendidas. De modo a incentivar que uma maior atenção seja dada a saúde dos que praticam o vegetarianismo, com o intuito de identificar precocemente essa e outras deficiências nutricionais.

REFERÊNCIAS

- NORONHA *et al.* Avaliação qualitativa de nutrientes na alimentação vegetariana. **Revista UNINGÁ**. V.29, n.1, p.222-226, Jan-Mar, 2017.
- CAMPOS, F.A.A.C.; CHEAVEGATTI, D. Conocimiento de vegetarianos em relación a la dieta sana. **Revista Uruguaya de Enfermería**, Montevideo, v.12, n.2, p.43-54, Novembro, 2017.
- MARTINS, J.T.; CARVALHO-SILVA, M.; STRECK, E.L. Efeitos da deficiência de vitamina B12 no cérebro. **Revista Inova Saúde**, Criciúma, v.6, n.1, p.192-206, Julho, 2017.
- SILVA, M.G.; PASSOS, X.S.; MAIA, Y.L.M. Vitamina B12 (Cobalamina): Aspectos clínicos de sua deficiência. **Rev. Ref. Saúde- FESGO**. V.2, n.3, p. 147-152, (Ago-Dez) 2019.
- GALLEGO-NARBÓN *et al.* Vitamin B12 and folate status in Spanish lacto-ovo vegetarians and vegans. **Journal of Nutritional Science**. V.8, n.7, p.1-8, 2019.
- GARCIA-MALDONADO, E.; GALLEGU-NARBON, A.; VAQUERO, M.P. ¿Son las dietas vegetarianas nutricionalmente adecuadas? Una revisión de la evidencia científica. **Nutr Hosp**. V.36, n.4, p.950-961, 2019.
- RACIOPPI, F.A.; VILLAMAYOR, G.; SERRANO, N. Manifestaciones neurológicas del déficit de vitamina B12 em pediatria. **Medicina Infantil**. V.24, n.1, p.27-30, março, 2017.
- MARTÍNEZ, A.; ROS, G.; NIETO, G. Estudio exploratorio del vegetarianismo en restauración colectiva. **Nutr Hosp**. V.36, n.3, p.681-690, 2019.
- ALLENDE, D.R.; DÍAZ, F.F.; AGÜERO, S.D. Ventajas y desventajas nutricionales de ser vegano o vegetariano. **Rev Chil Nutr**. V.44, n.3, p.218-225, 2017.

BOMFIM, C.; MORGADO, F.; BUENO, A. Uma revisão bibliográfica: os impactos da dieta vegana em crianças. **Revista da Faculdade de Medicina de Teresópolis**. V.2, n.1, p.89-101, 2018.

COFNAS, N. Is vegetarianism healthy for children?. **Critical Reviews in Food Science and Nutrition**. V.59, n.13, p.2052-2060, fevereiro, 2018.

MITTAL *et al.* Perturbing Status of Vitamin B12 in Indian Infants and Their Mothers. **Food and Nutrition Bulletin**. V.38, n.2, p.209-215, 2017.

BRANDÃO, I.M.B. Refeitório Escolar: uma reflexão sobre a Dieta Vegetariana. **Faculdade de Ciências da Nutrição e Alimentação da Universidade do Porto**. P.1-27, Porto, 2019.

CONHECIMENTO DE INDIVÍDUOS COM DIABETES NUM CENTRO DE ATENÇÃO SECUNDÁRIA ACERCA DA HEMOGLOBINA GLICADA

KNOWLEDGE OF INDIVIDUALS WITH DIABETES IN A SECONDARY CARE CENTER ABOUT GLUCATED HEMOGLOBIN

DOI: 10.51859/AMPLLA.PPE2159-11

Camila Gomes Mesquita¹
 Érica Toledo de Mendonça²
 Nádia Aparecida Soares Diogo³
 Jéssika Ferreira Campos¹
 Lanna de Castro Cabral Gonçalves¹
 Tiago Ricardo Moreira⁴

¹ Enfermeira. Graduada pela Universidade Federal de Viçosa, Departamento de Enfermagem e Medicina, Viçosa, MG, Brasil.

² Docente do Departamento de Medicina e Enfermagem, Universidade Federal de Viçosa, Viçosa, MG, Brasil.

³ Enfermeira do Centro Estadual de Atenção Especializada, CEAE, Viçosa, Minas Gerais, Brasil.

⁴ Docente do Departamento de Medicina e Enfermagem, Universidade Federal de Viçosa, Departamento de Enfermagem e Medicina Viçosa, MG, Brasil.

RESUMO

Pesquisa descritiva de caráter quantitativo com o objetivo de identificar o conhecimento de indivíduos com diabetes atendidos num centro de atenção secundária sobre o controle dos níveis glicêmicos, com foco na hemoglobina glicada. A coleta de dados foi realizada num centro de referência para indivíduos com doenças crônicas. Foram entrevistados 105 diabéticos entre agosto de 2019 a março de 2020, por um questionário semiestruturado. Para análise descritiva, foram utilizadas medidas de frequência absoluta e relativa. Resultados: 95,2% dos entrevistados são portadores do diabetes tipo 2; 32,4% tem mais de 20 anos de diagnóstico; 51,2% apresentaram hemoglobina glicada acima de 7% e 65,70% não tem conhecimento sobre este exame. Conclui-se que a maioria dos diabéticos referiram não possuir conhecimento sobre a hemoglobina glicada. Sinaliza-se para a importância de abordagens que se direcionem às necessidades do indivíduo e aos aspectos multifatoriais que envolvem o controle do diabetes.

Palavras-chave: Diabetes Mellitus. Hemoglobina Glicada. Conhecimento. Controle.

ABSTRACT

Descriptive quantitative research with the objective of identifying the knowledge of individuals with diabetes assisted in a secondary care center about the control of glycemic levels, with a focus on glycated hemoglobin. Data collection was performed at a referral center for individuals with chronic diseases. 105 diabetics were interviewed between August 2019 and March 2020, using a semi-structured questionnaire. For descriptive analysis, measures of absolute and relative frequency were used. Results: 95.2% of respondents have type 2 diabetes; 32.4% have more than 20 years of diagnosis; 51.2% had glycated hemoglobin above 7% and 65.70% are not aware of this test. It is concluded that most diabetics reported not having knowledge about glycated hemoglobin. It points to the importance of approaches that address the individual's needs and the multifactorial aspects that involve diabetes control. metodologia e técnicas de levantamento dos dados e antecipação de alguns resultados.

Keywords: Diabetes Mellitus. Glycated Hemoglobin. Knowledge. Control.

1. INTRODUÇÃO

O Diabetes Mellitus (DM) é um distúrbio metabólico caracterizado por hiperglicemia persistente devido a defeitos na ação e/ou secreção de insulina. Sua classificação baseia-se na sua etiologia, que inclui as seguintes classes clínicas: DM tipo 1, DM tipo 2, DM gestacional e outros tipos específicos. Existe também outra categoria, o pré-diabetes, que é determinado pela tolerância à glicose diminuída e glicemia de jejum alterada, mas os valores estão abaixo dos valores diagnósticos do DM (SBD, 2019).

No Brasil, existe uma estimativa de que até 2025 aproximadamente 11 milhões de pessoas serão diabéticas. Indivíduos de todas as faixas etárias serão atingidos, com destaque para os de 20 a 44 anos de idade. No cenário internacional, em 2015, 8% da população mundial entre 20 e 79 anos vivia com diabetes; atualmente estima-se que 415 milhões de pessoas sejam portadoras da doença. Estes dados evidenciam que o DM é considerado um importante problema de saúde pública. Cabe ressaltar alguns fatores relacionados ao aparecimento e/ou risco de complicações da doença, como maior expectativa de vida, hábitos de vida inadequados da população, com destaque para o sedentarismo e o excesso de peso, que com a evolução da doença contribuem para o surgimento de agravos crônicos (CORTEZ et al., 2015; SBD, 2019).

Estas complicações implicam em aumento do consumo de recursos da saúde, aumento da morbimortalidade dos indivíduos que tem a doença e consequente queda da qualidade de vida. As complicações crônicas decorrentes do DM são divididas em distúrbios macrovasculares (doença cerebrovascular, doença vascular periférica, doença arterial coronariana-DAC) e microvasculares (neuropatia, retinopatia e nefropatia). Pode-se evitar e/ou retardar o aparecimento desses distúrbios através do acompanhamento sistematizado de indivíduos diabéticos nos serviços de saúde, além da instituição de programas educativos individuais e coletivos que auxiliem as pessoas a controlar os fatores de risco e os níveis glicêmicos (CORTEZ et al., 2015; MORAES et al., 2020).

O objetivo do tratamento do diabético é o controle metabólico, visando reduzir os riscos destas complicações. Este inclui medidas farmacológicas e não farmacológicas, através da modificação de hábitos de vida, uso de agentes hipoglicemiantes orais e insulina. Uma das formas de monitorização deste controle é a mensuração da

hemoglobina glicada (HbA1c), melhor parâmetro preditor de distúrbios crônicos no DM, sendo um exame fundamental para o controle retrospectivo da glicose plasmática, pois ela reflete a média ponderada dos níveis glicêmicos de 60 a 90 dias antes do exame (SBD, 2019).

A necessidade do controle de níveis glicêmicos é consenso para todos os pacientes diabéticos, pois previne a sintomatologia aguda e crônica. Deve-se realizar a dosagem de Hb1Ac pelo menos duas vezes ao ano para pacientes com DM, e quatro vezes ao ano para pacientes que não estão atingindo as metas do tratamento vigente (SBD, 2019; MORAES et al., 2020).

Embora já tenham sido desenvolvidos estudos sobre o conhecimento dos diabéticos sobre a doença, percebe-se uma carência de pesquisas em relação ao conhecimento dos pacientes sobre a hemoglobina glicada e os impactos gerados pela falta de conhecimento dos pacientes em relação à fisiopatologia da doença e as complicações relacionadas ao DM.

Observa-se, na prática, que muitos indivíduos portadores de DM não fazem o controle dos níveis glicêmicos, evidenciado pelos níveis elevados de Hb1Ac, resultado da não adesão ao tratamento, o que contribui para o desenvolvimento de complicações crônicas importantes, como nefropatia, retinopatia, neuropatia, pé diabético e DAC. Isso demonstra a necessidade da implementação de estratégias pelos profissionais de saúde que busquem conhecer as necessidades de cuidado e o conhecimento dos indivíduos com DM sobre sua doença e formas de manejo, de modo a planejar ações educativas que incentivem o autocuidado dos diabéticos, para manutenção de níveis de Hb1Ac dentro dos parâmetros de normalidade (MORAES et al., 2020).

Para tal, o objetivo da presente pesquisa é identificar o conhecimento de indivíduos com DM atendidos num centro de atenção secundário sobre o controle dos níveis glicêmicos, com foco na hemoglobina glicada.

2. METODOLOGIA

Trata-se de uma pesquisa descritiva, de caráter quantitativo. A pesquisa descritiva expõe as características dos indivíduos ou fenômeno, através de técnicas padronizadas de coleta de dados. A pesquisa do tipo quantitativa trabalha com recursos



e técnicas estatísticas, traduzindo em números os conhecimentos gerados pelo pesquisador. Centra-se na objetividade e através da linguagem matemática descreve as causas de um fenômeno relacionando variáveis (SILVEIRA; CÓRDOVA, 2009; PRODANOV; FREITAS, 2013).

O estudo foi realizado em um centro de referência secundário que presta atendimentos a indivíduos com doenças crônicas de um município do interior de Minas Gerais e microrregião, composta de nove cidades. Esse centro se tornou referência em Minas Gerais desde 2009, e tem por objetivo melhorar a qualidade de vida da população, além de diminuir a morbimortalidade por hipertensão arterial e diabetes mellitus, doenças cardiovasculares e doença renal crônica (JUNIOR, 2011).

Os indivíduos que participaram desse estudo foram portadores de DM cadastrados no referido centro de referência, ambos os sexos, maiores de 18 anos, que estivessem no serviço para a primeira consulta ou consulta de retorno. Critérios de exclusão: indivíduos que apresentavam dificuldades em fornecer informações, seja por incapacidades cognitivas ou condições clínicas ruins.

A coleta de dados foi realizada no período de agosto de 2019 a março de 2020, por meio de um questionário semiestruturado contendo dados de identificação dos participantes, histórico da doença e questões relacionadas ao conhecimento sobre hemoglobina glicada.

Para análise descritiva foram estimadas as frequências absolutas e relativas, com o intuito de caracterizar a população estudada quanto às variáveis em estudo. Todas as análises foram realizadas no programa SPSS (Statistical Package for the Social Science, versão 22; SPSS Inc. Chicago, EUA) e foi adotado o nível de significância de $p < 0,05$.

A pesquisa foi desenvolvida respeitando os preceitos éticos da pesquisa com seres humanos, em consonância com a resolução 466/2012. O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da universidade pública federal ao qual se vinculou, parecer n. 048/2012.

3. RESULTADOS

Participaram do presente estudo 105 pessoas com DM. A maioria era do sexo feminino, (31,4%) apresentaram idade entre 61 e 70 anos, a maioria se autodeclarou da



cor branca. De acordo com o nível de escolaridade, (42,9%) relatou ter de 1 a 4 anos de estudo (Tabela 1).

Tabela 1 - Perfil sociodemográfico dos indivíduos diabéticos atendidos no centro de referência secundário, Viçosa - MG, 2020.

Variáveis	n	%
Cidade		
Viçosa	49	46,70%
Paula Cândido	8	7,60%
Porto Firme	13	12,40%
Pedra do Anta	11	10,50%
São Miguel do Anta	2	1,90%
Cajuri	3	2,90%
Canaã	5	4,80%
Teixeiras	10	9,50%
Araponga	4	3,80%
Idade		
21-30	1	1,00%
31-40	5	4,80%
41-50	16	15,20%
51-60	25	23,80%
61-70	33	31,40%
71-80	17	16,20%
81-90	8	7,60%
Sexo		
Masculino	31	29,50%
Feminino	74	70,50%
Raça		
Negra	28	26,70%
Parda	22	21,00%
Branca	55	52,40%
Estado civil		
Solteiro	14	13,30%
Casado	58	55,20%
Divorciado	7	6,70%
União estável	6	5,70%
Viúvo	20	19%
Anos de estudo		
1-4	45	42,90%
5-8	23	21,90%
9-11	10	9,50%
12-16	7	6,70%
>16	3	2,90%

Fonte: Autoria própria.

Com relação ao histórico do DM e seu controle, a maioria dos entrevistados são portadores do DM tipo 2; (32,4%) possuem acima de 20 anos de diagnóstico; (49,5%) fazem acompanhamento no serviço pesquisado no tempo que varia de 2 a 5 anos; a



maioria apresentou o valor de HbA1c entre (7,1%) e (9%) e relatou não possuir complicações micro ou macrovasculares (Tabela 2).

Tabela 2 - Histórico do Diabetes Mellitus em indivíduos atendidos num centro de atenção secundária, Viçosa - MG, 2020

Variáveis	n	%
Tempo (em anos) de acompanhamento no centro de atenção secundário		
0-1	36	34,30%
2-5	52	49,50%
6-11	17	16,20%
Tipo de diabetes		
Tipo 1	5	4,80%
Tipo 2	100	95,20%
Tempo de diagnóstico(anos)		
<1	7	6,70%
2-5	13	12,40%
6-10	20	19,00%
11-20	31	29,50%
>20	34	32,40%
Valor da Hemoglobina Glicada*		
<6,5	8	10,00%
6,6-7,0	7	8,80%
7,1-9,0	41	51,20%
>9,0	24	30,00%
Complicações		
Microvasculares	25	23,80%
Macrovasculares	10	9,50%
Microvasculares e Macrovasculares	6	5,70%
Não possui	64	61,00%

Fonte: Autoria própria.

A Tabela 3 apresenta o conhecimento dos indivíduos diabéticos a respeito do controle glicêmico, com foco na Hb1Ac. Observou-se que a maioria dos pacientes entrevistados já tinham passado por atendimento pela equipe multiprofissional do referido Centro. Em relação ao conhecimento sobre a HbA1c, a maior parte relatou não possuir esse conhecimento pois não sabia dizer o valor de referência desse exame, para que o mesmo servia e o que acontece quando a Hb1Ac fica alta.

Quanto aos exames que são realizados para o controle do diabetes, (38,1%) disseram que realizam a glicemia capilar e o exame de sangue em jejum e apenas (1,90%) relatou realizar o exame para HbA1c. A respeito do local em que o entrevistado adquiriu o conhecimento sobre a HbA1c, a maioria relatou não ter adquirido esse conhecimento. A maior parte dos entrevistados relatou não ter ouvido falar em um exame que avalia o nível de açúcar no sangue nos últimos 3 a 4 meses.



Tabela 3 - Conhecimento dos indivíduos diabéticos a respeito do controle glicêmico, com foco na Hb1Ac, e os fatores relacionados a este conhecimento, Viçosa - MG, 2020

Variáveis	n	%
Consulta		
Primeira consulta na sala dos pés	4	3,80%
Retorno na sala dos pés	9	8,60%
Já teve atendimento pela equipe multiprofissional	73	69,50%
Retorno na sala dos pés e já teve atendimento pela equipe multiprofissional	15	14,30%
Primeira consulta na sala dos pés e já teve atendimento pela equipe multiprofissional	4	3,80%
Conhece a Hemoglobina Glicada		
Conhece	26	24,80%
Não conhece	69	65,70%
Conhece, mas não sabe explicar	10	9,50%
Valor de referência		
Sabe	21	20,00%
Não sabe	84	80,00%
Pra que serve		
Sabe	20	19,00%
Não sabe	85	81,00%
O que acontece quando fica alta		
Sabe	17	16,20%
Não sabe	88	83,80%
Exames que faz para controlar		
Glicemia capilar	17	16,20%
Hemoglobina glicada	2	1,90%
Exame de sangue em jejum	5	4,80%
Não sabe	14	13,30%
Glicemia capilar e exame sangue em jejum	40	38,10%
Glicemia capilar, hemoglobina glicada e exame de sangue em jejum	17	16,20%
Hemoglobina glicada e exame de sangue em jejum	4	3,80%
Glicemia capilar e hemoglobina glicada	3	5,70%
Onde adquiriu este conhecimento		
CEAE	28	26,70%
Posto de saúde	4	3,80%
Não possui esse conhecimento	72	68,60%
CEAE e posto de saúde	1	1,00%
Já ouviu falar no exame		
Sim	27	25,70%
Não	78	74,30%

Fonte: Autoria própria.

4. DISCUSSÃO

A análise dos dados sociodemográficos revelou que a maioria dos pacientes diabéticos entrevistados era do sexo feminino, casados e idosos, o que vai ao encontro do estudo da Pesquisa Nacional de Saúde, a qual revelou que o diabetes é mais prevalente em mulheres (7%) do que nos homens (5,4%) e que a prevalência aumenta com o avanço da idade, atingindo mais a população com idade entre 65 a 74 anos. O



predomínio do diabetes em idosos se deve ao fato das alterações fisiológicas serem comuns no processo de envelhecimento, como a perda de massa magra associada a senescência, situação comum no idoso, o que leva a resistência à insulina, a diminuição da capacidade de autocuidado, presença de processos demenciais, comprometimento cognitivo, entre outros. Em contrapartida, estudos já apontam que o diabetes tem aumentado na faixa etária jovem, e isso pode ser justificado pelos hábitos de vida não saudáveis serem adquiridos cada vez mais cedo por esta população (MALTA, D. C. et al., 2019; SBD, 2019).

A maioria dos entrevistados se autodeclarou da cor branca e com baixo nível de escolaridade. A literatura mostra que o diabetes costuma ser mais frequente em pessoas de baixa escolaridade, pois o baixo grau de instrução do paciente pode dificultar o acesso à informação, e, conseqüentemente, o controle da doença. Nesse sentido, quando se analisam os Determinantes Sociais da Saúde, observa-se que quando o indivíduo está inserido em um ambiente mais vulnerável, com menos acesso aos serviços de saúde e à educação, o que leva a um menor conhecimento em relação à sua doença e autocuidado, pode haver o aparecimento de complicações da doença ao longo dos anos (MACHADO et al., 2019). Apesar do presente estudo ter encontrado maior prevalência do diabetes em pessoas da cor branca, alguns estudos mostram que há prevalência maior entre pretos e amarelos (DANAEI, G. et al., 2009; ISER et al., 2015), enquanto outro estudo também mostra que pessoas da etnia negra apresentam diagnóstico do DM duas vezes maior que em indivíduos de outra cor (MORAES et al., 2020).

A análise do histórico do diabetes e seu controle mostra que a maioria dos entrevistados é portador de DM tipo 2. A literatura aponta que o tipo 2 corresponde a 90% dos diagnósticos de DM, e esse dado está diretamente relacionado aos comportamentos prejudiciais do autocuidado como a má alimentação, a obesidade e o sedentarismo. O DM tipo 2 possui etiologia multifatorial e está relacionado a fatores genéticos e ambientais. A herança genética não está completamente esclarecida, mas os hábitos de vida ainda se destacam como principal fator de risco (SANTOS et al., 2017).

O aumento da prevalência do diabetes tipo 2 está associado ao desenvolvimento de outras síndromes metabólicas, como hipertensão arterial e dislipidemia, que podem agravar o prognóstico da doença. Além disso, outros fatores de risco como idade



avançada, sedentarismo, diagnóstico prévio de diabetes mellitus gestacional ou pré-diabetes aumentam as chances da ocorrência de complicações do diabetes, como retinopatia, neuropatia, doença arterial periférica, nefropatia e doença cerebrovascular (SBD, 2019).

Neste estudo, o tempo de diagnóstico do DM, foi, majoritariamente acima de 20 de anos (32,40%). Estudo mostra que somente o tempo de diagnóstico da doença não interfere no conhecimento e controle do diabetes e o que realmente influencia é a educação sobre o DM, o que pode melhorar no enfrentamento da doença (GARDA; GARDA; PESCADOR, 2019). Outro estudo aponta que programas educativos, além de aumentar o conhecimento sobre a doença, contribuem para o aumento da qualidade de vida e melhor adesão ao tratamento (BRITO, 2016).

Em contrapartida, um estudo indica que mesmo quando os pacientes mostram conhecimento do diabetes, não necessariamente significa que tiveram um bom controle da glicemia e conseqüentemente da HbA1c, evidenciando que além do conhecimento, são necessárias outras medidas para o controle da doença, como apoio familiar, motivação, adoção de hábitos de vida saudáveis e acesso aos serviços de saúde (RIBEIRO, 2018). Dessa forma, o ideal é tornar o cuidado individualizado, considerando fatores socioeconômicos, como escolaridade, idade, fatores comportamentais, variáveis clínicas e todo o contexto em que o indivíduo está inserido, e assim traçar com ele o melhor plano terapêutico.

Um estudo indica que indivíduos com menos de 13 anos de diagnóstico apresentam mais chances de obterem uma melhor qualidade de vida do que aqueles que tem mais tempo de diagnóstico (CORRÊA et al., 2017). Esse fato também vai ao encontro de um estudo que indica que o tempo de diagnóstico do diabetes é uma variável que influencia negativamente na qualidade de vida, uma vez que idosos com mais de 10 anos de diagnóstico possuem piores escores de qualidade de vida quando comparados com idosos com menos de 10 anos de diagnóstico; isso pode ser explicado pela diminuição da autonomia e da adesão ao tratamento, pela limitação física, aumento do sedentarismo, do sentimento de tristeza e do isolamento social (LIMA et al., 2018). Portanto, isso mostra a relevância do tempo de diagnóstico do diabetes sobre a qualidade de vida dos indivíduos, pois quanto maior for este, menor a adesão ao tratamento e maior será o risco de desenvolver complicações relacionadas ao diabetes.



A respeito da variável valor da HbA1c, a American Diabetes Association, define que diabéticos devem manter esse exame com valor abaixo de 7%, uma vez que impediria o surgimento e a piora das complicações micro e macrovasculares (ADA, 2018). Nesse sentido, observou-se que a maioria dos pacientes dessa pesquisa apresentavam um descontrole dos níveis glicêmicos, com valores entre 7,1 e 9% de HbA1c. Outro estudo encontrou resultados consoantes a este estudo, ao apontar que, de 521 participantes cadastrados em uma Unidade Básica de Saúde, (69,8%) apresentavam valor de Hb1Ac elevado, sendo estes valores maiores que 7%. Esse aumento foi observado em indivíduos que faziam uso de insulino terapia, com risco de ulceração nos pés, obesos e idade entre 50 e 69 anos. Este estudo apontou ainda a maioria dos indivíduos só procuram tratamento quando surgem as complicações, fazendo com que apenas as estratégias não farmacológicas, como mudanças dos hábitos de vida, não sejam mais suficientes, sendo necessário o início do tratamento medicamentoso (ROSSANEIS, et al., 2019).

Outro achado do presente estudo se refere ao fato da maioria dos entrevistados serem casados e apresentarem maior descontrole dos níveis glicêmicos, o que contradiz com a literatura, que aponta que a presença de um companheiro promove o apoio familiar e incentiva o autocuidado, sendo este um fator favorável à adesão ao tratamento (RODRÍGUEZ-LÓPEZ et al., 2015).

Outra questão encontrada no estudo foi o relato dos pacientes sobre não possuírem complicações relacionadas ao DM; esse foi um dado de difícil coleta, pois quando perguntados sobre as complicações, os pacientes demonstraram pouco entendimento sobre os termos adotados na linguagem, e nem todos os prontuários possuíam essa informação para confirmação dos dados coletados. Entende-se que os nomes técnicos referentes às complicações são de difícil entendimento para os pacientes, tendo em vista que grande parte deles possui baixa escolaridade, e diante disso, a maneira de perguntar esse dado foi modificada durante a coleta, utilizando uma linguagem mais acessível, com termos popularmente conhecidos das complicações; apesar disso, a maioria negou ter qualquer complicação micro e macrovasculares relacionada ao diabetes.

Segundo Furlan (2019), a principal complicação conhecida pelos pacientes diabéticos é a cegueira; entretanto, 92% dos pacientes entrevistados desconheciam o



que era retinopatia diabética e relataram que não vão ao oftalmologista para rastreamento e realização de exame de fundo de olho. Além disso, estudo aponta que os participantes que possuem complicações crônicas do DM, mantiveram o descontrole da hemoglobina glicada, sendo 80,6% da elevação da hemoglobina glicada em pessoas que possuíam risco de desenvolver úlceras no pé (ROSSANEIS, et al., 2019). Isto demonstra a falta de conhecimento do diabético em relação ao DM e suas complicações, e como é importante a conscientização desses pacientes afim de evitar complicações futuras (FURLAN et al., 2019).

Sobre o conhecimento dos indivíduos diabéticos a respeito do controle glicêmico, com foco na Hb1Ac, esse estudo demonstrou que a maioria dos entrevistados já tinham sido atendidos pela equipe multiprofissional do centro de referência secundário cenário da pesquisa, e relataram não ter conhecimento sobre a HbA1c, valores de referência e o que acontece quando a mesma fica alta. Esse fato pode indicar que os pacientes entrevistados não conhecem o termo técnico relativo à este exame, ou ainda que este pode não ter sido esclarecido nas consultas por alguns membros da equipe multiprofissional. Contudo, deve-se considerar que a maioria dos entrevistados possui baixa escolaridade, fator que aumenta as chances de deficiência no conhecimento sobre a doença e respectivamente no autocuidado, além de serem idosos, cujas capacidades cognitivas e de memória podem estar diminuídas.

Quanto aos exames que são realizados para o controle do diabetes, a maioria não citou a HbA1c como um exame para o monitoramento do diabetes, e relatou não ter recebido essa informação em nenhum nível de atenção à saúde pelo qual já foi atendido. Sabe-se que a hemoglobina glicada é considerada o padrão ouro para avaliar o controle metabólico nos últimos 3 a 4 meses, lembrando que ela representa o percentual de hemoglobina que se encontra ligada à glicose (SBD, 2019).

Estudo realizado neste centro de referência, cenário da pesquisa, no ano de 2017, revelou que o conhecimento do indivíduo e sua atitude em relação ao diabetes, não necessariamente levam ao bom controle da glicemia, já que o valor da HbA1c é multifatorial, pois envolve fatores medicamentosos, comportamentais, genéticos entre outros; ou seja, não depende somente do conhecimento do indivíduo em relação ao diabetes. Além disso, medidas de autocuidado são um fator intrínseco do paciente e dependem de um comportamento saudável ao longo dos anos, como tomar as



medicações em dia, monitorar a glicemia, ter uma boa alimentação, fazer atividade física, além da compreensão da fisiopatologia da doença. Nesse sentido, a educação em saúde é essencial para fortalecer atitudes para o autocuidado, incentivando medidas de controle da doença e melhoria da qualidade de vida (RIBEIRO, 2018).

Outro estudo realizado na Atenção Primária à Saúde com pacientes diabéticos, que utilizou a HbA1c como um indicador clínico e comparou o autocuidado dos participantes antes e depois de realizarem estratégias educativas, mostrou que houve uma redução significativa da HbA1c na estratégia de educação em grupo, que obteve melhor adesão e autocuidado dos pacientes em relação ao diabetes mellitus (SANTOS et al., 2017).

Nesse sentido, depreende-se que o controle glicêmico e a prevenção das complicações dependem de diversos fatores como o conhecimento da doença e a valorização da autonomia do paciente, pois o mesmo tem papel de protagonismo no controle do diabetes. Com isso, faz-se necessário ações educativas para melhorar o autocuidado, incentivando mudança dos hábitos de vida e o controle da doença, já que diversos estudos conseguiram evidenciar que programas educativos com plano de cuidados individualizado tiveram associação com a diminuição da hemoglobina glicada (ROSSANEIS, et al., 2019).

As limitações do estudo referem-se à deficiência de dados nos prontuários, como histórico da doença, tempo de diagnóstico, complicações relacionadas ao DM, e tempo de acompanhamento na atenção especializada. Além disso, muitos pacientes apresentavam dificuldade na compressão das perguntas, resultado da baixa escolaridade, idade avançada e falta de conhecimentos sobre a doença, que são fatores que podem ter interferido nos resultados.

5. CONCLUSÃO

Por fim, destaca-se que a avaliação do nível de conhecimentos de indivíduos diabéticos sobre as formas de controle do DM, com foco na HbA1c, pode contribuir para a reorganização do processo de trabalho dos profissionais da saúde no serviço estudado, com abordagens que se direcionem às necessidades de cada indivíduo e aos aspectos multifatoriais que envolvem o controle do DM. Ademais, para além das abordagens

individuais de cada membro da equipe e das atividades de grupo, sinaliza-se para a importância das ações de educação em saúde sobre o DM e da construção de materiais educativos que atuem sobre as lacunas observadas nesta pesquisa, a fim de orientar os pacientes sobre as formas de controle do DM, de forma a melhorar o autocuidado através da conscientização e mudança dos hábitos de vida.

REFERÊNCIAS

- ADA - AMERICAN DIABETES ASSOCIATION. 2. Classification and diagnosis of diabetes: standards of medical care in diabetes - 2018. **Diabetes care**, v. 41, n. Sup. 1, p. s13-s27, 2018.
- BRITO, G. M. G. **Qualidade de vida, conhecimento e atitude de indivíduos com diabetes Mellitus após participação em programa educativo**, 2016, p. 79. Dissertação (Mestrado em Enfermagem), Departamento de Enfermagem, Universidade Federal de Sergipe, São Cristóvão - SE, 2016. Disponível em: <https://ri.ufs.br/jspui/handle/riufs/4995>
- CORRÊA, K. et al. Qualidade de vida e características dos pacientes diabéticos. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 22, p. 921-930, 2017.
- CORTEZ, D. N. et al. Complicações e o tempo de diagnóstico do diabetes mellitus na atenção primária. **Acta Paulista de Enfermagem**, v. 28, p. 250-255, 2015.
- DANAEI, G. et al. Diabetes prevalence and diagnosis in US states: analysis of health surveys. **Population Health Metrics**, v. 7, n. 1, p. 1-13, 2009.
- FURLAN, C. et al. Nível de conhecimento sobre diabetes e perfil epidemiológico dos pacientes diabéticos atendidos no Hospital Electro Bonini de Ribeirão Preto/SP. **Semina: Ciências Biológicas e da Saúde**, v. 40, n. 2, p. 197-202, 2019.
- GARDA, G. D. B.; GARDA, L. D. B.; PESCADOR, M. V. B. Relação entre conhecimento, atitudes, escolaridade e hemoglobina glicada em pacientes com diabetes mellitus tipo 2. **Revista Thêma et Scientia**, v. 9, n. 1, p. 196-208, 2019.
- ISER, B. P. M. et al. Prevalência de diabetes autorreferido no Brasil: resultados da Pesquisa Nacional de Saúde 2013. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, v. 24, p. 305-314, 2015.
- JUNIOR, A. A. C. **Consolidando a rede de atenção às condições crônicas: experiência da rede Hiperdia de Minas Gerais**. Brasília-DF: Organização Pan-americana da Saúde/ Organização Mundial da Saúde; 2011. Disponível em: <http://www.conass.org.br/liacc/wp-content/uploads/2014/10/centro-hiperdia-de-santo-antonio-ailton.pdf>



- LIMA, L. R. de et al. Qualidade de vida e o tempo do diagnóstico do diabetes mellitus em idosos. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, v. 21, n. 2, p. 176-185, 2018.
- MACHADO, A. P. M. C. et al. Avaliação da adesão ao tratamento de pacientes com diabetes mellitus e seus fatores associados. **Revista Eletrônica Acervo Saúde**, n. 19, p. e565-e565, 2019.
- MALTA, D. C. et al. Prevalência de diabetes mellitus determinada pela hemoglobina glicada na população adulta brasileira, Pesquisa Nacional de Saúde. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v. 22, n. 2, p. e190006, 2019.
- MORAES, H. A. B. et al. Fatores associados ao controle glicêmico em amostra de indivíduos com diabetes mellitus do Estudo Longitudinal de Saúde do Adulto, Brasil, 2008 a 2010. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, v. 29, 2020.
- PRODANOV, C. C.; FREITAS, E. C. **Metodologia do trabalho científico: Métodos e Técnicas da Pesquisa e do Trabalho Acadêmico**; Universidade Feevale. 2ª edição. Novo Hamburgo, Rio Grande do Sul; 2013.
- RIBEIRO, V. S. S. **Correlação dos níveis de hemoglobina glicada com o conhecimento e a atitude sobre Diabetes Mellitus tipo 2**, 2018, p. 41. Dissertação (Mestrado em Ciências da Saúde), Departamento de Medicina e Enfermagem, Universidade Federal de Viçosa, Viçosa - MG, 2018. Disponível em: <https://locus.custom.ufv.br//handle/123456789/22765>
- RODRÍGUEZ-LÓPEZ, M. R. et al. Prevalencia y factores asociados a la adherencia al tratamiento no farmacológico en pacientes con hipertensión y diabetes en servicios de baja complejidad. **Revista Facultad Nacional de Salud Pública**, v. 33, n. 2, p. 192-199, 2015.
- ROSSANEIS, M. A. et al. Fatores associados ao controle glicêmico de pessoas com diabetes mellitus. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 24, p. 997-1005, 2019.
- SANTOS, J. C. et al. Comparison of education group strategies and home visits in type 2 diabetes mellitus: clinical trial. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 25, p. 1-11, 2017.
- SBD - SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES. **Diretrizes da Sociedade Brasileira de Diabetes: 2019-2020**, São Paulo: Editora Clannad; 2019. Disponível em: <https://www.diabetes.org.br/profissionais/images/DIRETRIZES-COMPLETA-2019-2020.pdf>
- SILVEIRA, D. T.; CÓRDOVA, F. P. A pesquisa científica. In: GERHARDT, T. E.; SILVEIRA, D. T. **Métodos de pesquisa**, 1ª ed. Porto Alegre: Universidade Federal do Rio Grande do Sul; 2009.



ANÁLISE DA PREVALÊNCIA DE DIABETES MELLITUS E TOLERÂNCIA À GLICOSE DIMINUÍDA NA POPULAÇÃO INDÍGENA

ANALYSIS OF THE PREVALENCE OF DIABETES MELLITUS AND IMPAIRED GLUCOSE TOLERANCE IN THE INDIGENOUS POPULATION

DOI: 10.51859/AMPLA.PPE2159-12

Bárbara Queiroz de Figueiredo ¹

Bárbara Andrade Cruz ²

Luanna Oliveira Gonçalves ³

Vinícius Slonski Delboni ⁴

¹ Graduanda do curso de Medicina. Centro Universitário de Patos de Minas (UNIPAM)

² Graduanda do curso de Medicina. Centro Universitário Euroamericano (UNIEURO)

³ Graduanda do curso de Medicina. Instituto Master de Ensino Presidente Antônio Carlos (IMEPAC)

⁴ Graduando do curso de Medicina. Centro Universitário de Patos de Minas (UNIPAM)

RESUMO

O diabetes mellitus (DM) compreende um grupo heterogêneo de distúrbios metabólicos de etiologias variadas, resultantes da secreção deficiente de insulina pelas células beta-pancreáticas, da resistência periférica à insulina ou de ambas, e é marcado pela presença de hiperglicemia crônica e por alterações no metabolismo das proteínas e das gorduras. Globalmente, o DM alcança proporções epidêmicas. Alguns estudos relataram o aumento da prevalência de DM tipo 2, obesidade e doença cardiovascular em vários grupos indígenas. A transição epidemiológica e a emergência de morbimortalidade relacionada às doenças crônicas não transmissíveis entre os indígenas são atribuídas às alterações no estilo de vida desses povos e têm exigido atenção, treinamento e recursos especiais para ações de prevenção, diagnóstico e tratamento. Essas alterações são marcantes em muitas reservas, que tendem a sofrer com o grande adensamento populacional, deterioração de sua organização socioeconômica, com as mudanças de hábitos alimentares e com a degradação do ecossistema, que se manifesta no total desaparecimento das matas nativas e dos animais silvestres e no consequente comprometimento das atividades de subsistência desses indígenas.

Palavras-chave: Saúde Indígena. Epidemiologia. Brasil. Diabetes mellitus.

ABSTRACT

Diabetes mellitus (DM) comprises a heterogeneous group of metabolic disorders of varied etiologies, resulting from deficient insulin secretion by pancreatic beta cells, peripheral insulin resistance or both, and is marked by the presence of chronic hyperglycemia and changes in the metabolism of proteins and fats. Globally, DM has reached epidemic proportions. Some studies have reported an increase in the prevalence of type 2 DM, obesity and cardiovascular disease in various indigenous groups. The epidemiological transition and the emergence of morbidity and mortality related to chronic non-communicable diseases among indigenous peoples are attributed to changes in the lifestyle of these peoples and have required special attention, training and resources for prevention, diagnosis and treatment. These alterations are remarkable in many reserves, which tend to suffer from the great population density, deterioration of their socioeconomic organization, with changes in eating habits and with the degradation of the ecosystem, which is manifested in the total disappearance of native forests and wild animals. and in the consequent compromise of the subsistence activities of these indigenous people.

Keywords: Indigenous Health. Epidemiology. Brazil. Diabetes mellitus.

1. INTRODUÇÃO

O diabetes mellitus (DM) compreende um grupo heterogêneo de distúrbios metabólicos de etiologias variadas, resultantes da secreção deficiente de insulina pelas células beta-pancreáticas, da resistência periférica à insulina ou de ambas, e é marcado pela presença de hiperglicemia crônica e por alterações no metabolismo das proteínas e das gorduras. Globalmente, o DM alcança proporções epidêmicas. Pelos custos elevados, que envolvem o controle e o tratamento de suas complicações, tornou-se um crescente problema para a saúde pública (OLIVEIRA et al., 2011).

Atualmente, existem mais de 285 milhões de diabéticos nos cinco continentes; aproximadamente 90% são do tipo 2, que envolve resistência ou produção diminuída de insulina, e 10% são do tipo 1, no qual a insulina não é produzida, e cerca de 197 milhões de indivíduos em todo o mundo têm tolerância à glicose diminuída (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2019). Estima-se que, em 2025, esse número chegará a 420 milhões de pessoas. Até o início do século XX, o DM era uma doença rara na população nativa das Américas, e a partir de 1940, apareceram relatos de DM na comunidade indígena norte-americana, na qual, atualmente, a prevalência de DM supera aquela reportada para a população geral (GIMENO et al., 2007).

Contudo, as taxas de prevalência do DM nas populações indígenas das Américas têm variação ampla, por exemplo, de 4,4% na população adulta dos índios *otomi* do México até mais de 50% na população acima de 35 anos entre os índios *pima* nos Estados Unidos. Entre aborígenes australianos, a prevalência de DM é maior do que na população não indígena. Além disso, tanto a doença como as suas complicações macro e microvasculares têm início mais precoce nessa população (PAVKOV et al., 2006).

No Brasil, a primeira referência a DM em grupos indígenas é dos anos 1970, entre os índios *caripunas* e *palikures*, no Amapá. Esse estudo realizou 192 glicemias de jejum em participantes acima de 12 anos; dois indivíduos apresentaram nível acima de 200 mg/dL e sintomatologia clássica de DM. Já um estudo realizado na comunidade ianomâmi com 72 indígenas com idade acima de 18 anos encontrou apenas uma glicemia capilar pós-prandial maior do que 200 mg/dL. Alguns estudos relataram o aumento da prevalência de DM tipo 2, obesidade e doença cardiovascular em vários grupos indígenas (KAHOLOKULA et al., 2008).

A transição epidemiológica e a emergência de morbimortalidade relacionada às doenças crônicas não transmissíveis entre os indígenas são atribuídas às alterações no estilo de vida desses povos e têm exigido atenção, treinamento e recursos especiais para ações de prevenção, diagnóstico e tratamento. Essas alterações são marcantes em muitas reservas, que tendem a sofrer com o grande adensamento populacional, deterioração de sua organização socioeconômica, com as mudanças de hábitos alimentares e com a degradação do ecossistema, que se manifesta no total desaparecimento das matas nativas e dos animais silvestres e no consequente comprometimento das atividades de subsistência desses indígenas (GUGELMIN et al., 2001). Por isso, o objetivo deste estudo foi analisar a prevalência de diabetes mellitus na população indígena, identificando dados epidemiológicos e possíveis justificativas para essa situação.

2. METODOLOGIA

Trata-se de uma revisão integrativa de literatura acerca da prevalência de diabetes mellitus na população indígena. Para elaboração da questão de pesquisa da revisão integrativa, será aprofundada a partir dos seguintes passos: identificação do tema e seleção da questão de pesquisa; estabelecimento de critérios de inclusão e exclusão; identificação e seleção dos estudos; categorização dos estudos selecionados; análise e interpretação dos resultados e apresentação da revisão/síntese do conhecimento. O estudo consistirá de pesquisa sobre o que diz a literatura recente sobre a seguinte questão de pesquisa: os dados epidemiológicos de DM na população indígena e as possíveis justificativas para esse evento.

Reconhecido o problema em pauta, serão realizados os cruzamentos entre os descritores, em português: "*diabetes mellitus*", "*indígenas*", "*glicemia*", em inglês: "*diabetes mellitus*", "*indigenous*", "*glycemia*" e em espanhol: "*diabetes mellitus*", "*indígena*", "*glucemia*". Por ser uma temática ainda relativamente nova, serão incluídos artigos originais, publicados no período de 2000 a 2022, em periódicos revisados por pares, nos idiomas português, inglês e espanhol, e que permitam acesso integral ao conteúdo. Artigos publicados anteriormente a este intervalo de tempo, mas que são considerados relevantes para o entendimento do tema também foram incluídos.

A busca foi realizada nas seguintes bases de dados: PubMed, Web of Science, Scopus, Cochrane Database of Systematic Reviews (CDSR), EBSCOhost, Biblioteca Virtual de Saúde (BVS) e Scientific Electronic Library Online (SCIELO), no mês de janeiro de 2022. Assim, totalizaram-se 19 trabalhos para a revisão integrativa de literatura.

3. REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

No Brasil, a população indígena é estimada em cerca de 800.000 pessoas, que residem tanto nas aldeias quanto nas áreas urbanas. No decorrer da história, os povos indígenas vêm passando por diversas transformações nas áreas sociais, econômicas, culturais, entre outras, repercutindo na saúde. Nesse contexto, é importante destacar o crescente número de casos Diabetes mellitus (DM) vêm sendo associados às mudanças culturais, aos hábitos alimentares e ao estilo de vida dessa população (BASTOS et al., 2017).

3.1. IMPORTÂNCIA DA ATENÇÃO PRIMÁRIA EM SAÚDE INDÍGENA

Nesse sentido, a agenda 2030 para o desenvolvimento sustentável contemplou no seu segundo objetivo, acesso à terra aos povos indígenas, além da garantia de insumos e assistência técnica para agregar valor à produção agrícola, contribuindo para preservação dos hábitos nutricionais peculiares nas aldeias (ROMERO et al., 2014), visto que a ocorrência de DM são eventos que podem ser controlados com alimentação saudável, controle de peso, redução no consumo de bebidas alcoólicas e do tabaco, prática de exercícios físicos, e, principalmente, acompanhamento profissional regular, realizado por meio do Programa HiperDia, na Atenção Primária em Saúde (APS) (OLIVEIRA et al., 2011).

Nas aldeias, a APS é de responsabilidade das Equipes Multiprofissionais de Saúde Indígena (EMSI), constituídas por médicos, enfermeiros, técnicos de enfermagem, agentes indígenas de saúde (AIS) e agentes de saneamento (AISAN), que devem programar, identificar, tratar e monitorar os casos de HAS e DM, por meio de consultas médicas, de enfermagem e atividades de educação em saúde. Ademais, as diretrizes para atuação das EMSI estão contempladas na Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas, no pilar relativo ao monitoramento das ações de saúde, que contempla o registro das morbidades que ocorrem nas populações indígenas aldeadas, devendo

serem inseridas no Sistema de Informações da Atenção à Saúde Indígena (SIASI). Entretanto, o acesso a esses dados é restrito, resultando em poucos estudos mais abrangentes sobre a prevalência de DM nesses povos (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2019).

3.2. ESTUDOS EPIDEMIOLÓGICOS

De acordo com estudo transversal de McDermott et al. (2015) foi detectado sobrepeso em 40,3% das indígenas e obesidade em 30,9%. Adiposidade abdominal, indicando risco muito alto para doenças cardiovasculares, esteve presente em 57,7% das mulheres estudadas, e hipertensão arterial sistêmica, em 37,7%. Outrossim, segundo estudo de Flor et al. (2017), a presença de familiares de primeiro grau com diabetes mellitus foi referida por 20% das mulheres do estudo, e o uso de medicamentos para o diabetes mellitus, por 5,5%, e a mediana de glicemia capilar casual foi de 106,0mg/dL. A glicemia capilar casual alterada, mesmo com o uso de medicamento para diabetes mellitus, esteve presente em 3,6% das participantes. A prevalência de glicemia casual alterada sugestiva de diabetes mellitus (mulheres com glicemia casual alterada e/ou glicemia casual alterada corrigida pelo uso de hipoglicemiantes ou insulina) foi de 7%.

Ademais, segundo pesquisa de Freitas et al. (2016), a prevalência de glicemia casual alterada sugestiva de diabetes mellitus na reserva indígena de Dourados, 7% aproximou-se das prevalências de diabetes mellitus dos estudos realizados anteriormente na aldeia Jaguapiru que apresentaram, entre as mulheres, taxas de 6,8% e 7,8%. No entanto, no estudo atual, a aldeia Jaguapiru apresentou uma prevalência superior (4,1%) quando comparada com a aldeia Bororó (2,9%). Essa diferença pode estar relacionada a questões étnicas e ambientais.

Já em estudo realizado com os indígenas Yanomami, no Estado de Roraima, com amostragem de conveniência, apenas um caso (1,4%) de glicemia alterada foi encontrado. No entanto, a prevalência, no presente estudo, foi semelhante à encontrada nos indígenas Khisedje (3,8%), do Parque Xingu, na Região Central do Brasil. Quando comparado com os indígenas norte-americanos Cocopah (34%) e Cherokee (10%), a prevalência de glicemia capilar casual alterada foi inferior. Além das características étnicas e ambientais, os norte-americanos tiveram um contato intenso e

precoce com os povos não indígenas, o que contribuiu para a modificação dos hábitos tradicionais (SOUZA et al., 2003).

3.3. TRANSIÇÃO ALIMENTAR INDÍGENA E FENÓTIPO PREDISPOSITIVO

Diversos estudos, como o de Barros et al. (2018), destacam a transição alimentar vivenciada pelos indígenas, resultando no aumento acelerado de casos de DM, ocasionando complicações, incapacidades, comorbidades e até mesmo óbito, sendo considerado um sério problema de saúde pública, aliado também à hipertensão arterial sistêmica (HAS). De encontro a essa informação, entre 2015 e 2017, o Brasil registrou aproximadamente 9 milhões de casos de DM, atingindo 24,7% da população. Neste mesmo período, o Subsistema de Atenção à Saúde Indígena (SasiSUS) notificou, nesses povos, 42.583 casos de Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT), incluindo as doenças cardiovasculares, respiratórias agudas, DM e neoplasias, bem como foram registrados ainda 2.371 óbitos por doenças cardiovasculares e DM (BASTOS et al., 2017).

No contexto indígena, a mudança nos hábitos alimentares se destaca como fator preponderante para a ocorrência de DM, sobretudo em etnias que há até pouco tempo não apresentavam registros de casos. Sendo assim, o consumo de alimentos industrializados, com pouco valor nutritivo e alto valor lipídico é visualizado no cotidiano das aldeias, sendo consequência das dificuldades na agricultura, da escassez alimentar e do sedentarismo (MAZZUCCHETTI et al., 2014). Haja vista que padrão alimentar indígena exibe relação direta com o acesso à terra, que na cosmologia ameríndia é sinônimo de saúde, portanto, dificuldades para o plantio e agricultura de subsistência limitam o consumo de alimentos naturais e propiciam a elevação nos índices de DM (MENEZES et al., 2015).

Além disso, o tabagismo é um importante fator para o desenvolvimento de doenças crônicas como as doenças cardiovasculares e DM. Segundo estudo de Osuna et al. (2001), entre as mulheres entrevistadas, o tabagismo foi referido por 11,9%, e esse percentual foi superior ao investigado nas mulheres das 26 capitais brasileiras e Distrito Federal (8,6%). Já em estudo de Rocha et al. (2011) realizado na aldeia Jaguapiru entre 2007 e 2008, a prevalência de fumantes entre homens e mulheres foi de 19%. Apesar de a comparação das medianas de glicemia capilar casual entre os tabagistas e os não tabagistas não apresentar diferença estatística significativa na população deste estudo,

o tabagismo está associado à resistência à insulina, e tabagistas com diabetes mellitus apresentam maior morbidade e mortalidade associadas às complicações vasculares.

Além disso, o aumento do índice de massa corporal e a obesidade central estão estreitamente associados à ocorrência de diabetes mellitus nessa população. A adiposidade abdominal leva à resistência à insulina por mecanismos ainda não esclarecidos, mas evidências científicas relatam que o excesso de peso sintetiza e ativa proteínas inflamatórias que influenciam na via intracelular da insulina (SOUZA et al., 2003).

Acerca disso, de acordo com estudo de Silva et al. (2008), as médias do índice de massa corporal (IMC) foram superiores quando comparadas às das mulheres indígenas Guarani e Tupiniquins do Espírito Santo, Região Sudeste do Brasil, e às dos indígenas Yanomami do Estado de Roraima. Além disso, apesar de os indígenas Tupiniquins sofrerem bastante influência da cultura urbana, essa etnia ainda vive da agricultura familiar tradicional e, raramente, trabalha nas empresas localizadas nas cidades. Já os indígenas Yanomami praticam atividades físicas laborativas necessárias para a sua sobrevivência.

Ademais, dentre as pessoas com $IMC \geq 30\text{kg/m}^2$, 5% apresentaram glicemia capilar casual alterada no presente estudo, percentual superior ao da população indígena nacional (2,6%). A alimentação rica em carboidratos e gordura pode contribuir para o aumento da obesidade entre os indígenas e, conseqüentemente, influenciar no perfil glicêmico. Além disso, os indígenas confinados em área restrita tiveram a alteração da economia de subsistência e convivem com o sedentarismo, que é um dos fatores que explicam a obesidade nessa população (SILVA et al., 2008).

4. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Notou-se a alta prevalência de glicemia capilar casual alterada sugestiva de diabetes mellitus na população indígena. Portanto, essa população necessita de uma monitorização com vistas a prevenir a ocorrência de distúrbios metabólicos e de complicações relacionadas à hiperglicemia, bem como de modificações comportamentais com o auxílio de intervenções educativas.

REFERÊNCIAS

- BARROS, G. G. M., et al. Transição nutricional e sua relação com a prevalência de hipertensão arterial em índios brasileiros. **Revista Diálogos Acadêmicos**, v. 7, n. 2, 2018.
- BASTOS, J. L., et al. Sociodemographic characteristics of indigenous population according to the 2000 and 2010 Brazilian demographic censuses: a comparative approach. **Cad. Saúde Pública**, v. 33, n. 1, 2017.
- FLOR, L. S., et al. The prevalence of diabetes mellitus and its associated factors in the Brazilian adult population: evidence from a population-based survey. **Rev Bras Epidemiol.**, v. 20, n. 1, 2017.
- FREITAS, G. A. S., et al. Prevalência de diabetes mellitus e fatores associados em mulheres indígenas do Município de Dourados, Mato Grosso do Sul, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, v. 32, n. 8, 2016.
- GIMENO, S. G. A., et al. Perfil metabólico e antropométrico de índios Aruák: Mehináku, Waurá e Yawalapití, Alto Xingu, Brasil Central, 2000/2002. **Cad Saude Publica**, v. 23, n. 8, p. 1946-1954, 2007.
- GUGELMIN, S. A., et al. Ecologia humana e antropometria nutricional de adultos Xavântes, Mato Grosso, Brasil. **Cad Saude Publica**, v. 17, n. 2, p. 313-322, 2001.
- KAHOLOKULA, J. K., et al. Association between acculturation modes and type 2 diabetes among Native Hawaiians. **Diabetes Care.**, v. 31, n. 4, p. 698-700, 2008.
- MAZZUCCHETTI, L., et al. Incidence of metabolic syndrome and related diseases in the Khisêdjê indigenous people of the Xingu, Central Brazil, from 1999-2000 to 2010-2011. **Cad. Saúde Pública**, v. 30, n. 11, 2014.
- MCDERMOTT, R. A., et al. Community health workers improve diabetes care in remote Australian Indigenous communities: results of a pragmatic cluster randomized controlled trial. **BMC Health Serv. Res.**, v. 15, n. 68, 2015.
- MENEZES, S. M., et al. Perfis epidemiológico e nutricional dos indígenas Kaingangs: uma revisão da literatura. **Cadernos Pedagógicos**, v. 12, n. 3, 2015.
- MINISTÉRIO DA SAÚDE. Fundação Nacional de Saúde. Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas. 2. ed. [Internet] Brasília: Ministério da Saúde; 2002 [acesso em 08 jan. 2022]. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_saude_indigena.pdf.
- MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria Especial de Saúde Indígena. Saúde indígena: análise da situação de saúde no SasiSUS. Brasília: Ministério da Saúde, 2019 [acesso em 08 jan. 2022]. Disponível em:

http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/saude_indigena_analise_situacao_sasisus.pdf.

OLIVEIRA, G. F., et al. Prevalência de diabetes melito e tolerância à glicose diminuída nos indígenas da Aldeia Jaguapiru, **Brasil. Rev Panam Salud Pública**, v. 29, n. 5, 2011.

OSUNA, A. C., et al. Prevalencia de diabetes mellitus e hiperlipidemias en indígenas otomíes. **Salud Publica Mex.**, v. 43, n. 5, p. 459-463, 2001.

PAVKOV, M. E., et al. Increasing incidence of proteinuria and declining incidence of end-stage renal disease in diabetic Pima Indians. **Kidney Int.**, v. 70, n. 10, p. 1840-1846, 2006.

ROCHA, A. K. S., et al. Prevalência da síndrome metabólica em indígenas com mais de 40 anos no Rio Grande do Sul, Brasil. **Rev Panam Salud Publica**, v. 29, n. 1, p. 41-45, 2011.

ROMERO, C., et al. Hipertensión arterial y obesidad en indígenas Asháninkas de la región Junín, **Perú. Rev. Peru Med. Exp. Salud Publica**, v. 31, n. 1, 2014.

SILVA, D. A., et al. Distúrbios metabólicos e adiposidade em uma população rural. **Arq Bras Endocrinol Metab.**, v. 53, n. 3, p. 489-498, 2008.

SOUZA, J. L., et al. Prevalência de diabetes mellitus e fatores de risco em Campos dos Goytacazes, RJ. **Arq Bras Endocrinol Metab.**, v. 47, n. 1, p. 69-74, 2003.

PRINCIPAIS COMPLICAÇÕES CRÔNICAS DECORRENTES DO DIABETES MELLITUS

MAIN CHRONIC COMPLICATIONS OF DIABETES MELLITUS

DOI: 10.51859/AMPLLA.PPE2159-13

Bárbara Queiroz de Figueiredo ¹
Bárbara Ferreira de Brito ²
Filipe de Oliveira Carneiro ³
Jordana Ferreira de Brito ⁴

¹ Graduanda em Medicina. Centro Universitário de Patos de Minas (UNIPAM)

² Graduanda em Medicina. Centro Universitário de Goiatuba (UNICERRADO)

³ Graduando em Medicina. Centro Universitário de Goiatuba (UNICERRADO)

⁴ Graduanda em Medicina. Centro Universitário de Goiatuba (UNICERRADO)

RESUMO

O diabetes mellitus (DM) é um conjunto de patologias que possuem, em comum, a hiperglicemia crônica. A doença e, principalmente, seu mau controle, podem causar o aumento da glicemia e as altas taxas podem levar a complicações no coração, nas artérias, nos olhos, nos rins e nos nervos, e, desse modo, o objetivo deste estudo é evidenciar as principais complicações crônicas decorrentes do diabetes mellitus. As complicações diabéticas crônicas são classificadas como microvasculares ou macrovasculares, e contribuem para mortalidade e perda de qualidade de vida de pacientes portadores de diabetes mellitus. Sob essa perspectiva, nota-se que a hiperglicemia desempenha um papel crítico na patogênese das complicações microvasculares, como retinopatia diabética, nefropatia incipiente e neuropatia, enquanto a aterosclerose contribui para a patogênese das complicações macrovasculares.

Palavras-chave: Diabetes mellitus.
Complicações. Nefropatia. Neuropatia.
Retinopatia.

ABSTRACT

Diabetes mellitus (DM) is a set of pathologies that have chronic hyperglycemia in common. The disease and, mainly, its poor control, can cause an increase in glycemia and the high rates can lead to complications in the heart, arteries, eyes, kidneys and nerves, and, thus, the objective of this study is to show the main chronic complications resulting from diabetes mellitus. Chronic diabetic complications are classified as microvascular or macrovascular, and contribute to mortality and loss of quality of life in patients with diabetes mellitus. From this perspective, it is noted that hyperglycemia plays a critical role in the pathogenesis of microvascular complications such as diabetic retinopathy, incipient nephropathy and neuropathy, while atherosclerosis contributes to the pathogenesis of macrovascular complications.

Keywords: Diabetes mellitus. Complications. Nephropathy. Neuropathy. Retinopathy.

1. INTRODUÇÃO

O diabetes mellitus (DM) é um conjunto de patologias que possuem, em comum, a hiperglicemia crônica. No DM do tipo 1 (DM1) ocorre uma deficiência total ou quase total da produção de insulina pelas células β das ilhotas pancreáticas (ilhotas de Langerhans). Na maioria dos casos, este déficit de secreção de insulina deriva da destruição das células β por mecanismos de autoimunidade, e pequena parte desta falência de produção é considerada idiopática. Já o DM do tipo 2 (DM2) é uma patologia de herança poligênica desencadeada, na maioria das vezes, por fatores ambientais como sedentarismo e hábitos alimentares pouco saudáveis. Isto culmina com aumento do tecido adiposo corporal (especialmente visceral) e produção de citocinas inflamatórias por este tecido. A ação dessas citocinas em todo o corpo determina resistência à ação da insulina nos tecidos (HANG et al., 2019).

No que se refere ao diabetes mellitus do tipo 2, (DM2), que resulta, em graus variáveis, da resistência tecidual à insulina e deficiência relativa na secreção do hormônio pelas células β pancreática, apesar da forte herança familiar poligênica ainda não esclarecida, o fator ambiental é muito relevante para o desenvolvimento desta patologia, haja vista que os hábitos dietéticos e o sedentarismo são os principais contribuintes para a obesidade, que é o principal fator de risco para o desenvolvimento do DM2. Na maioria dos casos, o acúmulo de gordura, especialmente no tecido adiposo visceral, é associado ao risco de DM2. Neste tecido, quando há hipertrofia, são produzidas citocinas pró-inflamatórias, o que gera uma resistência à insulina, que está envolvida na gênese do DM2 (FREITAS et al., 2020). Em um estado anormal ou resistente à insulina, há uma perda da secreção de insulina parcial em uma resposta a uma carga de glicose, resultando em hiperglicemia pós-prandial. Posteriormente, um exagerado a resposta à insulina de segunda fase causa hiperinsulinemia crônica (HANG, et al. 2019). Ou seja, a resistência à insulina se manifesta como uma redução na capacidade da insulina de ativar o sinal de insulina celular-cascata e, conseqüentemente, estimular a insulina em processos celulares calculados. A fisiopatologia do diabetes mellitus de tipo 2 é impulsionada principalmente pela indução da resistência à insulina muscular, hepática e do tecido adiposo (PRASAD et al., 2014).

Nota-se que a DM2, principalmente, possui etiologia complexa e origem multifatorial, acometendo indivíduos, em alta prevalência, de idade superior a 40 anos. Combinando fatores genéticos e ambientais, a DM2 pode ser agravada por hábitos alimentares irregulares e inatividade física, além de forte influência de histórico familiar, sedentarismo, obesidade, dislipidemia, hipertensão arterial e síndrome metabólica, dentre outros fatores. A DM2, na maioria das vezes, é assintomática, o que desfavorece o diagnóstico e o tratamento precoces, diminuindo assim a eficiência e evolução terapêutica. No entanto, ao observar a relevância das medidas de estilo de vida, a adoção da prática dos exercícios físicos nas pessoas com DM, principalmente nos idosos, nota-se efetivo controle glicêmico e controle de morbidades (FREITAS et al., 2020). A doença e, principalmente, seu mau controle, podem causar o aumento da glicemia e as altas taxas podem levar a complicações no coração, nas artérias, nos olhos, nos rins e nos nervos, e, desse modo, o objetivo deste estudo é evidenciar as principais complicações crônicas decorrentes do diabetes mellitus.

2. METODOLOGIA

Trata-se de uma pesquisa descritiva do tipo revisão narrativa da literatura, que buscou responder quais são as evidências sobre as complicações a longo prazo do diabetes mellitus. A pesquisa foi realizada através do acesso online nas bases de dados *National Library of Medicine* (PubMed MEDLINE), *Scientific Electronic Library Online* (Scielo), *Cochrane Database of Systematic Reviews* (CDSR), Google Scholar, Biblioteca Virtual em Saúde (BVS) e EBSCO *Information Services*, no mês de outubro de 2021. Para a busca das obras foram utilizadas as palavras-chaves presentes nos descritores em Ciências da Saúde (DeCS): em inglês: "diabetes mellitus", "complications", "nephropathy", "retinopathy", "neuropathy", "diabetic foot", "macrovascular", "microvascular" e em português: "diabetes mellitus", "complicações", "nefropatia", "retinopatia", "neuropatia", "pé diabético", "macrovasculares", "microvasculares".

Como critérios de inclusão, foram considerados artigos originais, que abordassem o tema pesquisado e permitissem acesso integral ao conteúdo do estudo, publicados no período de 2004 a 2021, em inglês e português. O critério de exclusão foi imposto naqueles trabalhos que não estavam em inglês e espanhol, que não tinham



passado por processo de Peer-View e que não abordassem a temática do estudo. A estratégia de seleção dos artigos seguiu as seguintes etapas: busca nas bases de dados selecionadas; leitura dos títulos de todos os artigos encontrados e exclusão daqueles que não abordavam o assunto; leitura crítica dos resumos dos artigos e leitura na íntegra dos artigos selecionados nas etapas anteriores. Assim, totalizaram-se 30 artigos científicos para a revisão narrativa da literatura, com os descritores apresentados acima, dos últimos dezessete anos e em línguas portuguesa e inglesa.

3. REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

As complicações diabéticas crônicas são classificadas como microvasculares ou macrovasculares, e contribuem para mortalidade e perda de qualidade de vida de pacientes portadores de diabetes mellitus. Sob essa perspectiva, nota-se que a hiperglicemia desempenha um papel crítico na patogênese das complicações microvasculares, como retinopatia diabética, nefropatia incipiente e neuropatia, enquanto a aterosclerose contribui para a patogênese das complicações macrovasculares. Por isso, o principal objetivo do manejo clínico dessa doença é a prevenção dessas complicações, servindo como base para a atual recomendação de se manter a hemoglobina glicada (HbA1c) < 7% (ZOUNGAS et al., 2014).

Ademais, o aumento de glicose intracelular é o principal determinante do dano tecidual causado pelo diabetes, dano este que pode ser reversível quando restaurada a normoglicemia, ou irreversível, mesmo revertida a hiperglicemia, pois se originou de alterações acumulativas em macromoléculas de vida longa. Os mecanismos bioquímicos propostos para explicar anormalidades estruturais e funcionais associadas com a exposição prolongada dos tecidos vasculares à hiperglicemia foram propostos, conforme ilustrado pelo Quadro 1. Além disso, hipertensão arterial sistêmica, tabagismo, dislipidemia, obesidade, etnia e genética são fatores de risco para o desenvolvimento de complicações associadas ao DM (NATHAN et al., 2014).

Quadro 1: Mecanismos bioquímicos propostos para explicar anormalidades estruturais e funcionais associadas à exposição prolongada dos tecidos vasculares à hiperglicemia

Aumento da produção intracelular de produtos finais de glicação avançada (AGE), que modificam proteínas intracelulares e plasmáticas, modificando as suas funções e modificam também componentes da matriz extracelular alterando a interação desses componentes.
A via dos poliois, gerando um aumento da atividade da aldose-redutase, que consome mais NADPH do que o normal, interferindo na função dele como cofator da regeneração da glutatona reduzida (antioxidante intracelular)
Aumento de fluxo pela via das hexosaminas, gerando modulação na expressão de proteínas que, em linhas gerais, causariam oclusão capilar e oclusão vascular.
Ativação da proteína quinase C (PKC) via acúmulo hiperglicemia-induzido de diacilglicerol. Tanto as alterações causadas pelo aumento do fluxo na via do sorbitol, como o aumento da formação de espécies reativas de oxigênio (ROS) hiperglicemia-induzido, podem ser responsáveis por anormalidades no fluxo sanguíneo e todas as outras alterações bioquímicas.

Fonte: Adaptado de Nathan et al., 2014

3.1. RESISTÊNCIA À INSULINA E DISFUNÇÃO ENDOTELIAL

A manutenção da glicemia normal depende da capacidade funcional das células pancreáticas de secretarem insulina e da capacidade tecidual de responder a esse hormônio, sendo que ela atua no endotélio vascular regulando o crescimento celular, a expressão de genes, a síntese proteica, a redução do influxo de cálcio e possui ação vasodilatadora, relacionada com a estimulação da produção de óxido nítrico (NO) pelo endotélio, sintetizado pelas células endoteliais, por macrófagos e por neurônios (FASELIS et al., 2020).

A resistência à insulina (RI) ocorre quando existe uma diminuição da responsividade das células-alvo a níveis normais de insulina circulante, que, por sua vez, ocasiona uma liberação de mais insulina (geração de hiperinsulinemia), na tentativa de se obter uma resposta fisiológica adequada. Assim, a RI contribui para a disfunção endotelial por promover o desenvolvimento da aterosclerose, gerando inflamação, trombose, rigidez das paredes arteriais, e redução na regulação do tônus e fluxo arteriais. No entanto, a RI precede em muitos anos o diagnóstico de doenças como hipertensão, doença arterial coronariana, DM, obesidade e dislipidemia, podendo ser detectada antes de qualquer grau de intolerância à glicose ser evidente (KATSIKI et al., 2019).



Aliado a isso, como dito anteriormente, a insulina, em concentrações fisiológicas exerce funções benígnas, apresentando efeitos antiaterogênicos, mediados pelo NO, porém, em condições de hiperinsulinemia, o mesmo hormônio passa a estimular a produção de lipídios, a proliferação da célula muscular lisa, a síntese de colágeno e a produção de fatores de crescimento. Concomitantemente, a produção de NO mediada pela insulina se torna comprometida nessas situações (AVOGARO et al., 2019).

O endotélio vascular, formado por células com alta atividade metabólica, quando íntegro, forma uma rede de proteção que permite melhor fluidez sanguínea e evita a coagulação do sangue, sendo considerado um órgão endócrino, que, em resposta a diversos estímulos, sintetiza e libera diversas substâncias vasoativas de ação sinérgica, antagônica ou complementar, exercendo assim, papel fundamental na homeostase vascular. Diversas funções têm sido atribuídas ao endotélio, como a regulação do tônus vascular, através de fatores de relaxamento (NO, prostaciclina, e fator hiperpolarizante do endotélio) e vasoconstrição (endotelina-1, tromboxano A2, angiotensina II e ânion superóxido); ativação e inibição plaquetária, promovidos por fatores endoteliais que promovem vasoconstrição e vasodilatação respectivamente; adesão de leucócitos ao endotélio, promovida pelos fatores vasodilatadores; interação com metabolismo das lipoproteínas; regulação do crescimento vascular; resposta imune inflamatória (BEKELE et al., 2019).

Assim, quando eventos fisiopatológicos resultam em efeitos deletérios sobre a funcionalidade e integridade do endotélio, ele se torna incapaz de exercer todas essas funções, instalando-se uma disfunção endotelial, que é considerada uma via final comum a diversas doenças cardiovasculares, representando a lesão inicial da aterosclerose evidente (KATSIKI et al., 2019).

3.2. NEFROPATIA DIABÉTICA

A nefropatia diabética (ND) representa, no Brasil, a segunda causa de doença renal crônica (DRC), estando atrás apenas da nefropatia hipertensiva, sendo uma complicação crônica do DM, de longa duração e caráter progressivo, podendo evoluir para insuficiência renal terminal (MACIEL et al., 2019). Sob essa perspectiva, nos últimos anos, nota-se a progressão da doença à hiperfiltração e à hipertrofia renal (anormalidades hemodinâmicas e metabólicas das fases iniciais. surgimento de



microalbuminúria (excreção de 30 a 300mg/dia) e, frequentemente, após 4 a 5 anos do surgimento da microalbuminúria, se instala a nefropatia diabética clínica, em que a albuminúria excede 300mg/dia, de forma persistente, e existe um aumento da pressão arterial, com diminuição da taxa de filtração glomerular (TFG) (OHKUMA et al., 2016).

A patogênese da nefropatia diabética é multifatorial, onde estão relacionados fatores hemodinâmicos, metabólicos e inflamatórios (GROSS et al., 2005), e dentre os fatores hemodinâmicos, destaca-se a presença de um meio hipermetabólico e de hiperglicemia moderada e de longa duração está associada à vasodilatação da arteríola aferente mais do que na eferente, gerando uma hiperfiltração glomerular, com aumento do fluxo glomerular e elevada pressão intracapilar. Esses fatores ocasionam um estresse hemodinâmico glomerular, precursor da nefropatia diabética (PRABHAKAR et al., 2007; THOMSON et al., 2004).

Ademais, dentre os fatores metabólicos, existem dois de extrema importância, como a hiperglicemia e a glicação de macromoléculas. A glicação de proteínas, aminoácidos, lipídios e ácidos nucleicos ocorre naturalmente e de maneira reversível no organismo (VAN BUREN et al., 2011). Porém, em estados de hiperglicemia, essa glicação se dá de modo irreversível, produzindo os produtos avançados de glicação (AGE), que podem formar ligação cruzada com proteínas de matriz extracelular, da membrana basal e com os receptores dos AGE, levando à endocitose e ativação de mecanismos pró-oxidantes e pró-inflamatórios. O fator de crescimento do endotélio vascular, a nível renal, estimula a produção de NO, gerando vasodilatação e causa lesão vascular por aumento na permeabilidade da barreira de filtração glomerular. Além de estimular a síntese de colágeno IV pelos podócitos, o que gera espessamento na membrana basal (THOMSON et al., 2012).

3.3. NEUROPATIA DIABÉTICA

Existem dois grandes grupos de neuropatias diabéticas: as generalizadas/simétricas e as focais/multifocais/assimétricas, em que as diversas formas de manifestações clínicas são agrupadas. Todas são essencialmente sensitivas e pode haver sintomas positivos, como dor e disestesias, que são referidos, muitas vezes, como sensação de queimação, ardência ou choques; e sintomas negativos, como diminuição ou abolição da percepção da dor e temperatura (TESFAYE, 2009), e a



distribuição desses sintomas corresponde ao segmento do sistema nervoso periférico envolvido.

A mais frequente distribuição fenotípica da polineuropatia sensitiva, que ocorre tanto no DM quando no pré-diabetes e em outras doenças metabólicas, é marcada por uma distribuição distal nos membros, predominando os inferiores, com padrão típico de lesão axonal comprimentodependente, conhecido como "em botas" e "em luvas" (YAGIHASHI et al., 2011). O exame neurológico desses pacientes geralmente revela hipoestesia termoalgésica distal, porém alguns pacientes podem cursar com hipersalgesia e/ou alodinia (CALLAGHAN et al., 2012).

Já a patogênese da polineuropatia e da neuropatia autonômica simétrica distal envolve anormalidades microvasculares e metabólicas, com relação causal entre a hiperglicemia e a progressão da doença. Os sintomas dolorosos, nos pacientes com neuropatia diabética, inicialmente são de leves a moderados, porém, com o avançar da doença e caso não sejam adequadamente tratados, podem se tornar intensos e debilitantes, que costumam ser piores em decúbito e à noite, interferindo no sono desses pacientes. As neuropatias diabéticas de natureza focal decorrem da oclusão das arteríolas endoneurais, com dano isquêmico ao nervo (entretanto vasos sanguíneos epineurais e perineurais também apresentam alterações sugestivas de vasculite). A maioria dos casos de neuropatias diabéticas agudas focais/multifocais geralmente se resolve, pelo menos em parte, e a dor pode ser resolvida dentro de alguns meses, porém a fraqueza pode persistir por mais de um ano para a recuperação total e alguns pacientes ainda apresentam esses sintomas mesmo com o tratamento (BOULTON et al., 2019).

3.4. PÉ DIABÉTICO

Problemas nos pés no diabetes são comuns e caros, e as pessoas com diabetes representam cerca de metade de todas as internações hospitalares por amputações. Como a maioria das amputações no diabetes é precedida por ulceração do pé, é essencial um entendimento completo das causas e do manejo da ulceração. A incidência anual de úlceras nos pés no diabetes é de aproximadamente 2% na maioria dos países ocidentais, embora taxas mais altas tenham sido relatadas em certas populações com diabetes. Embora até recentemente se acreditasse que o risco de úlceras nos pés ao

longo da vida era geralmente de 15 a 25%, dados recentes sugerem que o número pode chegar a 34%, sendo o famoso médico diabético Elliott P. Joslin tendo observado muitos casos clínicos de doença do pé diabético, observou que “a gangrena diabética não é enviada dos céus, mas sim de origem terrena”. Assim, a ulceração do pé não é uma consequência inevitável de se ter diabetes; em vez disso, as úlceras se desenvolvem como consequência de uma interação entre patologias específicas dos membros inferiores e riscos ambientais (BOULTON et al., 2019).

3.5. RETINOPATIA DIABÉTICA

A retinopatia diabética é a principal causa de cegueira em pessoas com idade entre 20 e 74 anos (CHATURVEDI et al., 2008). Aproximadamente 12% dos novos casos de diminuição da acuidade visual a um nível que impeça o exercício de atividades laborais, são causados pela retinopatia diabética. Após 20 anos de doença, mais de 90% dos pacientes com DM tipo 1 e 60% daqueles com o tipo 2 apresentarão algum grau de retinopatia (GUPTA et al., 2013). Nesses pacientes, a principal causa de baixa da acuidade visual é o edema macular, podendo estar presente desde as fases iniciais da retinopatia até em casos nos quais há doença proliferativa grave, acometendo 30% dos pacientes com mais de 20 anos de diabetes (MATTHEWS et al., 2004). A forma proliferativa é aquela que se relaciona mais frequentemente com a perda visual grave, devido a eventos oculares potencialmente causadores de cegueira irreversível, como a isquemia retiniana difusa, incluindo a macular e o descolamento tracional de retina (SRIVASTAVA et al., 2005).

O controle glicêmico adequado é fundamental para a prevenção e diminuição nas complicações relacionadas ao DM, tendo em vista que o tempo de duração do diabetes e o controle glicêmico são os dois fatores mais importantes relacionados ao desenvolvimento e à gravidade da retinopatia diabética (HAINSWORTH et al., 2019; LI et al., 2019). Ademais, segundo estudos sobre o papel da panfotocoagulação, foram estabelecidos critérios diagnósticos para a retinopatia diabética proliferativa e edema macular, respectivamente. Desse modo, evidencia-se, de acordo com os Quadros 2 e 3, uma classificação baseada na gravidade para a retinopatia diabética e o edema macular, abrangendo os principais critérios diagnósticos. Se edema macular presente, classifica-se, conforme ilustrado pelo Quadro 4.



Quadro 2: Classificação de retinopatia diabética

Gravidade da retinopatia diabética	Achados à oftalmoscopia sob dilatação pupilar
Sem retinopatia aparente	Sem alterações
Retinopatia diabética não proliferativa leve	Apenas microaneurismas
Retinopatia diabética não proliferativa moderada	Achados mais abundantes que na retinopatia não proliferativa leve e menos abundantes que na retinopatia não grave
Retinopatia diabética não proliferativa grave	Presença de um dos seguintes achados: mais de 20 hemorragias retinianas em cada um dos quatro quadrantes retinianos; ensalsichamento venoso em dois quadrantes ou microanormalidades vasculares intrarretinianas em um quadrante
Retinopatia diabética proliferativa	Presença de neovasos e/ou hemorragia vítrea ou pré-retiniana

Fonte: Hainsworth et al., 2019

Quadro 3: Classificação de edema macular diabético

Gravidade do edema macular diabético	Achados à oftalmoscopia sob dilatação pupilar
Edema macular aparentemente ausente	Ausência de espessamento retiniano ou exsudatos duros no polo posterior
Edema macular aparentemente presente	Presença de espessamento retiniano ou exsudatos duros no polo posterior

Fonte: Hainsworth et al., 2019

Tabela 4: Classificação de edema macular presente

Edema macular leve	Edema macular moderado	Edema macular grave
Algum grau de espessamento de retina ou exsudatos duros no polo posterior, no entanto, distantes do centro foveal	Espessamento de retina próximo ao centro da mácula, mas ainda não atingindo seu centro	Espessamento de retina ou exsudatos duros, atingindo o centro da mácula

Fonte: Hainsworth et al., 2019

O tratamento padrão ouro para o edema macular e retinopatia proliferativa é a fotocoagulação, que impede a perda de visão em 90% dos casos, quando iniciada nas fases não proliferativa avançada ou proliferativa inicial. Já em pacientes com retinopatia proliferativa de alto risco, a perda de visão grave (20/800 ou pior) é reduzida em 50% dos casos. Além disso, o tratamento do edema macular clinicamente significativo com laser em grid ou focal/direto reduz o risco de baixa de visão em 50%. Ademais, diversos

tratamentos farmacológicos foram propostos para pacientes nessa categoria, como drogas antiangiogênicas (bevacizumabe, ranibizumabe e aflibercepte) e corticoesteroides (triancinolona acetona), injetados diretamente na cavidade vítrea. Casos em que a fotocoagulação não é eficaz, como nas trações vitreomaculares, hemorragias vítreas persistentes, descolamentos tracionais de retina acometendo a região macular, devem ser tratados cirurgicamente pela vitrectomia. Considerando todos os casos cirúrgicos, a vitrectomia proporciona acuidade visual melhor que 20/100 em cerca de 80% dos casos (LI et al., 2019).

3.6. DOENÇA CARDIOVASCULAR

Desde meados de 1990, notou-se que a presença de DM conferia risco de evento coronariano isquêmico similar ao de indivíduos não-diabéticos sabidamente coronariopatas. Por isso, o DM2 foi chamado de "equivalente coronariano", a partir da constatação de que indivíduos sem DM2, mas com infarto prévio, teriam a mesma incidência de infarto agudo do miocárdio (IAM) em 7 anos (de 20%), do que aqueles com DM2, mas sem histórico de IAM prévio. Aliado a isso, a doença cardiovascular aterosclerótica constitui a principal causa de morte em diversas populações e indivíduos diabéticos apresentam o dobro do risco de morrer por essas causas quando comparados à população geral. Esses pacientes, quando sofrem evento coronariano, têm maior risco de morte que aqueles sem a doença (YAMAZAKI et al., 2018).

Outrossim, a presença de DM também eleva em 3 vezes a mortalidade por AVC. Além disso, o DM2 geralmente não vem sozinho, haja vista que, geralmente, o paciente apresenta outras anormalidades, como a obesidade visceral, a hipertensão arterial sistêmica (HAS) e a dislipidemia, que contribuem significativamente para aumentar a mortalidade por eventos cardiovasculares. Sob esse cenário, as anormalidades lipídicas são um problema grande em pacientes com DM2, pois costumam apresentar uma dislipidemia caracterizada por hipertrigliceridemia, níveis elevados de apolipoproteína B, modificações qualitativas nas lipoproteínas de baixa densidade (LDL), partículas estas que de modo característico, são pequenas e densas e apresentam baixos níveis de colesterol contido do que na lipoproteína de alta densidade (FERENCE et al., 2016).

Além disso, o estado pró-trombótico no diabetes é marcado pela agregação plaquetária e por alterações na fibrinólise no ateroma dentro da parede do vaso, pois a

hiperglicemia desencadeia: ativação da PKC redutase; redução na produção de óxido nítrico e prostaciclina; formação de íons oxidantes; desequilíbrio na homeostase do cálcio; formação do tromboxane A₂ e aumento na produção de trombina e Fator de von Willebrand. Ademais, a quebra enzimática das partículas de fibrinogênio pode estar inibida em pacientes com DM, predispondo à aterosclerose acelerada, trombose e oclusão arterial aguda. Além disso, os ateromas em pacientes portadores de DM podem exibir uma expressão aumentada de fator tecidual, um potente pró-coagulante (BROWN et al., 2013).

Outrossim, no diabetes há uma produção aumentada de moléculas de adesão e aumento na sinalização inflamatória, de forma que monócitos e linfócitos T ligam-se mais facilmente à parede da célula endotelial, formando placas ateroscleróticas com composição pró-inflamatória ou hiperinflamatória. Além disso, macrófagos, células que secretam grandes quantidades de citocinas pró-inflamatórias também são mais abundantes nos ateromas de pacientes com DM. A estabilidade da placa também é mantida pela produção de colágeno pelas células musculares lisas, que migram para o local da lesão. Essas células musculares lisas parecem sofrer mais apoptose em pacientes diabéticos e esse evento é atribuído ao desenvolvimento de capilares acelulares mediado pelo sorbinol (ZINMAN et al., 2015).

Já a hipertensão arterial sistêmica (HAS) está presente em mais de 60% dos pacientes com diabetes, independentemente da idade ou da obesidade associada. Os fatores podem estar envolvidos na gênese da HAS, incluem resistência à insulina (pela retenção de sódio e água nos túbulos renais, estimular o sistema nervoso simpático e aumentar a responsividade adrenal à angiotensina), alterações estruturais renais, de estrutura e função vascular, alterações no eixo hipotálamo-hipófise-adrenal, ativação do sistema renina-angiotensina-aldosterona e do sistema nervoso simpático (YAMAZAKI et al., 2018).

A cardiomiopatia diabética caracteriza-se pela disfunção miocárdica devido hipertrofia miocelular e fibrose miocárdica, e associa-se à redução da função mecânica do coração, anormalidades eletrofisiológicas, defeitos nas organelas celulares e *downregulation* dos receptores pelos níveis cronicamente elevados de catecolaminas (PARVING et al., 2012). Contribuindo com a fisiopatologia da cardiomiopatia diabética, a disfunção endotelial pode levar a episódios repetidos de vasoconstrição e lesão



isquemia-reperfusão. Assim, o aumento da permeabilidade vascular associado à disfunção endotelial causa edema intersticial, fibrose e disfunção miocárdica (IMAI et al., 2011).

3.7. DECLÍNIO COGNITIVO E DOENÇA DE ALZHEIMER

Segundo Corral et al. (2015), um metabolismo inadequado da glicose no cérebro resultante da resistência à insulina, a capacidade reduzida da insulina de estimular a utilização da glicose, está no centro de novos caminhos terapêuticos para tratar a causa mais comum de demência em todo o mundo, ou seja, a doença de Alzheimer, haja vista que é postulado que a essa neuropatologia representa um distúrbio neuroendócrino que se assemelha a uma forma única de DM2, acompanhada de neurodegeneração, que às vezes é considerada diabetes tipo 3 (MENEZES et al., 2020). Derivado dessa hipótese, alguns agentes que melhoram a sensibilidade à insulina e que reduzem a hiperinsulinemia têm sido propostos para auxiliar no funcionamento cognitivo de pacientes com DM2 ou doença de Alzheimer.

4. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Complicações macrovasculares devastadoras (doença cardiovascular) e complicações microvasculares (como doença renal diabética, retinopatia diabética e neuropatia) levam ao aumento da mortalidade, cegueira, insuficiência renal e uma diminuição geral da qualidade de vida em indivíduos com diabetes. Atualmente, o tratamento envolve modificação da dieta, redução de peso, exercícios, medicamentos orais e insulina. Nos últimos anos, avanços importantes foram feitos na patogênese do diabetes que afeta os sistemas cardiovascular, renal e nervoso; visão; e as extremidades inferiores, especialmente os pés. Desse modo, é de suma importância, ao observar a relevância das medidas de estilo de vida, a adoção da prática dos exercícios físicos nas pessoas com DM, principalmente nos idosos, que se efetive o controle glicêmico dos portadores de DM2, e, assim, controlando as morbidades associadas e cronicidades.

REFERÊNCIAS

- AVOGARO, A., et al. Complicações microvasculares no diabetes: uma preocupação crescente para os cardiologistas. **International Journal of Cardiology**, v. 291, n. 4, p. 29-35, 2019.
- BELEKE, B. B. A prevalência de complicações macro e microvasculares do DM entre pacientes na Etiópia 1990–2017: revisão sistemática. **Diabetes e síndrome metabólica: pesquisa clínica e análises**, v. 13, n. 11, p. 672-677, 2019.
- BOULTON, A. J. M., et al. Diagnóstico e tratamento de complicações do pé diabético. **American Diabetes Association**, v. 3, n. 8, p. 1-16, 2019.
- BROWN, D. M., et al. Resultados de longo prazo da terapia com ranibizumabe para edema macular diabético: os resultados de 36 meses de dois estudos de fase III: RISE e RIDE. **Oftalmologia**, v. 120, n. 5, p. 2018–2022, 2013.
- CALLAGHAN, B. C., et al. Controle de glicose aprimorado para prevenir e tratar a neuropatia diabética. **Cochrane Database Syst Rev.**, v. 6, n. 76, p. 1-11, 2012.
- CHATURVEDI, N., et al. Efeito do candesartan na prevenção (DIRECT-Prevent 1) e progressão (DIRECT-Protect 1) da retinopatia no diabetes tipo 1: ensaios clínicos randomizados e controlados por placebo. **The Lancet**, v. 372, m. 7, p. 1394–1402, 2008.
- CORRAL, S. R., et al. Diabetes and Alzheimer Disease, Two Overlapping Pathologies with the Same Background: Oxidative Stress. **Oxidative Medicine and Cellular Longevity**, v. 15, n. 98, p. 1-14, 2015.
- FASELIS, C., et al. Complicações microvasculares do diabetes mellitus tipo 2. **Ingenta Connect**, v. 18, n. 2, p. 117-124, 2020.
- ERENCE, B. A., et al. Variação em PCSK9 e HMGCR e risco de doenças cardiovasculares e diabetes. **N Engl J Med.**, v. 375, n. 7, p. 2144–2153, 2016.
- FREITAS, A. J. S., et al. Identificação de portadores de diabetes mellitus tipo 2 e incentivo as mudanças no estilo de vida. **Journal of Biology & Pharmacy and Agricultural Management**, v. 16, n. 3, p. 9-19, 2020.
- GROSS, J. L., et al. Nefropatia diabética: diagnóstico, prevenção e tratamento. **Diabetes Care**, v. 28, n. 8, p. 164–176, 2005.
- GUPTA, N., et al. Retinopatia diabética e VEGF. **Open Ophthalmol J.**, v. 7, n. 8, p. 4–10, 2013.
- HAINSWORTH, D. P., et al. Fatores de risco para retinopatia em diabetes tipo 1: o estudo DCCT / EDIC. **Diabetes Care**, v. 42, n. 5, p. 875-882, 2019.



HANG, X., et al. Etiology of metabolic syndrome and dietary intervention. **International Journal of Molecular Sciences**, v. 20, n. 128, p. 1-11, 2019.

IMAI, E., et al. Olmesartana reduzindo a incidência de doença renal terminal em ensaio clínico de nefropatia diabética (ORIENT): justificativa e desenho do estudo. **Hypertens Res.**, v. 29, n. 7, p. 703–709, 2006.

KATSIKI, N., et al. Obesidade, síndrome metabólica e o risco de complicações microvasculares em pacientes com diabetes mellitus. **Ingenta Connect**, v. 25, n. 18, p. 2051-2059, 2019.

LI, T., et al. Anormalidades microvasculares retinianas em crianças com diabetes mellitus tipo 1 sem deficiência visual ou retinopatia diabética. **Oftalmologia investigativa e ciências visuais**, v. 60, n. 4, p. 990-998, 2019.

MACIEL, R. O., et al. Nefropatia diabética- incidência e fatores de riscos associados. **Braz. J. Hea. Rev.**, v. 2, n. 4, p. 3808-3823, 2019.

MATTHEWS, D. R., et al. Riscos de progressão da retinopatia e perda de visão relacionados ao controle rígido da pressão arterial no diabetes mellitus tipo 2: UKPDS 69. **Arch Ophthalmol.**, v. 122, n. 7, p. 1631–1640, 2004.

MENEZES, L. M. S., et al. Relação entre doença de alzheimer e diabetes mellitus tipo 2. **Brazilian Journal of Health Review**, v. 3, n. 6, p. 16326-16334, 2020.

NATHAN, D. M., et al. O controle do diabetes e estudo de complicações / epidemiologia das intervenções do diabetes e estudo de complicações aos 30 anos: visão geral. **Diabetes Care**, v. 37, n. 1, p. 9-16, 2014.

OHKUMA, T., et al. Efeitos do tabagismo e sua cessação na creatinina e cistatina C taxas estimadas de filtração glomerular e albuminúria em pacientes do sexo masculino com diabetes mellitus tipo 2: o Registro de Diabetes de Fukuoka. **Hypertens Res.**, v. 39, n. 7, p. 744–751, 2016.

PARVING, H. H., et al. (2012). Desfechos cardiorenais em um estudo com aliscireno para diabetes tipo 2. **N Engl J Med.**, v. 367, n. 11, p. 2204–2213, 2012.

PRABHAKAR, S., et al. A nefropatia diabética está associada ao estresse oxidativo e à diminuição da produção de óxido nítrico renal. **J Am Soc Nephrol.**, v. 18, n. 5, p. 2945–2952, 2007.

PRASAD, S., et al. Diabetes mellitus and blood-brain barrier dysfunction: an overview. **Aust J Pharm**, v. 2, n. 125, p. 125-131, 2014.

SRIVASTAVA, B. K. A hipertensão desempenha um papel na retinopatia diabética? **J Assoc Physicians India**, v. 53, n. 6, p. 803–808, 2005.



- TESFAYE, S. Avanços na gestão da neuropatia periférica diabética. **Curr Opin Suporte Palliat Care**, v. 3, n. 1, p. 136–143, 2009.
- THOMSON, S. C., et al. Função renal no diabetes precoce: a hipótese tubular da filtração glomerular. **Am J Physiol Ren Physiol.**, v. 286, n. 7, p. 8–15, 2004.
- THOMSON, S. C., et al. Efeitos agudos e crônicos do bloqueio de SGLT2 na função glomerular e tubular no rato diabético precoce. **Am J Physiol Regul Integr Comp Physiol.**, v. 302, n. 8, p. 75–83, 2012.
- VAN BUREN, P. N., et al. Hipertensão na nefropatia diabética: epidemiologia, mecanismos e gestão. **Adv Chronic Kidney Dis.**, v. 18, n. 2, p. 28–41, 2011.
- YAGIHASHI, S., et al. Mecanismo da neuropatia diabética: onde estamos agora e para onde ir? **J Diabetes Investig.**, v. 2, n. 6, p. 18–32, 2011.
- YAMAZAKI, D., et al. Hipertensão com complicações do diabetes mellitus. **Hypertens Res.**, v. 41, n. 7, p. 147–156, 2018.
- ZINMAN, B., et al. Empaglifozina, desfechos cardiovasculares e mortalidade no diabetes tipo 2. **N Engl J Med.**, v. 373, n. 4, p. 2117–2128, 2015.
- ZOUNGAS, S., et al. Impacto da idade, idade no diagnóstico e duração do diabetes no risco de complicações macrovasculares e microvasculares e morte no diabetes tipo 2. **Diabetologia**, v. 57, n. 8, p. 2465–2574, 2014.

A IMPORTÂNCIA DO ENFERMEIRO PODIATRA NA PREVENÇÃO DAS COMPLICAÇÕES DO PÉ DIABÉTICO: UMA REVISÃO INTEGRATIVA DA LEITURA

THE IMPORTANCE OF PODIATRIST NURSES IN THE PREVENTION OF DIABETIC FOOT COMPLICATIONS: AN INTEGRATIVE LITERATURE REVIEW

DOI: 10.51859/AMPLLA.PPE2159-14

Joyce Scheidegger Moreira¹
 Juliana Messias Machado Lopes²
 Luzia Gonçalves Pontes³
 Ariane da Silva Pires⁴
 Eugenio Fuentes Pérez Júnior⁵
 Isabele Figueiredo Dias⁶

¹ Enfermeira. Pós-graduada em Enfermagem Clínica. Universidade do Estado do Rio de Janeiro – UERJ

² Enfermeira. Pós-graduada em Enfermagem Clínica. Universidade do Estado do Rio de Janeiro – UERJ

³ Enfermeira. Pós-graduada em Enfermagem Clínica. Universidade do Estado do Rio de Janeiro – UERJ

⁴ Professora Adjunta do Departamento de Enfermagem Médico-Cirúrgica. Universidade do Estado do Rio de Janeiro – UERJ

⁵ Professor Adjunto do Departamento de Enfermagem Médico-Cirúrgica. Universidade do Estado do Rio de Janeiro – UERJ

⁶ Graduanda do Curso de Enfermagem. Universidade do Estado do Rio de Janeiro – UERJ

RESUMO

O presente estudo trata da relevância da atuação do profissional enfermeiro com especialização em podiatria no âmbito de complicações dos pés de pacientes portadores de diabetes mellitus. Objetivos: identificar a produção científica nacional relacionada ao papel do enfermeiro podiatra no manejo clínico do paciente diabético com pé em risco com vistas à prevenção de complicações do pé diabético; caracterizar as abordagens teóricas metodológicas da produção científica selecionada; discutir sobre as opções terapêuticas utilizadas pelo enfermeiro especialista para a qualidade do cuidado em Enfermagem. Metodologia: pesquisa qualitativa, de natureza bibliográfica, na modalidade de revisão integrativa da literatura. Resultados: captou-se 10 artigos científicos que após análise de conteúdo originaram duas categorias empíricas denominadas "ações educativas e o autocuidado em saúde:

estratégias de prevenção" e "intervenções realizadas pelo enfermeiro podiatra no manejo clínico do paciente com pé diabético: consulta de enfermagem e uso de tecnologias". Conclusão: as principais atividades em educação em saúde são as estratégias grupais e individuais com orientações com vistas ao autocuidado dos pés e estratégias voltadas para a prevenção das complicações nos pés. Além disso, ressalta-se a avaliação especializada, realização de exames específicos e ações especializadas no uso de tecnologias voltadas para prevenção, tratamento e reabilitação dos indivíduos que convivem com o pé diabético.

Palavras-chave: Cuidados de Enfermagem. Pé diabético. Tecnologias em Saúde.

ABSTRACT

The present study is about the relevance in the performance of the nurse professional with

specialization in podiatrics in the context of complications of the feet of patients with diabetes mellitus. Objectives: to identify the national scientific production related to the role of podiatrist nurses in the clinical management of diabetic patients with at-risk feet in order to prevent complications of diabetic feet; characterize the theoretical methodological approaches of the selected scientific production; discuss the therapeutic options used by the specialist nurse for the quality of nursing care. Methodology: qualitative research, of bibliographic nature, in the modality of integrative literature review. Results: 10 scientific articles were captured which, after content analysis, gave rise to two empirical categories called “educational actions

and self-care in health: prevention strategies” and “interventions performed by podiatrist nurses in the clinical management of patients with diabetic feet: consultation nursing and use of technologies”. Conclusion: the main activities in health education are group and individual strategies with guidelines for self-care of the feet and strategies aimed at preventing complications in the feet. In addition, we highlight the specialized evaluation, carrying out specific tests and specialized actions using technologies aimed at prevention, treatment and rehabilitation of individuals who live with diabetic foot.

Keywords: Nursing. Diabetic foot. Health technologies.

1. INTRODUÇÃO

O objeto desta pesquisa trata do papel do enfermeiro podiatra no manejo clínico do paciente diabético com o pé em risco com vistas à prevenção de complicações.

Este objeto emergiu a partir da aproximação dos cuidados assistenciais prestados ao longo da graduação e trajetória profissional a pacientes portadores de lesões do pé diabético, pois em diversos cenários assistenciais observamos empiricamente o grande quantitativo de pessoas com diversos tipos de complicações de difícil manejo e cicatrização das lesões.

Salienta-se que essa motivação também foi reforçada a partir dos conhecimentos adquiridos no curso de Pós-Graduação Lato Sensu em Enfermagem Clínica da Universidade do Estado do Rio de Janeiro, quando se abordou a complexidade do cuidado voltado à pessoa com lesões de pele. Devido à importância e especificidade da temática em questão, torna-se relevante uma breve contextualização acerca do objeto de estudo.

Assim sendo, Diabetes Mellitus (DM) consiste em um distúrbio metabólico caracterizado por hiperglicemia persistente, decorrente de deficiência na produção de insulina ou na sua ação, ou em ambos os mecanismos. Atinge proporções epidêmicas, com estimativa de 425 milhões de pessoas com DM mundialmente. A hiperglicemia persistente está associada a complicações crônicas micro e macrovasculares, aumento de morbidade, redução da qualidade de vida e elevação da taxa de mortalidade. A



classificação do DM baseia-se em sua etiologia e os fatores causais dos principais tipos de DM – genéticos, biológicos e ambientais ainda não são completamente conhecidos (SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES, 2019-2020).

De acordo com fonte de dados internacionais, em 2017, estimou-se que 8,8% (intervalo de confiança de 95%: 7,2 a 11,3) da população mundial com 20 a 79 anos de idade (424,9 milhões de pessoas) vivia com diabetes. Se as tendências atuais persistirem, de acordo com a Sociedade Brasileira de Diabetes, 2019-2020, o número de pessoas com diabetes foi projetado para ser superior a 628,6 milhões em 2045.

Embora sejam muitas as complicações sérias e dispendiosas que afetam os indivíduos com diabetes, tais como doenças cardiovasculares, problemas renais e retinopatia, as complicações com os pés representam a maior parte dessas complicações e responsáveis por 40 a 70% de todas as amputações das extremidades inferiores relacionadas ao diabetes mellitus (CONSENSO INTERNACIONAL SOBRE PÉ DIABÉTICO, 2001).

O pé diabético caracteriza-se por infecção, ulceração e ou destruição dos tecidos profundos associadas a anormalidades neurológicas e vários graus de doença vascular periférica nos membros inferiores, podendo ser classificado, segundo sua etiopatogenia, em: neuropático, vascular (também chamado isquêmico) e misto (neurovascular ou neuroisquêmico) (CONSENSO INTERNACIONAL SOBRE PÉ DIABÉTICO, 2001).

O pé diabético representa um problema econômico significativo, particularmente se a amputação resulta em hospitalização prolongada, reabilitação e uma grande necessidade de cuidados domiciliares e de serviços sociais. O custo direto de uma cicatrização primária é estimado entre 7.000 a 10.000 dólares, enquanto o de uma amputação associada ao pé diabético pode variar de 30.000 a 60.000 dólares. O custo a longo prazo, 3 anos, para uma amputação inicial varia entre 43.100 a 63.100 dólares, principalmente devido à maior necessidade de assistência social e de cuidados em domicílio (CONSENSO INTERNACIONAL SOBRE PÉ DIABÉTICO, 2001).

As alterações de ordem neurológica e vascular em extremidades, provocadas pelo quadro de DM, produzem distorções na anatomia e fisiologia normais dos pés. A alteração do trofismo muscular e da anatomia óssea dos pés provoca o surgimento dos pontos de pressão, enquanto o ressecamento cutâneo prejudica a elasticidade

protetora da pele e o prejuízo da circulação local torna a cicatrização mais lenta e ineficaz (BRASIL, 2016).

De acordo com o Manual do pé diabético: estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica, de 2016, o pé neuropático é caracterizado pela perda progressiva da sensibilidade. Já o pé isquêmico caracteriza-se tipicamente por história de claudicação intermitente e/ou dor à elevação do membro. Ao exame físico, pode-se observar rubor postural do pé e palidez à elevação do membro inferior. À palpação, o pé apresenta-se frio, podendo haver ausência dos pulsos tibial posterior e pedioso dorsal.

Em relação ao tratamento podemos observar que as literaturas são incisivas quanto a uma abordagem multidisciplinar, seguindo um padrão individualizado, como foco principalmente na educação em saúde, prevenção e cuidados específicos, para que não ocorra amputação de membro, recomendando-se que a assistência seja executada por profissionais capacitados e habilitados cientificamente (BRASIL, 2016).

Destaca-se, portanto que um número significativo de estudos tem provado que as taxas de amputação podem ser reduzidas em mais de 50% com a adoção de alguns cuidados como : inspeção regular dos pés e calçados durante as visitas clínicas do paciente, tratamento preventivo para os pés e com os calçados para pacientes com pé em alto risco, ou seja, podiatria (tratamento dos pés pelo especialista), cuidados com os calçados, educação, juntamente com abordagem multifatorial e multidisciplinar de lesões já estabelecidas, diagnóstico precoce de doença vascular periférica e intervenção vascular, acompanhamento contínuo dos pacientes com úlceras prévias nos pés e o registro de amputações e úlceras (CONSENSO INTERNACIONAL SOBRE PÉ DIABÉTICO, 2001; BRASIL, 2016).

Diante da necessidade de avaliação específica relacionada às alterações provocadas pelo DM a médio e longo prazo, ressalta-se a importância da avaliação dessa clientela pelo enfermeiro podiatra ou habilitado em podiatria clínica (SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES, 2019-2020). A complexidade nesse contexto, exige do profissional de enfermagem conhecimentos relacionados a biomecânica, podoposturologia, calceologia, assim como a utilização de exames complementares específicos como a plantigrafia, a podoscopia e a termografia, entre outros. Habilidades



e competências adquiridas pelo enfermeiro especialista ou habilitado em Podiatria clínica.

Em muitos países, os profissionais do nível primário, os enfermeiros especializados em diabetes e os podiatras devem prover a educação terapêutica. As técnicas utilizadas dependerão das circunstâncias locais, a ênfase deve ser dada ao aprendizado participativo em vez de basear-se em palestras convencionais. A educação terapêutica pode ser transmitida tanto em sessões de grupos quanto em sessões individuais. Os textos devem utilizar uma linguagem simples, e os panfletos devem ser usados como adjuntos às instruções pessoais (CONSENSO INTERNACIONAL SOBRE PÉ DIABÉTICO, 2001).

No Brasil, o Enfermeiro possui um instrumento valioso que é a consulta de enfermagem, privativa dessa categoria, segundo a Resolução Cofen nº 159/1993, tem como fundamento os princípios de universalidade, equidade, resolutividade e integralidade das ações de saúde; compõe-se de histórico de enfermagem (compreendendo a entrevista), exame físico, diagnóstico de enfermagem, prescrição e implementação da assistência e evolução de enfermagem; utiliza componentes do método científico para identificar situações de saúde/doença, prescrever e implementar medidas de enfermagem que contribuam para a promoção, prevenção, proteção da saúde, recuperação e reabilitação do indivíduo, família e comunidade.

Segundo Resolução Conselho Federal de Enfermagem No 581/2018, os procedimentos para registro de Títulos de Pós-graduação *Lato e Stricto Sensu* é concedido aos enfermeiros e aprova a lista das especialidades, sendo: enfermagem dermatológica – feridas, queimaduras, podiatria – especialidades essas que agregam mais habilidade e competência a esse profissional.

Em concordância com ofício remetido à Presidência do COFEN, no ano de 2005, pela enfermeira Vera Ligia Lellis Jacob que idealizou a criação da Especialidade de Podiatria Clínica no Brasil, essa especialização no âmbito da Enfermagem, tem intuito de aprimorar a assistência prestada a indivíduos portadores de alterações nos pés e tornozelos, como é o caso da população idosa, e das doenças crônicas como DM, Hanseníase, Afecções Reumáticas, dentre outras, no que tange aos problemas podiátricos. Objetiva assim, utilizar a competência técnica científica dos Enfermeiros, habilitando-os a desenvolver mais este cuidado, com foco no exame clínico dos pés e na



aplicação de técnicas especializadas para tratamento das podopatias, distrofias ungueais, além das alterações biomecânicas e posturais.

Considerando a importância do profissional enfermeiro junto a equipe de saúde neste cenário, atuando em todas as etapas do processo desde a prevenção e orientações aos pacientes, avaliação periódica dos pés, tratamento dos agravos e reabilitação, utilizando opções terapêuticas compatíveis com a formação especializada. Nesse sentido, é fundamental o acesso do portador de DM nas unidades de saúde para promoção do cuidado e prevenção de complicações, permitindo que a cada consulta seja um momento oportuno para avaliação dos pés, garantindo um cuidado integral em todo atendimento.

Com base no exposto, elaborou-se o seguinte problema de pesquisa: O que há na literatura científica acerca do enfermeiro podiatra no manejo clínico do paciente diabético com o pé em risco com vistas à prevenção de complicações?

Com vistas a responder o problema de pesquisa traçaram-se os seguintes objetivos: I) Identificar a produção científica nacional relacionada ao papel do enfermeiro podiatra no manejo clínico do paciente diabético com pé em risco com vistas à prevenção de complicações do pé diabético; II) Caracterizar as abordagens teóricas metodológicas da produção científica selecionada; e III) Discutir sobre as opções terapêuticas utilizadas pelo enfermeiro especialista para a qualidade do cuidado em Enfermagem.

2. METODOLOGIA

Trata-se de uma pesquisa qualitativa, de natureza bibliográfica, na modalidade de revisão integrativa da literatura, desenvolvida respeitando-se as seguintes fases: I) construção da pergunta norteadora; II) busca ou amostragem na literatura; III) coleta de dados; IV) análise crítica dos estudos incluídos; V) discussão dos resultados; e VI) apresentação da revisão integrativa (BRAGA et al., 2019).

Para responder a questão norteadora, a pesquisa ocorreu nas bases de dados da Biblioteca Virtual em Saúde (BVS) nas bases de dados: Literatura Latino-americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), Base de dados da Enfermagem (BDENF) e Sistema Online de Busca e Análise de Literatura Médica (MEDLINE), e Base de dados da Scientific



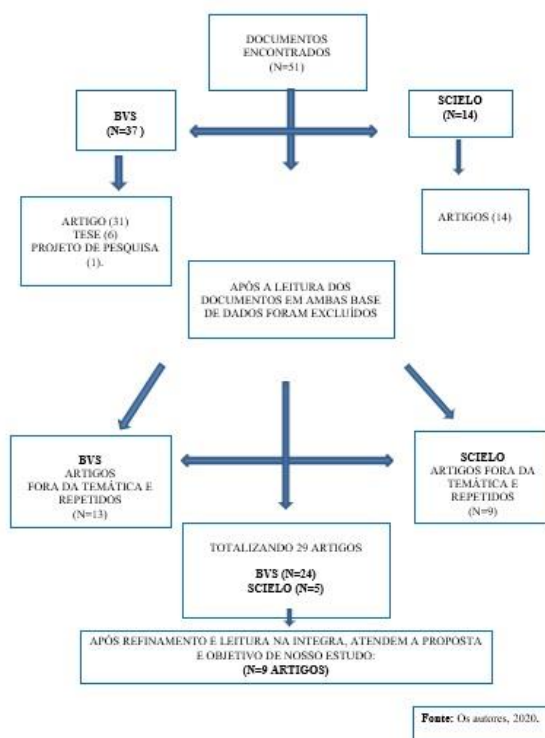
Electronic Library Online (SciELO). A busca de dados ocorreram nos meses de fevereiro a março de 2020, utilizando-se o escritor: “Enfermagem” combinado a palavra-chave “Pé Diabético” através do operador booleano “AND”.

Para captação e seleção do material científico foram estabelecidos os seguintes critérios de inclusão: idioma português; recorte temporal dos últimos cinco anos (2015 a 2019); textos com acesso gratuito e disponíveis na íntegra. Após o refinamento foram encontrados um total de 37 documentos, destes: 31 artigos científicos e 6 teses de doutorado.

Em busca independente na Base de dados da Scientific Electronic Library Online (SciELO) foram estabelecidos os mesmos filtros (idioma, recorte temporal, área temática e textos completos) e foram selecionados um total de 14 documentos, todos artigos científicos. Então o total de produção científica captada totalizou 51 documentos científicos.

Após análise de pares, foram excluídos os manuscritos repetidos em mais de uma base de dados, totalizando 29 artigos científicos (sendo 24 na BVS e cinco na SciELO). Então procedeu-se à leitura do título e resumo dos artigos científicos e excluí-se aqueles que não tinham relação com o objeto de estudo proposto na pesquisa em tela.

Figura 1 - Fluxograma do Estado da Arte, Rio de Janeiro, 2020



Fonte: autoria própria.

3. RESULTADOS E DISCUSSÃO

Ao se analisar a literatura identificou-se a incipiência de produção da enfermagem relacionada a podiatria clínica no Brasil, tal fato está relacionado com a emergência da podiatria na enfermagem brasileira que tem seu início em 2007, com a formação de limitado número de enfermeiros especialistas. O pouco conhecimento profissional e da sociedade em geral sobre a especialidade tem contribuído para que seu desenvolvimento e produção científica sejam modestos. Na atualidade a especialidade vem ganhando visibilidade por meio da reabertura dos cursos de formação na área.

Para melhor compreensão optou-se por apresentar os resultados de forma descritiva com o auxílio de um quadro, objetivando caracterizar as abordagens teóricas metodológicas da produção científica analisada. Posteriormente, serão apresentadas e discutidas as categorias que emergiram a partir da análise, as quais possibilitaram estabelecer uma relação entre o ponto de vista abordado pelos autores dos manuscritos e o objeto deste estudo.

Tabela 1 - Distribuição dos estudos, segundo o título, autores, ano de publicação, periódicos, objetivos e metodologias das pesquisas

TÍTULO	AUTORES ANO DE PUBLICAÇÃO	PERIÓDICO	OBJETIVOS/ METODOLOGIA
1-Intervenção Educativa para a Promoção do Autocuidado de Idosos com Diabetes Mellitus.	Marilia Braga Marques, et al. 7 (2019).	Revista da Escola de Enfermagem da USP. (SCIELO).	Objetivo: Avaliar a eficácia de uma intervenção educativa de enfermagem no autocuidado de idosos com Diabetes Mellitus. Método: Estudo quase-experimental com dois grupos, controle e intervenção, realizado com idosos que vivem com Diabetes Mellitus, atendidos em Unidades de Atenção Primária à Saúde do município de Fortaleza/Ceará.
2-Terapia a laser de baixa intensidade e Calendula officinalis no reparo de úlcera em pé diabético.	Ana Flávia Machado de Carvalho, et al. 8 (2016).	Revista da Escola de Enfermagem da USP. (SCIELO).	Objetivo: Avaliar efeitos da Terapia a Laser de Baixa Intensidade isolada e associada ao óleo de



TÍTULO	AUTORES ANO DE PUBLICAÇÃO	PERIÓDICO	OBJETIVOS/ METODOLOGIA
			Calendulaofficialis no reparo de úlceras em pé diabético. Método: Estudo de caso clínico, experimental, controlado, randomizado, prospectivo, intervencional, de caráter quali.
3-Ações do Enfermeiro na Prevenção do Pé Diabético: O olhar da Pessoa com Diabetes Mellitus.	Laiane de Fátima Pereira, et al. 10 (2017).	Revista de Pesquisa Cuidado é Fundamental. (Online), (BVS).	Objetivo: Investigar as ações realizadas pelo enfermeiro na prevenção do pé diabético na perspectiva da pessoa com diabetes mellitus (DM). Métodos: Pesquisa com abordagem qualitativa, exploratória e descritiva, realizada com pessoas com diagnóstico de DM de um município de Minas Gerais, cadastradas em um projeto de extensão. Dados coletados por meio de entrevistas semiestruturadas e de avaliação clínica dos pés.
4- Fatores de Risco para Ulceração no Pé de Indivíduos com Diabetes Mellitus Tipo 2.	Luciana Catunda Gomes de Menezes, et al. 12 (2016).	Revista Eletrônica de Enfermagem (REE / OnLine), (BVS).	Objetivos: analisar os fatores associados ao risco de ulceração do pé em indivíduos com diabetes mellitus tipo 2. Método: Estudo quantitativo, com 71 indivíduos numa Unidade Básica de Saúde de um município do estado do Paraná.
5-Estratégias Educativas para Pessoas Diabéticas com Pé em Risco Neuropático: Síntese	Luciana Catunda Gomes de Menezes, et al. 12 (2016).	Revista Eletrônica de Enfermagem (REE / OnLine), (BVS).	Objetivo: Identificar as melhores evidências sobre estratégias de educação em saúde utilizadas para ensino-

TÍTULO	AUTORES ANO DE PUBLICAÇÃO	PERIÓDICO	OBJETIVOS/ METODOLOGIA
de Boas Evidências			aprendizagem de pessoas com diabetes mellitus e pé em risco neuropático. Método: Revisão integrativa realizada nas bases de dados PubMed, LILACS, CINAHL e SCOPUS em janeiro de 2015, com uma amostra de 14 artigos analisados na íntegra.
6- Grau de Risco para Úlceras nos Pés por Diabetes: Avaliação de Enfermagem.	Maria do Livramento Saraiva Lucoveis, et al.13 (2018).	Revista Brasileira de Enfermagem. (REBEn / OnLine), (SciELO).	Objetivo: Classificar o grau de risco para ulcerações nos pés de pessoas com diabetes mellitus e identificar seus principais fatores de risco preditivos. Método: Estudo exploratório, descritivo, onde os pacientes foram avaliados em um ambulatório municipal de São Paulo por meio da consulta de enfermagem, segundo diretrizes do International Consensus on the Diabetic Foot. Os dados foram analisados descritivamente.
7- Fatores Associados à Alteração da Percepção Sensorial Tátil nos Pés de Pacientes com Diabetes Mellitus.	Juliana Almeida Fernandes Noronha 14. (2019).	Repositório Institucional da Universidade Federal de Minas Gerais.(OnLine).	Objetivo: analisar sinais, sintomas e fatores etiológicos da alteração da percepção sensorial tátil em pacientes com diabetes mellitus. Método: Foi conduzido em duas etapas: Revisão integrativa da literatura e validação clínica com estudo transversal de abordagem quantitativa.



TÍTULO	AUTORES ANO DE PUBLICAÇÃO	PERIÓDICO	OBJETIVOS/ METODOLOGIA
8- Promoção da Saúde de Pessoas com Diabetes Mellitus no Cuidado Educativo Preventivo do Pé Diabético.	Luzia Wilma Santana da Silva, et al. 15 .(2016)	Revista Ciencia y Enfermería.(OnLine), (SciELO).	Objetivo: Conhecer os resultados das ações intervencionistas de educação em saúde à prevenção do pé-diabético. Método: Estudo de método misto, avaliativo-interpretativo na abordagem pesquisa-ação na primeira etapa, oriundo de um projeto guarda-chuva, desenvolvido na Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia, Jequié, BA, aprovado pelo Comitê de Ética da citada Universidade
9- Manual de Cuidados às Pessoas com Diabetes e Pé Diabético: Construção por ScopingStudy.	Ana Paula Padilha, et al. 16. (2017).	Revista Texto & Contexto Enfermagem. (OnLine), (SciELO).	Objetivo: Construir um manual educativo para pessoas com diabetes mellitus com pé diabético. Método: Scopingstudy, aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa, realizado em um hospital escola do Estado de Santa Catarina (Brasil).

Fonte: Autoria própria.

Verifica-se que os artigos foram publicados no período de 2015 a 2019, sendo o maior quantitativo de produção situado nos anos de 2016, 2017 e 2019. As publicações estavam expressas exclusivamente no idioma português, cujas revistas científicas eram originárias de instituições situadas no Brasil (com predomínio na região sudeste) e no Chile.

Em relação aos autores, observa-se a prevalência de enfermeiros. No que se refere à abordagem metodológica, predominam as pesquisas quantitativas de caráter descritivo, exploratório, transversal e experimental e quase experimental. E com menor incidência, constata-se as pesquisas bibliográficas na modalidade de revisão integrativa da literatura, seguidas de pesquisa-ação e método misto.

Aplicou-se a técnica de análise de conteúdo na produção científica captada, culminando na elaboração de duas categorias empíricas denominadas “ações educativas e o auto-cuidado em saúde: estratégias de prevenção” e “intervenções realizadas pelo enfermeiro podiatra no manejo clínico do pé diabético: consulta de enfermagem e uso de tecnologias”.

3.1. CATEGORIA: AÇÕES EDUCATIVAS E O AUTOCUIDADO EM SAÚDE: ESTRATÉGIAS DE PREVENÇÃO

Nessa categoria agrupou-se as evidências encontradas que versam sobre a importância da prevenção de complicações por meio de ações educativas planejadas e executadas por profissionais de enfermagem, assim como a sua importância como estratégia para promoção do autocuidado.

Por se tratar de uma doença crônica com aumento constante de casos e de tratamento complexo, ressalta-se a necessidade de materiais educativos a respeito do DM, como ferramentas para auxiliar na capacitação das pessoas e familiares, pois, por meio do acesso à informação e ampliação do conhecimento, é possível que cada indivíduo faça suas escolhas para uma vida mais saudável (CARVALHO et al., 2020).

As dúvidas apresentadas pelas pessoas com DM sobre suas complicações, frequentemente, são suscitadas em atividades de educação em saúde. Assim, em concordância com CARVALHO, 2020, às estratégias educativas criativas e atrativas são capazes de facilitar a assimilação de informações, propiciando maior adesão ao tratamento e otimizando o trabalho da enfermagem, contribuindo para minimizar a ocorrência de complicações.

Ao se considerar a complexidade das complicações produzidas pelo diabetes é relevante considerar que o enfermeiro habilitado ou especialista em podiatria clínica possui conhecimentos específicos que lhe permitem a produção de ações educativas capazes de transmitir informações que promovam a mudança de qualidade de vida das pessoas que possuem DM.

O efeito de uma intervenção educativa de enfermagem com enfoque nas orientações relacionadas ao autocuidado em diabetes, obtém como principais resultados um efeito positivo, pois favorece a melhoria de parâmetros clínicos e da adesão ao tratamento. Através da implementação de orientações relacionadas à

alimentação saudável voltada para o controle glicêmico e para adoção de medidas de autocuidado com os pés são ações indispensáveis para prevenção e manejo do pé diabético (ANDRADE et al., 2019).

As ações efetivas para a prevenção do pé diabético não são muito difundidas no cotidiano das pessoas com DM, e grande parte limita-se às ações de educação em saúde de forma genérica sem fornecer subsídios para que as pessoas com DM sejam capazes de realizar o autoexame dos pés. Neste sentido, o enfermeiro deve promover de forma sistemática o empoderando as pessoas para a autonomia e o autocuidado e o autoexame dos pés, o que contribui para a redução de complicações e melhoria da qualidade de vida (PEREIRA et al., 2017). Recomendando-se que o enfermeiro especializado ou habilitado esteja presente nesse processo por ser o especialista formado para atuar especificamente com os membros inferiores.

Faz-se mister que os profissionais de saúde reconheçam e valorizem a importância do exame dos pés e do fornecimento de orientações teóricas e práticas, quanto aos cuidados necessários aos pés de indivíduos com diabetes (TESTON et al., 2017).

Sendo assim, foi possível observar o predomínio de atividades educativas realizadas, com destaque às ações desenvolvidas por enfermeiros. Como foi possível observar se o estudo e a revisão.

Identificou-se o protagonismo no desenvolvimento de ações educativas pelo enfermeiro na literatura analisada, tais como: conhecimento das principais complicações diabéticas, dos sinais de hipoglicemia, importância da monitorização da glicemia em casa, adesão ao tratamento e a dieta. E os cuidados específicos voltados para os pés, como: inspeção diária dos pés, higiene, hidratação, corte adequado e seguro das unhas, tipo de calçado, não andar descalço, uso de meias de algodão sem elásticos, reforçando as estratégias de prevenção (MENEZES et al., 2016).

A participação dos pacientes no planejamento e gestão dos cuidados de sua saúde em grupos de pertencimento do pé diabético, cujas ações viabilizem aliar estratégias de educação em saúde assentadas em conhecimentos prévio dos pacientes, treinamento e sistematização do autocuidado de modo a reorientar o modelo assistencial visando a melhoria da qualidade de saúde dos mesmos. O olhar para essa



evidência chama atenção para estratégias de abordagem às potencialidades humanas para o autocuidado (LUCOVEIS et al., 2018).

Neste direcionamento, saber conhecer sobre as pessoas e o seu processo de viver-convivendo com a doença mostra-se como condição precípua a elaboração de estratégias eficientes e eficazes de controle e tratamento da doença.

O uso de estratégias educativas no cuidado de enfermagem é de grande valia, pois permitem a conscientização das pessoas com DM sobre a importância da mudança do estilo de vida e no autocuidado, de forma a prevenir, retardar e ou controlar as complicações decorrentes da doença (NORONHA, 2019).

3.2. CATEGORIA: “INTERVENÇÕES REALIZADAS PELO ENFERMEIRO PODIATRA NO MANEJO CLÍNICO DO PACIENTE COM PÉ DIABÉTICO: CONSULTA DE ENFERMAGEM E USO DE TECNOLOGIAS”

A complexidade das ações voltadas para o cuidado dos pacientes com pé diabético envolve tratamentos e intervenções especializadas e uso de tecnologias como ferramentas para o cuidado. A Podiatria Clínica surge da necessidade de ofertar cuidados especializados, seguros e de qualidade, utilizando-se das inovações tecnológicas disponíveis e atuando de forma autônoma e em consonância com os avanços e descobertas científicas por meio da sistematização da assistência de enfermagem (SANTANA et al., 2016).

A sistematização por meio da consulta a de enfermagem, atividade privativa do enfermeiro, tem como principal foco identificar com alta acuidade as pessoas com DM que apresentam riscos de complicações. Desta forma, a avaliação minuciosa dos pés constitui etapa fundamental no rastreamento do risco de complicações nos pés. Ao realizar a consulta, o enfermeiro deve procurar identificar por meio de rigorosa inspeção e palpação, as alterações dermatológicas, musculoesqueléticas, vasculares e neurológicas. Esta avaliação criteriosa dos pés deve ser feita com a finalidade de identificar os riscos de futuras complicações, como por exemplo as ulcerações, e desta forma trabalhar a prevenção dos mesmos (PADILHA, 2017).

Ressalta-se que para que o enfermeiro seja capaz de identificar com propriedade os sinais e sintomas, assim como as evidências presentes em exames complementares que indiquem a presença de riscos ou vulnerabilidades ao desenvolvimento de



complicações, faz-se necessário formação e o desenvolvimento de habilidades e competências no âmbito da podiatria clínica.

Os fatores de risco às ulcerações mais prevalentes foram o corte inadequado das unhas, a utilização de calçados inadequados, presença de micoses, calosidades, rachaduras e ressecamento da pele. Também foram associados o enchimento capilar inadequado, a perda de sensibilidade e o histórico de úlceras prévias (TESTON et al., 2017).

Vale ressaltar a importância da avaliação especializada em caso de lesões, como a úlcera do pé diabético, para escolha de um tratamento efetivo, sistematizado, individualizado e eficaz, o que reduz a gravidade de complicações, como amputações e comprometimento da qualidade de vida dos pacientes (SANTANA et al., 2016).

Após o exame minucioso dos pés deve ser realizada a classificação do risco detectado, por meio de escores, a qual abrange desde o baixo risco até o risco mais elevado. Além de apontar o escore de risco para ulcerações, o sistema de classificação de risco permite definir a periodicidade de acompanhamento e avaliação do paciente (SANTANA et al., 2016; PADILHA, 2017). O ato contínuo ao exame para avaliação dos pés, envolve um a elaboração de planejamento ou protocolo para o tratamento adequado das lesões já instaladas, pois o risco de amputações neste quadro clínico é maior e afeta diretamente a qualidade de vida dos pacientes (LUCOVEIS et al., 2018; SANTANA et al., 2016; PADILHA, 2017).

Reconhecer precocemente os fatores de risco do problema por meio da avaliação clínica, identificando a gravidade e distribuição da perda sensorial nos pacientes com DM, favorece o planejamento e implementação de intervenções baseadas em evidências, com foco na prevenção de danos sensoriais e tratamento do problema com vistas à qualidade de vida do indivíduo (BRASIL, 2013).

Uma das avaliações que podem ser realizadas pelo enfermeiro dentro da consulta de enfermagem é a avaliação neurológica não invasiva, que objetiva detectar o pé em risco e a neuropatia periférica. O principal instrumento utilizado para avaliação de risco é o monofilamento de Semmes Weinstein de 10g, utilizado para identificar o limiar de percepção cutânea. Além disso, realiza-se a avaliação das fibras finas (não mielinizadas) através da sensibilidade tátil, dolorosa, temperatura, e das fibras grossas (mielinizadas) além da sensibilidade vibratória e do reflexo do tendão calcâneo. Esse



exame tem intuito de detectar alterações neurológicas, com o foco de identificar a neuropatia periférica e o risco de complicações futuras tais como as alterações: sensitivas, motoras e autonômicas que elevam o risco de aparecimento da úlcera do pé diabético (PADILHA, 2017).

Dando continuidade as avaliações, segue para a parte vascular, através da utilização do doppler portátil para realização do Índice Tornozelo-Braquial (ITB). O ITB alterado pode ser um importante marcador de risco cardiovascular e de vasculopatias periféricas, pois a observação da alteração dos valores apresentados no paciente diabético contribui para determinar ou evidenciar maior probabilidade de aparecimento da Doença Arterial Obstrutiva Periférica (DAOP) que interfere na perfusão do membro afetado e conseqüentemente na cicatrização das úlceras do pé diabético e no aumento dos índices de amputação (CARVALHO et al., 2016).

Tão importante quanto as avaliações e estratégias de prevenção encontram-se as ações voltadas ao tratamento ou manejo clínico das complicações, como também, a reabilitação do paciente diabético. Neste sentido, o uso das tecnologias em saúde como ferramentas do cuidado de enfermagem, têm se mostrado um importante recurso terapêutico.

No âmbito das tecnologias, destaca-se a Laserterapia de baixa intensidade. A Terapia com Laser de Baixa Intensidade é um recurso terapêutico de baixo custo e eficiência comprovada no tratamento de feridas, como é o caso das úlceras do pé diabético, pois tem a capacidade de acelerar o processo de reparo tecidual por meio do emprego de fontes de luz de baixa potência, como diodos emissores de luz (Light Emitting Diode – LED). Na atualidade, sabe-se que a laserterapia de baixa intensidade tem se mostrado um dos recursos terapêuticos que vem sendo amplamente utilizado na prática clínica e apresenta uma gama de efeitos em tecidos vivos, tais como: melhoria da qualidade da cicatrização, estímulo a microcirculação, efeitos anti-inflamatórios, antiedematosos e analgésicos. Esse recurso pode ser utilizado pelo enfermeiro com capacitação na área. Estudo demonstra que a laserterapia de baixa intensidade realizada tanto isoladamente quanto associada ao óleo de *Calêndula officinalis*, demonstra eficácia no alívio da dor e na aceleração do processo de reparo tecidual da úlcera do pé diabético, podendo ainda ser utilizada combinada a terapias alternativas ou coberturas diversas para o tratamento das lesões (CARVALHO et al., 2016).



No âmbito da avaliação da biomecânica e utilização de calçados especiais, observou-se um dado relevante no contexto de comportamentos de risco relacionado ao desconhecimento ou em não realizar o cuidado referente aos pés. Os dados foram de 23,1% das participantes não faz exame dos pés e 46,2% fazem retirada de cutículas. Trata-se de uma precaução referida na literatura em muitas pesquisas sobre o conhecimentos de boas práticas de cuidados com os pés, as quais incluem: inspeção diária; realização de exercícios para os pés; não andar descalço; uso de sapatos adequados, macios e confortáveis; verificação do espaço interno dos sapatos antes de usá-los; uso de meias de algodão sem costura; corte adequado das unhas; não utilizar bolsa de água quente ou escalda-pés; secar os espaços interdigitais (SANTANA et al., 2016).

Como implicações para a prática clínica, entende-se que a identificação dos fatores de risco por meio do presente estudo subsidia a atuação clínica do enfermeiro no atendimento específico para esta população e cria a necessidade da implantação, nos serviços de saúde, de centros de referência com especificidade da Enfermagem em Podiatria Clínica, bem como de enfermeiros treinados e capacitados para o acompanhamento do paciente diabético, que requer um cuidado com muitas especificidades em sua prática e desenvolvimento de ações destinadas ao rastreamento precoce e prevenção de complicações do DM, assim como a educação dos pacientes para o autocuidado, tornando-os ativo nesse processo (PIRES et al., 2021).

4. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Por meio da busca realizada para o desenvolvimento desta pesquisa, pôde-se observar que existem poucos dados acerca dos cuidados realizados pelo enfermeiro podiatra. Todavia, entende-se que para prestação de assistência qualificada faz-se necessário o conhecimento científico, sobretudo, permitisse ao enfermeiro ser um dos profissionais de saúde mais indicados a realizar deste cuidado a estes pacientes, pois o mesmo não presta assistência somente pautado na doença pré-existente e sim de forma holística, através da consulta de enfermagem, envolvendo o paciente por completo.

Sendo assim, essa revisão identificou estudos que apontam evidências que a especialização em podiatria clínica, permite ao profissional enfermeiro a junção das



técnicas de atendimento do profissional de nível técnico em podologia ao conhecimento técnico-científico do enfermeiro, transformando-o em um especialista com total manejo clínico do paciente diabético com pé em risco, contribuindo para a melhora da saúde global do paciente, com foco na prevenção primária, diagnosticando e tratando problemas associados aos pés, com vistas à prevenção de complicações, bem como mostra a relevância das ações educativas na promoção do autocuidado.

Os limites deste estudo estão relacionados a baixa de publicações relacionadas a temática abrangendo a especialização podiatria. Sugere-se maior exploração dos profissionais com tema do estudo a fim de conceder opções terapêuticas tecnológicas e raciocínio clínico especializado ao enfermeiro para melhor escolha do cuidado ao paciente, seja ele preventivo, tratamento ou reabilitação. Além de contribuir para o aumento de vínculo e confiabilidade do profissional à sociedade.

REFERÊNCIAS

- ANDRADE, L. L.; CARVALHO, G. C. P.; VALENTIM, F. A. A. A.; SIQUEIRA, W. A.; MELO, F. M. A. B.; COSTA, M. M. L. Characteristics and treatment diabetic foot ulcers in ambulatory care / Caracterização e tratamento de úlceras do pé diabético em um ambulatório. **Revista de Pesquisa: Cuidado é Fundamental Online**, Rio de Janeiro, 2019, v. 11, n. 1, p. 124-128, 1 jan. 2019. Disponível em: <<http://www.seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/view/6504>>. Acesso em: 09 de set. 2021. DOI: <https://doi.org/10.9789/2175-5361>.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: Diabetes Mellitus. **Caderno de Atenção Básica nº 36**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2013. 162 p. Disponível em: <https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/estrategias_cuidado_pessoa_diabetes_mellitus_cab36.pdf>. Acesso em: 04 jan. 2021.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Manual do pé diabético: estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2016. 62 p. Disponível em: <http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/manual_do_pe_diabetico.pdf>. Acesso em: 04 jan. 2021.
- CARVALHO, A. F. M.; FEITOSA, M. C. P, et al. Terapia a laser de baixa intensidade e Calendula officinalis no reparo de úlcera em pé diabético. **Rev Esc Enferm USP**, São Paulo, v. 50, n. 4, p. 626-632, 2016. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-



62342016000400628&lng=en>. Acesso em: 09 de set. 2021. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0080-623420160000500013>.

COFEN - Conselho Federal de Enfermagem. Resolução COFEN nº 159, de 19 de abril de 1993 – Revogada pela Resolução Cofen nº 544/2017. **Consulta de Enfermagem**. Disponível em: <http://www.cofen.gov.br/resoluo-cofen-1591993_4241.html>. Acesso em: 06 jan. 2021.

COFEN - Conselho Federal de Enfermagem. Resolução COFEN Nº 581 de 11 de julho de 2018. **Procedimentos para Registro de Títulos de Pós-graduação Lato e Stricto Sensu concedido a Enfermeiros e aprova a lista das especialidades**. Disponível em: <http://www.cofen.gov.br/resolucao-cofen-no-581-2018_64383.html>. Acesso em: 08 jan. 2021.

COFEN - Conselho Federal de Enfermagem. Parecer 57 de 12 de dezembro de 2015. Análise sob o aspecto legal do curso de atualização e especialização em Podiatria Clínica. p. 1-3. Rio de Janeiro. 2005. Disponível em: <http://www.podiatria.com.br/arquivos/parecer_cofen_podiatria.pdf>. Acesso em: 08 jan. 2021.

CONSENSO INTERNACIONAL SOBRE PÉ DIABÉTICO. **Grupo de Trabalho Internacional sobre Pé Diabético**. Brasília, DF: Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal, 2001. 100 p. Disponível em: <http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/conce_inter_pediabetico.pdf>. Acesso em: 06 jan. 2021.

LUCOVEIS, M. L. S.; GAMBA, M. A.; PAULA, M. A. B.; MORITA, A. B. P. S. Grau de risco para úlceras nos pés por diabetes: avaliação de enfermagem. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 78, n. 6, p. 3041-3047, 2018. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672018000603041&lng=pt.>. DOI:<https://doi.org/10.1590/0034-7167-2017-0189>.

MARQUES, B. M.; COUTINHO, F. V. J.; MARTINS, C. M.; LOPES, O. V. M.; CUNHA, M. J.; SILVA, J. M. Intervenção educativa para a promoção do autocuidado de idosos com diabetes mellitus. **Revista da escola de enfermagem da USP**, São Paulo, v. 53, p. 2-6, 2019. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/reeusp/a/gS7Q8rTDjhL3CLsKPCQHnTj/?lang=pt>>. Acesso em: 12 jan. 2021. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S1980-220X2018026703517>.

MENEZES, L. C. G.; GUEDES, M. V. C.; MOURA, N. S.; OLIVEIRA, R. M.; VIEIRA, L. A.; BARROS, A. A. Estratégias educativas para pessoas diabéticas com pé em risco neuropático: síntese de boas evidências. **Rev. Eletr. Enf.** 2016, v. 180. Disponível em: <<https://revistas.ufg.br/fen/article/view/40281>>. Acesso em: 25 de ago. 2021.



NORONHA, J. A. F. **Fatores associados à alteração da percepção sensorial tátil nos pés de pacientes com diabetes mellitus.** 2019. Tese (Doutorado em Enfermagem) - Escola de Enfermagem, Universidade Federal de Minas Gerais, Minas Gerais, 2019. Disponível em: <https://repositorio.ufmg.br/bitstream/1843/ENFC-BCEHSV/1/juliana_andreia_fernandes_noronha.pdf>. Acesso em: 23 set. 2021.

PADILHA, A. P., et al. Manual de cuidados às pessoas com diabetes e pé diabético: Construção por scoping study. **Texto e Contexto Enfermagem**, Santa Catarina, v. 26, n. 4, p. 1-11, 2017. Disponível em: <https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072017000400322>. Acesso em: 11 jan. 2021. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/0104-07072017002190017>.

PEREIRA, L. F.; PAIVA, F. A. P.; SILVA, S. A.; SANCHES, R. S.; LIMA, R. S.; FAVA, S. M. C. L. Nurse's actions in diabetic foot prevention: the perspective of the person with diabetes mellitus Ações do enfermeiro na prevenção do pé diabético: o olhar da pessoa com diabetes mellitus. **Revista de Pesquisa: Cuidado é Fundamental Online**, Rio de Janeiro, v. 9, n. 4, p. 1008-1014, out/nov. 2017. Disponível em: <<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=505754110017>>. DOI: <http://dx.doi.org/10.9789/2175-5361>.

PIRES, A. S.; PÉREZ JÚNIOR, E. F; SILVA, E. G. M., et al. Implementação do Serviço de Enfermagem em Podiatria Clínica em Unidade Pública de Saúde Ambulatorial. **Research, Society and Development**, Rio de Janeiro, v. 10, n. 6, p. 2-10, 2021. Disponível em: <<https://rsdjournal.org/index.php/rsd/article/download/15353/13816/199529>>. Acesso em: 15 out. 2021. DOI: <http://dx.doi.org/10.33448/rsd-v10i6.15353>.

SILVA, L. S., et al. Promoção da saúde de pessoas com diabetes mellitus no cuidado educativo preventivo do pé diabético. **Cienc. enferm.** v. 22, n. 2, p. 103-116, 2016. Disponível em: <http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-95532016000200008&lng=es&nrm=iso>. Acesso em: 08 out. 2021. DOI: <http://dx.doi.org/10.4067/S0717-95532016000200008>.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES. **Diretrizes da Sociedade Brasileira de Diabetes 2019 – 2020**, CLANNAD, São Paulo. Disponível em: <<https://www.diabetes.org.br/profissionais/images/DIRETRIZES-COMPLETA-2019-2020.pdf>>. Acesso em: 04 jan. 2021.

TESTON, F. E.; SENTEIO, S. J.; RIBEIRO, S. S. M. B.; MARAN, E.; MARCO, S. S. Fatores de risco para ulceração no pé de indivíduos com diabetes mellitus tipo 2. **Cogitare Enfermagem**, Paraná, 2017, v. 22, n. 4, p. 2-8. Disponível em: <<https://revistas.ufpr.br/cogitare/article/view/51508/pdf>> Acesso em: 22 ago. 2021. DOI :<http://dx.doi.org/10.5380/ce.v22i4.51508>.

O SER IDOSO: A AUTOPERCEPÇÃO DO ENVELHECIMENTO POR IDOSOS QUE FREQUENTAM UM CENTRO DE REFERÊNCIA

BEING ELDERLY: SELF-PERCEPTION OF AGING BY ELDERLY WHO ATTEND A REFERENCE CENTER

DOI: 10.51859/AMPLLA.PPE2159-15

Renata Umpierres Corrêa¹

Elisa de Vargas²

Cristiano Pinto dos Santos³

Carmen Helena Gomes Jardim Vaz⁴

Ivanete da Silva Santiago Strefling⁵

¹Enfermeira. Pós-Graduada em Saúde do Idoso pelo Programa de Residência Integrada Multiprofissional em Saúde do Idoso – UCPEL– Pelotas/RS.

²Doutora em Enfermagem. Docente do Centro de Ciências da Saúde – URCAMP- Campus Bagé/RS.

³Doutor em Enfermagem. Docente do Centro de Ciências da Saúde – URCAMP- Campus Bagé/RS.

⁴Enfermeira. Mestre em Saúde da Mulher, Criança e Adolescente. Docente do Centro de Ciências da Saúde – URCAMP– Campus Bagé/RS.

⁵Doutora em Enfermagem. Docente do Centro de Ciências da Saúde – URCAMP- Campus Bagé/RS.

RESUMO

Envelhecer não se trata de um processo fácil, pois há uma dialógica entre a convivência com o medo, as perdas, os ganhos e as boas expectativas. O fato de se tornar velho é aceitar esse processo com honra das experiências e sabedoria adquirida durante os anos. Questionou-se: Qual a percepção de idosos sobre o seu envelhecimento? Acredita-se que conhecer a percepção de idosos sobre seu processo de envelhecimento é uma oportunidade de valorizar a sua história de vida e, além do mais, poderá levar a compreensão das suas particularidades e propiciar subsídios ao desenvolvimento de ações e programas de saúde que atendam suas necessidades. O objetivo geral é conhecer a percepção de idosos, que frequentam um centro de referência, sobre seu processo de envelhecimento. Trata-se de uma pesquisa de campo, descritiva, exploratória, de caráter qualitativo. Os participantes foram 12 idosos, frequentadores de um centro de referência para a pessoa idosa. Na coleta de dados utilizou-se a entrevista semiestruturada, gravada na íntegra e utilizando-se de roteiro tipo questionário e os dados transcritos na íntegra. Como método de análise de dados utilizou-se a Análise de Conteúdo, contemplando a pré-análise, a exploração do material e o tratamento dos resultados e interpretação. Após a análise, emergiram duas categorias, quais sejam: 1) Velhice: A autopercepção do ser idoso; 2) Independência e valorização do fazer. A maioria dos idosos referiram estarem satisfeitos com essa etapa da vida e enfatizaram a importância de manter a independência em suas atividades cotidianas, valorizando a sua autonomia.

Palavras-chave: Idoso. Envelhecimento. Saúde.

ABSTRACT

Aging is not an easy process, as there is a dialog between living with fear, losses, gains and good expectations. To grow old is to accept this process with honor from the experiences and wisdom gained over the years. The question was: What is the perception of the elderly about their aging? It is believed that knowing the perception of the elderly about their aging process is an opportunity to value their life history and, moreover, can lead to an understanding of their particularities and provide subsidies for the development of health actions and programs that meet your needs. The general objective is to know the perception of elderly people, who attend a referral center, about their aging process. This is a descriptive, exploratory, qualitative field research. The participants were 12 elderly people, attending a referral center for the elderly. In the data collection, a semi-structured interview was used, recorded in full and using a questionnaire-type script and the data transcribed in full. As a method of data analysis, Content Analysis was used, including pre-analysis, material exploration and treatment of results and interpretation. After the analysis, two categories emerged, namely: 1) Old age: The self-perception of being elderly; 2) Independence and appreciation of doing. Most elderly people reported being satisfied with this stage of life and emphasized the importance of maintaining independence in their daily activities, valuing their autonomy.

Keywords: Elderly. Aging. Health.

1. INTRODUÇÃO

De acordo com a legislação brasileira, é considerada idosa a pessoa que tem idade igual ou superior a 60 anos. A essas é garantido, o direito à vida, à saúde, à alimentação, à cidadania, à liberdade, à dignidade, ao respeito, ao convívio com a família e a comunidade, além de educação, cultura, esporte, lazer e ao trabalho. Assegura ainda ações de serviços, para prevenir, promover, proteger e recuperar a saúde, que inclui a atenção especial às patologias que acometem esse ciclo da vida (BRASIL, 2020).

O crescimento populacional da faixa etária idosa é um evento com temática de abordagem ascendente. No Brasil, a transformação da pirâmide populacional destaca-se pela progressão da taxa de crescimento do grupo com mais de 60 anos e redução da taxa de fecundidade e mortalidade, permitindo o alargamento do topo da pirâmide (BRASIL, 2014).

No processo de envelhecimento ocorrem modificações morfológicas, fisiológicas, bioquímicas e psicológicas, sendo esse progressivo e dinâmico diferenciando-se para cada um, pois além de causas intrínsecas está relacionado com o estilo de vida (FERREIRA, 2010). Além disso, trata-se de um processo irreversível, natural e individual, caracterizado pela heterogeneidade devido ao aspecto social, pessoal, econômico e cultural formado no decorrer da vida (BRASIL, 2014).

No entanto, a classificação pela idade pode julgar que há homogeneidade nas características e nas vivências, mesmo com as diferenças de lugar e época. Essa identificação é importante para que haja organização de políticas públicas que alcancem tanto quem almeja o envelhecimento ativo como os que se encontram em situação de vulnerabilidade (CAMARANO, 2004).

Envelhecer não se trata de um processo fácil, pois há uma dialógica entre a convivência com o medo, as perdas, os ganhos e as boas expectativas (SANTOS, 2010). O fato de se tornar velho é aceitar esse processo com honra das experiências e sabedoria adquirida durante os anos (SCHNEIDER; IRIGARAY, 2008).

Nesse sentido, questionou-se: Qual a percepção de idosos sobre o seu envelhecimento? Acredita-se que conhecer a percepção de idosos sobre seu processo de envelhecimento é uma oportunidade de valorizar a sua história de vida e, além do

mais, poderá levar a compreensão das suas particularidades e propiciar subsídios ao desenvolvimento de ações e programas de saúde que atendam suas necessidades. No intuito de responder à questão proposta traçou-se o seguinte objetivo: Conhecer a percepção de idosos, que frequentam um centro de referência, sobre seu processo de envelhecimento.

2. METODOLOGIA

Trata-se de uma pesquisa de campo, descritiva, exploratória, de caráter qualitativo. Os participantes foram 12 idosos, frequentadores de um centro de referência para a pessoa idosa, que aceitaram participar do estudo. Foram excluídos aqueles com idade inferior a 60 anos e/ou possuíam déficits cognitivos e aqueles que não aceitaram participar.

A instituição contempla atividades baseadas no modelo de políticas públicas voltadas aos idosos, localizado em um município da região da Campanha do Rio Grande do Sul. Trata-se de uma instituição pública que iniciou suas atividades no ano de 2008 e em 2016, foi nomeada como Universidade Sênior. As atividades são disponibilizadas das 8h às 12h e das 13h30 até as 17h, de segunda a sexta-feira.

Para a participação, basta ter 60 anos e efetivar inscrição gratuita. Ao total são cerca de 2600 idosos inscritos. A instituição oferece cinquenta atividades variadas, entre essas, exercícios físicos como ginástica, alongamento, danças, tai-chichuan, yoga, grupo de hipertensos e diabéticos, cursos de artesanato, de espanhol, inglês, francês, libras e informática, oficinas de memória, violão, coral, teatro, xadrez, entre outras. A amostra foi estipulada por saturação de dados, ou seja, quando as informações captadas se tornaram redundantes (FALQUETO; FARIAS, 2016).

A coleta de dados deu-se nos meses de setembro e outubro do ano de 2017, no turno da manhã. A pesquisa respeitou a Resolução Nº 466/12, que compõe as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos e possui autorização do Comitê de Ética em Pesquisa sob o nº 2.292.442 (BRASIL, 2012). A identidade dos participantes foi preservada e os mesmos foram identificados pela letra “I” seguida do número da sequência da entrevista.



Na coleta de dados utilizou-se a entrevista semiestruturada, gravada na íntegra e utilizando-se de roteiro tipo questionário. Os dados posteriormente foram transcritos na íntegra. Como método de análise de dados utilizou-se a Análise de Conteúdo, contemplando a pré-análise, a exploração do material e o tratamento dos resultados e interpretação (BARDIN, 2011).

3. RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os dados oriundos das entrevistas foram analisados e categorizados conforme análise proposta. Emergiram duas categorias, quais sejam: 3.1) Velhice: A autopercepção do ser idoso; 3.2) Independência e valorização do fazer.

3.1. VELHICE: A AUTOPERCEPÇÃO DO SER IDOSO

Nas declarações dos idosos, onze desses afirmaram perceber o envelhecimento como um acontecimento bem aceito. A aceitação do envelhecimento foi vinculada com a situação de saúde e pela possibilidade de continuar a concretizar seus planos de vida. Apenas uma pessoa referiu ter dificuldades na aceitação do seu envelhecimento, na qual a insatisfação com o físico predominou, pois, a mesma esperava manter a beleza similar à juventude. É o que mostram as falas a seguir:

Acho muito bom para a idade que eu estou, estou com 73 anos. Não tenho medo da velhice não [risos]. A velhice não me atrapalha em nada. E para mim, o que mudou foi a idade, porque as coisas continuam, para melhor (I03).

Eu me enxergo muito bem ainda. Nunca pensei, ah! Já estou ficando velha, vou morrer, ou coisa, não (I07)

Para mim, tem sido uma vitória estar aqui, com essa idade que estou, com 64 (I02). Eu me sinto muito bem [...] (I07).

Sobre o envelhecimento eu não me sinto velha, me sinto com cabeça jovem. Cabeça de jovem e espírito de jovem (I10).

Ai eu não gosto muito, eu era muito bonita, não gosto. Eu sou de raça alemã então envelheci mais rápido [...] pelo que eu era bonita eu podia estar mais bonitinha um pouco [risos]. É, mas tem que aceitar, né? Fazer o quê? [risos] [...] Eu gostaria de me olhar no espelho e me ver um pouco melhorzinha [risos] (I05).

Por meio dos relatos positivos sobre como estão vivenciando o processo do envelhecimento, é notório que a maioria dos idosos referiram estarem satisfeitos com

essa etapa da vida. O fato de relatarem que se sentem muito bem, afirmando que a velhice não atrapalha, que não há temor e que só enxergam a diferença na idade cronológica comprova essa satisfação. Corroborando com o estudo feito com 1.242 idosos, demonstrou que a maioria dos participantes afirmaram estar muito satisfeitos com a vida. Desses idosos, 80% falaram estar altamente satisfeitos com a vida (MANTOVANI; LUCCA; NERI, 2016).

O espírito jovem foi a expressão das idosas para melhor caracterizar o sentimento de juventude. Elas demonstram que a idade cronológica não interfere no seu estado interior de jovialidade e de viver a vida com o mesmo desejo de sempre. Em estudo realizado com idosas longevas, mostra que a idade não impede essas idosas de mencionarem o espírito jovem, referindo que assim é como elas se observam, além de terem alegria e muita vontade nas atividades que executam, como academia e lazer. Elas usufruem de boa saúde, independência, autonomia e espírito rejuvenescido (MARINHO; REIS, 2016).

No decorrer da história, constata-se que há oscilação nos comportamentos para com o idoso, por vezes é acolhido e valorizado, outrora é depreciado e excluído (ALMEIDA; CORDEIRO, 2015). Trata-se de uma composição sociocultural, na qual se deseja viver muito, mas não envelhecer. A sociedade carece de reeducação em relação ao preconceito, isso inclui as pessoas idosas também. O fato de se tornar velho é aceitar esse processo com honra das experiências e sabedoria adquirida durante os anos (SCHNEIDER; IRIGARAY, 2008).

Antigamente o envelhecer estava associado diretamente com morte e doença. Todavia, atualmente o processo de envelhecimento é tido como uma graça concebida e oportuniza o aprendizado. Muitos idosos têm gratidão por usufruírem dessa parte da vida, tendo a visão de serem presenteados por Deus para viver essa singularidade (MEDEIROS, *et al.*, 2016).

Contudo, o envelhecimento pode ser visualizado por meio da autoimagem, no seu sentido físico. A idosa que referiu a beleza física como preocupação principal na sua autopercepção do envelhecimento, contraria os demais idosos que consideraram o bem-estar e a situação de saúde como balizadores da sua autopercepção do envelhecer. O corpo é visto de forma desvantajosa quando comparado às modelagens e a beleza jovem contemporânea (MENEZES, *et al.*, 2016). As mudanças do envelhecimento, com

sentimentos saudosos e de inquietude sobre como estão fisicamente são fontes de preocupação (MARINHO; REIS, 2016).

3.2. INDEPENDÊNCIA E VALORIZAÇÃO DO FAZER

Ainda, os idosos pesquisados enfatizaram a importância de manter a independência em suas atividades cotidianas, valorizando a sua autonomia. Eles citam o desenvolvimento de muitas atividades de forma independente, como aulas de música, de idiomas, jogos de xadrez, realização de palavras cruzadas e ainda o retorno aos estudos, algumas oferecidas no centro de referência que frequentam. É o que evidenciam as falas seguintes:

[...]O meu processo de envelhecimento é bom, porque eu procuro sempre me divertir. Eu gosto de ler muito, jogar xadrez, faço aquelas palavras cruzadas, mas não posso ficar quieta, é rádio ligado e essas músicas. Sempre em movimento, e eu acho que é isso que te faz ter vida (102).

E procurar uma atividade...eu estou fazendo o Técnico em Contabilidade, faço espanhol, estou aprendendo violão. Pretendo exercer a profissão agora, depois que entregar o meu TCC (104).

O estudo, pra mim, é o alimento da minha alma[...] Isso aí foi um sonho que eu deixei de realizar quando era mais jovem (112).

Me considero independente, isso é muito bom, pois me sentiria mal se dependesse dos outros (109).

Em uma pesquisa sobre os planos aspirados na velhice, os achados incluíram a instrução de novas habilidades, como um novo idioma, um instrumento musical e o artesanato. Isso mostra o potencial e a satisfação obtidos pelo aproveitamento das oportunidades que outrora não haviam. Então, fazer planos seria uma forma de encontrar um significado para continuar a trajetória e chegar nos objetivos, como uma alavanca para seguir vivendo e aproveitando o tempo disponível com prazer (SANTANA; BERNARDES; MOLINA, 2016).

Foi identificado que para os entrevistados sua autonomia auxilia na percepção do seu envelhecimento, pois os mesmos continuam se sentindo ativos, mantendo sua dimensão social preservada. Logo o desenvolvimento de ações, quer sejam de lazer ou de trabalho, possibilitam a manutenção de perspectivas com relação a vida. A dependência não é permanente, mas um processo dinâmico, podendo ser modificada,

reduzida e prevenida sob a condição de ter um lugar que proporcione essa assistência (FERREIRA *et al.*, 2010).

Em contrapartida, os programas de saúde que promovem a independência e manutenção daqueles que são dependentes em suas residências são escassos, direcionando muitos desses acometidos à institucionalização (REIS; CEOLIM, 2007). Em outro estudo, com frequentadores de uma Universidade para Terceira Idade, revelou que o conhecimento através do programa lhes proporcionou um legado pessoal. Isso ajuda os idosos no estabelecimento de pensamentos positivos para sua existência, por meio de iniciativas como essas (CACHIONI, *et al.*, 2017). Ao comparar idosos que não eram participantes e outros que participavam de um grupo de convivência, foi sondado que os que frequentavam tiveram uma resposta melhor quanto às habilidades sociais, expressando sentimentos positivos e autoestima elevada (ONGARATTO; GRAZZIOTIN; SCORTEGAGNA, 2016).

Os programas de promoção da saúde direcionados ao envelhecimento saudável são métodos eficazes para aprimorar a saúde e qualidade de vida dos idosos. O empoderamento é estimulado, bem como o ato de interagir, participar e integrar. Essa ação de empoderar influencia no protagonismo do idoso, permitindo-o fazer escolhas que desencadearão na sua saúde e em seu meio social. Isso necessita de um ambiente que dê o suporte para melhorar a qualidade de vida, prevenir agravos e aumentar a capacidade funcional (ARAÚJO, *et al.*, 2011).

A percepção sobre o envelhecimento dos participantes desta pesquisa demonstra que este pode ocorrer de maneiras variadas. Estando aqui calcada basicamente na manutenção da saúde e da independência. Nesse sentido, o enfermeiro necessita levar em consideração a autopercepção do idoso no desenvolvimento de suas ações direcionadas a essa população.

4. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Dos dados analisados emergiram duas categorias, sejam “Velhice: A autopercepção do ser idoso” e “Independência e valorização do fazer”. Os relatos dos idosos em sua maioria foram positivos quando discorreram sobre como estão

vivenciando o processo do envelhecimento, sendo que a maioria desses referiram estar satisfeitos com essa etapa da vida.

Dos doze entrevistados somente uma pessoa referiu ter dificuldades na aceitação do seu envelhecimento. Essa relacionou a insatisfação com questões de ordem física, relacionadas a autoimagem pois, a mesma esperava manter a beleza similar àquela da juventude. Os idosos pesquisados enfatizaram ainda a importância de manter a independência em suas atividades cotidianas, valorizando a sua autonomia. Eles citaram como forma de manutenção desse estado, o desenvolvimento de muitas atividades de forma independente, como aulas de música, de idiomas, jogos de xadrez, realização de palavras cruzadas e ainda o retorno aos estudos.

O enfermeiro deve considerar a autopercepção do idoso frente a seu processo de envelhecimento, para que assim possa estabelecer uma atenção voltada às reais necessidades dessa população. À vista disso, os locais que possuem uma política voltada a favorecer o envelhecimento ativo mostram-se relevantes para a população idosa, uma vez que, dão suporte para a promoção da saúde e possibilitam um envelhecimento digno, no qual o idoso é protagonista de sua história.

REFERÊNCIAS

- ALMEIDA G.M.P.; CORDEIRO A.P. [organizadoras] Envelhecimento humano: diferentes olhares. Marília: **Oficina Universitária**; São Paulo: Cultura Acadêmica, 2015. 296 p.
- ARAÚJO, et al. Evidências da contribuição dos programas de assistência ao idoso na promoção do envelhecimento saudável no Brasil. **Rev Panam Salud Publica**. 2011;30(1):80–6.
- BARDIN, L. **Análise de Conteúdo**. Lisboa, Portugal; Edições 70, LDA, 2011
- BRASIL, Ministério da Saúde. Diretrizes para o cuidado das pessoas idosas no SUS: proposta de modelo de atenção integral- XXX Congresso Nacional de Secretarias Municipais de Saúde. Brasília: 2014. 41p. Disponível em: Acesso em: 09 jun. 2017.
- _____. Ministério da Saúde. _____. Ministério da Saúde. **Estatuto do Idoso**. 4. ed. Brasília, DF : Senado Federal, Coordenação de Edições Técnicas, 2020. 38 p.
- _____. **Resolução nº466/12, versão 2012**. Disponível em: Acesso em: 20 jun 2017.

CAMARANO A.A. Os Novos Idosos Brasileiros: muito além dos 60. [Organizadora]. Rio de Janeiro: IPEA; 2004.

CACHIONI, M; DELFINO, L.L.; YASSUDA, M.S; BATISTONI, S.S.T; MELO, R.; DOMINGUES, M.A.C. Bem-estar subjetivo e psicológico de idosos participantes de uma Universidade Aberta à Terceira Idade (UNATIS). **Rev. Bras. Geriatr. Gerontol.**, Rio de Janeiro, 2017; 20(3): 340-352.

FALQUETO, J.; FARIAS, J. Saturação teórica em pesquisas qualitativas: relato de uma experiência de aplicação em estudo na área de administração. 2016.

FERREIRA O.G.L., *et al.* O envelhecimento ativo sob o olhar de idosos funcionalmente independentes. **Rev Esc Enferm USP**. São Paulo, 2010. Disponível em: Acesso em: 25 abr. 2017.

MANTOVANI P.E.; LUCCA S.R.; NERI, A.N. Significados de velhice e bem-estar subjetivo entre idosos. **Rev. Bras. Geriatria. Gerontologia.**, Rio de Janeiro, 2016; 19(2):203-222.

MARINHO, M.S; REIS, L.A. Velhice e aparência: a percepção da identidade de idosas longevas. **Revista Kairós Gerontologia**, 19(1), p. 145-160. São Paulo (SP), Brasil, 2016.

MEDEIROS D.V; SANTOS W.N.; SOUSA M.G.M et al. A percepção do idoso sobre a velhice. **Rev enferm UFPE on line.**, Recife, 10(10):3851-9, out., 2016.

MENEZES, J.N.R.; TOMAZ, B.S.; PONTES, V.F.; BELCHIOR, L.D. A autopercepção de idosas sobre o processo de envelhecimento. **Estud. interdiscipl. envelhec.**, Porto Alegre, v. 21, n. 1, p. 135-148, 2016.

ONGARATTO, G.L.; GRAZZIOTIN, J.B.D.; SCORTEGAGNA, S.A. Habilidades sociais e autoestima em idosos participantes de grupos de convivência. **Psicologia em Pesquisa**, v.10, n.2, Juiz de Fora, 2016.

REIS P.O, CEOLIM M.F. O significado atribuído a 'ser idoso' por trabalhadores de instituições de longa permanência. **Rev. Esc. Enferm. USP**, 2007; v.41, n.1, p. 57-64.

SANTANA, C.S; BERNARDES, M.S.; MOLINA, A.M.T.B. Projetos de vida na velhice. **Estud. interdiscipl. envelhec.** v. 21, n. 1. Porto Alegre: 2016. p. 171-186.

SANTOS SSC. Concepções teórico-filosóficas sobre envelhecimento, velhice, idoso e enfermagem gerontogeriatrica. **Rev. Bras Enferm**, Brasília: 2010.

SCHNEIDER, R.H.; IRIGARAY, T.Q. O envelhecimento na atualidade: aspectos cronológicos, biológicos, psicológicos e sociais. **Estudos de Psicologia**. Campinas: 2008.

A PERSPECTIVA DE IDOSOS DE UM CENTRO DE REFERÊNCIA SOBRE A INFLUÊNCIA DO ESTILO DE VIDA ADOTADO NO ESTADO DE SAÚDE ATUAL

DOI: 10.51859/AMPLA.PPE2159-16

Renata Umpierres Corrêa ¹
Elisa de Vargas ²

¹ Enfermeira. Pós-graduada em Saúde do Idoso pelo Programa de Residência Integrada Multiprofissional em Saúde do Idoso- UCPEL- Pelotas/RS

² Doutoranda em Enfermagem. Docente do Centro de Ciências da Saúde – URCAMP- Campus Bagé/RS

RESUMO

Tendo em vista que o número da população idosa é ascendente, percebe-se que é preciso identificar as perspectivas sobre a saúde e estilo de vida desta população, a fim de detectar as necessidades e possibilitar ações que conduzam à promoção da saúde no envelhecimento. O objetivo geral foi conhecer a perspectiva sobre a influência do estilo de vida adotado na saúde de idosos que frequentam um centro de referência para idosos em um município da região da campanha/RS. Trata-se de uma pesquisa de campo, descritiva e exploratória e de caráter qualitativo. A população estudada foram os usuários de um centro de referência para a pessoa idosa com idade a partir de 60 anos. A amostra foi estipulada por saturação, totalizando 12 entrevistas individuais. Utilizou-se a Análise de Conteúdo de Bardin. Emergiram duas categorias: “O estilo de vida adotado” e “A influência do estilo de vida progresso no estado de saúde atual”. No estudo foi possível identificar quanto ao estilo de vida, a maioria dos idosos adotou bons hábitos de saúde. E sobre influência no estado de saúde atual, a maioria dos pesquisados associaram os exercícios físicos e os hábitos alimentares, assim como a ingestão de bebida alcoólica, o tabagismo, a falta de boas horas de sono, o estresse e as relações interpessoais conflitantes. Logo, cabe ao enfermeiro considerar como os idosos percebem sua saúde ao envelhecer, para assim planejar ações direcionadas aos mesmos.

Palavras-chaves: Envelhecimento. Idoso. Percepção.



1. INTRODUÇÃO

O país passa por uma transição demográfica acelerada, a qual é retratada pelas características típicas de envelhecimento populacional à pirâmide etária, suscitando reflexões nas esferas sociais, familiar e individual (BORGES; CAMPOS; SILVA, 2015). Cronologicamente, idoso, é o cidadão que apresenta idade a partir de 60 anos (BRASIL, 2020).

Conforme o censo, em 2010 o número de idosos brasileiros era cerca de 20 milhões, correspondendo a 11% do total da população (IBGE, 2010). O Estado do Rio Grande do Sul (RS) destaca-se pela segunda colocação com maior proporção atingindo a marca de 13,5 % da população gaúcha (IBGE, 2009).

O envelhecimento é um processo que tem as características de ser irreversível, individual e natural, além disso, é heterogêneo entre os indivíduos, uma vez que se associa ao contexto pessoal, social, econômico e cultural vivenciados (BRASIL, 2014a). O envelhecimento da população é uma grande conquista social, todavia trouxe consigo desafios públicos, sociais e familiares. Em relação ao Brasil, as necessidades do envelhecimento agregam-se a outras demandas sociais básicas que não possuem total resolubilidade como a saúde, educação e segurança da sociedade (CAMARANO, 2013).

É relevante acentuar que envelhecer não é similar a incapacidade e dependência, mas a maior vulnerabilidade, precisando de cuidados que atendam as particularidades nessa fase da vida (BRASIL, 2014a). A qualidade de vida na pessoa idosa é complexa, pois depende de muitos fatores e subjetividades. Todavia, é possível considerar que a preparação para o envelhecimento se inicia ainda quando criança e percorre o ciclo de vida por inteiro, mediante a educação para promover a saúde e, sobretudo o estilo de vida saudável (DÁTILLO; CORDEIRO, 2015).

É conveniente realçar que o estilo de vida saudável é importante em todas as fases, sendo fundamental desmitificar que é tardio introduzi-lo na última etapa da vida. O aumento da longevidade e a qualidade de vida bem como a prevenção das patologias e do declínio funcional sobrevivem quando se pratica exercícios físicos, alimenta-se saudavelmente, medica-se corretamente e abstém-se do tabagismo e do etilismo (WHO, 2005).

Visando ações para um envelhecimento digno e saudável, em 2003, foi instaurado o Estatuto do Idoso, reiterando o dever do Estado em garantir a proteção por meio de políticas públicas (BRASIL, 2020). Percebe-se que programas que buscam promover a saúde do idoso produzem bons resultados para a qualidade de vida, os quais geram empoderamento para o protagonismo do indivíduo (ARAÚJO, *et al.*, 2011).

A vista disso, questionou-se: Qual a percepção dos idosos sobre a influência do estilo de vida no seu estado de saúde atual? Reflete-se que identificar as percepções sobre sua saúde poderá levar a compreensão das suas particularidades e propiciar contornos às ações voltadas ao envelhecimento. Além do mais, subsidia a tomada de medidas de intervenção durante a vida, visto que a longevidade da pessoa idosa tem sido maior, corroborando para a atenção da promoção em saúde para esse grupo que almeja ser protagonista da sua história. O estudo teve por objetivo, conhecer a perspectiva sobre a influência do estilo de vida adotado na saúde de idosos que frequentam um centro de referência para idosos em um município da Região da Campanha/RS.

2. METODOLOGIA

O presente artigo trata-se do recorte de uma pesquisa de campo, descritiva e exploratória e de caráter qualitativo. Foi realizada no período de setembro a outubro de 2017, entrevistando 12 participantes de um centro de referência para pessoa idosa, o qual contempla atividades baseadas no modelo de políticas públicas voltadas aos idosos, localizado na Região da Campanha do Estado do Rio Grande do Sul.

Foram incluídos os participantes com idade mínima de 60 anos, que apresentassem condições cognitivas para responder as questões e que aceitassem participar. A amostra foi estipulada por saturação, findando a obtenção de outros dados ao verificar o alcance dos objetivos (FALQUETO; FARIAS, 2016).

A coleta dos dados foi realizada por meio de um roteiro de entrevista, semiestruturada, individual e gravada na íntegra e os dados foram posteriormente transcritos na forma textual. Como método de análise de dados utilizou-se a Análise de Conteúdo de Bardin. Após a transcrição em forma textual, iniciou-se avaliação do material seguindo as três etapas cronológicas que correspondem ao método de Bardin,



sendo respectivamente a pré-análise, a exploração do material e o tratamento dos resultados e interpretação (BARDIN, 2011).

Ressalta-se que a ida a campo ocorreu mediante a aprovação da banca examinadora e após autorização do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da instituição sob o nº 2.292.442. A pesquisa respeitou detalhadamente a Resolução Nº 466/12, que compõe as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas com seres humanos (BRASIL, 2012a). A identidade dos participantes foi preservada, utilizando a identificação pela letra “I” seguida do número da sequência da entrevista.

3. RESULTADOS E DICUSSÃO

Sobre o perfil dos 12 participantes, verificou-se que a maioria dos idosos entrevistados foram mulheres, correspondendo a dez (83,3%) em contrapartida, os homens foram apenas dois (16,6%). A idade foi compreendida entre as faixas de 60, 70 e 80 anos, sendo respectivamente representada pelas porcentagens de 41,6%, 50,0% e 8,3% do total de participantes. Quanto a cor ou raça, nove idosos consideravam-se brancos, dois negros e um pardo.

A situação econômica indicou que duas idosas trabalham, uma informalmente para complementar a renda e outra ainda não é aposentada e possui emprego formal. Oito declararam ser aposentados e três pensionistas. A renda em salários mínimos, no valor atual, corresponde a 25% que possuem renda mensal de um salário mínimo nacional, 41,6% de dois a três e 33,3% a mais de três salários mínimos nacionais.

Quanto às condições de moradia prevalece quem possui residência própria, 83,3%, correspondente a 10 idosos, enquanto dois idosos moram de aluguel, configurando-se 16,6%. Referente ao estado civil, a viuvez demonstrou-se preponderante com sete idosos, seguida de dois divorciados, dois em união estável e um casado.

O grau de escolaridade é registrado por quatro que cursaram o ensino superior completo, quatro o ensino médio completo, três possuíam o ensino fundamental incompleto e um o ensino fundamental completo, dos quais quatro continuaram a estudar após os 60 anos de idade, um do ensino fundamental, um do ensino médio e dois do ensino superior. Todos afirmaram realizar pelo menos uma atividade de lazer.



Relativo a prática física, apenas dois disseram não realizar e dez declararam que praticam regularmente.

Referente ao histórico de morbidades, 11 dos 12 pesquisados referiram possuir uma ou duas patologias, assim 91,6% e 8,3% respectivamente. A resposta foi a mesma dada a medicação de uso contínuo.

Os dados que emergiram das entrevistas foram analisados e categorizados conforme análise proposta. Portanto, serão apresentadas duas categorias: Categoria 3.1 “O estilo de vida adotado” e Categoria 3.2 “A influência do estilo de vida progresso no estado de saúde atual”.

3.1. O ESTILO DE VIDA ADOTADO

Em relação ao estilo de vida, as falas dos idosos mostraram divisão nas respostas, sendo que enquanto a maioria relatou que sempre tiveram bons hábitos, considerando esses saudáveis, alguns expuseram que não se preocupavam com maus hábitos e outros ainda que somente adotaram hábitos saudáveis após entrarem na faixa etária de 60 anos. Por estilo de vida, entende-se que é o modo em que a pessoa ou grupo vive e escolhe sob a influência de fatores, como social, ambiental, cultural e econômico (BRASIL, 2012b). Consiste em várias decisões as quais repercutirão na saúde, e logo, é possível ter certo controle (OLIVEIRA; RABELO; QUEIROZ, 2012).

A maioria dos entrevistados explanaram que sempre mantiveram uma alimentação balanceada, sempre realizaram atividade física e nunca tiveram hábitos de ingestão de bebida alcoólica ou uso de tabaco. É o que demonstram as falas a seguir:

[...] eu era corredor de rua, competia. Tinha um grupo, que a gente fazia ginástica em uma academia e depois da ginástica aquele grupo se reunia para sair correr. Sempre me senti muito bem (I 04).

Eu me alimento bem, como frutas, a alimentação mais saudável possível, isso eu sempre cuidei. Deus me livre, não posso nem sentir cheiro de cigarro, não tomo nem chimarrão, não fumo (I 11).

Isso configura o que está em outros estudos, onde a maioria dos idosos procuram hábitos saudáveis. Foi conferido que há adoção de ações preventivas, como na

alimentação, além de não ingerir bebida alcoólica e negar o tabagismo (DIAS, *et al.*, 2017).

Em contrapartida, alguns externaram que nunca tiveram preocupação com hábitos saudáveis, seja no quesito alimentação ou de realização de exercícios físicos, e ainda, mantinham hábitos de ingestão de álcool e/ou tabagismo. Isso pode ser confirmado nas seguintes falas:

Eu sempre comi coisas gordas [...] Sempre fumei [...] eu tinha uns 16 ou 17 anos quando comecei (I05).

É porque assim, eu sempre gostei de uma cervejinha e tudo. Na minha juventude era mais [...] (I 02).

Contudo, alguns dos idosos referiram que tiveram seus hábitos alterados após os 60 anos, adotando estilos mais saudáveis como práticas regulares de atividade física, introdução de alimentos considerados menos prejudiciais como saladas de verduras, frutas e legumes. Confere-se nos relatos:

Mas eu fui me preocupar mesmo com minha saúde, já nessa minha idade mesmo [...] eu tive que fazer uma dieta por causa do açúcar e do colesterol que estavam, bah! lá em cima [...] consegui perder 20 quilos (I03).

Hoje eu gosto de sentar na mesa, botar comida no prato com salada [...]parei de usar sal na salada (I05).

Não fazia atividade física antes, depois de idosa que comecei, tem 8 anos (I09).

A maioria dos entrevistados afirmam hábitos de atividade física atualmente, contrastando com o estudo realizado para conhecer estilo de vida de 185 idosos, no qual foi concluído que houve um número acentuado de sedentarismo (MIRANDA, *et al.*, 2017). Ao serem questionados sobre o grau de satisfação nas atividades físicas, 96,6% dos participantes responderam que se sentem muito bem. Então, a participação em

atividades físicas grupais é importante para que os idosos sejam bem-sucedidos (DEPONTI; ACOSTA, 2010).

3.2. A INFLUÊNCIA DO ESTILO DE VIDA PREGRESSO NO ESTADO DE SAÚDE ATUAL

Os pesquisados referiram diversas práticas, as quais em suas percepções repercutiram na saúde atual, seja positivamente ou negativamente. A maioria relacionou a prática de exercícios físicos e a alimentação. Houve também a associação de excessos com bebida alcóolica, o tabagismo, a falta de boas horas de sono, o estresse e as relações interpessoais vivenciadas ao longo dos anos.

Foi citado como reflexo positivo que muitos dos hábitos adotados durante toda a sua vida foram responsáveis pelo seu estado de saúde atual como a própria realização de exercício físico e o cuidado ou não com a alimentação, o que é evidenciado nas falas a seguir.

Eu sempre pratiquei o tai-chi foi uma coisa muito boa para a saúde, eu me sinto muito bem (103).

Eu acho que ajudou a alimentação sadia que a gente tinha, comia só o que plantava, a carne a gente tinha da gente lá, tinha ovo, tinha leite [...] As verduras, horta que a gente tinha, era tudo ao natural, eu acho que isso contribuiu muito (107).

Os discursos dos entrevistados atribuem à atividade física e a alimentação balanceada a contribuição benéfica para a saúde. Afirmam que a escolha de alimentos saudáveis, principalmente quando naturais, e os exercícios físicos regulares são coadjuvantes para uma boa saúde.

Em todas as etapas da vida, aliar a alimentação e distanciar-se do sedentarismo se faz necessário para a preservação da integridade biológica, psicológica e social (PEREIRA; FILIPE, 2016). Em um estudo, os participantes também afirmaram como benefícios a melhora tanto física, quanto psicológica. Considerando o exercício como fundamental para o controle da saúde (GOMES, *et al.*, 2015).

Uma pesquisa apurou que apesar dos idosos serem leigos, existe um saber científico, o que beneficia o autocuidado para um estilo de vida ativo. Eles cometam que esse saber, deixou de ser apenas dominado por um nível conceitual, partindo para uma



realidade da sociedade. Os benefícios vão além dos fisiológicos, psicológicos, pois atingem também o social, ou seja, reverte as diversas perdas de papéis sociais significativos ao longo da vida. Nota-se que a atividade física atinge as escolhas comportamentais que englobam o autocuidado com a saúde (SANTANA, 2010).

Em contrapartida, os reflexos negativos como os descuidos com a alimentação, como falta de nutrientes e a demasiada ingesta de gordura e sal, na visão dos idosos repercutem na saúde, resultando em patologias:

É, eu me descuidei com esse dos ossos. Eu acho que eu não tomava muito leite, tenho impressão que foi isso (I02).

Sim, contribuiu a coisa errada, era comida gorda demais, mais sal também. E eu já tinha um pouco de gordura, aquela, entupimento por causa de gordura (I05).

Dessa forma, a redução da atividade física aliada a maneiras de se alimentar nada saudáveis estão diretamente ligadas a obesidade, diabetes, hipertensão e outras doenças crônicas (BRASIL, 2013b). Uma boa saúde é propiciada por uma alimentação com ingesta de nutrientes, os quais possuem várias combinações para fornecê-los especificamente (BRASIL, 2014b). Assim, a alimentação é parte integrante da base que possibilita a promoção da saúde (PAULA; OLIVEIRA; SILVA, 2017).

Excessos como não respeitar boas horas de sono, a ingesta de bebida alcoólica e ter sido tabagista são condições apresentadas pelos idosos como fatores desencadeantes e que podem influenciar na situação atual de saúde, explicitado abaixo:

Mas eu acho também que a gente quando é jovem, abusa muito do corpo, os excessos, tudo isso depois vai refletir na velhice, eu acho isso. Ah! Abuso de jovem, dormir pouco às vezes, beber demais, excesso de toda a natureza (I04).

Tinha o cigarro, mas aí eu dominei o cigarro, já estava fazendo mal para mim. Fumei mais que 10 anos (I10).

Os idosos compreendem que o estilo de vida adotado durante os anos pode influenciar na situação de saúde no presente, pois referem que aderir ao tabagismo e a



ingesta excessiva de álcool prejudica a saúde. Em estudo desenvolvido, foi possível afirmar que os idosos usuários de tabaco e bebida alcoólica sofrem mais com comorbidades cardiovasculares (SILVA, *et al.*, 2017).

Em algumas elocuições, os idosos agregaram tópicos diversificados, como o estresse, as preocupações do cotidiano, o trabalho desgastante, também relacionado ao cuidado com outros idosos e as relações interpessoais mal resolvidas como situações que também podem influenciar na saúde. O estresse foi declarado nos fragmentos:

Eu trabalhava em fábricas metalúrgicas que era extremamente estressante. Eu acho que isso aí contribuiu para o estado. Tudo na vida da gente é preocupação (I04).

Às vezes eu fico pensando, por que eu tenho a pressão alta? Será que foi porque eu me preocupei tanto na vida? Porque eu era muito preocupada (I10).

Eu tive um casamento difícil [...] não tinha conversa com ele. Eu estou travada. Já fiz essa psicologia, com psicólogo, e não consegui me libertar de um tudo (I 07).

Mas eu esses anos todos aí eu vim com pai doente que morreu com 100 anos, há dois anos atrás.-Depois já fiquei em função da mãe, que as minhas irmãs não querem cuidar, é só eu. Isso aí foi que me trouxe a depressão de volta (I 08).

Durante os discursos, foi exposto que se relaciona o estilo de vida sobrecarregado pelo estresse com as patologias, incluindo situações em que há um prolongado desgaste psicológico. Visto isso, os hábitos de vida inadequados, bem como o estresse, são fatores de risco para patologias cardiovasculares (GOMES, *et al.*, 2016). O estresse tem influência sob inúmeras funções e sistemas, à medida que desencadeia doenças e fragiliza o sistema imunológico. Portanto, o estresse crônico conduz o surgimento de doenças, tanto emocionais e metabólicas quanto crônicas (FONSECA; GONÇALVES; ARAÚJO, 2014).

A qualidade de vida no nosso futuro será o reflexo do estilo de vida escolhido no presente, por isso, equilibrar os fatores nutricionais, de atividade física, prevenção, socialização e controle do estresse são tão relevantes para permitir uma vida saudável (ROSA, *et al.*, 2017).

4. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os resultados finais apontaram que o estilo de vida adotado pela maioria dos idosos foram de bons hábitos de saúde no período que antecede a faixa etária dos 60 anos. Todavia, uma pequena parte tinha hábitos não saudáveis, como uma alimentação rica em gordura, ingestão de bebida alcoólica e tabagismo. No entanto, alguns referem que somente mudaram seus hábitos após os 60 anos, sendo que, na atualidade, inseriram no seu estilo de vida a prática regular de exercício e atividade física, assim como uma alimentação mais balanceada.

Referente ao que pode ter tido influência no estado de saúde atual, a maioria dos pesquisados associaram os exercícios físicos e os hábitos alimentares como prováveis fatores que contribuíram. Além do mais, foram expostos os excessos como a ingestão de bebida alcoólica, o tabagismo, a falta de boas horas de sono, o estresse e as relações interpessoais conflitantes durante a vida.

Essas percepções sobre a própria saúde estão de acordo com a literatura. Aliás, demonstra que os participantes do estudo reconhecem o próprio estilo de vida e correlacionam com os prováveis efeitos à saúde, propiciando o saber aos profissionais, sobretudo, os enfermeiros, que organizam as atividades de promoção à saúde a premissa de que os indivíduos conhecem e/ou buscam informações de cuidados, podendo aderir a estes, em qualquer fase da vida. Portanto, é de suma importância que os idosos tenham acesso a ambientes que proporcionem promoção da saúde com foco no envelhecimento.

É visto que, a participação em centros para pessoas idosas oportunizam o acesso a melhores hábitos, como exercício físico, conhecimento com a educação em saúde e integração social. Dessa maneira, os resultados do presente estudo podem contribuir para compreender as percepções das pessoas idosas e, conseqüentemente, na estruturação de ações que atendam as particularidades dessa população crescente e longeva, e que necessita de suporte das políticas públicas para a manutenção de um envelhecimento digno e com qualidade de vida.



REFERÊNCIAS

- ARAÚJO, L.F.; COELHO, C.G.; MENDONÇA, E.T.; VAZ, A.V.M.; BATISTA, R.S.; COTTA, R.M.M. Evidências da contribuição dos programas de assistência ao idoso na promoção do envelhecimento saudável no Brasil. **Rev. Panam Salud Publica**. 2011;30(1):80–6p.
- BARDIN, L. *Análise de Conteúdo*. Lisboa, Portugal; Edições 70, LDA, 2011.
- BORGES, M.G. ; CAMPOS, M.B.; SILVA, L.G.C. Transição da estrutura etária no Brasil: oportunidades e desafios para a sociedade nas próximas décadas. In: Ervathi; Borges; Jardim. **Mudança demográfica no Brasil no início do século XXI : subsídios para as projeções da população**. Rio de Janeiro: IBGE, 2015. 156p. Disponível em:<<http://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv93322.pdf>>. Acesso em: 21 maio 2017.
- BRASIL, Ministério da Saúde. Diretrizes para o cuidado das pessoas idosas no SUS: proposta de modelo de atenção integral- XXX Congresso Nacional de Secretarias Municipais de Saúde. Brasília, 2014a, 41p. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/diretrizes_cuidado_pessoa_idosa_sus.pdf>. Acesso em: 09 jun. 2017.
- _____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de atenção Básica. **Guia alimentar para a população brasileira**. 2. ed., 1. reimpr. Brasília : Ministério da Saúde, 2014b. 156 p.
- _____. Ministério da Saúde. **Estatuto do Idoso**. 4. ed. Brasília, DF : Senado Federal, Coordenação de Edições Técnicas, 2020. 38 p.
- _____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Alimentação e Nutrição**. 1 ed., 1. reimpr. – Brasília : Ministério da Saúde, 2013b. 84 p.
- _____. **Resolução nº196/96 versão 2012 a**. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/web_comissoes/conep/aquivos/resolucoes/23_out_versao_final_196_ENCEP2012.pdf>. Acesso em: 20 jun 2017.
- _____. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Glossário temático: promoção da saúde** / Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Secretaria de Vigilância em Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2012 b. 48 p. – (Série A. Normas e Manuais Técnicos).
- CAMARANO A.A. (coord.). **Estatuto do idoso: avanços com contradições**. Rio de Janeiro; IPEA: 2013. Disponível em: < http://www.ampid.org.br/v1/wp-content/uploads/2014/08/td_1840.pdf>. Acesso em: 05 jun. 2017.



DÁTILLO, G.M.P.A.; CORDEIRO, A.P. Envelhecimento humano: diferentes olhares. Marília : **Oficina Universitária** ; São Paulo: Cultura Acadêmica, 2015. 296 p.

DEPONTI, R.N.; ACOSTA, M.A.F. Compreensão dos idosos sobre os fatores que influenciam no envelhecimento saudável. **Estud. interdiscipl. envelhec.**, Porto Alegre, v. 15, n. 1, p. 33-52, 2010.

DIAS, E. G.; SOUZA, B. R. S.; SOUZA e SILVA, F. E.; JESUS, M. de; ALVES, J. C. S. Estilo de vida de idosos usuários de uma unidade básica de saúde. **Arq. Cienc. Saúde UNIPAR**, Umuarama, v. 20, n. 2, p. 105-111, maio/ago. 2017.

FALQUETO, J. ; FARIAS, J. Saturação teórica em pesquisas qualitativas: relato de uma experiência de aplicação em estudo na área de administração. 2016. Disponível em:
<<http://proceedings.ciaiq.org/index.php/ciaiq2016/article/viewFile/1001/977>>. Acesso em: 22 jun. 2017.

FONSECA; N.C.; GONÇALVES, J.C.; ARAÚJO, G.S. Influência do estresse sobre o sistema imunológico. **Núcleo interdisciplinar de pesquisa**. Brasília, 2014. Disponível em:
<http://nippromove.hospedagemdesites.ws/anais_simposio/arquivos_up/documentos/artigos/844c84423cfd7e05d2720770d2ee271.pdf>. Acesso em: 20 nov. 2017.

GOMES, V.F.F.; BRANDÃO, A.B.; ALMEIDA, F.J.M.; GOMES, J. Compreensão de Idosos sobre os Benefícios da Atividade Física. **Rev. bras. ciênc. saúde**; 19(3): 193-198, 2015. Disponível em:
<<http://periodicos.ufpb.br/ojs/index.php/rbcs/article/view/25540>>. Acesso em: 19 nov. 2017.

GOMES, M.C; CAPELLARI, C.; PEREIRA, D.S; VOLKART, P.R.; MORAES, A.; JARDIM, J. , BERTUOL, M. Estresse e risco cardiovascular: intervenção multiprofissional de educação em saúde. **Rev Bras Enferm [Internet]**. 2016 69(2):351-9. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/reben/v69n2/0034-7167-reben-69-02-0351.pdf>>. Acesso em: 19 nov. 2017.

IBGE- Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Pirâmide etária: Distribuição da população por sexo, segundo os grupos de idade**. Brasil: 2010. Disponível em:
<http://censo2010.ibge.gov.br/sinopse/webservice/frm_piramide.php> . Acesso em: 10 maio 2017.

_____. **Síntese de Indicadores Sociais Uma Análise das Condições de Vida da População Brasileira**. Rio de Janeiro; 2009. Disponível em:
<<http://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv42820.pdf>> . Acesso em: 21 maio 2017.

MIRANDA, R.N.A; CARVALHO, E.P.; AMORIM, Y.R.; SANTOS, K.S.; SERRÃO, F.O.. Conhecendo a saúde nutricional de idosos atendidos em uma organização não



governamental, Benevides / PA. **Revista Conexão UEPG**, v. 13 n.3: Ponta Grossa, 2017. Disponível em: <<http://www.revistas2.uepg.br/index.php/conexao>>. Acesso em: 17 nov. 2017.

OLIVEIRA, L. S.; RABELO, D. F.; QUEIROZ, N.C. Estilo de vida, senso de controle e qualidade de vida: um estudo com a população idosa de Patos de Minas-MG. **Rev. Estudos e Pesquisa em Psicologia**. Rio de Janeiro, v. 12, n. 2, p. 416-430, 2012.

PAULA, M.M.; OLIVEIRA, A.L.; SILVA, J.L.G. Promoção da saúde e produção de alimentos na agricultura familiar. **Revista Interação Interdisciplinar** v. 01, nº. 01, p.50-67, 2017.

PEREIRA, M.M.; FILIPE, E.M.V. Qualidade de vida e nutrição em idosos participantes de centros de convivência. **Revista Baiana de Saúde Pública**. v. 40, n. 1, p. 156-168, 2016. Disponível em: <<http://rbsp.sesab.ba.gov.br/index.php/rbsp/article/download/1615/1799/document/view/w6bc9>>. Acesso em: 18 nov. 2017.

ROSA, B.P.; KRUG, M.R.; ROSSATO, V.M.; SILVA, K.; CARVALHO, A.; DUTRA, A. Perfil de estilo de vida de mulheres do programa ativo-se. **Revista Interdisciplinar de Ensino, Pesquisa e Extensão**, v. 4, n.1, 2017. UNICRUZ: Cruz Alta. Disponível em:<http://www.revistaeletronica.unicruz.edu.br/index.php/electronica/article/viewFile/4997/pdf_123>. Acesso em: 18 nov. 2017.

SANTANA, M.S. Significado da atividade física para práticas de saúde na terceira idade. **Estud. interdiscipl. envelhec.**, Porto Alegre, v. 15, n. 2, p.239-254, 2010. Disponível em: <<http://seer.ufrgs.br/RevEnvelhecer/article/view/11995/11479>>. Acesso em: 19 nov. 2017.

SILVA, E.F.; LASTE,G.; TORRES; R.L.; HIDALGO, M.P.; STROHER, R.; TORRES, I.L.S. Consumo de álcool e tabaco: fator de risco para doença cardiovascular em população idosa do sul do Brasil. **Revista Saúde e Desenvolvimento Humano**, Canoas, v. 5, n. 1, 2017. Disponível em:<http://revistas.unilasalle.edu.br/index.php/saude_desenvolvimento>. Acesso em: 19 nov. 2017.

WHO, World Health Organization. Envelhecimento ativo: uma política de saúde. Tradução Suzana Gontijo. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2005. 60p. Disponível em: <http://dms.ufpel.edu.br/ares/bitstream/handle/123456789/232/5%20%20200%20%20envelhecimento_ativo.pdf?sequence=1>. Acesso em: 10 jun. 2017.



MODIFICAÇÕES FISIOLÓGICAS NO PROCESSO DE ENVELHECIMENTO DO IDOSO: UM ESTUDO REFLEXIVO NA ÓTICA DA EQUIPE MULTIPROFISSIONAL DE SAÚDE

PHYSIOLOGICAL MODIFICATIONS IN THE AGING PROCESS OF THE ELDERLY: A REFLECTIVE STUDY FROM THE VIEWPOINT OF THE MULTIPROFESSIONAL HEALTH TEAM

DOI: 10.51859/AMPLA.PPE2159-17

Wanderson Alves Ribeiro ¹
 Lincoln Mateus Freitas Ferreira ²
 Larissa Christiny Amorim dos Santos ³
 Marcello de Brito Campos ⁴
 Lohan Oliveira Brito ⁵
 Michel Barros Fassarella ⁶

¹ Acadêmico de Medicina da Universidade Iguazu. Enfermeiro, Mestre e Doutorando em Ciências do Cuidado em Saúde pela Universidade Federal Fluminense. Pós-graduado em Saúde Mental e Gerontologia pela FAVENI; Docente do curso de graduação e pós-graduação em Enfermagem da Universidade Iguazu, Brasil.

² Acadêmico de Medicina da Universidade Iguazu, Brasil.

³ Acadêmica do curso de graduação em enfermagem pela Universidade Iguazu. Gestora Hospitalar pela Estácio de Sá, Brasil.

⁴ Acadêmico de Medicina da Universidade Iguazu, Brasil.

⁵ Acadêmico de Medicina da Universidade Iguazu, Brasil.

⁶ Médico graduado pela Universidade Iguazu. Docente do curso de graduação em Medicina da Universidade Iguazu, Brasil.

RESUMO

O envelhecimento é um fenômeno natural, universal, irreversível e não ocorre de forma simultânea e igualitária nos seres humanos. Envelhecer faz parte da vida e, visto à luz dos conhecimentos atuais, não há nada que se possa fazer para alterar esse processo. Essas modificações que ocorrem no corpo são caracterizadas pela maior vulnerabilidade às agressões do meio interno e externo e, portanto, maior suscetibilidade nos níveis celular, tecidual e de órgãos, aparelhos e sistemas. O objetivo do estudo foi refletir sobre os fatores responsáveis pelo envelhecimento e quais os principais cuidados ofertados pela equipe multiprofissional capazes de trazer uma autonomia e qualidade de vida para esses indivíduos. Trata-se de um estudo descritivo, qualitativo do tipo análise reflexiva, elaborado a partir revisão da literatura sobre as “Modificações fisiológicas no processo de envelhecimento do idoso”. Para tanto, foi realizada uma revisão narrativa. Conclui-se que, as repercussões para a sociedade de maneira geral, das populações progressivamente mais idosas, são consideráveis a partir do momento em que se considera o respeito à saúde e à prática de atividades físicas, tendo como objetivo principal a autonomia e a qualidade de vida. São discutidos os padrões de mortalidade e morbidade e o conceito de autonomia como uma forma de quantificar a qualidade de vida.

Palavras-chave: Envelhecimento. Qualidade de Vida. Saúde.

ABSTRACT

Aging is a natural, universal, irreversible phenomenon and does not occur simultaneously and equally in human beings. Aging is part of life and, in the light of current knowledge, there is nothing that can be done to change this process. These changes that occur in the body are characterized by greater vulnerability to aggressions from the internal and external environment and, therefore, greater susceptibility at the cellular, tissue and organs, devices and systems levels. The objective of the study was to reflect on the factors responsible for aging and what are the main care offered by the multiprotection team capable of bringing autonomy and quality of life to these individuals. This is a descriptive, qualitative study of the reflective analysis type, based on a literature review on “Physiological changes in the aging process of the elderly”. For that, a narrative review was carried out. It is concluded that the repercussions for society in general, of the progressively older populations are considerable from the moment in which respect for health and the practice of physical activities are considered, with the main objective of autonomy and quality of life. Mortality and morbidity patterns and the concept of autonomy as a way of quantifying quality of life are discussed.

Keywords: Aging. Quality of life. Health.

1. INTRODUÇÃO

O envelhecimento é um fenômeno natural, universal, irreversível e não ocorre de forma simultânea e igualitária nos seres humanos. Envelhecer faz parte da vida e, visto à luz dos conhecimentos atuais, não há nada que se possa fazer para alterar esse processo. Atualmente, o envelhecimento constitui um dos temas de maior interesse da sociedade em razão da transição epidemiológica que o mundo está apresentando. Diante disso, procurar respostas sobre quais são as mudanças que ocorrem nesse período e quais são as causas e as consequências é o desafio da ciência, que tem o objetivo de retardar esse processo (BORGES *et al.*, 2017; (COCHAR-SOARES; DELINOCENTE; DATI, 2021).

No processo de envelhecimento ocorrem mudanças metabólicas, fisiológicas e bioquímicas, e ocasionam a redução da funcionalidade de diversos sistemas do corpo humano, como o respiratório, muscular e ósseo, levam a um aumento com cuidados e gastos com a saúde do indivíduo. Essas alterações deixam o organismo mais suscetível a agressores extrínsecos e intrínsecos. Além disso, as mudanças tendem a ter um efeito adverso no estado nutricional dos idosos (IPUCHIMA; COSTA, 2021).

De acordo com o IBGE, em 2060 o envelhecimento populacional será de aproximadamente 58,2 % de pessoas idosas com idade superior a 65 anos. O equivalente a um quarto da população brasileira (BUENO *et al.*, 2019).

No Brasil, cerca de 13% da população é idosa, o que mostra a necessidade de políticas públicas bem estabelecidas, voltadas para a promoção da autonomia e independência do idoso, além de abertura para o mercado de trabalho voltado a essa população (FORMICOLI *et al.*, 2020).

O processo de crescimento populacional decorrente do progresso medicinal, urbanização, evolução das novas tecnologias, entre outros, ocorreu em países desenvolvidos, contudo, são nos países em desenvolvimento que se concentram uma dimensão de pessoas na terceira idade, como por exemplo, no Brasil. Segundo Bacha, Perez e Vianna (2006), as principais razões para o envelhecimento da população mundial estão no decréscimo da taxa de fecundidade e o aumento da expectativa de vida. Logo, essa melhora foi possível devido a avanços na medicina preventiva e ações com programas voltados para os mesmos, baseados na eficiência do diagnóstico, tratamento



e medicamentos para doenças crônico-degenerativas e infectocontagiosas podendo ser considerados como fatores contribuintes para uma maior qualidade de vida (MACENA; HERMANO; COSTA, 2018).

De acordo com a World Health Organization, são consideradas idosas pessoas com idade cronológica acima de 60 anos se residentes em países em desenvolvimento, e acima de 65 anos, se vivem em países desenvolvidos. O processo de envelhecimento começa desde a concepção e é definido como um processo dinâmico e progressivo no qual há modificações tanto morfológicas quanto funcionais, bioquímicas e psicossociais, as quais determinam a progressiva perda da capacidade de adaptação do indivíduo ao meio ambiente (SOUZA; SILVA; FIGUEIRA, 2021).

Entre 2015 e 2030, o número de idosos no mundo crescerá 56%, passando de 901 milhões para mais de 1,4 bilhão; esse crescimento será mais rápido nas regiões em desenvolvimento do que nas regiões desenvolvidas. Esse aumento será mais expressivo na América Latina e no Caribe, com projeção de crescimento de 71%, seguido pela Ásia (66%), África (64%), Oceania (47%), América do Norte (41%) e Europa (23%) (COCHAR-SOARES; DELINOCENTE; DATI, 2021; SOUZA; SILVA; FIGUEIRA, 2021).

Nesse sentido, o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística aponta que o segmento populacional que mais aumenta na população brasileira é o de idosos, com taxa de 4% ao ano no período de 2012 a 2022. A projeção é de que em 2060 o número de idosos seja 3,75 vezes maior em relação ao ano 2010 (SOUZA; SILVA; FIGUEIRA, 2021). O ritmo de crescimento na população idosa está diretamente associado à diminuição das taxas de fecundidade e natalidade e da mortalidade infantil, à melhoria no tratamento das doenças infecciosas e condições de saneamento básico e ao acesso aos serviços de saúde para um número maior de indivíduos. A fecundidade demonstrou o primeiro declínio em 1960 e se intensificou nos anos subsequentes, o que permitiu a ocorrência de uma grande explosão demográfica no País (BORGES *et al.*, 2017).

O objetivo do estudo foi refletir sobre os fatores responsáveis pelo envelhecimento e quais os principais cuidados ofertados pela equipe multiprofissional capazes de trazer uma autonomia e qualidade de vida para esses indivíduos.



2. METODOLOGIA

Trata-se de um estudo descritivo, qualitativo do tipo análise reflexiva, elaborado a partir revisão da literatura sobre as “Modificações fisiológicas no processo de envelhecimento do idoso”. Para tanto, foi realizada uma revisão narrativa. Os estudos de revisão narrativa são publicações com a finalidade de descrever e discutir o estado da arte de um determinado assunto. Apesar de ser um tipo de revisão que conta com uma seleção arbitrária de artigos, é considerada essencial no debate de determinadas temáticas, ao levantar questões e colaborar para a atualização do conhecimento (ROTHER, 2007; BERNARDO, NOBRE JATENE, 2004).

Desse modo, a revisão foi realizada de forma não sistemática, com busca aleatória do material nas bases de dados da biblioteca virtual de saúde e Google Acadêmico, para responder a seguinte questão: quais são as principais modificações fisiológicas no processo de envelhecimento do idoso? Para a busca dos estudos utilizou-se as palavras-chaves “Envelhecimento”; “Qualidade de vida”; “Idoso”.

Foram selecionados e analisados artigos publicados nos últimos cinco anos, no idioma português que abordassem o tema, no intuito de adquirir maior aprofundamento e aproximação com o objeto de estudo para subsidiar as reflexões. A partir de então, foi realizada uma síntese qualitativa dos trabalhos analisados e considera-se que os critérios de busca e seleção estabelecidos foram satisfatórios para atender ao objetivo deste trabalho.

Cabe mencionar que os textos em língua estrangeira foram excluídos devido o interesse em embasar o estudo com dados do panorama brasileiro e os textos incompletos, para oferecer melhor compreensão através da leitura de textos na íntegra.

Por meio do procedimento de busca, foram identificadas 58 publicações com potencial para fundamentar este manuscrito. Após a avaliação dos títulos e resumos, 15 artigos foram considerados para leitura na íntegra e, contemplando os critérios de inclusão, puderam subsidiar a esta reflexão.

A apresentação das explicações e reflexões a serem tecidas se dará na forma de eixos condutores sobre o tema, advindos de interpretações da literatura, e também impressões reflexivas dos autores. Estas interpretações foram dirigidas pela compreensão do tema no contexto do cuidado clínico, subsidiado por leituras, reflexões



e discussão dos autores, pautado por categorias que serão apresentadas na próxima seção.

3. RESULTADOS E DISCUSSÃO

A elaboração de todo o material se deu a partir da leitura reflexiva dos artigos sobre a temática, onde foram descritos os resultados e ainda uma discussão sucinta relacionada aos achados. Foram então emergidas quatro categorias: (i) Processo de envelhecimento e as contribuições do enfermeiro para o autocuidado do idoso; (ii) Modificações fisiológicas e os contributos do envelhecimento biológico para o processo saúde/doença; (iii) Necessidades nutricionais do idoso e o impacto no sistema imunológico; (iv) Saúde mental do idoso e o impacto na sexualidade.

3.1. PROCESSO DE ENVELHECIMENTO E AS CONTRIBUIÇÕES DO ENFERMEIRO PARA O AUTOCUIDADO DO IDOSO

O uso do termo terceira idade nasceu na França, nos anos 1970. Com a criação das Universidades da Terceira Idade, e diferente da época de sua criação, atualmente não é mais utilizado como referência cronológica, mas como um adjetivo positivo de tratamento das pessoas de mais idade. Na verdade, o termo veio para substituir a ideia anterior que associava a velhice a algo negativo, que em regra trazia consigo, obrigatoriamente, uma sombra de carência afetiva, financeira e de saúde (SOUZA; SILVA; FIGUEIRA, 2021).

Cabe mencionar os vários conceitos que explicam o envelhecimento em seus vários aspectos. Eles trazem interessantes teorias baseadas em eventos fisiológicos acerca do envelhecimento, como a Teoria do Desgaste, a Teoria do Ritmo de Vida, a Teoria do Acúmulo de Resíduos, a Teoria dos Radicais Livres, a Teoria do Sistema Imunológico e a Teoria Neuroendócrina (BORGES *et al.*, 2017).

O envelhecimento é um processo fisiológico que ocorre durante a vida, caracterizado como processo natural nas quais modificações morfológicas, funcionais, bioquímicas e psicológicas designam um comprometimento da autonomia e adaptação do organismo diante do meio externo o que induz uma maior suscetibilidade ao indivíduo somado a uma maior vulnerabilidade a patologias. A velhice é o estado em que o indivíduo se encontra no momento do processo biológico, considerada como uma



fase da vida, parte integrante de um ciclo natural, constituindo-se como uma experiência única e diferenciada (BACHA, 2006).

Na Teoria do Desgaste, o envelhecimento ocorre pelo excesso de uso dos sistemas vitais, causando-lhes estresse e desgaste direto como danos mitocondriais. Pela Teoria do Ritmo de Vida, o ser humano nasce com uma quantidade limitada de certa substância, energia potencial ou capacidade fisiológica, que pode ser gasta em diferentes ritmos, rápida ou lentamente, e isso será determinante ao fator longevidade (LADEIRA; MAIA; GUIMARÃES, 2017; LEAL *et al.*, 2020)

Corroborando ao contexto, a Teoria do Acúmulo de Resíduos teoriza que o acúmulo de resíduos em quantidades superiores à capacidade de excreção eficiente por parte das células pode levá-las a uma constipação, e o acúmulo de toxinas e resíduos mata a células, trazendo o envelhecimento. A Teoria dos Radicais Livres traz o dano ao DNA como causa do envelhecimento, resultado de ligações cruzadas na forma de moléculas oriundas de reações de células com o oxigênio, formadoras de uma subespécie química altamente reativa – os radicais livres (BORGES *et al.*, 2017).

A Teoria do Sistema Imunológico aponta como a causa do envelhecimento a diminuição dos leucócitos, responsável pelos anticorpos eliminadores de substâncias estranhas, podendo, ainda, ocorrer o ataque a substâncias do próprio organismo, como acontece com doenças autoimunes como a artrite (SOUZA; SILVA; FIGUEIRA, 2021). A mais interessante das teorias, por ser a mais acessível e não invasiva (por não levar substâncias por meio exógeno ao organismo, como fazem os medicamentos), é a Teoria Neuroendócrina, que acredita na redução dos hormônios hipofisários, que leva à diminuição de secreção de outros hormônios de glândulas-alvo, como tireoide e adrenal, reduzindo a taxa metabólica, ocasionando menor produção de radicais livres e, conseqüentemente, aumentando consideravelmente a longevidade; tudo isso por meio de uma dieta de baixa caloria (COCHAR-SOARES; DELINOCENTE; DATI, 2021).

Em consonância ao contexto, menciona-se que o sobreposto aspectos sociais ou fisiológicos e muito embora impreciso, o critério cronológico é o mais utilizado para definir se o indivíduo atingiu a velhice. Baseada na idade, como dito anteriormente, a Organização Mundial da Saúde (OMS) considera idoso, em países desenvolvidos, o indivíduo com 65 anos ou mais, e em países em desenvolvimento, com 60 anos ou mais, mas não descarta haver a influência de fatores sociais e econômicos. A partir disso,



pesquisadores criaram subcategorias etárias diferenciadoras da senescência, tratam os 45 aos 60 anos como idade do meio, quando se apresentam os primeiros sinais da velhice, como o aparecimento de doenças (BORGES *et al.*, 2017).

Com uma grande porcentagem da população envelhecendo, torna-se necessário o consumo de medicamentos devido a essas doenças, utilizadas com o objetivo de controlá-las e tratá-las. Sendo a atenção farmacêutica importante nesse desenvolvimento para incentivar e tratar a população (COSTA *et al.*, 2021).

Apesar de contribuir para a manutenção da capacidade funcional, esses medicamentos podem ser prejudiciais nessa idade. Por isso é importante que sejam prescritos para os idosos que tiverem sua situação de risco e benefício bem avaliada (ARAÚJO *et al.*, 2019).

A senescência gradual ocorre dos 60 aos 70 anos, a senilidade conclamada, ou velhice, a partir dos 70 anos, e o grande velho ou longevo é considerado o indivíduo com mais de 90 anos. O processo de envelhecimento ocorre de forma gradual e universal, ou seja, ocorre gradativamente em todos os seres humanos com a passagem do tempo, além disso, é irreversível, individual e heterogêneo (SOUZA; SILVA; FIGUEIRA, 2021). Mesmo com os esforços e avanços da ciência, até o momento nada foi descoberto para impedir ou reverter o processo. Existem interações entre fatores intrínsecos (genética) e extrínsecos (estilo de vida, ambiente e condições sociais) que explicam a heterogeneidade do envelhecimento. Atualmente, distinguem-se três vertentes do envelhecimento: biológico, psicológico e social (COCHAR-SOARES; DELINOCENTE; DATI, 2021).

Ao refletir sobre o cuidar do familiar em processo de envelhecimento, é importante destacar o conceito do autocuidado. Que, segundo Dorothea Orem, quando uma pessoa não reúne habilidades suficientes para atender a uma demanda de autocuidado, torna-se necessário que outra pessoa exerça tais cuidados, no caso o enfermeiro (ALMEIDA; CAMACHO, 2020).

Com isso, o profissional enfermeiro possui habilidades e competências para que famílias atinjam suas metas de autocuidado próprio, quando se colocam como cuidadoras de um familiar dependente através de orientação e acompanhamento direto pelo profissional enfermeiro em ambiente hospitalar.



3.2. MODIFICAÇÕES FISIOLÓGICAS E OS CONTRIBUTOS DO ENVELHECIMENTO BIOLÓGICO PARA O PROCESSO SAÚDE/ DOENÇA

O envelhecimento biológico é caracterizado pela maior vulnerabilidade às agressões dos meios interno e externo e, portanto, pela maior suscetibilidade nos níveis celular, tecidual e de órgãos, aparelhos e sistemas (SOUZA; SILVA; FIGUEIRA, 2021). Em condições basais, o idoso funciona tão bem quanto o jovem. A diferença se manifesta nas situações em que se torna necessária a utilização das reservas homeostáticas que, no idoso, são mais frágeis. Além disso, cada órgão ou sistema envelhece de forma diferenciada (SILVA et al., 2020). A variabilidade é, portanto, cada vez maior à medida que envelhecemos. Vários pesquisadores demonstraram que a partir dos 40 anos a estatura começa a diminuir cerca de 1 cm por década, e essa perda é atribuída à diminuição dos arcos do pé, ao aumento da curvatura da coluna e às alterações dos discos intervertebrais (BORGES *et al.*, 2017; PRETTO *et al.*, 2020).

É possível também observar o enrijecimento e o aumento da caixa torácica. Na ocorrência da perda da massa, os órgãos internos mais afetados são os rins, o fígado e os músculos. Com o processo de envelhecimento, os ossos se alteram, a espessura do componente compacto diminui pela reabsorção óssea, enquanto o componente esponjoso apresenta perda de lâminas ósseas em relação ao adulto, ocorrendo, assim, uma diminuição das células ósseas, os osteócitos, e de sua atividade (COCHAR-SOARES; DELINOCENTE; DATI, 2021). Porém, essas células controlam o metabolismo ósseo da matriz extracelular, ocasionando um desequilíbrio na homeostase do cálcio. Entretanto, no sistema articular é possível demonstrar, por meio de técnicas histológicas, a diminuição de substâncias lubrificantes entre os discos vertebrais, que são compostos por ácido hialurônico, colágeno, água e fibras, resultando na formação de curvas na coluna (cifose).

A rigidez das articulações pode predispor o aparecimento de dores generalizadas, decorrentes de processos inflamatórios que tendem a se cronificar, como a bursite, a artrite reumatoide e os estados de gota. O envelhecimento pode apresentar, também, distúrbios associados aos intersistemas, como, por exemplo, a presença de calosidades nos pés e deformidades nas falanges e unhas. A diminuição da massa muscular pode ser facilmente observada nos pequenos músculos das mãos; inúmeras

patologias comuns nessa faixa etária, neurológicas, musculares ou gerais, com frequência podem associar-se às perdas musculares localizadas ou generalizadas. Além disso, a imobilidade também pode causar a atrofia muscular (BORGES *et al.*, 2017).

Outra situação muito comum no processo de senescência é a fácil observação da atrofia do quadríceps, decorrente da osteoporose de joelhos e de situações de imobilização prolongada (SOUZA; SILVA; FIGUEIRA, 2021). Quanto à atrofia dos músculos da panturrilha, está apenas ocorre como parte de degeneração muscular generalizada. Relatos de literatura mostram que o peso do cérebro diminui com o avançar da idade, o que também ocorre com o seu volume.

É possível observar, durante o processo de envelhecimento, uma perda contínua de neurônios, especialmente no córtex dos giros pré-centrais – área motora voluntária. A disfunção do sistema nervoso e, em especial, do sistema nervoso autônomo, pode estar relacionada a diversos processos patológicos, como doenças neurodegenerativas. No envelhecimento, muitos vasos são alterados (SILVA *et al.*, 2020). A aorta se dilata e seu diâmetro interno aumenta, ocorrendo depósito de cálcio em toda a extensão da sua parede. Artérias de menor calibre também sofrem com o processo de envelhecimento (MACENA; HERMANO; COSTA, 2018).

Com esse processo, as carótidas não passam despercebidas e se estreitam, isso também acontece com as coronárias, as arteríolas renais, do labirinto e outras, isso porque há uma deposição elevada de tecido fibroso com a idade. Entretanto, esse é oposto do que acontece com outros órgãos vitais do ser humano, visto que o peso do coração aumenta e surge o espessamento da parede do ventrículo esquerdo. No aparelho valvar podem aparecer placas arterioscleróticas e espessamento das cordoalhas (SILVA *et al.*, 2020).

Durante o envelhecimento é possível observar a fusão de elementos ósseos e cartilagosos entre o esterno e a caixa torácica, interferindo na mecânica respiratória e, inclusive, provocando importante diminuição da expansibilidade e complacência. Quanto ao pulmão, a superfície total dos alvéolos mostra-se discretamente diminuída com a idade. Além disso, é possível observar várias alterações do parênquima pulmonar, como as modificações musculoesqueléticas, do arcabouço torácico e do próprio reflexo da tosse que, em conjunto, podem predispor a retenção de secreção brônquica e até as infecções (MACENA; HERMANO; COSTA, 2018).



Todos os sistemas do nosso organismo possuem reservas fisiológicas que, no sistema nervoso, são caracterizadas pela capacidade de reorganização, conhecida como neuroplasticidade. Com o envelhecimento, as reservas estão diminuídas, porém não depletadas; portanto, a criação de um ambiente legal de aprendizado motor poderia determinar uma melhora importante da função. (COCHAR-SOARES; DELINOCENTE; DATI, 2021).

Com o passar dos anos, o organismo humano passa por um processo natural de envelhecimento, gerando modificações funcionais e estruturais no organismo, diminuindo a vitalidade e favorecendo o aparecimento de doenças, sendo mais prevalentes as alterações sensoriais, as doenças ósseas e cardiovasculares e o diabetes (BORGES *et al.*, 2017; THOMÉ, 2019).

Estudos apontam que a cavidade oral sofre alterações significativas com o processo do envelhecimento. Sendo de total influência na qualidade de vida desses idosos. Pois ela compromete a função mastigatória e fonação, além de interferir na autoestima e relações interpessoais (PINHEIRO *et al.*, 2019).

No sistema cardiovascular ocorre hipertrofia ventricular com aumento da relação do colágeno, principalmente no endocárdio e no epicárdio. O nódulo atrioventricular, e o átrio sinusal e o feixe de Hiss são, de certa forma, invadidos por tecido fibroso. Há, também, aumento do colágeno e da musculatura lisa nas artérias, com diminuição do tecido elástico. No sistema respiratório ocorre encurtamento torácico com diâmetro anteroposterior, sobrecarregando a função diafragmática. O volume dos dutos alveolares e bronquíolos (acima dos 40 anos) é ampliado, resultando na diminuição do volume dos alvéolos e na conseqüente redução da área alveolar. Ocorre espaçamento das camadas íntima e média das artérias pulmonares de maior calibre, levando ao aumento da resistência vascular pulmonar (BORGES *et al.*, 2017).

As pessoas mais idosas vivem uma diminuição de altura em decorrência da compressão da coluna, bem como do aumento da medida da região média do corpo. As mudanças na composição corporal ocorrem, de maneira geral, com aumento da gordura e diminuição do tecido muscular (SILVA *et al.*, 2020).

A densidade dos ossos diminui, aumentando o risco de fratura óssea. A força muscular, a resistência e a flexibilidade também podem diminuir. Tais modificações



podem ocasionar déficits do equilíbrio e distúrbios da marcha o que possibilitam as quedas, fraturas, lesões na pele e imobilidade (HOMEM, 2021).

Com isso, o Ministério da Saúde, proporcionou algumas medidas para a diminuição e prevenção de quedas em idosos. Dentre elas está o programa criado para avaliar os riscos, classificando as ameaças tanto da pessoa quanto do ambiente que ela vivencia. Insere-se nesse contexto o profissional nutricionista, responsável em avaliar o estado nutricional desse paciente, observando e avaliando a falta de nutrientes e os hábitos alimentares, a massa corporal, as circunferências, auxiliando para prevenção e alterações fisiológicas que podem acontecer, evitando a queda e fratura desses idosos (ANDRADE et al., 2021).

O coração aumenta de tamanho com a idade em razão da substituição do músculo cardíaco por gordura e tecido conectivo. Essa transformação resulta na perda do poder de contração e no declínio da capacidade de bombeamento. A frequência cardíaca máxima diminui, e a pressão sanguínea aumenta com a perda da elasticidade e o estreitamento dos vasos sanguíneos (LADEIRA; MAIA; GUIMARÃES, 2017; COCHAR-SOARES; DELINOCENTE; DATI, 2021).

3.3. NECESSIDADES NUTRICIONAIS DO IDOSO E O IMPACTO NO SISTEMA IMUNOLÓGICO

As alterações nutricionais como baixo peso e o sobrepeso nos idosos podem ser relacionadas à redução da qualidade de vida, a infecções e com aumento da mortalidade. O estado nutricional de idosos sofre grande influência com as modificações relativas ao envelhecimento, por exemplo, redução do metabolismo basal, modificações no funcionamento digestivo, redistribuição da massa corporal, diminuição da sensibilidade à sede e mudanças sensoriais (PEREIRA et al, 2018).

Tanto a condição nutricional do idoso quanto a anatômica, possuem influência significativa uma vez que estas mudanças os tornam ainda mais vulneráveis para o desenvolvimento de distúrbios nutricionais, aumentando assim o risco da morbimortalidade. O estado nutricional do idoso corrobora com o grau de absorção de nutrientes para se adequar as necessidades fisiológicas, auxiliando na manutenção e nas funções do organismo (SILVA; OLIVEIRA, 2018).

Os principais indicadores de mau estado nutricional em idosos são: perda de peso, redução significativa na circunferência do braço, aumento ou diminuição das dobras cutâneas, redução significativa da albumina do soro, mudança significativa na subtração funcional, ingestão alimentar inadequada, e níveis inadequados de vitaminas, minerais ou lipídios no sangue. Assim como, a circunferência da panturrilha é um dos principais indicadores de desnutrição proteica em idosos (IPUCHIMA; COSTA, 2021).

Para evitar doenças relacionadas a idade é fundamental que o idoso possua hábito saudáveis, a fim de que esse grupo permaneça independente e continuem a participar ativamente na vida da família e da comunidade. Assim, a promoção de saúde é a garantia de prevenir ou retardar o início de doenças crônicas como câncer, diabetes tipo II, acidente vascular cerebral, demência e doenças cardiovasculares, levando à incapacidade e à mortalidade relacionada (IPUCHIMA; COSTA, 2021).

A ingestão hídrica diária recomendada para idosos é de aproximadamente 30 ml / kg de peso corporal, um mínimo de 1.000 ml de líquidos é necessário para compensar exclusivamente as perdas insensíveis. A hidratação é uma das necessidades mais importantes do idoso devido à redução da sensação de sede e ao consumo de certos medicamentos, como os diuréticos, que alteram esse equilíbrio (GUIMARÃES et al., 2021).

O consumo de fibras entre os idosos é baixo na maioria das vezes, devido à diminuição do consumo de frutas e vegetais por diversos fatores. É papel do nutricionista orientar o consumo de fibras regularmente. A adição de fibra à dieta tem sido associada à diminuição do açúcar e da gordura no sangue, estimulação do peristaltismo e da função gastrointestinal e redução do peso, pois promove saciedade em menores níveis calóricos e lipídicos (OLIVEIRA et al., 2019).

Algumas condições de saúde relacionadas ao envelhecimento, como hipertensão, risco de acidente vascular cerebral, hipertrofia ventricular esquerda e proteinúria, são contrabalançadas pela diminuição do consumo de sal/sódio. Para conseguir essa redução, é necessário conhecer os alimentos que devem ser evitados (PEREIRA et al, 2018).

Nesse contexto, o estado nutricional assume uma importante função na qualidade de vida e de saúde da população. Por um lado, a obesidade consolidou-se como agravo nutricional associado à alta incidência de DCNT, tais como doenças



cardiovasculares, câncer e diabetes, influenciando, desta maneira, no perfil de morbimortalidade das populações. Por outro, especificamente no grupo etário de idosos, a desnutrição apresenta-se fortemente associada ao aumento da incapacidade funcional, aumento no número de internações, redução da qualidade de vida, maior susceptibilidade às infecções e, conseqüentemente, aumento da mortalidade (PEREIRA; SPYRIDES; ANDRADE, 2016).

Então, compreende-se que a nutrição é fundamental para a manutenção do estado funcional e da qualidade de vida dos idosos, uma vez que, eles representam o grupo com maior risco de ingestão alimentar inadequada, devido às alterações inerentes ao envelhecimento a nível fisiológico ou psicossocial. Quando, possuem quadro clínico com doenças podem produzir uma modificação nos comportamentos alimentares, que influenciam a desnutrição (IPUCHIMA; COSTA, 2021).

Diante dessa realidade, compreende-se que os hábitos alimentares atuais da população têm grande impacto no seu estado nutricional e conseqüentemente na sua saúde. A Organização Mundial de Saúde (OMS) aponta que entre os dez fatores de riscos para o desenvolvimento de doenças crônicas, cinco estão intimamente relacionados à dieta e exercício físico como obesidade, estilo de vida sedentário, pressão alta, hipercolesterolemia e consumo insuficiente de frutas e vegetais (IPUCHIMA; COSTA, 2021).

3.4. SAÚDE MENTAL DO IDOSO E O IMPACTO NA SEXUALIDADE

As modificações ocasionadas pelo envelhecimento marcam de forma significativa a vida dos indivíduos, trazendo sentimentos de desvalorização, pois os idosos sempre foram imaginados como aqueles que estão se despedindo da vida, ou seja, aposentou-se do seu trabalho, de sua função, portanto, aposentou-se da vida. Nesse contexto, emerge a vivência da sexualidade, importante questão para a qualidade de vida, pois, erroneamente, a sociedade reprime os idosos fazendo com que se sintam envergonhados por se perceberem sexualmente vivos e por buscarem viver plenamente sua sexualidade (BORGES *et al.*, 2017; MACENA; HERMANO; COSTA, 2018; FERREIRA, 2020).

Nas mulheres, com o envelhecimento a composição corporal vai sofrendo modificações importantes, e há uma tendência geral em diminuir a capacidade

funcional, tanto celular quanto organicamente. Tais alterações sofrem um processo contínuo e normal que se inicia na vida adulta e dura até a morte. Em razão da redução dos hormônios sexuais, caracterizada pelo acúmulo de gordura nas coxas e nádegas, a pele fica mais fina e distrófica, e o tecido glandular das mamas é substituído por gordura com consequente flacidez.⁹ Alguns autores relatam que a menopausa consiste no conjunto de alterações físicas e emocionais que se observa no final do ciclo menstrual (LADEIRA; MAIA; GUIMARÃES, 2017; FERREIRA, 2020; SOUZA *et al.*, 2020).

Quando a mulher entra no período da menopausa, seus ovários reduzem a produção dos hormônios estrogênio e progesterona. Na fase pós-menopáusicas, ela começa a perceber alterações genitais e na aparência corporal e modificações durante as relações sexuais. Estas alterações podem ser observadas pelos seguintes sintomas: atrofia da mucosa vaginal, diminuição da lubrificação vaginal, fogachos, enjoos, sudoreses, ressecamento da pele, entre outros. A menopausa tem “pouco efeito na resposta sexual da mulher (MACENA; HERMANO; COSTA, 2018; FERREIRA, 2020; COCHAR-SOARES; DELINOCENTE; DATI, 2021).

As modificações não diminuem a libido nem a capacidade orgástica, principalmente se a saúde geral da mulher for boa (SILVA *et al.*, 2020). Os autores acrescentam que a diminuição da atividade sexual feminina estaria relacionada com a falta de interesse do cônjuge masculino para o ato sexual. O sistema genital masculino sofre alterações nos testículos; ocorre atrofia das células intersticiais, como menor produção de testosterona e diminuição do seu volume. Mesmo com a diminuição da produção de espermatozoides, o idoso continua sendo fértil. A libido não se altera significativamente com a idade. A ereção torna-se mais difícil por deposição de tecidos fibrosos na parede dos vasos do pênis e nos espaços do tecido erétil (BORGES *et al.*, 2017; (LADEIRA; MAIA; GUIMARÃES, 2017; MACENA; HERMANO; COSTA, 2018).

No homem com idade entre 50 e 70 anos, na fase da excitação, platô, orgasmo e resolução, as mudanças na ereção não se estabelecem tão rapidamente como na juventude, às vezes ocorre a necessidade da manipulação física de seu órgão genital pela parceira. Se essa diferença em conseguir a ereção for observada de forma negativa e não como um processo natural de envelhecimento, o homem poderá sentir-se fragilizado e incapaz de continuar o ato sexual, gerando, assim, uma possível incapacidade “impotência” (LADEIRA; MAIA; GUIMARÃES, 2017; FERREIRA, 2020).

É certo que a perda dos hormônios modifica o mecanismo e a frequência da ereção, bem como altera a lubrificação vaginal, dificultando a realização do coito. São os preconceitos que fazem pensar que a andropausa no homem e a menopausa na mulher são os responsáveis pelas dificuldades sexuais; assim, parece que a penetração é a única fonte produtora de prazer e que a ausência ou as dificuldades dessas possibilidades funcionais incapacitam os idosos, tornando-os assexuados (MACENA; HERMANO; COSTA, 2018).

Todo indivíduo, quando nasce, é caracterizado como um ser sexuado, podendo desfrutar do sexo ou da sexualidade nas diversas fases da vida. Porém, em determinada etapa desse processo, ele se depara com o preconceito social e moral em que a sexualidade e o sexo são direitos dos jovens e não dos envelhecidos. Isso constitui uma barreira para o desenvolvimento de uma nova etapa da sexualidade do idoso, na qual o sexo não tem outro significado senão o da realização e consumação do ato sexual. Portanto, não surpreende (LADEIRA; MAIA; GUIMARÃES, 2017; MACENA; HERMANO; COSTA, 2018).

4. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Conclui-se que o envelhecimento da população é um fenômeno que ocorre a partir de modificações biológicas, psicológicas e sociais em uma escala global, em especial nos países desenvolvidos; e hoje há grande frequência em países subdesenvolvidos. Esse processo caracteriza-se pelo constante aumento da expectativa de vida e pela queda de fecundidade. Os fatores responsáveis pelo envelhecimento são discutidos, com especial referência ao declínio tanto das taxas de fecundidade quanto das de mortalidade. Em conjunto, tais declínios levam a um menor ingresso de jovens em populações que passam a viver períodos mais longos. Esse processo gradativo é conhecido como “transição epidemiológica”, e seus vários estágios são abordados.

Por sua vez, a partir do momento que entendemos que o envelhecimento é um fenômeno natural, universal, irreversível e não ocorre de forma simultânea e igualitária nos seres humanos, começamos a compreender o quanto é importante a inclusão de atividades físicas no dia a dia. Envelhecer faz parte da vida, e, visto à luz dos conhecimentos atuais, nada é possível para fazer alterar este processo. Essas

modificações que ocorrem no corpo são caracterizadas pela maior vulnerabilidade às agressões do meio interno e externo e, portanto, maior suscetibilidade nos níveis celular, tecidual e de órgãos, aparelhos e sistemas.

Por fim, as repercussões para a sociedade de maneira geral, das populações progressivamente mais idosas são consideráveis a partir do momento em que se considera o respeito à saúde e à prática de atividades físicas, tendo como objetivo principal a autonomia e a qualidade de vida. São discutidos os padrões de mortalidade e morbidade e o conceito de autonomia como uma forma de quantificar a qualidade de vida. É proposta uma redefinição do próprio conceito de envelhecimento, refletindo a realidade da saúde dos indivíduos do Terceiro Mundo.

REFERÊNCIAS

- ALMEIDA, A. L., & CAMACHO, A. C. L. F. A importância do enfermeiro no estímulo cognitivo e de memória em pessoas idosas: revisão integrativa. **Research, Society and Development**, v. 9, n. 7, p. e306974180-e306974180, 2020.
- ANDRADE, C. C. S., ANDRADE, C. H. S., & ANDRADE, A. E. A importância da assistência de enfermagem e nutrição na prevenção de quedas em idosos. **Revista Artigos. Com**, 30, e8129-e8129, 2021.
- ARAUJO, C. S., PEIXOTO, J. S. A., SILVA, B. B. M., & MEDEIROS, I. L., Importância do cuidado farmacêutico ao paciente idoso que faz uso de polifarmácia. **Editores Realize**, 23, 2019.
- BERNARDO, W. M., NOBRE, M. R. C., & JATENE, F. B. A prática clínica baseada em evidências: parte II-buscando as evidências em fontes de informação. **Revista Brasileira de Reumatologia**, v. 44, n. 6, p. 403-409, 2004.
- BORGES, E. O envelhecimento populacional: um fenômeno mundial. **O envelhecimento populacional um fenômeno**, p. 17, 2017.
- BUENO, É. P. Envelhecer na sociedade contemporânea e o serviço social: perspectiva do trabalho profissional em rede de atenção à saúde da pessoa idosa. In: **Congresso Brasileiro de Assistentes Sociais 2019**. 2019.
- COSTA, C. S., ANDRADE, L. G., SILVA, M. S., & CARVALHO, A. S. Atenção Farmacêutica: Estratégias para o uso racional de medicamentos em idosos. **Revista Ibero-Americana de Humanidades, Ciências e Educação**, v. 7, n. 9, p. 542-557, 2021.
- SOARES, N., DELINOCENTE, M. L. B., & DATI, L. M. M. Fisiologia do envelhecimento: da plasticidade às consequências cognitivas. **Revista Neurociências**, v. 29, 2021.



- FERREIRA, F. L. Sexualidade na terceira idade: o aumento das infecções sexualmente transmissíveis entre os idosos. **Repositório de Trabalhos de Conclusão de Curso**, 2020.
- FORMICOLI FILHO, I., BATALINI, M. G., LUZ, K. C. S. I., FREIBERGER, M. F., NOGUEIRA, I. S., & LABEGALINI, C. M. G. O processo de envelhecer na perspectiva de idosos usuários de um Centro-dia. **Revista Kairós-Gerontologia**, v. 23, n. 3, p. 53-69, 2020.
- GUIMARÃES, B. P., MACIEL, A. R., BARBOSA, A. P., VIZIOLLI, B. N. P., VITTA, C. E., & CHAUD, D. M. A. O consumo de água em idosos: uma revisão. **Vita et Sanitas**, v. 15, n. 2, p. 53-69, 2021.
- HOMEM, S., & RODRIGUES, M. Prevenção de quedas em idosos—uma abordagem da fisioterapia. **Revista Inova Saúde**, v. 12, n. 1, p. 20-29, 2021.
- IPOCHIMA, M. T., COSTA, L. L. A importância dos hábitos alimentares saudáveis na terceira idade. **Research, Society and Development**, [S. l.], v. 10, n. 14, p. e203101421858, 2021. DOI: 10.33448/rsd-v10i14.21858. Disponível em: <https://rsdjournal.org/index.php/rsd/article/view/21858>. Acesso em: 13 fev. 2022.
- LADEIRA, S. J., MAIA, B. D. L. C., & GUIMARÃES, A. C. Principais alterações anatômicas no processo de envelhecimento. **Unoesc**, p. 47, 2017.
- LEAL, R. C., VERAS, J. S. M., SOUZA, S. M. A., GONÇALVES, C. F. G., SILVA, C. R. D. T., SÁ, A. K. L., & da SILVA, P. J. Percepção de saúde e comorbidades do idoso: perspectivas para o cuidado de enfermagem. **Brazilian Journal of Development**, v. 6, n. 7, p. 53994-54004, 2020.
- MACENA, W. G., HERMANO, L. O., COSTA, T. C. Alterações fisiológicas decorrentes do envelhecimento. **Revista Mosaicum**, n. 27, p. 223-238, 2018.
- OLIVEIRA, M. D. D., CAS, E. M. D., TASSONI, D. S., ZIEMANN, D. K., POLL, F. A., WICHMAN, F. M. A., & ROOS, N. P. Consumo alimentar de fibras e caracterização do perfil nutricional de idosos hipertensos. **Anais do Salão de Ensino e de Extensão**, p. 93, 2019.
- PEREIRA, H. E. F., OLIVEIRA, J. S., PRATES, R. P., LEÃO, L. L., PEREIRA, É. J., & FARIAS, P. K. S. Perfil nutricional e dietético de idosos atendidos nas estratégias de saúde da família do norte de Minas Gerais. **Revista de APS**, v. 21, n. 2, 2018.
- PEREIRA, I. F. D. S., SPYRIDE, M. H. C., & ANDRADE, L. D. M. B. Estado nutricional de idosos no Brasil: uma abordagem multinível. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 32, p. e00178814, 2016.

PINHEIRO, P. F. B., Silva, F. G., Pinheiro, T. F. F. B., & Soares, D. M. D. Atuação interprofissional direcionada à saúde bucal do idoso: revisão integrativa da literatura. **Editora Realize**, 2019.

PRETTO, C., BAGATINNI, M. D., BAESSO, J. V., & BONADINAN, B. D. S. R. Influência da visão na qualidade de vida dos idosos e medidas preventivas a deficiências visuais. **Brazilian Journal of Health Review**, v. 3, n. 3, p. 4900-4905, 2020.

ROTHER, E. T. Revisão sistemática x revisão narrativa. *Acta Paulista de Enfermagem*, São Paulo, v. 2, n.20, abr./jun. 2007. Disponível em <https://www.redalyc.org/pdf/3070/307026613004.pdf> Acesso em 01 ago. 2020.

SILVA, C. R. D. Envelhecer e ser velho: valores e ideais de velhice no Programa Cidades e Comunidades Amigáveis à Pessoa Idosa (OMS) e sua concepção no Brasil. 2020. Dissertação de Mestrado. **Universidade Tecnológica Federal do Paraná**.

SILVA, L. R. S., & OLIVEIRA, A., J. Alterações anatomo funcionais relacionadas ao estado nutricional de idosos institucionalizados. **Revista Nutrir-ISSN 2358-2669**, v. 1, n. 9, 2018.

SOUSA, R. S., SILVA, K. K. F., ROCHA, J. R. B., SILVA, W. V. F., NASCIMENTO, C. G., NASCIMENTO CHAGAS, A. C., & MELO, S. T. T. A prevalência de suicídio em idosos da região nordeste: Um estudo ecológico The prevalence of suicide in elderly people from the northeast region: An ecological study. **Brazilian Journal of Development**, v. 6, n. 7, p. 47582-47589, 2020.

SOUZA, B. G., DA SILVA, J. G., & FIGUEIRA, T. G. Avaliação do perfil de idosos cuidadores de idosos: Estudo preliminar. **Revista Longevidade**, 2021.

THOMÉ, M.T. O idoso na sociedade contemporânea. **Brazilian Journal of Development**, v. 5, n. 8, p. 11440-11453, 2019.

PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO E CLÍNICO DE IDOSOS RESIDENTES EM INSTITUIÇÕES DE LONGA PERMANÊNCIA BRASILEIRAS: REVISÃO INTEGRATIVA

SOCIODEMOGRAPHIC AND CLINICAL PROFILE OF ELDERLY PEOPLE RESIDING IN BRAZILIAN LONG-STAY INSTITUTIONS. INTEGRATIVE REVIEW

DOI: 10.51859/AMPLLA.PPE2159-18

Mayrla Sales¹
Adriana de Moraes Bezerra²
Naanda Kaanna Matos de Souza³
Lucas Dias Soares Machado²
Nayara Santana Brito²
João Paulo Xavier Silva²
Kelly Fernanda Silva Santana²
Anilton Jorge da Nóbrega Gonçalves⁴
Robson Leite Sampaio⁴

¹ Enfermeira. Universidade Regional do Cariri (URCA).

² Enfermeira/o. Docente do curso de graduação em Enfermagem da Universidade Regional do Cariri. Doutoranda em Cuidados Clínicos em Enfermagem e Saúde pela Universidade Estadual do Ceará.

³ Enfermeira. Docente do curso de graduação em Enfermagem da Universidade Regional do Cariri. Doutoranda em Enfermagem e Promoção da Saúde pela Universidade Federal do Ceará (UFC).

⁴ Médico. Médico da Família pelo programa Mais médicos Brasil.

RESUMO

O presente trabalho teve por objetivo conhecer o perfil sociodemográfico e clínico de idosos que residem em Instituições de Longa Permanência brasileiras (ILPI). Trata-se de uma revisão integrativa de literatura científica por meio de busca através do portal de periódicos da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES), nas bases de dados LILACS e sciELO. Utilizou-se a estratégia PICO para o desenvolvimento da questão norteadora e seleção dos Descritores em Ciências da Saúde. Após cruzamento dos descritores selecionados e critérios de inclusão e exclusão dos artigos, constituiu-se uma amostra de 11 referências que foram lidas e analisadas minuciosamente na íntegra. O perfil sociodemográfico de idosos residentes em ILPI brasileiras é muito característico e define o seu perfil socioeconômico. São idosos vindos de situações financeiras precárias, família desestruturada sem condições de assegurar um cuidado contínuo, que apresentam carência de conhecimento dos seus próprios direitos assegurados pelo estado e com baixa qualidade de vida. Ademais, cada idoso na sua singularidade possui uma história de vida que merece ser respeitada, concomitante ao direito de ter uma vida digna na velhice.

Palavras-chave: Saúde do Idoso Institucionalizado. Instituição de Longa Permanência para idosos. Atenção Integral ao Idoso.

ABSTRACT

This study aimed to understand the sociodemographic and clinical profile of elderly people residing in long-term care institutions in Brazil (ILPI). This is an integrative review of scientific literature through a search through the journal portal of the Coordination for the Improvement of Higher Education Personnel (CAPES), in the LILACS and sciELO databases. The PICO strategy was used for the development of the guiding question and selection of Descriptors in Health Sciences. After crossing the selected descriptors and inclusion and exclusion criteria of the articles, a sample of 11 references was constituted, which were read and analyzed in detail in the full. The sociodemographic profile of elderly residents in Brazilian ILPI is very characteristic and defines their socioeconomic profile. They are elderly people coming from precarious financial situations, unstructured families unable to ensure continuous care, who lack knowledge of their own rights guaranteed by the state and with a low quality of life. Furthermore, each elderly person in their uniqueness has a life story that deserves to be respected, together with the right to have a dignified life in old age.

Keywords: Institutionalized Elderly Health. Long-stay Institution for the Elderly. Comprehensive Care for the Elderly.

1. INTRODUÇÃO

O envelhecimento é um processo natural da vida que costuma não trazer problemas nas suas condições normais, entretanto é o principal fator de risco para determinadas doenças e incapacidades, já que nessa fase o organismo perde um significativo poder de defesa contra certas enfermidades (BRASIL, 2006).

Caracterizado como um direito essencial e social, o envelhecer deve ser assegurado pela constituição e pelas políticas públicas de saúde, assim como rege o Estatuto do Idoso em seu artigo 8.º que dispõe sobre a obrigatoriedade do Estado em garantir à pessoa idosa a proteção à vida e à saúde, mediante efetivação de políticas sociais públicas que permitam um envelhecimento saudável e em condições de dignidade (BRASIL, 2003).

Mesmo diante das premissas de direitos, os idosos sofrem constantes dificuldades com o processo de envelhecimento. Em alguns casos, deparam-se com a violência, classificada pela Organização Mundial de Saúde (OMS) em sete tipos: física, psicológica, negligência, autonegligência, abuso financeiro e abuso sexual. Vale destacar que existem situações que aumentam o risco da ocorrência de violência; quanto maior o nível de dependência seja ela física ou mental, mais o idoso se torna vulnerável (BRASIL, 2002).

Concernente a esta conjuntura, tem-se que os idosos são geralmente acometidos em seus processos senis pelas Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT).



Essas comorbidades representam a principal causa de incapacidade e mortalidade no mundo entre os idosos, a citar: doenças cardiovasculares, diabetes mellitus, neoplasias, doenças respiratórias, musculoesqueléticas, demências, cegueira, e distúrbios mentais. Tais acontecimentos podem causar sentimentos negativos ao idoso, como impotência e inutilidade. Logo, essas condições do envelhecimento necessitam de assistência qualificada e tratamentos específicos que devem ser de conhecimento dos profissionais atuantes (BRASIL, 2006).

Com a progressividade do envelhecimento de forma mundial, os problemas de saúde contestam os sistemas de saúde e de previdência social. Um bom envelhecimento está associado a uma boa condição de saúde, bem-estar físico e mental e a longevidade dessa população deve-se, também, ao fato de obterem maior acesso aos serviços de saúde, permitindo uma melhor qualidade de vida (MIRANDA; MENDES; SILVA, 2016).

Diante da perspectiva que a longevidade se mostra cada vez mais presente, as famílias acabam procurando outros meios para garantir os cuidados necessários ao idoso. Dentre estes, tem-se as Instituições de Longa Permanência para idosos (ILPI) que, para a Anvisa, são caracterizadas como ambientes destinados ao domicílio coletivo de pessoas com idade igual ou superior a 60 anos. Devido ao aumento exponencial de idosos na sociedade e a criação de leis que asseguram os direitos dos longevos, esses ambientes vêm passando por importantes transformações na atenção a pessoa idosa (EVANGELISTA et al., 2014).

O último levantamento realizado pelo Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (Ipea), realizado entre 2007 e 2010, mostrou que nesse período o território brasileiro contava com 3.548 ILPI; 65,2% delas filantrópicas e apenas 6,6% públicas ou mistas. Com um total de 83.870 residentes, a população feminina é predominante com 57,3% desse total (RITTO, 2011).

Apesar das políticas voltadas para o cuidado nas ILPI, a institucionalização representa um enorme desafio para o idoso, pois lhe afasta do ambiente familiar e transforma sua rotina, impondo novas regras e o submetendo a conviver com cuidadores e outras pessoas até então desconhecidas. Essa mudança abrupta contribui para sentimentos de insegurança, medo, ansiedade, solidão, dentre outras alterações emocionais. Em contrapartida, a institucionalização também traz benefícios quando muitas vezes se torna a única alternativa para idosos abandonados, que vivenciam o



processo de insuficiência familiar ou que não possuem lar fixo. Assim, esses ambientes passam a ser sua única chance de ter um envelhecimento mais tranquilo e assistido (MARTINS et al., 2017).

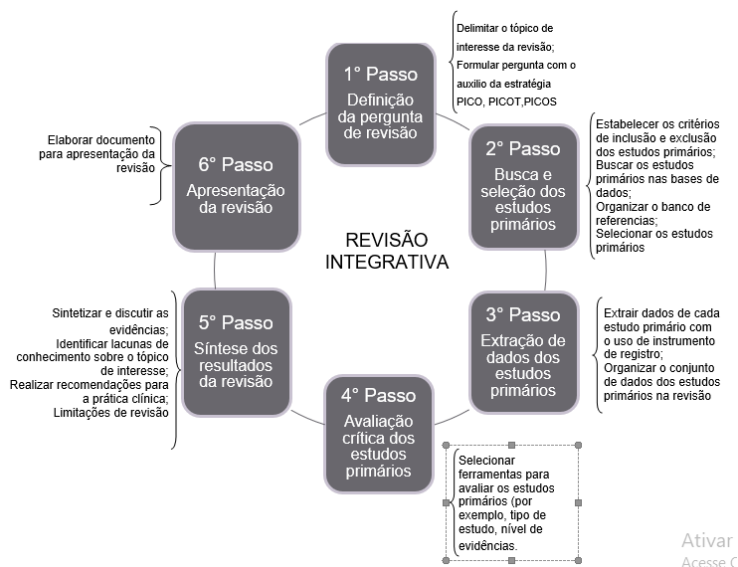
Diante desse contexto, e sabendo do aumento considerável de admissões de longevos nas ILPi, emerge-se a necessidade de se investigar e conhecer o perfil destes idosos que residem nesses locais. Desta forma, a presente pesquisa apresenta relevância por contribuir com o planejamento e implementação de estratégias de cuidado singular a cada idoso, na perspectiva de melhores práticas assistenciais nas ILPi.

2. MÉTODO

Trata-se de uma Revisão Integrativa da Literatura, que conforme Silveira, Mendes e Galvão (2019), é um estudo que permite realizar um resumo de conhecimentos através de um processo ordenado e minucioso. Deve ser conduzida seguindo os mesmos princípios recomendados para o desenvolvimento de pesquisas com as normas metodológicas.

Esse método é dividido em seis etapas preconizadas pelos referidos autores: 1) elaboração da pergunta da revisão; 2) busca e seleção dos estudos primários; 3) extração de dados dos estudos; 4) avaliação crítica dos estudos primários incluídos na revisão; 5) síntese dos resultados da revisão e 6) apresentação do método (Figura 1).

Figura 1 – Etapas da revisão integrativa segundo Mendes, Silveira, Galvão (2019).



Fonte: Adaptado de Mendes, Silveira, Galvão (2019).

Para o desenvolvimento da questão norteadora, utilizou-se a estratégia do mneumônico PICo, em que P define a população estudada (idosos institucionalizados), o acrônimo I, relaciona-se ao interesse do estudo (perfil clínico e sóciodemográfico dos idosos) e, o acrônimo Co se refere ao contexto da pesquisa (Instituição de Longa Permanência para Idosos). A partir disso, chegou-se ao questionamento: Qual o perfil clínico e sociodemográfico de idosos residentes em ILPi com base nas evidências científicas nacionais e internacionais?

No alinhamento da pesquisa foram definidos como critérios de inclusão: artigos disponíveis na íntegra para download e artigos publicados nos idiomas inglês, português e espanhol. Para esta revisão, excluíram-se estudos do tipo teses, dissertações, relatos de experiência e outras revisões, assim como artigos que fugissem ao objetivo da pesquisa, duplicados e/ou repetidos. Com o intuito de maior abrangência de publicações, não foram feitos recortes temporários.

A coleta de dados foi realizada através do portal de periódicos da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES), nas bases de dados Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS) e na biblioteca virtual *Scientific Electronic Library Online* (SciELO), utilizando o método de busca avançada.

Foram empregados três descritores em Ciências da Saúde (DeCS): Saúde do idoso institucionalizado, Instituição de Longa Permanência para Idosos e Atenção integral ao idoso. Como estratégia de busca foi utilizado o cruzamento entre os descritores através do operador booleano “AND”.

Assim, após seleção das bases de dados foi realizado o cruzamento dos descritores onde foram encontrados na busca primária 144 referências, representado posteriormente no quadro 1.

Quadro 1 – Referências encontradas na estratégia de busca (n=144), 2021.

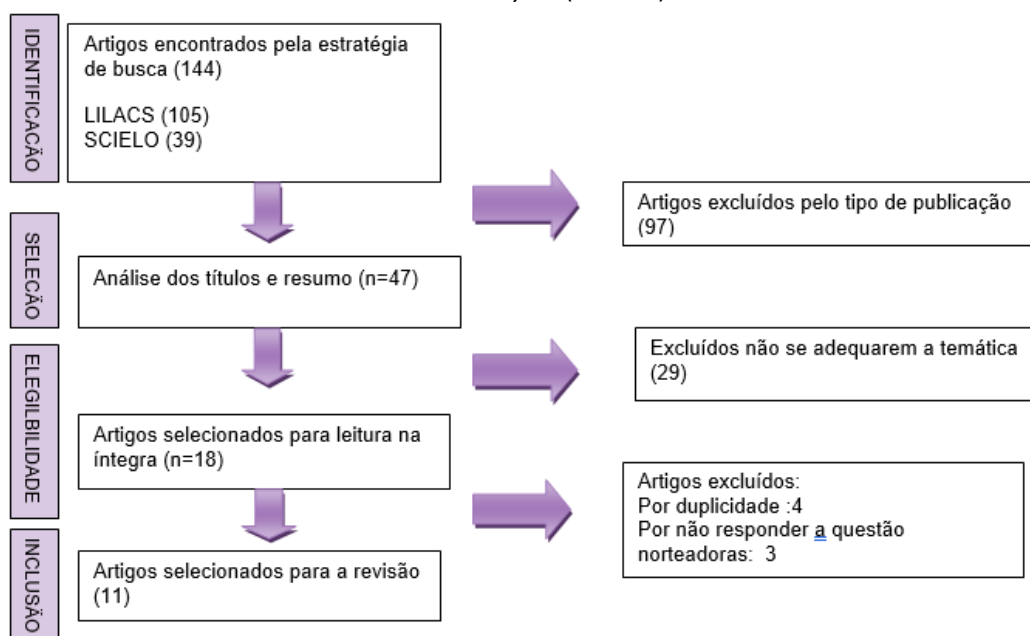
CRUZAMENTO/EQUAÇÃO DE BUSCA	SCIELO	LILACS	TOTAL
Saúde do idoso institucionalizado AND Instituição de longa permanência	35	92	127
Atenção integral ao idoso AND saúde do idoso institucionalizado	1	4	5
Instituição de longa permanência AND atenção integral ao idoso	3	9	12
Total	39	105	144

Fonte: Autoria própria.

Após serem identificados, os artigos foram submetidos a um processo de triagem, nesse processo foram feitas as análises entre título, resumo e aplicação dos critérios de inclusão e exclusão. Para a seleção de leitura das referências foi realizada em definitivo a identificação dos artigos repetidos ou duplicados.

Vislumbrando maior cientificidade da revisão ora elaborada, aplicou-se o instrumento *Preferred Reporting Items for Systematic Review and Meta-Analyses* (PRISMA) para apresentar o processo de identificação, triagem, elegibilidade e inclusão dos estudos, conforme representado na Figura 2.

Figura 2 - Fluxograma da seleção dos estudos adaptado do *Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses* (PRISMA). Brasil 2021



Fonte: Autoria própria.

Obtiveram-se 11 artigos após aplicação dos critérios de inclusão e exclusão baseados nos parâmetros estabelecidos e na questão norteadora.

Posteriormente a amostra final dos artigos, realizou-se o delineamento da qualidade dos artigos, onde foi adotado o instrumento *Critical Appraisal Skills Programme* (CASP) que classifica os estudos em duas categorias: (A) boa qualidade metodológica e viés reduzido (escores entre seis a 10 pontos) e (B) qualidade metodológica satisfatória, porém com risco de viés aumentado (com escore de pontuação abaixo de 6 pontos) e, para extração dos dados elaborou-se um instrumento para o alcance dos objetivos dessa pesquisa, contendo informações referentes a autoria

do trabalho, ano, local de realização da pesquisa, tipo de estudo e variáveis referentes ao perfil sociodemográfico e clínico dos idosos institucionalizados.

Procedendo-se a organização das informações coletadas, foi efetuada a síntese dos resultados da revisão e apresentação dos achados por meio de tabelas e gráficos para melhor explanação para posteriormente realizar a discussão através da literatura nacional e internacional.

3. RESULTADOS

Constatou-se por meio da amostra dos artigos desta revisão que todos foram publicados no Brasil, sendo um (10%) realizado na região Sul, dois (20%) na região Sudeste, cinco (50%) na região Nordeste, um (10%) na região Norte e dois (20%) na região Centro-Oeste. Observou-se também que a maioria dos estudos (80%) foram do tipo descritivo, transversal e com abordagem quantitativa.

O resultado da análise dos estudos selecionados para essa revisão está representado a seguir no quadro 2.

Quadro 2 - Definição dos estudos conforme autoria, ano, local, objetivo, tipo de estudo e CASP. Brasil, 2021

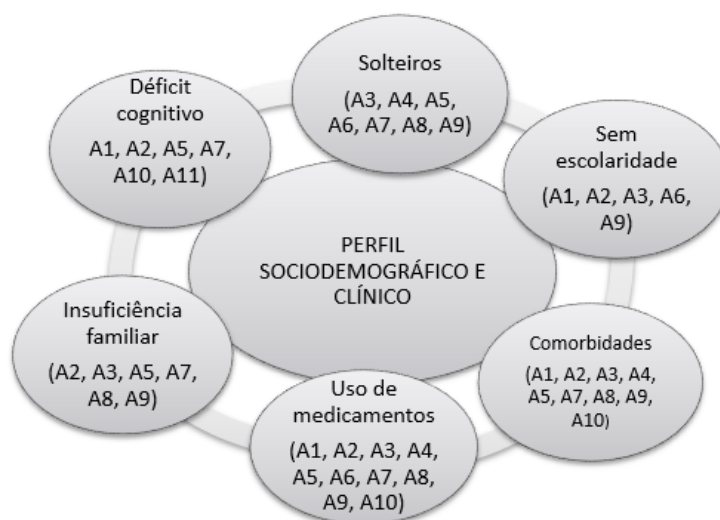
N	AUTORIA/ ANO	LOCAL	OBJETIVO	TIPO DE ESTUDO	CASP
A1	Güths <i>et al</i> ; 2010	Litoral do Rio Grande do Sul	Conhecer o perfil sociodemográfico e aspectos familiares dos idosos institucionalizados	Descritivo qualitativo	A
A2	Silva <i>et al</i> ; 2013	Diamantina (Minas Gerais)	Determinar o perfil epidemiológico, sociodemográfico e clínico de idosos institucionalizados em uma Instituição de Longa Permanência para Idosos	Epidemiológico, observacional, descritivo e transversal	A
A3	Nogueira <i>et al</i> ; 2013	Cuité (Paraíba)	Avaliar comparativamente a qualidade de vida de idosos institucionalizados e não institucionalizados	Observacional de desenho transversal, delimitação quantitativa e natureza comparativa	A

N	AUTORIA/ ANO	LOCAL	OBJETIVO	TIPO DE ESTUDO	CASP
A4	Oliveira e Novaes; 2007	Brasília	Descrever o perfil socioeconômico, epidemiológico e farmacoterapêutico de 154 idosos de cinco Instituições de Longa Permanência	Epidemiológico, transversal, descritivo e Exploratório	A
A5	Silva <i>et al</i> ; 2011	Brasília	Avaliar a prevalência de sintomas de depressão em idosos institucionalizados e fatores associados	Seccional do tipo corte transversal	A
A6	Pinheiro <i>et al</i> ; 2016	Natal (RN)	Verificar as diferenças existentes no perfil dos indivíduos institucionalizados em ILPI's	Transversal	A
A7	Do Vale Silva, Magalhães e Abreu; 2014	Belém (PA)	Traçar o perfil sociodemográfico e de saúde e a capacidade funcional de idosos em situação de acolhimento institucional	Descritivo, transversal e de abordagem quantitativa	A
A8	Carvalho; 2014	Maceió (AL)	Avaliar as condições de funcionamento dessas instituições e qualidade da prestação de serviço aos idosos	Quantitativo do tipo descritivo	A
A9	Dos santos rocha, De Sousa, Rosendo; 2013	Maceió (AL)	Identificar as necessidades humanas básicas e o grau de dependência de cuidados de enfermagem de idosos institucionalizados	Quantitativo descritivo observacional	A
A10	Alcântara <i>et al.</i> , 2019	Recife (PE)	Descrever o perfil sociodemográfico e de saúde de idosos institucionalizados	Quantitativo, descritivo e transversal	A
A11	Simeão <i>et al</i> ; 2018	Bauru (SP)	Comparar a QV de idosos asilados e frequentadores do Centro Dia	Transversal de natureza quantitativa	A

Fonte: Autoria própria.

Os artigos revisados e selecionados tiveram suas variáveis distribuídas em variáveis sociodemográficas e clínicas, entre elas faixa etária, estado civil, escolaridade, núcleo familiar, motivação, uso de medicamentos, comorbidades e cognição de idosos que residem em Instituições de Longa Permanência brasileiras (FIGURA 3).

Figura 3 - Principais componentes do perfil sociodemográfico e clínico de idosos institucionalizados conforme revisão integrativa.



Fonte: Autoria própria.

Concernente às informações sobre o estado civil dos idosos institucionalizados, verificou-se prevalência de longevos solteiros. Nogueira et al. (2013) e Silva, Magalhães, Abreu (2014), mostram em seus estudos realizados em ILPI na região Nordeste e Norte do país, um quantitativo de 50% e 69,9%, respectivamente, de idosos sem companheiro(a). Porém, as pesquisas de Güths et al. (2010) realizado na região Sul evidenciou maioria viúva.

No que tange a variável escolaridade, foi possível constatar que 45,5% das referências demonstraram maioria de idosos sem escolaridade. Em uma pesquisa descritiva, publicada em 2007 (OLIVEIRA; NOVAES, 2007), com 154 idosos institucionalizados trazem que destes, um total 46,67% não possuíam escolaridade. O estudo de Güths et al. (2010) desenvolvido com idosos de uma ILPI da região Sul do país também mostrou que a maioria dos residentes possuíam ensino fundamental incompleto.

Conforme observado no estudo de Pinheiro et al. (2016), realizado com 387 idosos institucionalizados no estado do Rio Grande do Norte, 76,9% deles não possuíam filhos, corroborando com a pesquisa de Alcântara et al. (2019) realizada em Recife, onde foi verificado que apenas 22,8% de 219 idosos possuíam filhos.

Quanto a motivação para os idosos se institucionalizarem e/ou serem admitidos nesses ambientes, os estudos de Güths et al. (2010), Simeão et al. (2018) Rocha, Sousa, Rosendo (2013), evidenciaram o abandono, despreparo familiar e falta de um lar fixo



como as principais causas para a institucionalização. As demais referências explanaram que o principal fator relacionado a institucionalização seria ausência de um cuidador.

Referente ao perfil clínico, encontrou-se que o uso de medicamentos foi percebido em 90,9% das pesquisas com os idosos institucionalizados, prevalecendo o uso de antidepressivos. Todavia, dos estudos da amostra apenas a pesquisa de Simeão et al. (2018), que objetivou comparar a qualidade de vida de idosos asilados e idosos frequentadores do Centro Dia, realizado em Bauru no estado de São Paulo, não foi mencionada quanto ao uso de medicamentos. Silva et al. (2013), demonstraram nos achados do seu estudo realizado com 31 idosos de uma ILPI do interior de Minas Gerais, que a média medicamentosa entre eles foi de 2,87 por cada idoso, ou seja, cada um deles tomava mais de três medicamentos para mais de uma patologia, configurando longevos com multimorbidades.

No que diz respeito a presença de comorbidades, todas as referências indicaram que os idosos residentes nas ILPI possuíam algum problema de saúde; apenas nos estudos de Pinheiro et al. (2016) e Simeão et al. (2018) não foi possível identificar as enfermidades diagnosticadas.

As DCNT mais prevalentes encontradas na literatura analisada foram as doenças cardiovasculares, destacando a hipertensão arterial (HAS), alterações gastrintestinais e endócrinas, predominando o Diabetes Mellitus tipo 2, doenças que comprometem a locomoção e distúrbios psicológicos como depressão, ansiedade e demência.

Silva, Magalhães, Abreu (2014) publicaram um estudo que apontou que 52,1% dos 113 idosos residentes em uma ILPI da região Norte do país, possuíam déficit cognitivo, corroborando com os achados das pesquisas A1, A2, A5, A10 e A11. Esse quantitativo de DCNT se apresenta relativamente maior entre os idosos institucionalizados. Em contrapartida, Oliveira e Novaes (2007) desenvolveram um estudo com 154 indivíduos de cinco instituições do Distrito Federal e constataram que 83,2% não possuíam nenhum déficit de cognição, o que pode ser justificado por importantes diferenças interestaduais.

Ademais, foi possível identificar pela análise minuciosa dos artigos da amostra final os principais elementos que constituem o perfil de idosos residentes em Instituições de Longa Permanência brasileiras.



4. DISCUSSÕES

A população idosa tem aumentado significativamente em virtude da qualidade de vida que melhorou consideravelmente, aumentando assim a expectativa de vida dessa população. No entanto, conseqüentemente devido esse aumento, surgem também os problemas relacionados à saúde e economia, resultando quase sempre na institucionalização. E, apesar desse aumento expressivo da expectativa de vida e diante do avanço da ciência, ainda há uma desarmonia entre viver muito e viver bem.

Perante os achados evidenciados após análise das referências, encontrou-se que a grande maioria dos idosos apresentam baixa escolaridade; considerado um dos fatores determinantes para o surgimento de inúmeros problemas na vida desses indivíduos, visto que quanto maior o nível de instrução melhor a qualidade de vida. Tais fatos podem ser justificado pela realidade socioeconômica do país, onde quem possui um nível de escolaridade maior possui também melhor renda e, conseqüentemente, melhor acesso à saúde e outros serviços (BARRETO; FERMOSELI, 2017).

Os autores enfatizam, ainda, que o fator escolaridade também contribui no sentido de o idoso discernir com mais facilidade sobre seus direitos na sociedade e no lugar onde vive através das políticas públicas voltadas para essa faixa etária. A baixa escolaridade está relacionada à dificuldade do acesso à escola no passado e os obstáculos enfrentados no período da juventude, onde a educação não era prioridade, e a grande maioria se dedicava a outras atividades.

No entanto, vale ressaltar a diferença entre idosos que residem em Instituições com e sem fins lucrativos. Os longevos que possuem baixa escolaridade ou analfabetos possuem maiores chances de serem inseridos em ILPI sem fins lucrativos, oposto aos idosos que possuem ensino superior e um nível de instrução melhor. Estes, moram em ILPI com fins lucrativos, reflexo da desigualdade socioeconômica que separa as classes sociais e culmina diretamente no seu futuro (PINHEIRO et al., 2016).

No que diz respeito ao estado civil foi constatado que a maioria dos idosos são solteiros e não possuem filhos, como mostram os estudos de Nogueira et al. (2013) e Pinheiro et al. (2016). No artigo publicado por Do Vale Silva, Magalhães, Abreu (2014), notou-se que o perfil de solteiros que residem em ILPI se caracterizava de mulheres que viviam sozinhas em decorrência de alguma doença crônica ou simplesmente pelo fato



de ficarem viúvas e viverem em condições econômicas desfavoráveis. Esse achado pactua ao que foi encontrado no estudo de Alcântara et al. (2019), que também apontou prevalência do sexo feminino nas ILPI, associando a posição desfavorecida da mulher com relação ao cônjuge.

Com relação aos arranjos familiares de idosos institucionalizados, o percentual de idosos sem filhos aparece com maior frequência, o que os torna mais vulneráveis e susceptíveis a institucionalização. Entretanto, revela-se que o fato de os idosos possuírem filhos não os livra de serem institucionalizados. A família muitas vezes apresenta dificuldade em cuidar desse idoso e muitas delas não dispõem de tempo e condições, por isso optam em procurar as ILPI. Essa decisão pode impactar na vida e na saúde mental desse indivíduo, que por sua vez pode ocasionar sensação de abandono. Esse desarranjo familiar implica diretamente na decisão da institucionalização (PINHEIRO et al., 2016).

Outro aspecto relevante diz respeito ao comprometimento da capacidade funcional do idoso ao ser afastado do convívio com a família. A institucionalização rompe esse laço familiar causando sintomas depressivos, levando ao uso de psicofármacos; o que pode provocar gradativamente a perda da sua autonomia em realizar atividades de vida diárias (AVD). Por isso, as visitas dos familiares ao idoso institucionalizado tem um papel fundamental para manter o vínculo afetivo, entretanto, com o passar do tempo essas visitas vão cessando gradativamente, deixando o idoso se sentindo esquecido e solitário (PIRES, 2019).

Mediante a vulnerabilidade dos idosos, pode surgir a necessidade da institucionalização. Os fatores mais citados pela família seria a ausência de condições financeiras e psicológicas para prestar o cuidado necessário no domicílio, além do número reduzido de integrantes na família para a assistência diante da fragilidade das comorbidades enfrentadas por eles. Essa falta de suporte familiar surge como uma das principais motivações para a família inserir o idoso em uma ILPI (CREUTZBER et al., 2019).

Todavia, sabe-se que as motivações para a inserção desses indivíduos em ILPI vão ao encontro da violência sofrida por eles no ambiente familiar, seja ela física ou psíquica, contribuindo com a possibilidade de procura por essa alternativa. Destaca-se que os casos de maus-tratos familiar ou institucional podem desenvolver sérias

consequências psicológicas e traumáticas na vida desse idoso. Silva, Dias (2016) explicitam que, frequentemente, nos noticiários, casos de denúncias de maus tratos a idosos institucionalizados são cada vez mais comuns.

Outro fator relevante diante dos achados, refere-se a ausência do companheiro (a), seja por viuvez ou separação e, ao se depararem com a solidão acabam optando por institucionalizar-se. (LINI; PORTELLA; DORING, 2016). Entretanto, esse estudo identificou nas referências analisadas, que a maior motivação para a institucionalização foi, de fato, a ausência de um cuidador. Tal fato pode ser justificado devido as dores crônicas vivenciadas na velhice, que influenciam diretamente na sua qualidade de vida, reduzindo sua independência, e por sua vez, necessitando de alguém e de um lugar que ofereça atenção integral.

Devido à instalação de agravos crônicos, os idosos necessitam de cuidados contínuos a longo prazo e com a presença de várias comorbidades estão mais propensos a polifarmácia. Nesta conjuntura, o uso de medicamentos é trazido como outra condição importante encontrada em idosos residentes nas ILPI. O uso exacerbado de medicamentos de idosos institucionalizados se mostra evidente, e isso acarreta uma série de riscos para a saúde devido ao efeito adverso dessas medicações e as interações medicamentosas (REIS; JESUS, 2019).

A literatura aponta que a classe de medicamentos mais predominante entre idosos institucionalizados são os psicofármacos. As referências encontradas nesse estudo e que citam o uso de algum medicamento, incluem pelo menos um tipo dessa classe. Isso ocorre em virtude de os idosos que vivem em ILPI estarem mais susceptíveis à algum transtorno psiquiátrico relativos à própria institucionalização, que influencia diretamente na saúde mental desses indivíduos. Reis, Jesus (2019) justificam essa grande adesão, pelo fato de que as ILPI são responsáveis pela garantia da administração desses medicamentos tornando, assim, a utilização contínua e ausente de esquecimento.

Conforme discutido na maioria dos estudos, a variável comorbidades está presente na vida e no cotidiano de todos os idosos residentes em ILPI e a maioria delas está relacionada ao sedentarismo. Dessa maneira, idosos institucionalizados vivem mais restritos à algum tipo de atividade física ficando menos ativos e mais propensos a desenvolver algum tipo de enfermidade, em razão disso eles também estão



aconditionados ao consumo excessivo de medicamentos que acaba comprometendo sua capacidade funcional (TEIXEIRA et al., 2017).

As sequelas advindas de doenças crônico-degenerativas são consideradas fator de risco para hospitalização por causar dependência para realizar as AVD, diminuindo a qualidade de vida do idoso e aumentando a chance para a sua institucionalização. A presença de comorbidades é um fator relevante para o comprometimento funcional do idoso, afetando sua qualidade de vida e resultando muitas vezes na incapacidade podendo ocasionar até o óbito naqueles indivíduos que possuem mais de uma doença.

Concernente aos achados referentes às DCNT, em que foi possível verificar prevalência de doenças como: doenças cardiovasculares, destacando a hipertensão arterial, gastrintestinais e endócrinas, constata-se que idosos de ILPI possui maior probabilidade na associação dessas enfermidades e, subsequente a isso, maiores chances de quedas e complicações de agravamento do seu estado (FERREIRA et al., 2016).

A depressão surge como o principal distúrbio psicológico e é considerada um fator que contribui para a diminuição da capacidade funcional dos idosos e aqueles que apresentam sintomas preexistentes de depressão tornam-se mais facilmente dependentes para realização das suas atividades diárias, já que idosos deprimidos não manifestam interesse em realizar suas atividades diárias, tornando-os frágeis e dependentes (AMANCIO; OLIVEIRA; AMANCIO, 2019).

O perfil cognitivo de idosos institucionalizados é basicamente definido por um quadro de demência, e as pesquisas demonstram que a institucionalização predispõe para o agravamento desse declínio cognitivo. O maior percentual de idosos que apresentam essa condição clínica nas ILPI se caracteriza por mulheres. Isso se explica pelo fato de que o maior percentual de idosos institucionalizados é do sexo feminino e o tipo de demência mais comum entre eles é o Alzheimer (SIQUEIRA et al., 2020).

Idosos com declínio cognitivo possuem maiores probabilidades de serem inseridos em Instituições de Longa Permanência em razão do aumento da dependência física e mental e alterações que necessitam de um cuidado mais especializado. Nesse sentido, a ILPI torna-se a melhor opção para o cuidado prolongado ofertando melhor qualidade de vida. Apesar disso, Simões (2018) evidenciam a deficiência na assistência prestada nas instituições no que se refere à atividades que estimulem a cognição do



idoso que ainda não apresenta algum déficit, para prevenir ou retardar algum tipo de demência, assim como ofertar melhor assistência aos que já apresentam alguma baixa de declínio cognitivo.

Com o crescimento acelerado da população idosa, a probabilidade do aumento de idosos com declínio cognitivo e institucionalizados também cresce, e isso se torna um problema socioeconômico e clínico, considerando que não existem políticas públicas mais voltadas para prevenção ou reabilitação da perda cognitiva. Assim, torna-se importante a capacitação de profissionais que atuam nessas instituições no intuito de desenvolver ações que possibilitem esses idosos a ter mais autonomia em suas atividades sempre atentando-se para suas limitações. (ALCÂNTARA et al., 2019).

Delinear o perfil clínico e sociodemográfico de idosos institucionalizados, requer atenção e olhar crítico, visto que cada idoso possui características singulares. Apesar da maioria das pesquisas realizadas com essa população revelarem bastante semelhança nas variáveis traçadas e, embora a literatura descreva esse perfil mostrando as dificuldades e comorbidades enfrentadas por essa população, percebe-se que ainda há muito o que ser feito para melhorar a qualidade de vida desses indivíduos.

Ademais, essa revisão foi elaborada no intuito de conhecer mais sobre o traço de idosos que residem em ILPi para, a partir disso, colaborar na assistência integral dentro de suas particularidade e limitações. Diante desse contexto, nota-se que uma característica marcante desses idosos institucionalizados brasileiros, é a sua fragilidade diante dos acontecimentos e das mudanças da vida que surgem com o passar do tempo e que é indispensável a melhoria dessas instituições para acolher esses longevos de forma mais humanizada.

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Mediante os resultados obtidos nessa revisão, identificou-se através da literatura que os idosos institucionalizados no Brasil possuem quase sempre a mesma característica, seja ela física ou motivacional, embora tenha se percebido uma desigualdade entre o perfil de idosos residentes em Instituições públicas e privadas em relação a realidades socioeconômicas que pode afetar diretamente na qualidade de vida desses residentes.

O perfil sociodemográfico de idosos residentes em ILPI brasileiras é muito característico e define o seu perfil socioeconômico. São idosos vindos de situações financeiras precárias, família desestruturada sem condições de assegurar um cuidado contínuo, que apresentam carência de conhecimento dos seus próprios direitos assegurados pelo estado e com baixa qualidade de vida ofertada pelas políticas públicas e, conseqüentemente, desenvolvem uma série de comorbidades, necessitando de cuidados efetivos e de forma integral, traçando assim o perfil clínico dessa população.

Em suma, as instituições que mais predominam no Brasil são as filantrópicas e que abrigam idosos solteiros, de baixa escolaridade, usuários de polifarmácia, apresentam pelo menos três tipos de comorbidades e quase sempre possuem algum tipo de déficit cognitivo. No entanto, cada idoso na sua singularidade possui uma história de vida que merece ser respeitada, concomitante ao direito de ter uma vida digna na velhice.

REFERÊNCIAS

- ALCÂNTARA, R. K. L. *et al.* Perfil sociodemográfico e de saúde de idosos institucionalizados. **Rev. enferm. UFPE on line**, p. 674-679, 2019.
- AMANCIO, T. G.; OLIVEIRA, Maria L. C.; AMANCIO, VITOR, S.; Fatores que interferem na condição de vulnerabilidade do idoso. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, v. 22, n. 2, 2019.
- BRASIL, Ministério Da Saúde. **Cadernos de Atenção Básica n 19**, Brasília, 2006.
- BRASIL. **Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa**, Portaria nº 2.528 de 19 de Outubro de 2006. Ministério da Saúde, 2006.
- CARVALHO, V. L. Perfil das instituições de longa permanência para idosos situadas em uma capital do Nordeste. **Cadernos Saúde Coletiva**, v. 22, n. 2, p. 184-191, 2014.
- CREUTZBERG, M. *et al.* A comunicação entre a família e a Instituição de Longa Permanência para Idosos. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, v. 10, p. 147-160, 2019.
- Estatuto do Idoso: lei federal nº 10.741, de 01 de outubro de 2003. Brasília, DF: **Secretaria Especial dos Direitos Humanos**, 2004.



FERREIRA, L. M. de B. M. *et al.* Prevalência de quedas e avaliação da mobilidade em idosos institucionalizados. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, v. 19, n. 6, p. 995-1003, 2016.

GÜTHS, J. F. S. *et al.* Perfil sociodemográfico, aspectos familiares, percepção de saúde, capacidade funcional e depressão em idosos institucionalizados no Litoral Norte do Rio Grande do Sul, Brasil. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, v. 20, n. 2, p. 175-185, 2017.

LINI, E, V; PORTELLA, M. R.; DORING, M. Fatores associados à institucionalização de idosos: estudo caso-controle. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, v. 19, n. 6, p. 1004-1014, 2016.

MARTINS, E. F.; GUIMARÃES, F. P. Perfil dos idosos de uma instituição de longa permanência de uma cidade do interior de Minas Gerais. **Rev. Bras. Ciências da Vida** [Internet] Ago 2017.

MENDES K. D. S.; SILVEIRA R. C. C. P.; GALVÃO C.M.; Uso de gerenciador de referências bibliográficas na seleção dos estudos primários em revisão integrativa. **Texto Contexto Enferm.** 2019. (acesso 30 abr 2011) 28:e20170204. Disponível em:< <https://dx.doi.org/10.1590/1980-265X-TCE-2017-0204>>

MIRANDA, G. M. D.; MENDES.; A. C. G.; DA SILVA, A. L. A.; O envelhecimento populacional brasileiro: desafios e consequências sociais atuais e futuras. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, v. 19, n. 3, p. 507-519, 2016.

NOGUEIRA, M. F. *et al.* Comparando a qualidade de vida de idosos institucionalizados e não institucionalizados [*Comparing the quality of life of institutionalized and non-institutionalized older adults*]. **Revista Enfermagem UERJ**, v. 24, n. 5, p. 28185, 2016.

OLIVEIRA, M. P. F.; NOVAES, M. R. C. G. Perfil socioeconômico, epidemiológico e farmacoterapêutico de idosos institucionalizados de Brasília, Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 18, p. 1069-1078, 2013.

Organização Mundial da Saúde, **Missing voices: views of older persons on elder abuse**. Geneva: World Health Organization; 2002.

PINHEIRO, N. C. G. *et al.* Desigualdade no perfil dos idosos institucionalizados na cidade de Natal, Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 21, p. 3399-3405, 2016.

PIRES, Carla Felícia. **Promoção das relações familiares e dos laços afetivos entre doente de Alzheimer institucionalizado e a família**. 2019. (acesso em 25 jun 2021) Disponível em:< <http://hdl.handle.net/10400.26/29898> > Tese (Doutorado). Escola Superior de Educação de Portalegre-Instituto Politécnico de Portalegre. 2020.

- REIS, K. M. C.; JESUS, C. A. C. Relação da polifarmácia e polipatologia com a queda de idosos institucionalizados. **Texto & Contexto-Enfermagem**, v. 26, 2017.
- RITTO, C.; Envelhecimento da população e mudança de comportamento criam aumento da demanda por instituições de interlação de longa permanência. 24 de maio de 2011; **Revista Veja**, Disponível em: <https://veja.abril.com.br/brasil/ipea-traca-perfil-dos-abrigos-de-idosos-no-brasil/>. Acesso em: 10 de jul de 2020.
- ROCHA, L. S.; SOUZA, E. M. S.; ROZENDO, C. A. Necessidades humanas básicas e dependência de cuidados de enfermagem de idosos institucionalizados. **Revista eletrônica de enfermagem**, v. 15, n. 3, p. 720-8, 2013.
- SILVA, C. F. S.; DIAS, C. M. S. B. Violência contra idosos na família: motivações, sentimentos e necessidades do agressor. **Psicologia: Ciência e Profissão**, v. 36, n. 3, p. 637-652, 2016.
- SILVA, E. R. *et al.* Prevalência e fatores associados à depressão entre idosos institucionalizados: subsídio ao cuidado de enfermagem. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 46, n. 6, p. 1387-1393, 2012.
- SILVA, M. E. *et al.* Perfil epidemiológico, sociodemográfico e clínico de idosos institucionalizados. **Revista de Enfermagem do Centro-Oeste Mineiro**, 2013.
- SILVA, T. B. V; MAGALHÃES, C. M. C.; ABREU, D. C. C. Capacidade funcional de idosos acolhidos em instituições de longa permanência da rede pública em uma capital da região Norte. **Estudos Interdisciplinares sobre o Envelhecimento**, v. 20, n. 2, 2015.
- SIMEÃO, S. F. A. P. *et al.* Estudo comparativo da qualidade de vida de idosos asilados e frequentadores do centro dia. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 23, p. 3923-3934, 2018.
- SIMÕES, F. A. F. **Use it or lose it estimulação cognitiva em idosos institucionalizados: a estimulação como meio de prevenção da demência**. 2018. Tese (Doutorado em Serviço Social) Instituto Superior de Serviço Social do Porto, Portugal. 2018.
- SIQUEIRA, Márcia de Oliveira. *et al.* **Prevalência de demência e fatores associados em idosos institucionalizados**. 2020. Dissertação (Mestre em Envelhecimento Humano) – Universidade de Passo Fundo. 2020.
- TEIXEIRA, P. S. *et al.* Obesidade e capacidade funcional podem estar associadas com diversas comorbidades em idosos residentes em instituições de longa permanência. **Revista Brasileira de Pesquisa em Ciências da Saúde**, v. 3, n. 2, p. 01-09, 2017.



O AUTOCUIDADO EM PACIENTES COM ESTOMIA INTESTINAL À LUZ DE DOROTHEA OREM

SELF-CARE IN PATIENTS WITH INTESTINAL STOMACHY IN THE LIGHT OF DOROTHEA OREM

DOI: 10.51859/AMPLA.PPE2159-19

Wanderson Alves Ribeiro ¹

Marilda Andrade ²

Fátima Helena do Espírito Santo ³

Norma Valéria Dantas de Oliveira Souza ⁴

Maria de Nazaré de Souza Ribeiro ⁵

Larissa Christiny Amorim dos Santos ⁶

¹ Enfermeiro. Mestre e Doutorando pelo Programa Acadêmico em Ciências do Cuidado em Saúde pela Escola de Enfermagem Aurora de Afonso Costa da Universidade Federal Fluminense - UFF; Pós-Graduado em Enfermagem em Estomaterapia pela Universidade Estadual do Rio de Janeiro – UERJ; Professor do curso de graduação em Enfermagem da Universidade Iguazu – UNIG.

² Enfermeira. Doutora em Enfermagem; Professora Associada na Escola de Enfermagem Aurora de Afonso Costa da Universidade Federal Fluminense – UFF.

³ Enfermeira. Doutora em Enfermagem; Professora Associada no Departamento enfermagem medico-cirúrgica da Escola de Enfermagem Aurora de Afonso Costa da Universidade Federal Fluminense – UFF.

⁴ Enfermeira. Doutora em Enfermagem; Professora Titular do Departamento de Enfermagem Médico-cirúrgica da Faculdade de Enfermagem da Universidade do Estado do Rio de Janeiro - ENF/UERJ. Coordenadora do curso de Pós-Graduado em Enfermagem em Estomaterapia da Universidade Estadual do Rio de Janeiro – UERJ.

⁵ Enfermeira. Doutora em Ciências. Professora Adjunta da Escola Superior de Ciências da Saúde da Universidade do Estado do Amazonas.

⁶ Acadêmica do Curso de graduação em Enfermagem da Universidade Iguazu – UNIG.

RESUMO

A confecção de uma estomia intestinal resulta em mudanças na rotina da pessoa, que serão evidenciadas em todos os níveis da sua vida, onde pode-se citar as necessidades de realização do autocuidado para manutenção da qualidade de vida e rotina de atividade diárias. Trata-se de um estudo exploratório descritivo, tendo como fonte de informação a pesquisa de campo e abordagem qualitativa em um município da Metropolitana II, do Estado do Rio de Janeiro, com autorização do CEP em 04/09/18 sob o número 2.872.449, com objetivo de discutir o autocuidado realizado pelo paciente estomizado intestinal à luz de Dorothea Orem. A coleta de dados foi realizada através de roteiro de entrevista semiestruturada. As entrevistas foram gravadas, transcritas e posteriormente, realizado análise de conteúdo de Bardin. O Corpus do estudo foi

composto por 32 entrevistas, originando 609 unidades de registro agrupadas em 3 categorias. A mutilação e reconstrução e o sistema totalmente compensatório trouxe reflexões sobre o impacto na qualidade de vida do estomizado intestinal. A condição de estomizado e o sistema parcialmente compensatório evidenciou o isolamento social no decorrer do processo de reabilitação e o sistema de apoio-educação e a adaptação à condição de estomizado abordou a promoção da educação em saúde com os cuidados específicos com o estoma. Conclui-se que o atendimento aos pacientes com estoma exige a análise das suas condições clínicas, valorizando-se os relatos verbais do paciente, geralmente relacionados às mudanças ocorridas no modo de vida, pela não aceitação do estoma e pelo estigma causado por ele.

Palavras-chave: Estomia Cirúrgica; Teoria do Autocuidado; Cuidados de Enfermagem.

ABSTRACT

The making of an intestinal ostomy results in changes in the person's routine, which will be evidenced at all levels of his life, where we can mention the need to carry out self-care to maintain the quality of life and routine of daily activities. This is a descriptive exploratory study, having as a source of information field research and a qualitative approach in a municipality of Metropolitana II, in the State of Rio de Janeiro, with authorization from the CEP on 09/04/18 under the number 2,872. 449, with the aim of discussing the self-care performed by the intestinal ostomy patient in the light of Dorothea Orem. Data collection was carried out through a semi-structured interview script. The interviews were recorded, transcribed and later, Bardin's content analysis was performed. The

study corpus consisted of 32 interviews, originating 609 record units grouped into 3 categories. The mutilation and reconstruction and the fully compensatory system brought reflections on the impact on the quality of life of the intestinal ostomy patient. The ostomy condition and the partially compensatory system evidenced social isolation during the rehabilitation process and the support-education system and the adaptation to the ostomy condition addressed the promotion of health education with specific care with the stoma. It is concluded that the care of patients with stoma requires the analysis of their clinical conditions, valuing the patient's verbal reports, generally related to changes in the way of life, the non-acceptance of the stoma and the stigma caused by it.

Keywords: Surgical Ostomy; Self-Care Theory; Nursing care.

1. INTRODUÇÃO

As palavras ostomia, ostoma, estoma ou estomia são de origem grega e possuem o significado de boca, orifício ou abertura e são aplicadas para designar a exposição de qualquer víscera oca no corpo. Conforme o segmento exteriorizado, as estomias recebem nomes diferenciados: a ileostomia corresponde à abertura oriunda do intestino delgado - porção do íleo; a colostomia corresponde à abertura oriunda do intestino grosso cólon; ambas dão passagem às fezes. O estomizado usa uma bolsa coletora que adere ao abdômen, a fim de proteger a pele e coletar os dejetos intestinais (OLIVEIRA *et al.*, 2022)

Este estudo dará foco apenas as estomias intestinais que, por sua vez, podem ser classificadas como definitivas ou temporárias. Os estomas temporários, quando devidamente tratado o problema que originou à sua confecção, possibilitam a reconstrução do trânsito intestinal. Todavia, os definitivos são os que apresentam o segmento distal do intestino extirpado, impedindo o restabelecimento do trânsito intestinal normal (ALENCAR *et. al.*, 2016).

A cirurgia para realização de estomas tem como finalidade, a alteração do trânsito gastrointestinal ou uretral, visando melhores condições de vida ao paciente após complicações patológicas nesses sistemas. Trata-se de uma abertura criada

artificialmente a partir do trato gastrointestinal ou trato urinário, onde os resíduos do corpo iriam sair, numa superfície do corpo (ARAÚJO, 2014; SENA *et al.*, 2014).

Em virtude do procedimento cirúrgico em si e das patologias graves que demandam a sua realização, várias pesquisas retratam a vivência do paciente estomizado como bastante complexa e difícil, podendo ocorrer o isolamento psicológico e social, interferindo nos relacionamentos com os familiares, amigos, companheiros de trabalho e parceiro sexual, estando presentes, na maioria dos casos, sentimentos negativos, como, como, por exemplo, a ansiedade, o medo e as dúvidas (SALOMÉ; ALMEIDA; SILVEIRA, 2014; MOTA; GOMES; PETUCO, 2016).

Note-se que os estomas além de percebidos como desagradáveis pelo paciente, são responsáveis por diversas complicações pela sua presença, cujas taxas de incidência variam entre 10% a 60% (OLIVEIRA *et al.*, 2013; SALOMÉ; ALMEIDA; SILVEIRA, 2014). Frente a isso ressalta-se que, o procedimento cirúrgico para confecção de uma estomia intestinal altera não apenas a fisiologia gastrointestinal, mas também a autoestima, imagem corporal e as atividades de vida diária e estilo de vida. Essas alterações constituem-se em um desafio para o cuidado pelo enfermeiro e autocuidado do paciente (MARECO; PINA; FARIAS, 2019).

No que concerne ao autocuidado, com base na teoria formulada por Dorothea Orem, corresponde a um dos três construtos que formam o arcabouço da Teoria de Enfermagem do Déficit de Autocuidado, cujo pressuposto é que todos os seres humanos têm potencial para desenvolver suas habilidades intelectuais e práticas, além da motivação essencial para o autocuidado. Em termos conceituais define-se como autocuidado como a prática de atividades que o indivíduo inicia e realiza para benefício próprio, para manter a vida, a saúde e o bem-estar, portanto, vê a pessoa como um todo. Logo, esse modelo propõe que todos os pacientes sejam encorajados a cuidar de si próprios e tenham participação ativa no processo de cuidados (MOTA *et al.*, 2021).

De acordo com as noções fundamentais para assistência de Enfermagem, a Teoria do Déficit do Autocuidado traz como referência a capacidade de todos para cuidar de si mesmo e também de outrem que esteja sobre sua responsabilidade. Contudo, para que haja autocuidado são necessários a todas as pessoas requisitos universais como, por exemplo, a conservação do ar, da água, dos alimentos, eliminações, atividade e descanso, solidão e interação social, prevenção de risco e

promoção à realização das atividades humanas. Tais requisitos são considerados como fundamentais para que existam condições ideais à longevidade e promoção do autocuidado (OREM, 1991).

Neste contexto, o enfermeiro emerge como um grande aliado ao paciente portador de uma doença grave que demanda o uso de estoma, em virtude do processo adaptativo que vivenciará, no qual a atuação desse profissional é ampla e compreende conhecimentos e habilidades para colaborar em seu processo de enfrentamento e adaptação à estomia, na consolidação do autocuidado e na sua reabilitação, atuando desde o período pré-operatório e intensificando a sua atuação no pós-operatório (MARTINS; ALVIM, 2013).

Na consulta, o paciente receberá orientações relacionadas ao autocuidado, tendo em vista que o enfermeiro tem como objetivo identificar os diagnósticos de enfermagem e, por sua vez, prescrever um plano de cuidado, não somente para o manuseio do estoma e coletores, haja vista também contemplar as dimensões psicossociais e espirituais (GALTÉRIO *et. al.*, 2013).

Diante da problemática apresentada pode-se destacar como objeto de estudo o autocuidado do paciente estomizado intestinal à luz de Dorothea Orem.

Para tanto, traçaram-se as seguintes questões norteadoras: Como é realizado o autocuidado pelo paciente estomizado intestinal? Quais são as limitações evidenciadas para realização do autocuidado? Como o enfermeiro pode protagonizar o autocuidado do paciente estomizado intestinal?

Esta pesquisa tem como objetivo: Discutir o autocuidado realizado pelo paciente estomizado intestinal à luz de Dorothea Orem.

2. METODOLOGIA

Trata-se de um estudo exploratório e descritivo, com abordagem qualitativa, que teve como fonte de informação a pesquisa de campo, realizada no Núcleo de Atenção à Saúde da Pessoa Estomizada, localizado no município de Niterói, Estado de Rio de Janeiro.

Esta pesquisa atendeu aos princípios éticos da Resolução do Conselho Nacional de Saúde (CNS) nº.466/12, que assegura os direitos e deveres da comunidade científica

e dos participantes da pesquisa, respeitando-se os princípios de justiça, equidade e segurança. Nesta perspectiva, tal estudo foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) do Hospital Universitário Antônio Pedro da Universidade Federal Fluminense, tendo o parecer com a aprovação do estudo liberado em 04/09/18 sob o número 2.872.449.

Os participantes do estudo foram pessoas com estomias de eliminação, com idade de acima dezoito anos, em acompanhamento ambulatorial e que receberam orientação prévia para o manuseio do estoma intestinal, que aceitaram participar da pesquisa, respondendo ao questionário e assinando o termo de consentimento livre e esclarecido. Foram excluídos do estudo indivíduos que não apresentavam condições mentais preservadas e que não compareceram ao Núcleo no período da coleta de dados.

Realizou-se a abordagem dos participantes da pesquisa no período de agosto a outubro de 2018, e para coleta de dados utilizou-se um roteiro de entrevista semiestruturada, com perguntas fechadas e abertas, realizada de forma individual, em uma sala reservada. Solicitou-se a cada participante que falasse sobre o processo vivenciado com a estomia intestinal, a realização do autocuidado e suas limitações frente a mesma. A entrevista contou com as seguintes questões investigativas: *Como tem sido viver com a estomia intestinal? Como o(a) senhor(a) realiza os cuidados com sua estomia? O (A) senhor(a) encontra alguma dificuldade para realizar o autocuidado?*

As entrevistas foram gravadas e, na medida do possível, transcritas o mais breve pelo pesquisador principal com o objetivo de não eliminar nenhuma informação que resultasse na perda do sentido na fala do participante e apreender a totalidade do conteúdo dos depoimentos.

Após a transcrição na íntegra do conteúdo das entrevistas e a identificação dos participantes com a sigla PE (Paciente Estomizados) associada a uma numeração crescente, iniciou-se o tratamento, utilizando análise de conteúdo temática, que segundo Bardin (2010), possibilita descobrir os núcleos de sentido que compõe a comunicação e cuja frequência pode significar alguma coisa para o objetivo analítico escolhido, o que permitiu a reprodução e validação de inferências sobre os dados, utilizando procedimentos especializados e específicos, com temas codificados e categorizados.



O corpus do estudo foi composto por 32 entrevistas, originando 609 unidades de registro agrupadas em 3 categorias, sendo essas, o resultado final da codificação e categorização do material discursivo analisado. Após a transcrição das entrevistas, identificaram-se as frases relevantes para o alcance dos objetivos utilizando cores; essas frases relevantes e suas respectivas cores foram organizadas da seguinte forma: 1) a alteração corporal frente a estomização e as adaptações (verde); 2) o ser estomizado no cotidiano e vida social (amarelo); 3) as estratégias educativas e o processo de adaptação (azul).

Pode-se então perceber que na Organização Categórica Final, a categoria 1 Mutilação e Reconstrução e o Sistema Totalmente Compensatório teve-se um total de 193 unidades de registro; na categoria 2 A Condição de Estomizado e o Sistema Parcialmente Compensatório teve-se um total de 288 unidades de registro; e na categoria 3 O Sistema de Apoio-Educação e a Adaptação à Condição de Estomizado teve-se um total de 128 unidades de registro; totalizando cerca de 609 unidades de registro.

Vale mencionar que se considerou relevante apresentar uma caracterização do perfil dos participantes, com o fito de enriquecer o estudo e expor dados que conduzissem ao melhor entendimento das questões da espiritualidade e da religiosidade que permeiam a pessoa com estomia. Nesse sentido, descreve-se a seguir informações sobre aspectos socioeconômicos e culturais dos participantes, no que se refere ao gênero; estado civil; faixa etária; raça e religião. Posteriormente, apresenta-se as características clínicas dos participantes, referente às causas da estomia; tipos de estomias intestinais e tempo de estomia intestinal.

3. DISCUSSÃO DE RESULTADOS

3.1. CARACTERIZAÇÃO DAS SOCIOECONÔMICAS E CULTURAIS DOS PARTICIPANTES

A amostra deste estudo foi composta por 32 participantes, sendo sexo masculino 19 pessoas, totalizando 60,8%; do sexo feminino 13 pessoas totalizando 39,2%. Onde os solteiros tiveram uma porcentagem de 32% totalizando 10 pessoas, casados 44,8% totalizando 14 pessoas, Divorciado 15,4% totalizando 05 pessoas, Viúvo 9,6% totalizando 03 pessoas. Cujas idades entre 18 a 30 anos aparecem com 9,6%, entre 31



e 60 anos com 35,2%, entre 61 e 91anos 57,6%. Referente a raça: branco teve-se um número total de 06 pessoas, totalizando 19,2%; pardo teve-se um número total de 20 pessoas, totalizando 61,6%; negro teve-se um número total de 06 pessoas, totalizando 19,2%. Quanto a religião dos entrevistados: Católico teve-se um número total de 06 pessoas, totalizando 19,2%; evangélico teve-se um número total de 10 pessoas, totalizando 61,6%; Espirita teve-se um número total de 02 pessoas, totalizando 6,4%, umbandista teve-se um número total de 02 pessoas, totalizando 6,4%, candomblecista teve-se um número total de 03 pessoas, totalizando 9,6%, testemunha de Jeová teve-se um número total de 01 pessoas, totalizando 3,2%, e quem não pertencia a nenhuma religião teve-se um número total de 08 pessoas, totalizando 25,6%.

Conclui-se predomínio de pacientes estomizados intestinais do sexo masculino (60,8%), casados (44,8%), com idade média de 61 à 91 anos (57,6%), pardo (61,6%) e evangélico (30%).

Cabe mencionar que as mulheres conseguem se adaptar ao processo de reabilitação em curto de espaço tempo, quando comparadas aos pacientes do sexo masculino, mesmo ao apresentarem maior fragilidade emocional no período pré-operatório. Nesse sentido, os homens evidenciam necessidade de tempo maior para se adaptarem às atividades do novo cotidiano, advindo da construção da colostomia e ileostomia. Ressalta-se ainda que, essa dificuldade de aceitação da nova rotina de vida, poderá impactar na aderência ao autocuidado.

Estudos apontam que a faixa etária mais acometida para a realização de procedimentos cirúrgicos que geram estomias intestinais é a de 58 a 78 anos, pois constitui fator de risco para o aparecimento de neoplasias e outras doenças crônicas que resultam em confecção de estomias.

Referente as características clinica dos pacientes estomizados intestinais, o Câncer de Reto teve-se um número total de 17 pessoas, totalizando 54,4%, Câncer de Intestino teve-se um número total de 03 pessoas, totalizando 9,6%, Doença de Cronh teve-se um número total de 02 pessoas, totalizando 6,4%, Diverticulite teve-se um número total de 02 pessoas, totalizando 6,4%, Traumatismo (PAF) teve-se um número total de 01 pessoa, totalizando 3,2%, Traumatismo (Acidente) teve-se um número total de 01 pessoa, totalizando 3,2%, Síndrome de Fournier teve-se um número total de 01 pessoa, totalizando 3,2%, Polipose Adenomatose Familiar) teve-se um número total de

01 pessoa, totalizando 3,2%, e os que não souberam informar teve-se um número total de 04 pessoas, totalizando 12,8%.

Quanto aos tipos de estomia: Colostomia teve-se um número total de 27 pessoas, totalizando 86,4%, e Ileostomia teve-se um número total de 05 pessoas, totalizando 15,6%. Quanto a classificação: definitivas teve-se um número total de 29 pessoas, totalizando 92,8% e temporárias teve-se um número total de 03 pessoas, totalizando 9,6%. Quanto ao tempo de estomizado: Até 01 ano teve-se um número total de 05 pessoas, totalizando 15,6%, de 02 à 05 anos teve-se um número total de 15 pessoas, totalizando 48%, de 05 às 10 anos teve-se um número total de 04 pessoas, totalizando 12,8%, e acima de 10 anos teve-se um número total de 08 pessoas, totalizando 25,6%.

A causa principal da estomia, na maioria dos pacientes, foi o câncer colorretal e a segunda causa em países desenvolvidos. O número predominante de pessoas colostomizadas em relação às ileostomizadas faz com que, ao planejar assistência, algumas considerações sejam observadas: menor número de lesões peri-estomais, possibilidade de se realizar a irrigação, consistência das fezes, maior tempo entre alimentação e evacuação, condição de absorção de alimentos e medicamentos, dentre outros.

Baseado nos dados descritos, nota-se que o tempo de estomização dos participantes variam de 4 meses a 52 anos, sendo que 16% dos participantes possuem tempo inferior à 1 ano de estomia intestinal; 48% dos participantes possuem período com a estomia intestinal entre 2 à 5 anos; 12% dos participantes possuem período entre 5 à 10 anos; e 24% dos participantes possuem mais de 10 anos de vivência com a estomia intestinal.

3.2. MUTILAÇÃO E RECONSTRUÇÃO E O SISTEMA TOTALMENTE COMPENSATÓRIO

A partir da premissa da Teoria de Orem, o sistema de enfermagem planejado pelo enfermeiro baseia-se nas necessidades de autocuidado e nas capacidades do paciente para execução de atividades de autocuidado. Assim, a teorista identificou três sistemas de enfermagem para satisfazer os requisitos de autocuidado do paciente: o sistema totalmente compensatório, o sistema parcialmente compensatório e o sistema de apoio-educação.

Na presente categoria o fato de estar estomizado evidencia nos relatos dos sujeitos da pesquisa o enfrentamento de inúmeras dificuldades, que alteraram significativamente a sua vida, denotando a necessidade de uma assistência de enfermagem fundamentada no sistema totalmente compensatório de Orem, por necessitarem de auxílio para o cuidado com o estoma.

Os depoimentos obtidos na pesquisa revelam que a bolsa coletora acoplada ao corpo pode ser percebida pelo paciente como uma mutilação sofrida, e relacionar-se diretamente com a perda da capacidade produtiva, assim como significar uma denunciadora de sua falta de controle sobre as eliminações fisiológicas, sobre seu corpo. Estar estomizado não se traduz em somente o uso desta bolsa, mas numa nova imagem corporal que precisa ser reconstruída. Este é um processo ao mesmo tempo subjetivo, coletivo/social, e de profundas reflexões sobre a convivência com uma ostomia.

A confecção de um estoma representa uma agressão física e psíquica, repercutindo em alterações da imagem corporal e autoconceito. Sendo assim, há necessidade da reconstrução de sua identidade pessoal e reformulação de sua imagem corporal. Por conta da doença e da intervenção cirúrgica, o paciente estomizado sofre uma interrupção abrupta de seus hábitos relacionados à evacuação. A falta de estímulos e de controle dos esfíncteres é uma situação nova para ser enfrentada e essas alterações fisiológicas foram descritas pelos pacientes como de difícil adaptação, como demonstrado nos relatos a seguir:

“Me atrapalha muito, transtorno pra conseguir um banheiro” (PE 5).

“Só dentro de casa. Por causa do conforto, de ficar deitada ou sentada e ninguém ficar olhando para o volume da bolsa, minha barriga fica alterada” (PE 11).

“A higiene e cuidado são realizados pelos meus filhos, não me sinto seguro para realizar” (PE 27).

A experiência de ter uma ostomia conduz à reflexão sobre as mudanças no hábito de eliminação intestinal, função orgânica imprescindível a todo ser humano, denominada de evacuação. Ela consiste mais de um hábito do que uma atividade consciente, para a qual o indivíduo é treinado desde a infância, em um processo que compreende horário padronizado, local específico (banheiro), sentar-se no vaso,



evacuar, limpar-se com o papel higiênico e lavar as mãos. Todavia, para o estomizado, este hábito é totalmente modificado tendo em vista a incontinência intestinal. Não existe local, nem hora para evacuar. Dessa forma, este sujeito necessita utilizar um dispositivo acoplado ao estoma, a bolsa, para coletar as fezes.

Quanto às alterações psicossociais, as citadas como mais comuns no primeiro ano após a cirurgia são a depressão e a raiva, o que pode favorecer para um padrão de evitação sexual, sendo assim, de extrema relevância a reabilitação sexual, para que este aspecto que irá comprometer a qualidade de vida possa ser restabelecido o mais breve possível (PAULA MATOS, 2015; MOTA *et al.*, 2015).

A visão holística da teoria enfoca a relevância de uma assistência voltada à satisfação das necessidades, contemplando o desenvolvimento pessoal do sujeito, como integrante ativo de seu plano de cuidados. Nessa direção, percebe-se que a aplicabilidade dos pressupostos da teoria de Orem (2001), se adequam com muita precisão, se considerar que essa atenção não se atrelar somente à condição do paciente, mas diante de outros aspectos que se colocam a este sujeito, visto que este sofre inúmeras alterações tanto físicas como psicológicas e que, por extensão, modificam seu modo de vida.

No presente estudo, confirmou-se este fato quando questionados os sujeitos da pesquisa, se enfrentaram alguma mudança no relacionamento familiar e com amigos após se tornarem estomizados, alguns relatos confirmaram comprometimento, sobretudo na sexualidade, como demonstrado abaixo:

“Sim, sim... Não sou mais aquele cara não, depois que costurei o ânus não consigo todo dia não” (PE 2).

“Na época eu tinha uma namorada, que terminou comigo depois da bolsa. Ela dizia que pedia o tesão quando olhava pra minha barriga. Tudo culpa da bolsa!” (PE 3).

Através dos relatos dos sujeitos evidencia-se uma quebra da imagem corporal pela presença do estoma desencadeando a sensação de constrangimento que leva a necessidade de se esconder e de não deixar as pessoas perceberem sua modificação física e fisiológica.

Muitas vezes, por conhecimento prévio deficiente sobre o que é estomia, ou por nunca terem visto uma outra pessoa com estoma antes, os pacientes possuem ideias equivocadas sobre o estoma e os dispositivos coletores. Essa falta de entendimento prévio sobre o que é uma abertura feita cirurgicamente no abdômen, onde se exterioriza parte dos intestinos, através de um orifício e, principalmente, como é a vida dos indivíduos que a possui, pode influenciar diretamente na percepção do indivíduo sobre a presença do estoma em seu corpo, favorecendo o imaginário negativo e frustrações no decorrer do tratamento.

3.3. A CONDIÇÃO DE ESTOMIZADO E O SISTEMA PARCIALMENTE COMPENSATÓRIO

Nesta categoria discutem-se os depoimentos relacionados às dificuldades apontadas pelos entrevistados em relação aos relacionamentos interpessoais após a realização da estomia. Os pressupostos que perpassaram a análise e interpretação dos dados coletados encontram-se relacionados às questões de isolamento, tendo em vista os problemas físicos referentes à mudança na forma de eliminação das fezes, o que implica no uso obrigatório de um dispositivo aderido ao abdome.

Rompe-se, pelos pacientes submetidos a tal procedimento, o seu padrão habitual de eliminação com privacidade, os mesmos enfrentam dificuldades psicológicas e acabam por desenvolver um sentimento de retração em relação a si mesmos. Em âmbito social, os pacientes vivenciam desconforto e se defrontam com a insegurança ao lidar com os equipamentos utilizados, levando ao isolamento do convívio familiar e social, como observado nas falas transcritas:

“[...] tem um bom tempo que não passeio, para sair e passear eu tenho que comer pouco” (PE 9).

“Só vou para a igreja e para casa. Eu me sinto triste, mais nada” (PE 15).

“[...] participo apenas de eventos de família por conta da estomia” (PE 18).

“A ausência de interação no momento se deve ao fato dos constrangimentos causados pela estomia como odor, higienização, ficando limitado aos locais de convívio apenas familiar, onde tais práticas possam ser realizadas tranquilamente” (PE 21).

“Afetou a vida social, com uma diminuição significativa do convívio social [...] Se sente incomodado com o fato de precisar fazer a higiene na bolsa de colostomia periodicamente [...] Prefere ficar em casa. Afetou a vida social, com uma diminuição significativa do convívio social, festas” (PE 22).

“As interações sociais se limitam a eventos de família, festas e reuniões, se for em algum outro ambiente, não participo [...] Houve uma diminuição total da autoestima, por conta da estomia. Antes da estomia era muito frequente reuniões em casa de amigos e passeios, após a estomia, por causa da baixo auto estima, não me sinto bem para estar entre amigos, apesar de todos conhecerem o fato” (PE 24).

Os indivíduos estomizados vivenciam uma fase de isolamento social no decorrer do processo de reabilitação. O direito de ir e vir de certo modo são confrontados por sentimentos de medo e falta de confiança. Os pacientes percebem o estoma e as mudanças da rotina como fatores limitantes do lazer e seu convívio social acaba se limitando à família, levando-o a sentir-se mais seguro em seu domicílio.

Portanto, dentre as repercussões do estoma na vida do paciente a dificuldade no retorno ao trabalho e ao convívio social se destaca, seguida da insegurança e desconforto com os dispositivos, solidão e isolamento social, modificações nos hábitos alimentares e comprometimento da sexualidade.

Construir laços afetivos, de amor e de amizade promove o funcionamento eficaz dos indivíduos sendo necessário, para tanto, o desenvolvimento de capacidades individuais para a interação social. O indivíduo deve proporcionar condições de proximidade com o propósito tanto de dar continuidade ao seu desenvolvimento de autonomia individual quanto para favorecer seu ajustamento nas participações em grupos.

3.4. O SISTEMA DE APOIO-EDUCAÇÃO E A ADAPTAÇÃO À CONDIÇÃO DE ESTOMIZADO

Os pacientes estomizados passam a viver melhor quando compreendem e passam a aceitar o estoma e esse processo pode ser facilitado pelo enfermeiro, por meio da Consulta de Enfermagem, sobretudo quando adota na sua prática assistencial a teoria de autocuidado de Dorothea Orem, a qual preconiza três atividades: contato

inicial com o paciente que demanda o cuidado que se traduz em um sistema que contempla as exigências terapêuticas e os meios de auxílio; continuidade desse contato para o desenvolvimento de ações de enfermagem, sendo inclusos os familiares ou responsáveis pelo cuidado para a atuação nos momentos atuais e futuros; e o estágio de preparação do paciente para conduzir ações de cuidado de maneira independente.

Nessa fase, tanto o paciente quanto os familiares já estão treinados em relação aos cuidados básicos para realização da higiene e troca dos dispositivos intestinais, entre outros cuidados necessários (DALMOLIN *et al.*, 2019)

Deste modo, destaca-se a Sistema de Apoio-Educação como uma estratégia de atendimento aos pacientes estomizados que pode proporcionar uma assistência integral que se traduz em um suporte às suas dúvidas e necessidades de orientação ao autocuidado.

Por conta de tais fatores, na abordagem dos pacientes estomizados, o enfermeiro promove o processo de ensino/aprendizagem sobre os cuidados específicos com o estoma, almejando conquistar o autocuidado e a autonomia; avalia e acompanha possíveis complicações ligadas ao estoma e pele periestoma (POLETO; SILVA, 2013; CASTRO *et al.*, 2014; SALOMÉ *et al.*, 2014; CARVALHO *et al.*, 2015).

“Eu troco no banheiro, na hora do banho, só com álcool a 70% e para limpar uso sabão de coco líquido [...] Nenhuma dificuldade para realizar o autocuidado, se quiser eu dou aula” (PE 4).

“Hoje eu saio, mas não saia não. Tinha vergonha e dor. Hoje estou bem, faço de tudo para não ficar mal [...] Eu mesma troco, tiro a bolsa e coloco outra com um esparadrapo” (PE 10).

“Nenhuma dificuldade na troca da bolsa ou manipulação da estomia, única dificuldade em relação a algumas marcas de bolsa” (PE 16).

“A autoestima já foi mais afetada, e com o passar do tempo foi preciso superar, apesar da dificuldade. Foi preciso buscar condições para o enfrentamento, procuro melhorar a cada dia. “Você não é uma barriga só com uma bolsa, você é você, é completo; é o que eu penso [...] Nenhuma dificuldade, consigo realizar todos os cuidados sozinho e entendo ser importante essa independência proporcionada pelo autocuidado [...] Participar do Núcleo dos Estomizados ajuda na autonomia, enfrentamento, com atuação ativa da enfermagem, orientando aos pacientes.” (PE 17).

“Devido ao tempo que está com a estomia, não apresenta nenhuma dificuldade em realizar o autocuidado [...] Estar no Núcleo de Estomizados significa ter atenção, carinho e cuidado no atendimento de enfermagem. Com orientações sempre claras e que ajudam na autonomia” (PE 18).

Dentre às intervenções contempladas no papel do enfermeiro na abordagem de pacientes com estoma, está a promoção da educação em saúde para os cuidados específicos com o estoma, objetivando o autocuidado e a autonomia se destaca, seguida do oferecimento de um sistema de suporte e apoio para ajustamento psicológico e adaptação a nova condição e orientação e treinamento para o uso de métodos alternativos que possibilitem o manejo adequado dos dispositivos.

4. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Conclui-se que, o trinômio Estomaterapeuta-Família-Estomizado, transforma-se em veracidade, quando tal vertente, de forma dinâmica, realista transparente, direta, sem encobrimentos abstratos de informações, torna-se facilitador e não beligerante, e assim, o sucesso na execução do autocuidado.

O atendimento aos pacientes com estoma exige a análise das suas condições clínicas a partir do exame físico e anamnese detalhada, valorizando-se os relatos verbais do paciente, geralmente relacionados às mudanças ocorridas no modo de vida, pela não aceitação do estoma e pelo estigma causado por ele. Desta maneira, o estabelecimento de uma assistência precoce permite a promoção da reabilitação do paciente e minimiza o seu sofrimento, especialmente ao incentivar o autocuidado, favorecer a aceitação da sua nova imagem corporal e promover a reabilitação impedindo que crenças e tabus se tornem ameaças à sua integridade física, social e psicológica.

Pacientes com estoma necessitam de um alto nível de informação e orientações, principalmente no decorrer das duas primeiras semanas em casa após o procedimento cirúrgico em relação à alimentação e atividades diárias, higiene da pele, estoma e dispositivo coletor, assim como a colocação/ posicionamento, retirada e tempo de esvaziamento deste dispositivo.

Portanto, é por meio do sistema de apoio-educação, que compõe a teoria dos sistemas de enfermagem, que este processo pode tornar-se eficaz. As informações e

capacitações para o autocuidado recebidas pelo enfermeiro devem orientar para o tratamento efetivo, adesão ao uso dos dispositivos, para a importância das consultas, e dos cuidados terapêuticos gerais.

REFERÊNCIAS

- ALENCAR, S. R.; NASCIMENTO, G. P.; ABREU, M. D. S.; CAMARGO, C. L. Teoria do autocuidado na assistência materno-infantil: uma revisão sistemática. **Higienda- revista de ciências da saúde e sociais aplicadas do oeste baiano**, v. 1, n. 01, 2016.
- ARAÚJO, C. A. Implicações da estomia urinária continente na qualidade de vida de pessoas com lesão medular. Faculdade de Enfermagem, Universidade de Brasília, Brasília, 2014.
- CARVALHO, S.O.R.M.; BUDÓ, M.D.L.D.; SILVA, M.M.D.; ALBERTI, G.F.; SIMON, B.S. Com um pouco de cuidado a gente vai em frente vivências de pessoas com estomia. **Texto & Contexto-Enfermagem**, v. 24, p. 279-287, 2015.
- CASTRO, A. B. S.; BENÍCIO, C. D. A. V.; CARVALHO, D. C.; MONTE, N. F.; LUZ, M. H. B. A. Conhecimentos e práticas de pessoas estomizadas: um subsídio para o cuidar em enfermagem. **Rev Estima**, v. 12, n. 4, p. 21-28, 2014.
- COUTO, P. G.; MEDEIROS, S. S. Sentimentos da pessoa submetida a ostomia intestinal. **Rev Clin Hosp Prof Dr Fernando Fonseca**, v. 2, n. 1, p. 23-27, 2013.
- DALMOLIN, A.; GIRARDON, P. N. M. O.; SIMON, B. S.; COPETTI, L. D. C.; MACHADO, L. Família convivendo con una persona con estomía intestinal: un análisis documental. **RUA**, 2019
- MARECO, A. P. M.; PINA, S. M.; FARIAS, F. C. A importância do enfermeiro na assistência de pacientes com estomias intestinais. **Revista Brasileira Interdisciplinar de Saúde**, 2019.
- GAUTÉRIO, D. P.; VIDAL, D. A. S.; BARLEM, J. G. T.; SANTOS, S. S. C. Ações educativas do enfermeiro para a pessoa idosa: estratégia saúde da família. **Revista Enfermagem UERJ**, v. 21, n. 6, p. 824-828, 2013.
- MARTINS, P. A. D. F.; ALVIM, N. A. T. Perspectiva educativa do cuidado de enfermagem sobre a manutenção da estomia de eliminação. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 64, n. 2, p. 322-327, 2011.
- MOTA, M. S.; GOMES, G.C.; PETUCO, V.M. Repercussões no processo de viver da pessoa com estoma. **Texto & Contexto-Enfermagem**, v. 25, 2016.
- MOTA, M. S.; CUNHA, P. T.; GOMES, G. C.; SILVA, C. D.; CASTANHEIRA, J. S.; SOUZA, D. R. B.; BARROS, E. J. L. As vivências de pessoas submetidas à reversão de estomia

intestinal: subsídios à enfermagem. **Revista Eletrônica Acervo Saúde**, v. 13, n. 5, p. e6811-e6811, 2021.

OLIVEIRA, M. P.; OLIVEIRA, J. C.; ARAÚJO, S. A. Fatores sociodemográficos: a interferência nos pacientes no período pós confecção de ostomias intestinais. **Research, Society and Development**, v. 11, n. 1, p. e43711125227-e43711125227, 2022.

OREM, D. E. **Nursing: concepts of practice**. 6 ed. Sant Louis: Mosby, 1991.

PAULA, P. R.; MATOS, D. Complicações precoces e tardias nas estomias intestinais e pele periestomia. **Assistência em estomaterapia: cuidando de pessoas com estomias**. São Paulo: Atheneu, p. 311-9, 2015.

POLLETO, D.; SILVA, D.M.G.V.D. Viva o estoma intestinal: a construção da autonomia para o cuidado. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 21, p. 531-538, 2013.

RIBEIRO, W. A.; ANDRADE, M. Perspectiva do paciente estomizado intestinal frente a implementação do autocuidado. **Revista Pró-UniverSUS**, v. 11, n. 1, p. 6-13, 2020.

SALOMÉ, G.M.; ALMEIDA, S. A.; SILVEIRA, M.M. Qualidade de vida e autoestima em pacientes com estoma intestinal. **Revista de Coloproctologia (Rio de Janeiro)**, v. 34, p. 231-239, 2014.

SENA, J. F.; COSTA, J. W. S.; MEDEIROS, L. P.; QUEIROZ, C. G.; LIBERATO, S. M. D.; COSTA, I. K. F. Perfil dos urostomizados cadastrados em uma associação de ostomizados. **Cogitare Enfermagem**, v. 19, n. 4, p. 726-733, 2014.

O MANEJO DA DOR NO PACIENTE PORTADOR DE ÚLCERA VASCULOGÊNICA

PAIN MANAGEMENT IN PATIENTS WITH VASCULOGENIC ULCER

DOI: 10.51859/AMPLLA.PPE2159-20

Andreia Almeida de Lima ¹

Josiane de Lima Cabral ²

Ariane da Silva Pires ³

Julia Leyse Abrahão da Silva ⁴

Carlos Eduardo Peres Sampaio ⁵

¹ Enfermeira. Pós-graduada em Enfermagem Clínica pela Universidade do Estado do Rio de Janeiro – UERJ. Rio de Janeiro. Brasil.

² Enfermeira. Pós-graduada em Enfermagem Clínica pela Universidade do Estado do Rio de Janeiro – UERJ. Rio de Janeiro. Brasil.

³ Enfermeira. Doutora em Enfermagem (PPGenf/UERJ). Professora Adjunta do Departamento de Enfermagem Médico-Cirúrgica da Faculdade de Enfermagem da Universidade do Estado do Rio de Janeiro (ENF/UERJ). Rio de Janeiro. Brasil.

⁴ Graduanda em Enfermagem. Acadêmica da Faculdade de Enfermagem da Universidade do Estado do Rio de Janeiro (ENF/UERJ). Rio de Janeiro. Brasil.

⁵ Enfermeiro. Professor Associado do Departamento de Enfermagem Médico-Cirúrgico (DEMC) da Faculdade de Enfermagem da Universidade do Estado do Rio de Janeiro (ENF/UERJ). Rio de Janeiro. Brasil.

RESUMO

O objeto dessa pesquisa é o manejo da dor no paciente portador de úlcera vasculogênica, cujos objetivos foram: captar através da literatura científica as principais estratégias utilizadas pelo enfermeiro no manejo da dor de pacientes com úlceras vasculogênicas, identificar a produção científica (nacional e internacional) acerca do papel do enfermeiro no manejo da dor no paciente portador de úlcera vasculogênica, caracterizar as abordagens teórico-metodológicas da produção científica selecionada; e discutir as contribuições da produção científica captada para a qualidade do cuidado de enfermagem. A metodologia utilizada para este estudo consiste em uma revisão integrativa de literatura, com método descritivo e abordagem qualitativa. Como resultados das buscas, obtiveram-se 150 publicações. Prosseguindo na busca, acrescentaram-se os seguintes critérios de inclusão: produções científicas nos idiomas português e inglês dentro do recorte temporal de seis anos (2012-2017). Admitiu-se ainda como critério de inclusão apenas os textos completos e que se encontravam disponíveis gratuitamente. Os artigos do presente estudo apontaram como soluções para o manejo da dor em pacientes com úlceras vasculogênicas: avaliação da clínica do paciente antes de aplicar o curativo tópico, compressas de água morna ou fria, massagem e escala numérica da dor enquanto ferramenta aplicada ao cuidado.

Palavras-chave: Dor. Cuidados de enfermagem. Úlceras de perna.

ABSTRACT

The objective of this research is the management of pain in patients with vasculogenic ulcer, which aims to: capture the scientific literature as the main strategies used by nurses in the management of pain with vasculogenic, identify a scientific production (national and international) on the role of nurse in the management of patients with vasculogenic ulcer, with the theoretical-methodological characteristics of the selected scientific production; The study as skupes of scientific capture for the quality of care of Nursing. The methodology edited for this article consists of an integrative, descriptive and qualitative literature review. If from the searches, 150 publications were obtained. Continuing with the search, it was inserted in the following inclusion criteria: scientific productions in the languages and english within the six year timeframe (2012-2017). It was accepted as a warning statement and the full texts were freely available. The data from the present study indicated as solutions for pain management in children with vasculogens: pain assessment before topical dressing, warm or cold water compressions, massage and numerical pain scale as a technique applied to care.

Keywords: Pain. Nursing care. Leg ulcers.

1. INTRODUÇÃO

O tema do presente estudo trata da visão clínica do enfermeiro no controle da dor e apresenta como objeto de pesquisa o manejo da dor no paciente portador de úlcera vasculogênica. Este objeto emergiu a partir da aproximação dos cuidados assistenciais prestados ao longo da graduação e trajetória profissional a pacientes portadores de úlceras vasculogênicas de longa data e com dor crônica.

Saliente-se que essa motivação também foi reforçada a partir dos conhecimentos adquiridos no curso de Pós-Graduação Lato Sensu em Enfermagem Clínica da Universidade do Estado do Rio de Janeiro, quando se abordou o manejo da dor e a complexidade do cuidado voltado à pessoa com lesões de pele.

Devido à importância e especificidade da temática em questão, torna-se relevante uma breve contextualização acerca do objeto de estudo. Assim sendo, a dor é definida pela experiência sensorial e emocional incômoda, vinculada ao agravo presente ou prévio. A dor pode ser caracterizada em aguda ou crônica. A dor crônica é caracterizada pela presença de doenças crônicas, sendo considerada uma dor contínua ou recorrente de duração de três meses. A dor aguda apresenta início imediato ou lento, de diversas intensidades, podendo terminar antecipadamente ou de maneira previsível, com duração de menos de seis meses¹.

No que diz respeito às úlceras de perna, encontram-se as úlceras vasculogênicas (de origem venosa, arterial ou mista) são as mais prevalentes, caracterizando-se por um processo crônico, doloroso, recorrente, com impacto negativo na qualidade de vida, na mobilidade, no estado emocional e na capacidade funcional das pessoas acometidas.

À Úlcera Venosa (UV), é uma lesão na pele que atinge o terço inferior das pernas, representando cerca de 70% a 90% dos casos de úlceras nos membros inferiores. Essa lesão está relacionada à insuficiência venosa crônica, sendo essa o principal fator de risco para as úlceras nas pernas. Já as úlceras arteriais podem ser denominadas isquêmicas e são ocasionadas pela obstrução das artérias, o que resulta em morte celular e, conseqüentemente, lesões². Ademais as úlceras de origem mistas, combinam os dois casos, ou seja, acometimento venoso e arterial concomitantemente.

Em relação a ocorrência de dor nos pacientes com úlceras de perna cita-se um estudo³ que discorre que a dor pode apresentar intensidade variável, porém, muitas

peças relatam dores muito fortes (escores 7 ou 8 em escala visual analógica de 10 cm), nos membros inferiores dos pacientes portadores de úlcera de perna³.

Nesse aspecto, considerando a relevância de uma assistência adequada a este tipo de paciente, há a necessidade do cuidado de enfermagem, que se destaca por prestar atendimento centralizado na avaliação extensiva dos indivíduos com úlceras vasculogênicas. É de suma importância a avaliação das lesões, realização de curativos e encaminhamentos sempre que necessário, além do trabalho multiprofissional, e da Educação em Saúde para uma progressão favorável da cicatrização e prevenção do surgimento de lesões e recidivas⁴.

Dessa forma, o enfermeiro, em suas atribuições, depara-se com dificuldades cada vez mais frequentes e complexas, como o resultado do aumento da esperança, média de vida, bem como a prevalência de patologias crônicas, como é o caso das úlceras vasculogênicas⁵.

Embora a temática em tela seja amplamente explorada na literatura científica, esse estudo se justifica pela necessidade de explorar algumas lacunas ainda não investigadas. Propõe-se, portanto, explorar a importância do papel do enfermeiro o manejo da dor no paciente portador de úlcera vasculogênica.

As úlceras crônicas dos membros inferiores ou úlceras de perna são vistas como um problema de saúde pública, principalmente em idosos, atingindo uma taxa maior que 4% em indivíduos maiores de 65 anos⁶.

Este tema é importante para a área de saúde pois visa o aprimoramento do conhecimento sobre a fisiologia e manejo das úlceras vasculogênicas, bem como, o papel do Enfermeiro no controle da dor e qualidade da assistência em saúde prestada a população acometida.

Essa pesquisa também remete como contribuição para a categoria de Enfermagem, a reflexão de uma melhor abordagem do enfermeiro em relação ao tratamento dos pacientes que apresentam dores no momento e realização dos curativos de lesões crônicas, como é o caso das úlceras vasculogênicas, e salientar que esses indivíduos necessitam de um cuidado holístico, singular e humanizado de acordo com a subjetividade do sujeito cuidado.

No âmbito do ensino, pesquisa e assistência de enfermagem, este estudo irá contribuir apresentando os fatores de identificação precoce da dor em pacientes que



apresentam úlcera venosa e arterial apresentados na literatura científica. Logo, este estudo também auxiliará no aprimoramento do cuidado de enfermagem prestado a esse paciente, melhorando assim a qualidade da assistência.

A partir da contextualização inicial acerca do objeto de estudo delimitou-se como pergunta norteadora da pesquisa: O que há de publicado na literatura científica acerca do papel do enfermeiro no manejo da dor de pacientes com úlceras vasculogênicas?

Com vistas a responder à pergunta norteadora, traçaram-se os seguintes objetivos:

Objetivo geral: captar através da literatura científica as principais estratégias utilizadas pelo enfermeiro no manejo da dor de pacientes com úlceras vasculogênicas.

Objetivos específicos:

- I) Identificar a produção científica (nacional e internacional) acerca do papel do enfermeiro no manejo da dor no paciente portador de úlcera vasculogênica;
- II) Caracterizar as abordagens teórico-metodológicas da produção científica selecionada; e
- III) Discutir as contribuições da produção científica captada para a qualidade do cuidado de enfermagem.

2. METODOLOGIA

A metodologia utilizada para este estudo consiste em uma revisão integrativa de literatura, com método descritivo e abordagem qualitativa.

Segundo autores, a revisão integrativa de literatura:

É a mais ampla abordagem metodológica referente às revisões, permitindo a inclusão de estudos experimentais e não-experimentais para uma compreensão completa do fenômeno analisado. Combina também dados da literatura teórica e empírica, além de incorporar um vasto leque de propósitos: definição de conceitos, revisão de teorias e evidências, e análise de problemas metodológicos de um tópico particular. A ampla amostra, em conjunto com a multiplicidade de propostas, deve gerar um panorama consistente e compreensível de conceitos complexos, teorias ou problemas de saúde relevantes para a enfermagem (SOUZA, SILVA, CARVALHO; 2010 p.2).

Os passos para a revisão integrativa serão feitos por meio das 6 etapas⁸

1. Primeira etapa: identificação do tema e seleção da hipótese ou questão de pesquisa;
2. Segunda etapa: estabelecimento de critérios para inclusão e exclusão de estudos;
3. Terceira etapa: definição das informações a serem extraídas dos estudos selecionados;
4. Quarta etapa: avaliação dos estudos incluídos na revisão integrativa
5. Quinta etapa: interpretação dos resultados;
6. Sexta etapa: apresentação da conclusão dos resultados obtidos.

“O objeto de estudo abordado de forma descritiva permite buscar a resolução de problemas melhorando as práticas por meio da observação, análise e descrições objetivas”⁹ e descrevem o método qualitativo como:

Preocupa-se nas ciências sociais, com um nível de realidade que não pode ser quantificado, ou seja, ele trabalha com o universo de significados, motivações, aspirações, crenças, valores e atitudes, o que corresponde a um espaço mais profundo das relações, dos processos e dos fenômenos que não podem ser reduzidos à operacionalização de variáveis (MARCONI, LAKATOS; 2009)

Para responder à questão norteadora, a pesquisa ocorreu nas bases de dados Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS) Sistema Online de Busca e Análise de Literatura Médica (MEDLINE) e Base de Dados de Enfermagem (BDENF), nos meses de janeiro e fevereiro de 2019, com os seguintes descritores: “dor”, “úlceras de perna”, “cuidados de enfermagem”.

Como resultados das buscas, obtiveram-se 150 publicações. Prosseguindo na busca, acrescentaram-se os seguintes critérios de inclusão: produções científicas nos idiomas português e inglês dentro do recorte temporal de seis anos (2012; 2013; 2014; 2015; 2016 e 2017). Admitiu-se ainda como critério de inclusão apenas os textos completos e que se encontravam disponíveis gratuitamente. Após este refinamento, foram encontradas 100 obras. Para os critérios de exclusão, utilizou-se a rejeição de teses e de dissertações, e a incompatibilidade dos manuscritos com o objeto de estudo. A partir da leitura dos títulos da produção captada e de seus resumos, selecionaram-se 50 publicações. Ao proceder à leitura completa destes artigos identificou-se a incompatibilidade de 20 manuscritos, por não terem relação com objeto deste estudo.



Dos 30 manuscritos restantes, 14 foram excluídos por estarem duplicados nas bases de dados, totalizando 16 publicações científicas.

Ao final do refinamento apenas 16 publicações (0 em espanhol, 3 em inglês e 13 em português) permaneceram para a composição do Corpus de Análise e coleta dos dados. Para tanto, foi elaborado um instrumento próprio, o qual se caracterizou por um questionário contendo as seguintes informações: título dos artigos; autores; ano da publicação; periódico e tipo de estudo (metodologia aplicada).

A partir do questionário, as informações foram condensadas em um quadro, permitindo, assim, a leitura e a identificação de dados relevantes obtidos a partir da literatura analisada, e, o estabelecimento da relação entre essas informações e o objeto de estudo. Após o mapeamento das obras, aplicou-se a análise temática de conteúdo em todo corpus da produção científica selecionada.

Com base nesta análise, emergiu uma categoria empírica, a qual foi construída a partir da junção dos temas que tiveram maior incidência na literatura analisada e, intitulada como: Estratégias utilizadas pelo enfermeiro no manejo da dor de pacientes com úlceras vasculogênicas.

3. RESULTADOS E DISCUSSÃO

Tabela 1 – Distribuição dos estudos, segundo o título, autores, ano de publicação, periódicos, objetivos e metodologia das pesquisas. Rio de Janeiro, 2019.

Título	Autores (Ano de publicação)	Periódico	Objetivos/Tipo de estudo
Padrão de dor em pacientes com úlceras de perna	SILVEIRA, I.A./ 2017	Rev enferm UFPE on line	Avaliar o padrão da dor de pacientes com úlceras de perna/ estudo exploratório, descritivo, transversal, de abordagem quantitativa
Dor em úlcera crônica: perfil sociodemográfico, clínico e terapêutico de pacientes do município de Cuité – PB	Brito et al., 2017	Academus Revista Científica da Saúde	Traçar o perfil sociodemográfico, clínico e terapêutico de pacientes com feridas crônicas que apresentam dor, verificando o nível de intensidade da dor de acordo com as Escalas Numéricas da Dor, preconizadas pela Organização Mundial de Saúde; observando os fatores atenuantes e agravantes da dor; investigando as medidas farmacológicas e não

Título	Autores (Ano de publicação)	Periódico	Objetivos/Tipo de estudo
			farmacológicas para o alívio da dor e as repercussões na vida do paciente depois do aparecimento da dor. Exploratório/ quantitativo
O enfermeiro no manejo clínico de pacientes com úlceras venosas: uma revisão integrativa de literatura	SOUSA, H.F et al/2015	Revista Humano Ser - UNIFACEX	Compreender a importância do enfermeiro no manejo clínico da úlcera venosa/ Revisão integrativa.
Estratégias pessoais de alívio da dor utilizadas por pacientes com úlcera venosa	SILVA, D.C/ 2015	Rev Dor	identificar as estratégias pessoais de alívio da dor utilizadas por pacientes com úlcera venosa/ Qualitativa.
Protocolo de assistência a pessoas com úlceras venosas: estudo metodológico	Costa et al/2014	OBJN	Averiguar a validade de conteúdo do protocolo para assistir pessoas com úlcera venosa na atenção primária. Estudo metodológico com abordagem quantitativa.
A pessoa com úlcera de perna, intervenção estruturada dos cuidados de enfermagem: revisão sistemática da literatura	FONSECA, C et al/2012	Rev Esc Enferm USP	Identificar as intervenções de enfermagem à pessoa com úlcera de perna de origem venosa, arterial ou mista/Revisão Sistemática da Literatura.
Avaliação da dor durante a troca de curativos de úlcera de perna	OLIVEIRA, P.F.T/2012	Texto Contexto Enferm	Avaliar a dor em úlceras de perna, durante a troca de curativo e identificar os procedimentos mais dolorosos na opinião de usuários do SUS/ Transversal.
Manejo clínico de úlceras venosas na atenção primária à saúde*	Silva et al., 2012	Act Paul de Enferm	Discutir o manejo clínico de úlceras venosas realizado na atenção primária à saúde, com base na visão dos usuários que convivem com esta afecção. Método: exploratório/ descritivo
Úlceras venosas: caracterização clínica e tratamento em usuários atendidos em rede ambulatorial	Sant'Ana SMSC/2012	Rev bras enferm [Internet].	analisar as características das úlceras venosas e o tratamento recebido pela população atendida em salas de curativos de unidades da rede ambulatorial da atenção básica em saúde, com vistas a oferecer subsídios para a elaboração de políticas

Título	Autores (Ano de publicação)	Periódico	Objetivos/Tipo de estudo
			públicas direcionadas e mais assertivas a esta clientela, além de indicar aspectos que podem contribuir para reflexões acerca do processo de atendimento à essa população e áreas que necessitam de pesquisas futuras/ descritivo, transversal, com abordagem quantitativa
Avaliação das limitações de úlcera venosa em membros inferiores.	Lopes CR, Figueiredo M, Ávila AM, Soares LMBM, Dionisio VC/2013	J vasc bras [Internet].	Avaliar as limitações osteomusculares e as alterações na qualidade de vida em portadores de úlcera venosa em membros inferiores/ clínico-prospectivo, caso-controle
Sistema especialista para apoiar a decisão na terapia tópica de úlceras venosas	Selmmmer, et al/2013	Rev. Gaúcha Enferm.	apresentar um sistema especialista para apoiar o processo de decisão dos enfermeiros na terapia tópica das úlceras venosas/ pesquisa de desenvolvimento
Uso da ferramenta <i>Pressure Ulcer Scale for Healing</i> para avaliar a cicatrização de úlcera crônica de perna	Santo et al 2013	Rev. Bras. Cir. Plást.	descrever a evolução da cicatrização de úlcera crônica de perna, utilizando o instrumento <i>Pressure Ulcer Scale for Healing (PUSH)</i> . Estudo clínico, descritivo, analítico.
Cuidados com úlceras venosas: realidade do Brasil e Portugal	Silva, DS, Hahn, GV/2012	Rev Enferm UFSM	descrever os recursos utilizados pelos enfermeiros de saúde pública no cuidado de úlceras venosas em duas realidades socioeconômicas distintas/ exploratório descritivo com abordagem qualitativa
Avaliação clínica das úlceras de perna em idosos	Benevides, JP et al/2012	Revista Rene	Realizar avaliação clínica de úlceras de perna em idosos atendidos em um ambulatório especializado/ pesquisa exploratória descritiva e transversal
Influência da assistência e características clínica na qualidade de vida de portadores de úlcera venosa	DIAS, T.Y.A.F. et al/2013	Acta Paul Enferm	Verificar a influência da assistência e das características clínicas na qualidade de vida de pacientes com úlcera venosa/ Estudo transversal

Título	Autores (Ano de publicação)	Periódico	Objetivos/Tipo de estudo
Úlceras venosas: caracterização clínica e tratamento em usuários atendidos em rede ambulatorial	Santana, et al/2012	Revista Brasileira de enfermagem	Analisar as características das úlceras venosas e o tratamento recebido pela população atendida em salas de curativos de unidades da rede ambulatorial da atenção básica em saúde, com vistas a oferecer subsídios para a elaboração de políticas públicas direcionadas e mais assertivas a esta clientela, além de indicar aspectos que podem contribuir para reflexões acerca do processo de atendimento à essa população e áreas que necessitam de pesquisas futuras. Descritivo, transversal e quantitativo

Fonte: Autoria própria.

De acordo com as informações contidas no Quadro 1, verifica-se que os artigos foram publicados no período de 2012 a 2017, sendo o maior quantitativo de produção situadas no ano de 2012 e 2013. As publicações estavam expressas nos idiomas inglês, espanhol e português, em cujas revistas científicas eram originárias de instituições situadas em Rio de Janeiro- RJ(Brasil), São Paulo –SP (Brasil), Paraíba –PB (Brasil), Brasília – DF (Brasil), e Estados Unidos da América (EUA).

Em relação aos autores, observa-se a prevalência de enfermeiros. No que se refere à abordagem metodológica, predominam as pesquisas estudo exploratório, descritivo, transversal, de abordagem quantitativa, revisão sistemática, revisão integrativa, metodológico, clínico, prospectivo, caso-controle e qualitativo.

No que concerne às temáticas abordadas destacam-se principalmente: I) O uso de ferramentas para avaliação da dor 4; II) ações de enfermagem aplicadas para o controle da dor 6; III) Tratamentos não farmacológicos para o controle da dor7; e IV) Tecnologias e terapias empregadas no manejo da dor⁸.

3.1. CATEGORIA I: O USO DE FERRAMENTAS PARA AVALIAÇÃO DA DOR

A dor é um sintoma relatado por quase todas as pessoas portadoras de úlceras vasculogênicas. Ao ser avaliada em idosos, a dor pode ser um sinal muito importante

para distinguir úlceras arteriais e venosas já que é um sintoma que deve sempre ser avaliado e registrado por enfermeiros durante a avaliação de úlceras de perna.¹⁰

Nesse aspecto, a dor deve ser avaliada por meio do histórico completo do paciente, demográficos e fatores de risco no doenças cardiovasculares, índice de massa corporal, mobilidade, diabetes, e história de ferimentos nas pernas ou trombose venosa profunda¹⁰.

Outros estudos corroboram com outros autores supracitados quando se fala em avaliação da dor¹¹. Nesse contexto, o registro da avaliação e evolução é uma ferramenta simples, porém, eficaz, pois facilita a compreensão das características da ferida, bem como dos fatores que podem retardar esse processo¹¹.

Observa-se que a escala numérica da Dor apesar de ser um instrumento de fácil manejo por parte dos enfermeiros na avaliação da dor é uma ferramenta unidimensional, no qual outros elementos não são levados em consideração, como os aspectos sensoriais, afetivos e avaliativos¹².

Outros autores citam¹³ que a dor pode ser avaliada por meio de vários elementos. No que diz respeito a intensidade, pode ser classificada em leve, moderada e intensa. A escala numérica é uma ferramenta que se atribui valores de zero a 10. Zero significa 'nenhuma dor' e 10, 'dor intensa'.

3.2. CATEGORIA II: AÇÕES DE ENFERMAGEM APLICADAS PARA O CONTROLE DA DOR

Estudo aponta¹⁴ há diversos tratamentos tópicos disponibilizados para o manejo da dor pelo enfermeiro, como por exemplo: hidrogel, colagenase, alginato de cálcio, carvão ativado impregnado com prata, sulfadiazina de prata a 1% e dentre outros. Nesse caso, este profissional deve realizar a avaliação clínica antes de aplicar o curativo tópico, pois são levados em consideração o período de cicatrização, o custo dos materiais usados e a frequência das trocas. Assim, quando o tratamento é realizado em ambiente inadequado, por profissional não capacitado, prejudica o cuidado relacionado à dor em pacientes com úlceras vasculogênicas.

Em contrapartida, há o uso de outros métodos, chamados físicos, que resultam no alívio da dor é recomendado, seja por meio da aplicação de bolsas ou compressas de calor ou frio, massagem ou pela prática de atividade física¹⁵.



Outra estratégia para minimizar a dor do paciente com úlcera venosa ou arterial é o posicionamento adequado do paciente. Isso ajudará na redução do desconforto e controle dos fatores relacionados ao seu início e exacerbação¹⁶.

Ainda, acrescenta-se ao fato de que o enfermeiro deve desenvolver uma proposta de intervenção que leve em consideração o paciente com úlcera venosa ou arterial e a sua família, pois o apoio emocional recebido deles pode diminuir a dor e consequências como a carência de estruturas, além de se tornar uma forma de incentivar a adesão e a continuidade do cuidado¹⁷.

Para outros autores¹⁸, o cuidado do enfermeiro nas úlceras vasculogênicas deve ser centrado na pessoa. Dessa forma, é relevante desenvolver uma comunicação adequada e relação interpessoal, que criam um ambiente agradável para a individualização de cuidados. Essa individualização ao permitir um conhecimento aprofundado sobre a dor que o paciente sente está relacionada a implementação dos resultados positivos¹⁸.

Então, pode-se dizer que o manejo da dor é uma parte fundamental no cuidado da ferida e, por isso, os enfermeiros necessitam apresentar conhecimento sobre o tipo de dor associada a úlcera, como também as principais intervenções usadas no seu manejo e assim fornecer, em tempo hábil, cuidados adequados e individualizados¹⁹.

3.3. CATEGORIA III TRATAMENTOS NÃO FARMACOLÓGICOS PARA O CONTROLE DA DOR

Prestar a assistência de enfermagem ao portador de úlcera de perna é considerado um desafio para o enfermeiro, pois é por meio do cuidado humanizado que o profissional irá ter sucesso no cuidado prestado. Faz-se necessário, então, uma assistência baseada em um modelo holístico, no qual o ser humano seja atendido dentro das necessidades e problemas que o cercam, e isso exige competência e um conhecimento profundo sobre o problema¹⁹.

A maneira como o enfermeiro cuida e a atitude como presta o cuidado é verificada pelo paciente à medida que desenvolve as habilidades da relação interpessoal, direcionando a uma relação de confiança que, junto com um cuidado técnico-científico, gera um ambiente favorável no processo de cicatrização da ferida. Esta confiança leva a autonomia e ao empoderamento da pessoa no seu processo de

cura, e esse contato deverá ser mantido mesmo depois da cicatrização da úlcera, pois esta relação interpessoal aumenta a confiança nos cuidados ¹⁹.

No que diz respeito ao cuidado do portador de úlcera de perna, o enfermeiro apresenta uma função essencial por estar continuamente na prestação do cuidado, seja em ambulatório, hospital ou unidades básicas de saúde. Conviver com uma úlcera venosa traz muitos agrados a pessoa, familiares e também aos outros profissionais de saúde que, muitas vezes, não está capacitada para distinguir todos os aspectos que envolvem esta doença²⁰

Além disso, o enfermeiro deve ter a capacidade de realizar um cuidado holístico de modo a envolver todo o ser humano com úlcera arterial ou crônica em sua plenitude, sobretudo por se tratar de um ser humano especificamente fragilizado, impactado biopsicossocialmente²¹.

A terapia Comunitária (TC) caracteriza-se como uma atividade de efeito terapêutico com a finalidade de aliviar a dor e também buscar o bem-estar em pessoas com úlcera venosa ou arterial. Nesse contexto, por meio de uma organização e do contato face-a-face, a terapia comunitária objetiva promover a saúde por meio da valorização das experiências de vida dos participantes, da construção de vínculos solidários, da restauração da autoestima e ampliação da percepção dos problemas e possibilidades de resolver por meio das habilidades dos profissionais enfermeiros²².

3.4. CATEGORIA IV: TECNOLOGIAS E TERAPIAS EMPREGADAS NO MANEJO DA DOR

Em um estudo realizado²² que avaliava os tipos de terapias empregadas no manejo da dor em pacientes com úlceras de perna apontou que a maioria dos participantes fazia uso de terapia compressiva, sendo esta responsável por aumentar o processo de cicatrização e diminuir o percentual de recidivas, agindo na macro e microcirculação, aumentando o retorno venoso e reduzindo o refluxo patológico, proporcionando reabsorção do edema além de diminuir saída de líquidos para o interstício.

Diante disso, observa-se que a terapia compressiva é a intervenção mais importante do tratamento da pessoa com úlcera venosa, visto que auxilia para o retorno

venoso, melhorando a estase e o edema, caracterizando em uma melhora do quadro clínico do paciente.²³

Contudo, outros estudos²⁴ apontam que a terapia compressiva inelástica e elástica pode ser perigosa ou não apresentar utilidade se não utilizada adequadamente e que sua eficiência pode ser influenciada pela técnica de aplicação por parte dos enfermeiros ou dos próprios pacientes. Uma outra pesquisa apontou que as meias elásticas alcançam bons resultados enquanto estão em uso²⁵.

Quanto ao custo do procedimento com bota de Unna, o mesmo pode ser considerado alto em relação as outras opções quando se leva em consideração apenas o custo do material e dos recursos humanos para sua realização. Entretanto, a rotina de troca dos curativos pode compensar esses custos. Nesse caso, a troca deve ser feita uma vez a cada semana²⁵.

Foi realizado um estudo com laser de baixa intensidade aplicada em paciente feridas crônicas de perna. Os participantes do estudo foram randomizados, por um programa de computador, em três grupos: o grupo que receberia o “Polylaser Trion™” (um laser de mão), o grupo que receberia o “Photonic 500 Acumed™” (um laser de varredura) e o grupo controle. Os dados mostraram uma diminuição considerável do nível de dor, porém, sem diferenças importantes entre os grupos²¹⁻²⁵.

O sucesso do laser de baixa intensidade sobre a dor é explicado pelo aumento dos níveis de beta-endorfinas, inibição de sinais nos receptores e controle dos mediadores da dor, diminuição do edema, aumento do fornecimento do sangue e diminuição do processo inflamatório²⁰⁻²⁵.

4. CONCLUSÃO

Os artigos do presente estudo apontaram como soluções para o manejo da dor em pacientes com úlceras vasculogênicas: avaliação da clínica do paciente antes de aplicar o curativo tópico, compressas de água morna ou fria, massagem e escala numérica da dor.

Além disso, também foram encontradas as seguintes estratégias: abordagem holística, comunicação eficaz, relacionamento interpessoal, aromaterapia, laserterapia,



bota de Unna, terapia compressiva elástica e inelástica, capacitado de reconhecimento da ferida e terapia comunitária.

Sendo assim, outras pesquisas deverão ser realizadas com o intuito de solucionar falhas no que diz respeito as dificuldades do enfermeiro no manejo clínico da dor em pacientes com úlceras vasculogênicas com o intuito de aprimorar a abordagem do enfermeiro frente a este problema.

REFERÊNCIAS

1. Silveira, I.A et al. Padrão de dor em pacientes com úlceras de perna. Rev enferm UFPE on line. 2017. [Acesso em 2019 jul 05]; 11(2):617-24. Disponível:< www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342012000200006>
2. Cruz, RAO, Nóbrega, VKM. Produção científica de enfermagem sobre úlcera venosa: uma análise bibliométrica brasileira. Enfermagem Revista. v.19, n.2, p.176-90, 2016. Disponível em:< <http://periodicos.pucminas.br/index.php/enfermagemrevista/article/view/13147>>
3. Oliveira, PFT et al. Padrão de dor em pacientes com úlceras de perna. Texto Contexto Enferm, Florianópolis, 2012. [Acesso em 2019 jul 05]; 21(4): 862-9. Disponível em:< <http://www.scielo.br/pdf/tce/v21n4/17.pdf>>.
4. Sant'Ana SMSC, Bachion MM, Santos QR, Nunes CAB, Malaquias SG, Oliveira BGRB. Úlceras venosas: caracterização clínica e tratamento em usuários atendidos em rede ambulatorial. Rev bras enferm [Internet]. 2012 [Acesso em 2019 jul 05];65(4):637-44. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/reben/v65n4/a13v65n4.pdf>
5. Fonseca, C et al. A pessoa com úlcera de perna, intervenção estruturada dos cuidados de enfermagem: revisão sistemática da literatura. Rev Esc Enferm USP 2012; [Acesso em 2019 jul 05]; 46(2):480-6. Disponível em:< www.ee.usp.br/reeusp/>
6. Benevides, JL et al. Construção e validação de tecnologia educativa sobre cuidados com úlcera venosa. Rev Esc Enferm USP · 2016;50(2):309-316. Disponível em:< http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v50n2/pt_0080-6234-reeusp-50-02-0309.pdf>
7. Souza MT, Silva MD, Carvalho R. Revisão integrativa: o que é e como fazer. Einstein, São Paulo, jan./mar [Periódico na Internet]. 2010 [acesso em 03 Set 2014]; 8(1):102-6,. 2010. Disponível em: http://apps.einstein.br/revista/arquivos/PDF/1134-Einsteinv8n1_p102-106_port.pdf.



8. Mendes, KDS, Silveira, RCCP, Galvão, CM. Revisão integrativa: método de pesquisa para a incorporação de evidências na saúde e na enfermagem. *Texto Contexto Enferm.* 2008. [acesso em 03 JUN 2019]; 17(4): 758-64. Disponível em:< www.scielo.org/pdf>
9. Marconi, MA, Lakatos, EM. Metodologia do trabalho científico: procedimentos básicos, pesquisa bibliográfica, projeto e relatório, publicações e trabalhos científicos. 7ª ed. São Paulo: Atlas, 2009.
10. Souza, HF et al. O enfermeiro no manejo clínico de pacientes com úlceras venosas: uma revisão integrativa de literatura. *Revista Humano Ser - UNIFACEX.* 2015. [Acesso em 2019 jul 05]; 1(1): 32-51. Disponível em:< <https://periodicos.unifacex.com.br/humanoser/article/download/623/142>>
11. Silva, DC et al. Estratégias pessoais de alívio da dor utilizadas por pacientes com úlcera venosa. 2015. *Rev. dor vol.* [Acesso em 2019 jul 05]; abr-jun;16(2):86-9. Disponível:< http://www.scielo.br/pdf/rdor/v16n2/pt_1806-0013-rdor-16-02-0086.pdf>
12. Silva, AS et al. O cotidiano de pacientes com úlcera venosa: uma revisão integrativa. REAS, *Revista Eletrônica Acervo Saúde*, 2017. [Acesso em 2019 jul 05]; Vol. Sup. 9, S871-S882. Disponível em:< <https://www.acervosaude.com.br/doc/REAS111.pdf>>
13. Liberato, SMD et al. A enfermagem no manejo da dor em pessoas com úlcera venosa: revisão integrativa. *J. res.: fundam. care. online* 2016. [Acesso em 2019 jul 05]; 8(2):4109-4120. Disponível em:< http://www.seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/view/3251/pdf_1844>
14. Lopes CR, Figueiredo M, Ávila AM, Soares LMBM, Dionisio VC. Avaliação das limitações de úlcera venosa em membros inferiores. *J vasc bras* [Internet]. 2013 [cited 2019 jul 05];12(1): 5-9. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/jvb/v12n1/03.pdf>
15. Sellmer, D et al. Sistema especialista para apoiar a decisão na terapia tópica de úlceras venosas. *Rev. Gaúcha Enferm.* 2013. [cited 2019 jul 05]; 34(2): 154-62. Disponível em:< <http://www.scielo.br/pdf/rgenf/v34n2/v34n2a20.pdf>>
16. Silva, DS, Hahn, GV. Cuidados com úlceras venosas: realidade do Brasil e Portugal. *Rev Enferm UFSM.* 2012. [cited 2019 jul 05]; 2(2): p. 330-338. Disponível em:< <https://periodicos.ufsm.br/reufsm/article/view/4967>>
17. Dias, TYAF et al. Influência da assistência e características clínica na qualidade de vida de portadores de úlcera venosa. *Acta paul. Enferm.* 2013. [cited 2019 jul 05]; 26(6):529-34. Disponível :< <http://www.scielo.br/pdf/ape/v26n6/04.pdf>>

18. Costa, IKF et al. Protocolo de assistência a pessoas com úlceras venosas: estudo metodológico. Online braz j nurs [internet] 2015 Mar [cited 2019 Jul 27]; 14 (1):05-15. Available from: <http://www.objnursing.uff.br/index.php/nursing/article/view/4692>.
19. Brito, DTF et al. Dor em úlcera crônica: perfil sociodemográfico, clínico e terapêutico de pacientes do município de Cuité – PB. Academus Revista Científica da Saúde. 2017. [cited 2019 Jul 27]; 2(2): 1-14. Disponível em:< <https://smsrio.org/revista/index.php/reva/article/view/317/279>>
20. Silva, MH et al. Manejo clínico de úlceras venosas na atenção primária à saúde. Acta paul. enferm. 2012. [cited 2019 Jul 27]; 25(3):1-10. Disponível em:< http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-21002012000300002>
21. Santanna, SMSC et al. Úlceras venosas: caracterização clínica e tratamento em usuários atendidos em rede ambulatorial. Rev. bras. enferm. 2012. [cited 2019 Jul 27]; 65(4): 1-16. Disponível em:< http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S003471672012000400013&lng=en&nrm=iso&tlng=pt>
22. Santo, PFE. Et al. Uso da ferramenta Pressure Ulcer Scale for Healing para avaliar a cicatrização de úlcera crônica de perna. Uso da ferramenta Pressure Ulcer Scale for Healing para avaliar a cicatrização de úlcera crônica de perna. 2013. [cited 2019 Jul 27]; 28(1): 1-10. Disponível em:< http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S198351752013000100023>
23. Silva, DS; Hahn, GV. Cuidados com úlceras venosas: realidade do Brasil e Portugal. Rev Enferm UFSM 2012. Mai/Ago. [cited 2019 Jul 27]; 2(2):330-338. Disponível em:< <https://periodicos.ufsm.br/reufsm/article/view/4967/3757>>
24. Benevides, JP et al. Avaliação clínica das úlceras de perna em idosos. Rev Rene. 2012. [cited 2019 Jul 27]; 13(2):300-8. Disponível em:< <http://periodicos.ufc.br/rene/article/view/3916/3110>>
25. Santana, SMSC et al. Úlceras venosas: caracterização clínica e tratamento em usuários atendidos em rede ambulatorial. Rev Bras Enferm, Brasília 2012 jul-ago [cited 2019 Jul 27]; 65(4): 637-44. Disponível em:< <http://www.scielo.br/pdf/reben/v65n4/a13v65n4.pdf>>



CUIDADOS DE ENFERMAGEM AO PACIENTE PORTADOR DE PENFIGÓIDE BOLHOSO: REVISÃO DE LITERATURA

NURSING CARE FOR PATIENTS WITH BULLOUS PEPHGOID: LITERATURE REVIEW

DOI: 10.51859/AMPLLA.PPE2159-21

Victoria Sophia Alves Silva ¹
 Fabiana Damacena Carvalho ²
 Patrícia Medeiros Cavalcante ³
 Eliane Quaresma Monteiro ⁴
 Talyta Kelly Barata Santos ⁵
 Messias de Jesus Sérgio de Lima ⁶

¹ Pós Graduanda em Enfermagem em Ginecologia e Obstetrícia. Faculdade Integrada da Amazônia - FINAMA

² Mestranda em Enfermagem em Gestão Sanitária. Fundação Ibero Americana - FUNIBER

³ Mestranda em Enfermagem em Gestão Sanitária. Fundação Ibero Americana - FUNIBER

⁴ Pós Graduanda em Urgência e Emergência. Centro Universitário da Amazônia - UNIFAMAZ

⁵ Pós Graduanda em UTI Adulto e Neonatal. Faculdade Integrada da Amazônia - FINAMA

⁶ Especialista em Saúde Pública. Centro Universitário Venda Nova do Imigrante - FAVENI

RESUMO

O penfigóide bolhoso é uma doença autoimune caracterizada pela formação de bolhas na pele e, menos frequentemente, nas mucosas, mediada por anticorpos direcionados contra a membrana basal cutânea. Afeta geralmente idosos com predominância no sexo masculino, sendo rara em crianças e adultos jovens, é uma doença crônica com exacerbações espontâneas e remissões. O artigo tem como objetivo Identificar os cuidados de enfermagem ao paciente portador de penfigóide bolhoso. Trata-se de uma revisão de literatura que para tal empregaram-se os descritores em Ciências da Saúde (DeCS), sendo eles: penfigóide bolhoso, dermatoses bolhosas, cuidados de enfermagem utilizando-se para isso as bases de dados BIREME ou BVS (Biblioteca Virtual em Saúde) e BDENF (Base de Dados de Enfermagem). A enfermagem tem um papel fundamental no cuidado desses pacientes, assim as decisões e intervenções propostas a eles devem ser fundamentas por meio da avaliação completa e individualizada de cada paciente. Portanto, apesar da significativa e indiscutível importância dos cuidados de enfermagem ao paciente com penfigóide bolhoso, averigua-se a precariedade de pesquisas e publicações que abordem o tema na área da enfermagem.

Palavras-chave: Penfigóide Bolhoso. Doença autoimune. Cuidados de Enfermagem

ABSTRACT

Bullous pemphigoid is an autoimmune disease characterized by the formation of blisters on the skin and, less frequently, on the mucous membranes, mediated by antibodies directed against the cutaneous basement membrane. It generally affects the elderly with a predominance in males, and is rare in children and young adults; it is a chronic disease with spontaneous exacerbations and remissions. The article aims to identify nursing care for patients with bullous pemphigoid. This is a literature review using the descriptors in Health Sciences (DeCS), namely: bullous pemphigoid, bullous dermatoses, nursing care, using the BIREME or VHL (Virtual Health Library) and BDENF (Nursing Database) databases. Nursing has a fundamental role in the care of these patients, so the decisions and interventions proposed to them must be based on a complete and individualized evaluation of each patient. Therefore, despite the significant and unquestionable importance of nursing care for patients with bullous pemphigoid, there is a lack of research and publications on the subject in the nursing field.

Keywords: Bullous pemphigoid. Autoimmune disease. Nursing Care

1. INTRODUÇÃO

Compreende-se que o penfigóide bolhoso (PB) é dermatose autoimune com comprometimento cutâneo contra componentes moleculares de membrana basal que levam à formação de bolhas na pele. Afeta geralmente idosos com predominância no sexo masculino, sendo rara em crianças e adultos jovens, é uma doença crônica com exacerbações espontâneas e remissões (YANCEY; LAWLER, 2017).

Contudo, as lesões ocorrem principalmente nas grandes dobras e abdômen, podendo surgir inicialmente lesões urticadas e pruriginosas e, em seguida, as bolhas. Estas se localizam sobre a pele, aparentemente, são, critematosa ou critematoedematosa. São tensas e de conteúdo sero-hemorrágico (ZANELLA; TEBCHERANI et al., 2011).

No entanto, para a realização do diagnóstico têm-se como base aspectos clínicos, imunológicos e histopatológicos. A resposta autoimune a esta patologia se caracteriza pela presença de auto anticorpos IgG dirigidos contra dois antígenos (BP 180) (antígeno BP 2) e BP 230 (antígeno BP 230) nos hemidesmosomos da membrana basal da epiderme, que podem ser detectados pela imunofluorescência direta e indireta (BORELLI; FRANGE et al. 2016).

Quanto ao tratamento deve ser indicado de acordo com as condições clínicas do paciente. Entretanto, frente às mudanças fisiológicas do envelhecimento e as alterações provocadas pelo penfigóide bolhoso, faz-se necessário prestar uma assistência qualificada para os pacientes acometidos por essa condição (BRANDÃO; SANTOS et al., 2018).

Entretanto, esse cuidado pode ser um desafio para a enfermagem, visto que a literatura a respeito da temática é insuficiente, impedindo a disseminação da forma mais apropriada de lidar com esses pacientes. Além disso, o foco da assistência a pacientes com penfigóide tem sido na terapia medicamentosa (BRANDÃO; SANTOS et al., 2018).

Assim, diante dessa conjuntura Brandão e Santos et al. (2018) ressaltam ainda que a enfermagem deve aperfeiçoar o cuidado, sem se prender apenas ao cumprimento das prescrições médicas, mas sim, promover uma assistência sistematizada de enfermagem voltada para o cuidado integral do paciente, com intuito de conseguir os

aspectos físicos, emocionais, sociais e espirituais e por conseguinte, garantir a melhoria da qualidade de vida desse paciente.

Desta forma, corrobora-se a precisão de uma assistência particularizada, já que o cuidado de enfermagem ao paciente com lesão de pele é um processo complexo e dinâmico, o qual é influenciado pela realização de avaliações sistematizadas para intervenções adequadas, de acordo com cada momento do processo cicatricial (EBERHARDT et al., 2015).

Portanto, este artigo tem como objetivo identificar os cuidados de enfermagem ao paciente portador de penfigóide bolhoso.

2. METODOLOGIA

Trata-se de uma revisão de literatura, do tipo descritiva qualitativa, na qual foi realizada uma pesquisa bibliográfica com o seguinte tema: os cuidados de enfermagem ao paciente portador de penfigóide bolhoso.

Para a busca, empregaram-se os descritores em Ciências da Saúde (DeCS), sendo eles: penfigóide bolhoso, dermatoses bolhosas, cuidados de enfermagem. As estratégias de busca tiveram a finalidade de localizar estudos publicados em português, utilizando-se para isso as bases de dados BIREME ou BVS (Biblioteca Virtual em Saúde) e BDENF (Base de Dados de Enfermagem). Utilizou-se como coleta de dados o instrumento validado por Ursi 2006.

Como critérios de inclusão, utilizou-se artigos, revistas científicas, trabalho de conclusão de curso e estudo de caso publicadas na língua portuguesa, que abordaram como tema principal os cuidados de enfermagem ao paciente portador de penfigóide bolhoso. Foram excluídos, carta ao editor, e artigos que não abordem o tema proposto, não ter como objeto de estudo o Brasil e que não estejam nas bases de dados descritos anteriormente.

3. RESULTADOS E DISCUSSÕES

Ao analisar as obras, foram selecionados 10 artigos para compor a versão final desse estudo, conforme expressa a tabela 01. A partir disso, obtivemos 03 artigos da

base de LILACS e 07 artigos da base de dados MEDLINE. Quanto aos idiomas dos estudos selecionados, todos tinham versões em português.

Tabela 1- Resultados de Pesquisa

Nº	ANO	TÍTULO	AUTOR
01	2022	Abordagem diagnóstica e terapêutica de penfigóide bolhoso: uma revisão de literatura.	SILVEIRA, S.J.S.; FULANETE JÚNIOR, E.A. et al
02	2020	Dificuldade na condução do penfigóide bolhoso no idoso	SANTOS, A.C.M.; BRANDÃO, B.J.F
03	2020	Assistência especializada de enfermagem ao idoso com pênfigo: um relato de experiência	DANTAS, J.S.; NOGUEIRA, W.P. et al.
04	2018	Lesões de pele em idosos hospitalizados.	GRDEN C.R.B; IVASTCHESCHEN T. et a
05	2017	Estudo da associação entre antígenos de histocompatibilidade leucocitária e penfigóide bolhoso em pacientes brasileiros	CHAGURY, A.A.
06	2017	Penfigoide bolhoso tratado com sucesso com Rituximab.	SILVA, N.; COSTA, A. et al
07	2016	Atenção da enfermagem a pacientes com pênfigo vulgar e pênfigo foliáceo	OLIVEIRA, A.P.R.; LUZ, E.
08	2016	Penfigóide bolhoso: chamando a atenção para concomitância com neoplasmas malignas	BORELLI, N. S.; FRANGE, A.P. et al
09	2015	Omalizumabe e penfigóide bolhoso.	MENDES-BASTOS, P.; CUNHA, D
10	2014	Diagnóstico de enfermagem em pacientes com pênfigo endêmico.	SILVA, D.A.R

Fonte: Elaborada pelos autores.

Devido ao aumento da longevidade, os serviços de saúde apresentam vários desafios para atender às necessidades de cuidado à saúde das pessoas. Em meio a inúmeras modificações fisiológicas que incidem nas pessoas no processo de envelhecimento, sobressaem-se as alterações do sistema tegumentar, por exemplo: redução de espessura dérmica, perda de fibras elásticas, diminuição do tecido adiposo subcutâneo e redução dos capilares na pele entre outras, as quais podem colaborar para que o idoso se torne mais suscetível às lesões de pele (GRDEN; IVASTCHESCHEN, 2018).

No entanto, o penfigóide bolhoso é uma doença autoimune específica de órgão na qual a perda de integridade da junção dermo-epidérmica resulta na formação de bolhas e erosões (MENDES, BASTOS, CUNHA et al., 2015). Na mesma linha Silva e Costa et al. (2017) salienta que o penfigóide bolhoso é uma doença autoimune caracterizada

pela formação de bolhas na pele e, menos frequentemente, nas mucosas, mediada por anticorpos direcionados contra a membrana basal cutâneas.

Já Silveira, Fulanete Júnior et al., (2022) destacam que o penfigóide bolhoso é uma doença crônica, limitada, que evolui com remissões e exacerbações, com formação de bolhas grandes e tensas, com conteúdo claro, podendo surgir em base normal ou eritematosa, com predileção por áreas flexuras.

Contudo, Santos e Brandão, (2020) acrescenta que o penfigóide bolhoso é uma doença de característica autoimune na qual ocorre formação de bolhas subepidérmicas provocada pela presença de auto anticorpos, dos quais, o mais frequente é do tipo IgG, contra os hemidesmossomas que constituem a membrana basal, promovendo a junção dermo-epidérmica.

Em um estudo norte-americano citado por Mendes, Bastos, Cunha (2015) em seus estudos relatou que a maioria dos pacientes com PB tem anticorpos IgG ligados e circulantes direcionados para a porção extracelular não colágeno (NC16) domínio do colágeno tipo 17, uma proteína transmembranar nas células da membrana basal também conhecidas como BP180. Os pacientes com PB também exibem auto atividade a um sistema citoplasmático da família Plakin conhecido como BP230, do hemidesmossoma. Existem evidências para o papel patogênico destes anticorpos auto ativo na PB, sobretudo os anticorpos anti-BP180.

No seu estudo Mendes, Bastos e Cunha et al. (2015) refere que os anticorpos IgG dirigidos ao BP180, sobretudo ao componente extracelular justa-membranoso NC16A, são determinados como os principais auto anticorpos designados nesta patologia, sendo responsáveis por induzir a separação dermo-epidérmica.

Mendes, Bastos e Cunha (2015) ainda comentam:

Na fisiopatologia do PB, a ligação do IgG ao BP180 expresso pelos queratinócitos da camada basal leva à ativação do complemento, recrutamento de células inflamatórias e liberação de proteases. Fato que ocorre ainda na internalização celular do BP180 mediada pela IgG anti-BP180 na superfície do queratinócito, com diminuição da coesão celular (MENDES, BASTOS; CUNHA et al. 2015).

No entanto, a desgranulação de mastócitos na derme é o evento celular mais precocemente identificável na formação da lesão cutânea, em seguida pela infiltração de linfócitos e influxo de eosinófilos e neutrófilos. O enfraquecimento da junção dermo-

epidérmica e a formação de bolhas tensas dependerá desta cascata inflamatória de gênese autoimune (SILVEIRA; FULANETE JÚNIOR, 2020).

Contudo, a apresentação clínica manifesta-se muito variável. O PB acomete, sobretudo a pele, e em aproximadamente 10-25% a mucosa oral. Geralmente a doença tem história crônica, inicia pela fase não bolhosa, apresenta-se com prurido intenso e pode ser acompanhado por eczema, eritema e pápulas. Pode persistir por diversos meses ou como única manifestação da doença, nos casos atípicos. Uma vez formadas, as bolhas podem ser largas e tensas, redondas ou ovaladas, localizadas ou generalizadas, com conteúdo sero-hemático (CHAGURY, 2017).

Ainda de acordo com Chagury (2017) essas bolhas frequentemente, podem romper-se e causar erosões crostas e cicatrizes. Logo, os locais mais frequentes de aparecimento das bolhas são o tórax, as extremidades flexoras, as axilas e a região inguinal, Entretanto, podem manifestar-se nos olhos, no nariz, na faringe, no esôfago e na área anogenital.

Entretanto, apesar da patogenia desta afecção ainda não estar totalmente compreendida, alguns estudos sugerem a associação de PB com comorbidades como doenças neurológicas (demência e doença de Parkinson), doenças psiquiátricas (desordens bipolares), diabetes mellitus e neoplasias. No entanto, ainda não se estabeleceu totalmente se existe realmente essa associação entre essas comorbidades e se há uma relação de causa e efeito que possa ser estabelecida, para que pudesse determinar, por exemplo, fatores de risco para o desenvolvimento da doença (BORELLI; FRANGE et al. 2016).

Além das comorbidades Santos e Brandão (2020) também destacam o desencadeamento do PB por medicamentos, como captopril, enalapril, furosemida, espironolactona, amiadarona, losartana, betabloqueador, ibuprofeno, cloroquina, cefalexina, entre outros. Certos medicamentos podem induzir a produção de anticorpos, agindo como antígenos para se ligar a proteínas na lâmina lúcida, e alguns podem desmascarar antígenos ocultos ou estimular uma resposta autoimune.

O diagnóstico do PB baseia-se na combinação do quadro clínico típico, na realização da biópsia lesional da borda de uma bolha intacta (ou outro tecido inflamado/afetado, urticariforme ou eczematoso) para coloração de hematoxilina e eosina (H&E) e uma biópsia de pele de uma área perilesional para imunofluorescência



direta (DIF), sendo este último, fundamental para o diagnóstico. E amostra de soro para teste de imunofluorescência indireta (IIF) e ensaio de imunoabsorção enzimática (ELISA para detectar anticorpos circulantes da zona da membrana basal) (SILVA, 2014).

Segundo Silveira, Fulanete Junior (2020) o penfigóide bolhoso não possui cura, porém por meio do tratamento pode-se controlar tal condição. No entanto, essa patologia na grande maioria das vezes desaparece por si só depois de cinco anos. O tratamento tem como principal objetivo controlar a sintomatologia, bem como minimizar os efeitos adversos graves ocasionados pelos medicamentos. Além disso, o mesmo tem a finalidade de prevenir/reduzir o risco de recorrência e melhorar a qualidade de vida do doente.

Ainda de acordo com Silveira, Fulanete Junior (2020) a terapia mais eficaz para o PB é o corticoide tópico para as formas leve e moderada, no entanto na forma grave a utilização apenas a aplicação do medicamento sobre a pele apresentou alguns casos de recidiva, necessitando a complementação do corticoide oral para auxiliar nos tratamentos mais graves.

Contudo, nos casos que sucedem contra-indicação de corticoide ou recidiva das bolhas as pesquisas indicam a utilização de drogas imunossupressoras ou antibióticos com destaque para azatioprina, micofenolato de mofetil, metotrexato, rituximab, omalizumab e ciclofosfamida como representantes dos imunossupressores; já os antibióticos utilizados tem-se o destaque para a tetraciclina com nicotinamida e dapsona (MENDES, BASTOS, CUNHA et al., 2015).

Entretanto, a maioria dos casos de PB o tratamento é longo fazendo com que o indivíduo fique vulnerável devido a imunossupressão a outras patologias tais como: infecções do trato urinário, gastrointestinal, diabetes, tuberculose podendo em alguns casos apresentar quadro de patologias psíquicas, com eventos de surtos psicóticos em virtude a sua autoimagem (SILVA, 2014).

Desta forma, é importante ressaltar que a enfermagem tem um papel essencial no cuidado desses pacientes. Logo, para o tratamento seja efetivo é essencial que o enfermeiro realize a avaliação completa, baseada em instrumentos, com intervenções individualizadas e direcionadas às manifestações clínicas do agravo e levando em consideração, sobretudo, os aspectos fisiológicos do envelhecimento da pele, bem

como buscando evidências disponíveis sobre as tecnologias para o tratamento (DANTAS, NOGUEIRA et al. 2020).

Para Oliveira, Luz et al., (2016) os pacientes com PB, independentemente de sua classificação, tendem a precisar de cuidados mais complexos, não só em ordem física, mas ainda emocionais e sociais. É de competência de o enfermeiro proporcionar conforto e prevenção de agravos por meio dos conhecimentos adquiridos a partir das necessidades do seu paciente.

Desde modo, as principais intervenções terapêuticas para cuidados gerais envolvem não somente o cuidado com o curativo, mais ainda a discussão interprofissional e multidisciplinar mediante esses cuidados. Com a equipe médica é discutido o tratamento medicamentoso, já com a equipe nutricional é informada sobre a importância da otimização do aporte energético e proteico para estimular a cicatrização e regeneração da pele (OLIVEIRA; LUZ et al., 2016).

Para Grden, Ivastcheschen (2018) o uso de produtos e coberturas com a tecnologia avançada, aceleram a cicatrização, reduzem o processo de infecção de forma mais eficaz, oferecem melhor controle do exsudato, possuem uma durabilidade maior e alguns produtos auxiliam diretamente na regeneração celular.

Já Santos e Brandão et al (2020) salientam que há indicação do uso de lençóis de plástico estéreis para evitar aderências e assim facilitar a movimentação do paciente no leito, além de recomendação do uso de curativos oclusivos que devem ser hidratados para prevenir perda de eletrólitos e formação de crostas e evitar infecções e lesão por pressão.

No entanto, o banho que deve ser de água morna e, conforme a tolerância do paciente e a troca dos curativos são realizados duas vezes por semana. A medida que acontece a remissão das bolhas e das lesões, as trocas são aprazadas para uma vez por semana até a recuperação completa. O desbridamento é realizado com o uso de pinças de dissecação e agulhas de grosso calibre para facilitar a remoção dos tecidos desvitalizados (DANTAS; NOGUEIRA et al. 2020).

Contudo, Silva (2014) destaca que os ácidos graxos essenciais (AGE) promovem aumento da resposta imune, mantém a lesão úmida acelerando o crescimento do tecido de granulação, estimula o processo de cicatrização através da angiogênese e epitelização, além de ter ação bactericida. Em relação ao ambiente, este deve sempre

estar limpo e, dependendo da gravidade da patologia o paciente deverá permanecer em isolamento.

No entanto a avaliação e o monitoramento das lesões assumem grande importância na prestação de cuidados de enfermagem, uma vez que permite avaliar desde o estado inicial da lesão, os efeitos as terapias tópicas aplicadas por meio de análise da evolução do processo de cicatrização até a recuperação. Como também as informações sobre possíveis efeitos colaterais das medicações prescritas devem ser repassados aos pacientes. Assim, o cuidado deve ser holístico e sempre incentivar o paciente ao autocuidado (DANTAS, NOGUEIRA et al., 2020).

4. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Diante do exposto observou-se que o penfigóide bolhoso é uma doença com uma patogenia muito abstrusa em que por ser uma doença autoimune, anticorpos são produzidos pelo próprio corpo para atacar uma camada específica da pele, a membrana basal. Esta sofre danos e mudanças na estrutura da pele que são percebidas com a formação de bolhas, eritemas, urticarias dentre outras manifestações. Notou-se ainda que afeta geralmente idosos com predominância no sexo masculino, sendo rara em crianças e adultos jovens.

Quanto ao tratamento viu-se que tem como objetivo controlar a sintomatologia, bem como minimizar os efeitos adversos graves ocasionados pelos medicamentos. Além disso, o mesmo tem a finalidade de prevenir/reduzir o risco de recorrência e melhorar a qualidade de vida do paciente.


Desta forma, enfermagem tem um papel fundamental no cuidado desses pacientes, assim as decisões e intervenções propostas a eles devem ser fundamentas por meio da avaliação completa e individualizada de cada paciente. É imprescindível que a equipe multidisciplinar tenha consciência da gravidade da doença, das consequências de um cuidado mal realizado e da parte psicológica do mesmo utilizando-se de uma comunicação com metodologia clara e específica.

Portanto, apesar da significativa e indiscutível importância dos cuidados de enfermagem ao paciente com penfigóide bolhoso, averigua-se a precariedade de pesquisas e publicações que abordem o tema na área da enfermagem.

REFERÊNCIAS

- BORELLI, N. S.; FRANGE, A.P. et al. Penfigóide bolhoso: chamando a atenção para concomitância com neoplasmas malignas. **Med. Cutan. Lat. Am**, v. 44, n. 3, p. 225- 228, 2016.
- BRANDÃO, E.S.; SANTOS, I. et al. Cuidados de enfermagem para conforto de pessoas com dermatoses imunobolhosas: avaliação pela lógica fuzzy. **Revista Enferm, UERJ**, v. 26, 2018.
- CHAGURY, A.A. **Estudo da associação entre antígenos de histocompatibilidade leucocitária e penfigóide bolhoso em pacientes brasileiros**. 2017.
Disponível em: <https://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/5/5143/tde-09032017122652/publico/AzisArrudaChagury.pdf>. Acesso em: 02 fev. 2022.
- DANTAS, J.S.; NOGUEIRA, W.P. et al. **Assistência especializada de enfermagem ao idoso com pênfigo: um relato de experiência**. 2020
Disponível em: <https://editorarealize.com.br/artigo/visualizar/53218>. Acesso em: 10 fev. 2022.
- EBERHARDT, T.D. et al. Cicatrização de feridas: análise das tendências em teses e dissertações. **Revista Enferm. UFSM**, v. 5, n. 2, p. 387-395, 2015.
- GRDEN C.R.B; IVASTCHESCHEN T. et al. Lesões de pele em idosos hospitalizados. **ESTIMA**, São Paulo, v. 16, 2018.
- MENDES, BASTOS, P.; CUNHA, D. Omalizumabe e penfigóide bolhoso. **Revista SPDV**. v. 74, n.1, p. 33-42, 2015.
- OLIVEIRA, A.P.R.; LUZ, E. Atenção da enfermagem a pacientes com pênfigo vulgar e pênfigo foliáceo (Fogo selvagem). **Revista Gestão & Saúde**, v. 15, n. 1, p. 27-33, 2016.
- SANTOS, A.C.M.; BRANDÃO, B.J.F. **Dificuldade na condução do penfigóide bolhoso no idoso**. BWS Journal, v. 3, P. 1-7, JUL., 2020.
- SILVA, N.; COSTA, A. et al. Penfigoide bolhoso tratado com sucesso com Rituximab. **Acta Med Port**. v. 30, n. 3, p. 243-246, 2017.
- SILVA, D.A.R. Diagnóstico de enfermagem em pacientes com pênfigo endêmico. **Revista Uningá**, v. 17, n. 1, p. 19-26, 2014.
- SILVEIRA, S.J.S.; FULANETE JÚNIOR, E.A. et al. Abordagem diagnóstica e terapêutica de penfigóide bolhoso: uma revisão de literatura. **Braz. J. Of. Develop.**, Curitiba, v. 6, n. 12, p. 95234-49, dez., 2020.





ZANELLA, R.R.; TEBCHERANI et al. Penfigóide bolho no adulto mais jovem: relato de três casos. **An. Bras. Dermatol**, v. 36, n. 2, p. 335-8, 2011.

YANCEY, K. B.; LAWLEY, T. J. Doenças de pele imunologicamente mediadas. In: KASPER, D. L. **Medicina interna de Harrison**. Porto Alegre: AMGH, 2017.

PRINCIPAIS EVIDÊNCIAS ACERCA DE ALTERAÇÕES COGNITIVAS EM PACIENTES SOROPOSITIVOS

MAIN EVIDENCE ON COGNITIVE CHANGES IN HIV-POSITIVE PATIENTS

DOI: 10.51859/AMPLLA.PPE2159-22

Bárbara Queiroz de Figueiredo ¹
 Isabela Costa Braz ²
 Laura Helena Marcon Teixeira ³
 Raylton Jansen e Silva Segundo ⁴

¹ Graduanda do curso de Medicina. Centro Universitário de Patos de Minas (UNIPAM)

² Graduanda do curso de Medicina. Centro Universitário de Goiatuba (UNICERRADO)

³ Graduanda do curso de Medicina. Instituto Master de Ensino Antônio Carlos (IMEPAC)

⁴ Graduando do curso de Medicina. Centro Universitário Uninovafapi

RESUMO

A síndrome da imunodeficiência adquirida (AIDS) é causada pelo vírus da imunodeficiência humana (HIV), que ataca o sistema imunológico e pode reduzir a capacidade de uma pessoa infectada de resistir a outras infecções e doenças. Estima-se que mais de 50% dos indivíduos afetados com HIV são suscetíveis a desenvolver declínio neurocognitivo associado ao HIV. A AIDS pode manifestar-se como uma demência subcortical, que se manifesta como uma perda significativa na capacidade de atenção e concentração, sintomas depressivos e alterações motoras em relação à velocidade e precisão de realizar diferentes tarefas. Essa síndrome é associada com alterações patológicas no cérebro que incluem atrofia generalizada, mudanças na substância branca causando leucoencefalopatia, nódulos microgliais típicos de encefalite viral e as células gigantes multinucleadas, que parecem ser diretamente infectadas pelo HIV. Embora o vírus HIV seja reconhecido pelo seu efeito direto no sistema imune celular através da depleção de linfócitos T CD4, o vírus também é associado ainda a amplos efeitos sobre o sistema nervoso, incluindo efeito direto no cérebro, medula espinal e nervos periféricos.

Palavras-chave: HIV. Declínio cognitivo. Macrófagos. Barreira hematoencefálica.

ABSTRACT

Acquired immunodeficiency syndrome (AIDS) is caused by the human immunodeficiency virus (HIV), which attacks the immune system and can reduce an infected person's ability to resist other infections and diseases. It is estimated that more than 50% of individuals affected with HIV are susceptible to developing HIV-associated neurocognitive decline. AIDS can manifest as a subcortical dementia, which manifests as a significant loss of attention and concentration, depressive symptoms and motor changes in relation to the speed and accuracy of performing different tasks. This syndrome is associated with pathological changes in the brain that include generalized atrophy, white matter changes causing leukoencephalopathy, microglial nodules typical of viral encephalitis, and multinucleated giant cells, which appear to be directly infected by HIV. Although the HIV virus is recognized for its direct effect on the cellular immune system through the depletion of CD4 T lymphocytes, the virus is also still associated with broad effects on the nervous system, including a direct effect on the brain, spinal cord and peripheral nerves.

Keywords: HIV. Cognitive decline. Macrophages. Blood-brain barrier.

1. INTRODUÇÃO

A síndrome da imunodeficiência adquirida (AIDS) é um dos problemas de saúde mais sérios e complexos que a humanidade enfrentou na história recente, e é causada pelo vírus da imunodeficiência humana (HIV), que ataca o sistema imunológico e pode reduzir a capacidade de uma pessoa infectada de resistir a outras infecções e doenças (YADAV et al. 2017). Estima-se que mais de 50% dos indivíduos afetados com HIV são suscetíveis a desenvolver declínio neurocognitivo associado ao HIV (HEATON et al. 2015), haja vista que o vírus é capaz de cruzar a barreira hematoencefálica em um estágio inicial durante a infecção, estabelecendo um meio inflamatório que causa danos às conexões sinaptodendríticas, resultando, assim, em disfunção neuronal (THOMAS et al. 2013).

Sob esse cenário, essas mudanças no nível neuronal podem ocorrer muito mais cedo do que os sintomas cognitivos em um indivíduo não infectado pelo vírus, (HOLT et al. 2012). Mesmo com uma expectativa de vida aumentada devido aos avanços terapêuticos no tratamento de indivíduos soropositivos, os déficits neurocognitivos geralmente os afetam de maneira precoce (THOMAS et al. 2013). Aliado a isso, segundo Ragin et al. (2012), pacientes pediátricos com HIV apresentaram atraso no desenvolvimento neurológico e, posteriormente, comprometimento cognitivo, incluindo deficiências visuais, de linguagem, atenção, memória, aprendizagem e audição.

Sob esse contexto, a neuroimagem pode servir como uma ferramenta potencial para fornecer percepções quantitativas sobre a progressão do declínio cognitivo nestes indivíduos, como espectroscopia de ressonância magnética, volumetria, imagem por tensor de difusão e PET (HOLT et al. 2012). Segundo estudo de Masters et al. (2014), ao utilizar técnicas quantitativas de ressonância magnética, foi demonstrado afinamento da substância cinzenta cortical e interrupção específica da integridade da substância branca no cérebro, em indivíduos com HIV.

Ademais, foi demonstrado, em estudo de Ortega et al. (2015) que a conectividade entre as redes corticoestriatais é afetada em indivíduos portadores de AIDS, no entanto, essas alterações não foram correlacionadas com contagens de células T CD4, cargas virais plasmáticas ou escores de avaliação neurológica. Além

disso, mudanças nas características da rede cerebral durante o curso da infecção pelo HIV também foram exploradas usando magnetoencefalografia (WILSON et al. 2015). Ou seja, embora esforços tenham sido feitos empregando diferentes técnicas, métodos mais novos são necessários para desenvolver uma melhor compreensão da fisiopatologia do declínio cognitivo em pacientes soropositivos (SAYLOR et al. 2016).

Assim, dada a alta probabilidade da ocorrência deste evento em longo prazo, há uma demanda crescente por biomarcadores que tenham o potencial de melhorar a detecção de lesão do sistema nervoso central. Portanto, dadas as circunstâncias, o objetivo do presente estudo pauta-se em explorar, por meio de revisão integrativa de literatura, as alterações estruturais cerebrais e declínio cognitivo em pacientes portadores de HIV.

2. METODOLOGIA

Trata-se de uma pesquisa descritiva do tipo revisão narrativa da literatura, que buscou responder quais são as evidências sobre as alterações estruturais cerebrais e declínio cognitivo em pacientes portadores de HIV. A pesquisa foi realizada através do acesso online nas bases de dados *National Library of Medicine* (PubMed MEDLINE), *Scientific Electronic Library Online* (SciELO), Cochrane Database of Systematic Reviews (CDSR), Google Scholar, Biblioteca Virtual em Saúde (BVS) e EBSCO *Information Services*, no mês de setembro de 2021.

Para a busca das obras foram utilizadas as palavras-chaves presentes nos descritores em Ciências da Saúde (DeCS): em inglês: "HAART; HIV; Cognitive Dysfunction; Dementia; AIDS Dementia Complex; Cognition; Blood-Brain Barrier; Neuropsychological Tests; CNS", em espanhol: "TARGA; VIH; disfunción cognitiva; demencia; complejo de demencia del SIDA; cognición; barrera hematoencefálica; pruebas neuropsicológicas y sistema nervioso central" e em português: "HAART; HIV; Disfunção Cognitiva; Demência; Complexo AIDS demência; Cognição; Barreira Hematoencefálica; Testes neuropsicológicos; SNC".

Como critérios de inclusão, foram considerados artigos originais, que abordassem o tema pesquisado e permitissem acesso integral ao conteúdo do estudo, publicados no período de 2009 a 2021, em inglês e português. O critério de exclusão foi

imposto naqueles trabalhos que não estavam em inglês e espanhol, que não tinham passado por processo de Peer-View e que não abordassem a temática do estudo. A estratégia de seleção dos artigos seguiu as seguintes etapas: busca nas bases de dados selecionadas; leitura dos títulos de todos os artigos encontrados e exclusão daqueles que não abordavam o assunto; leitura crítica dos resumos dos artigos e leitura na íntegra dos artigos selecionados nas etapas anteriores. Assim, totalizaram-se 21 artigos científicos para a revisão integrativa da literatura, com os descritores apresentados acima, dos últimos doze anos e em línguas portuguesa e inglesa.

3. REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

3.1. HIV E INFECÇÃO DO SISTEMA NERVOSO CENTRAL

O vírus da Imunodeficiência Adquirida apresenta dois subtipos conhecidos como HIV-1 e HIV-2 que, embora tenham as mesmas vias de transmissão, de infecção permanente da célula e a capacidade de desencadear a Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (SIDA), apresentam distinções em relação à carga viral e ao tempo de evolução da infecção (HEATON et al., 2015). Tais diferenças possuem significado relevante para os quadros de declínio cognitivo em pacientes soropositivos, haja vista que, de acordo com Antunes (2017), o HIV-1 é o subtipo que apresenta maior virulência e evolução mais célere e por isso possui maior relação com possíveis alterações cognitivas. Assim como o HIV-2, o HIV-1 também apresenta como alvo principal os linfócitos CD4+, no entanto outras células também são acometidas por esse vírus, como a linhagem monócito-macrófago (HOLT et al., 2012). O mecanismo invasivo do vírus HIV se deve a algumas características que as células infectadas por ele possuem em comum, a exemplo dos receptores na membrana celular, como o CXCR4 e o CCR5 (KALIL et al., 2009).

No Sistema Nervoso Central (SNC), a presença da Barreira Hematoencefálica (estrutura que impede a passagem de substâncias, partículas ou microrganismos nocivos presentes no sangue para o tecido nervoso) não é suficiente para evitar a entrada do vírus HIV (SAYLOR et al., 2016). A explicação para esse fato consiste em um mecanismo pautado na atuação da linhagem monócito-macrófago e que é denominado “Cavalo de Tróia” (ANTUNES, 2017). Os monócitos são células capazes de atravessar sem

empecilho a Barreira Hematoencefálica. Dessa forma, linhagens de monócitos infectadas pelo vírus transpassam a BHE por diapedese e uma vez no SNC se diferem em macrófagos (MASTERS et al., 2014).

Os macrófagos podem desencadear nesse sistema uma produção elevada de citocinas e propiciar um quadro neuro inflamatório que, por sua vez, pode ocasionar a morte de células nervosas, como os neurônios (THOMAS et al., 2013). Ademais, a produção de proteínas virais possui potencial para incorrer em prejuízo direto para o funcionamento correto do SNC, haja vista que elas têm capacidade de danificar o binômio dendrito-sinapse. Essa possibilidade do vírus se instalar no SNC incorre em efeitos ainda mais catastróficos para o organismo de modo geral, isso porque segundo Baldez (2011), vários fatores, como as características imunitárias específicas do SNC, a BHE, a rápida mutação e recombinação do HIV-1 e a dificuldade de penetração de fármacos antirretrovirais através da BHE contribuem para a compartimentação viral no SNC, criando assim um reservatório que permite a replicação do HIV-1 independente da periferia.

O declínio cognitivo devido à infecção pelo HIV também pode se dar de maneira indireta, isto é, por meio da imunossupressão (WILSON et al., 2015). O sistema imunológico debilitado pode permitir o desenvolvimento de doenças infecciosas oportunistas como a neurocriptococose, neurotoxoplasmose e a leucoencefalopatia multifocal progressiva (DUARTE et al, 2019).

3.2. ÁREAS DO SNC AFETADAS PELO HIV

As funções cognitivas consistem em um conjunto de habilidades (percepção, linguagem, memória, atenção que não podem ser observadas diretamente, mas que é possível inferir pelo comportamento (KALIL et al., 2009). A infecção do SNC pelo vírus HIV pode acometer áreas especiais relacionadas com a cognição, desencadeando assim declínio cognitivo e até mesmo demência. As áreas mais comumente acometidas pelo vírus são o hipocampo, regiões neocorticais e gânglios da base.

O hipocampo consiste em uma área do encéfalo situada acima do giro parahipocampal e é constituído de um córtex antigo denominado arquicórtex. Essa área um dos constituintes da formação hipocampal e faz parte do sistema límbico (sistema que contempla diversas estruturas encefálicas e tem como função motivação, aprendizado,

emoções e memória) (RAGIN et al., 2012). A infecção pelo vírus HIV tem potencial para desencadear lesões no hipocampo, dado a neurotoxicidade do vírus. Tais lesões se manifestam clinicamente como perda de memória anterógrada (KALIL et al., 2009)

Já o neocórtex consiste em uma das partes corticais do telencéfalo (SOBOTTA, 2020). Possui seis camadas de neurônios e axônios que se repetem em toda a extensão do neocórtex, formando um circuito denominado microcircuito cortical canônico (SHIMOURA, 2021). É dividido em 3 regiões, quais sejam, sensorial, motora e a associativa que se correlacionam com funções cognitivas complexas (SHIMOURA, 2021). Os danos provocados pelo HIV nessa área podem desencadear perda de atenção e distúrbios na linguagem.

Ademais, os gânglios da base consistem em grupo de núcleos (núcleo caudado, putâmen, globo pálido, substância nigra e núcleo subtalâmico) constituídos por substância cinzenta e que se conectam formando o sistema extrapiramidal. As lesões nesse núcleo produzem principalmente danos motores, porém também se observam problemas cognitivos (TUMAS, 2016).

3.3. FATORES DE RISCO PARA DECLÍNIO COGNITIVO ASSOCIADO AO HIV

O declínio cognitivo relacionado à infecção pelo HIV pode também estar associado a fatores de risco, isto é, fatores que podem potencializar os danos ocasionados pela infecção do HIV no SNC. As características genéticas dos indivíduos são significativas para a patogênese viral. Nesse contexto, indivíduos que apresentam mutação no gene CCR5 são menos propensos a danos cognitivos ocasionados pelo HIV (ANTUNES, 2017). Isso é reflexo da menor produção do receptor CCR5 que está presente especialmente na linhagem monócito-macrófago que é essencial para o mecanismo de “cavalo de troia” (YADAV et al., 2017).

Ademais, o vírus da hepatite c também tem a capacidade de provocar danos cognitivos. Quando associados ao HIV, a probabilidade de que distúrbios cognitivos ocorram pode duplicar (BALDEZ, 2011). Outrossim, as CD4+ são células imunes que preferencialmente são atacadas pelo vírus HIV. Quanto menor os níveis de CD4+, mais comprometido fica o sistema imunológico e, conseqüentemente, maiores são os riscos das complicações da infecção ocasionada pelo HIV. Dessa forma, os danos cognitivos

são mais propensos de acontecer em indivíduos com menores níveis de CD4+ (VALENÇA, 2021).

Além disso, drogas psicoativas tem a capacidade de desencadear alterações neurocognitivas em seus usuários independente de possuírem ou não algum tipo de patologia. Isso se deve porque essas substâncias podem propiciar a morte de células nervosas, promover vasoconstrição e alteração na arquitetura cerebral (SILVA, 2018). Em pacientes HIV positivo tais alterações podem ser ainda mais patentes, haja vista que as drogas podem fomentar condições para maior replicação viral bem como para uma depressão do sistema imune (CORDEIRO, 2019). Também, o vírus HIV, uma vez instalado no SNC, pode acarretar danos tanto nas células nervosas quanto nas sinapses. Esses danos tem a capacidade de facilitar manifestações clínicas das doenças neurodegenerativas (BALDEZ, 2011).

3.4. MANIFESTAÇÕES CLÍNICAS

A infecção do SNC pelo vírus HIV pode causar diversos problemas como os transtornos neurocognitivos associados ao HIV (HAND). Esses transtornos, de acordo com Antunes (2017), podem ainda ser classificados como comprometimento neurocognitivo assintomático (ANI), comprometimento neurocognitivo ligeiro associado ao HIV (MND) e demência associada ao HIV (HAD).

O ANI é um tipo de transtorno que não causa impactos nas atividades de vida diária, bem como não encontra similaridades com delirium e nem demência. Sua detecção é feita por meio de avaliações que levam em consideração diversas funções cognitivas como a atenção, memória, velocidade de processamento e linguagem (ORTEGA et al., 2015). Geralmente não coexiste nenhuma outra possível causa para o déficit cognitivo e há ao menos um comprometimento de uma das funções cognitivas (CHRISTO, 2010). No MND, assim como no ANI, não há similaridade com demência e nem delirium, porém nesse tipo de transtorno há interferência nas atividades de vida diária de modo que pode haver uma ineficiência no trabalho e perturbações no funcionamento social (CHRISTO, 2010).

Ademais, a demência associada ao HIV (HAD) é um tipo de transtorno que causa impactos significativos nas atividades de vida diária. Sua manifestação é usualmente tardia e compromete dois ou mais domínios cognitivos (ANTUNES, 2017). As

manifestações clínicas mais evidentes são as alterações motora (visível alteração de marcha, descoordenação dos membros e até mesmo fraqueza) sociocomportamental (atitudes impróprias e desinibição) e emocional (irritabilidade e apatia) (CHRISTO, 2010). A HAD pode ocorrer isolada ou associada a outros transtornos cognitivos; o que não é observado nem no ANI e nem no MND.

A HAD apresenta particularidades que permitem diferenciá-la de outros tipos de demências, como explicita Antunes (2017), alegando que os pacientes com HAD apresentam com alguma frequência um comprometimento das habilidades motoras, mesmo quando as funções cognitivas permanecem relativamente preservadas. As manifestações motoras de HAD incluem: lentificação psicomotora, marcha instável, perda de equilíbrio, falta de coordenação, tremores e comprometimento de habilidades motoras finas (como a caligrafia). A presença de disfunção motora associada a alterações cognitivas é o principal fator que permite distinguir a HAD de outras demências.

3.5. AVALIAÇÃO DAS ALTERAÇÕES COGNITIVAS CAUSADAS PELO HIV

O declínio cognitivo em pacientes HIV positivo pode se manifestar como alterações cognitivas leves como também pode se apresentar de maneira grave a exemplo da demência associada ao HIV (HAD) (CHRISTO, 2010). Dado esse fato, os testes neuropsicológicos para a avaliação das alterações cognitivas são múltiplos. Os principais testes utilizados são Baterias de Prova de Raciocínio (BPR5), Teste de Inteligência Não Verbal, Figuras complexas de Rey, Escala de Inteligência Wechsler para Adulto, Teste Bender-Guestáltico e Matrizes Progressivas Coloridas de Raven, conforme elucidado no Quadro 1.

Quadro 1: Testes neuropsicológicos para avaliação de pacientes soropositivos.

Fonte: Christo, 2010.

Baterias de Prova de Raciocínio (BPR5)	Avaliação do raciocínio verbal, abstrato, espacial, numérico e mecânico
Teste de Inteligência Não Verbal	Identifica os tipos de raciocínios errados e como eles são executados
Figuras complexas de Rey	Averigua a memória e a organização viso-espacial
Escala de Inteligência Wechsler para adulto	Avalia a velocidade de processamento, compreensão verbal, memória de trabalho e organização perceptual
Teste Bender-Guestáltico	Mensurar inteligência e identificar danos orgânicos cerebrais
Matrizes Progressivas Coloridas de Raven	Avalia a inteligência e a capacidade abstrativa
Teste Neuropsicológico Computadorizado	Avaliação de atenção

3.6. TRATAMENTO

Identificada em humanos pela primeira vez em 1981, a SIDA (como era chamada anteriormente), acarretou a morte de milhões de pessoas, haja vista que esta síndrome causada pelo HIV tem capacidade de comprometer o funcionamento do sistema imunológico deixando o organismo susceptível a infecções oportunistas como a tuberculose, candidíase esofágica e pneumonia. Dado esse fato, foi um grande desafio para a comunidade global conter essa doença bem como instituir um tratamento (MAHMUD et al., 2020).

Durante a década de 1990, surgiu a terapia antirretroviral altamente ativa (HAART), que impede a replicação viral e conseqüentemente também melhora a infecção imunológica, haja vista que reduz a infecção tanto das CD4+ quanto das CD8+. No entanto, a cura não foi obtida com essa terapia, ocasionando uma infecção crônica, porém com menores taxas de mortalidade (SILVA, 2015). Apesar desse avanço, os estigmas relacionados ao HIV ainda são patentes, causando sofrimento psíquico para os pacientes portadores dessa doença. No que tange aos HAND, a HAART impede o desenvolvimento da demência associada ao HIV, porém não consegue impedir os distúrbios neurocognitivos menores como o ANI e o MND que têm aumentado significativamente (SILVANY, 2011).



4. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Perante os achados deste estudo, nota-se que, provavelmente, mais da metade dos pacientes que vivem com HIV desenvolverão algum grau de perda cognitiva associada especificamente ao vírus, e, embora a deficiência neurocognitiva grave e progressiva tenha se tornado rara em pacientes com HIV na era da terapia antirretroviral, a maioria desses pacientes apresentam alterações em testes neurocognitivos formais. Esses sintomas são causados por uma variedade de desordens de forma que diagnósticos específicos podem ser difíceis.

Embora o vírus HIV seja reconhecido pelo seu efeito direto no sistema imune celular através da depleção de linfócitos T CD4, o vírus HIV é associado ainda a amplos efeitos sobre o sistema nervoso, incluindo efeito direto no cérebro, medula espinal e nervos periféricos. Demência primária associada ao vírus da imunodeficiência humana, combinada com infecções oportunistas e de doenças malignas, constitui as chamadas manifestações neurológicas do HIV.

REFERÊNCIAS

- ANTUNES, F. A. M. **HIV e o sistema nervoso central: mecanismos de invasão e patogênese.** Mestrado Integrado de Ciências Farmacêuticas: Universidade de Lisboa, 86 p., 2017.
- BALDEZ, R. A. R. **Estudo da prevalência das alterações cognitivas ligadas ao HIV em pacientes portadores da infecção pelo HIV/AIDS.** Mestrado em Pesquisa Clínica em Doenças Infecciosas: Fundação Oswaldo Cruz, 87 p., 2011.
- CHRISTO, P. P. Alterações cognitivas na infecção pelo HIV e Aids. **Revista da Associação Médica Brasileira**, v. 56, n. 2, p. 242–247, 2010.
- CORDEIRO, M. S. M. **Distúrbios neurocognitivos associados à infecção por HIV: patogênese e perspectivas de tratamento.** Mestrado Integrado em Ciências Farmacêuticas: Universidade de Lisboa, 38 p., 2019.
- DUARTE, E. A. C., et al. **Avaliação intra-hospitalar da prevalência de alterações cognitivas em pacientes HIV positivos e fatores associados.** Dissertação: Universidade do Sul da Catarina, 48 p., 2019.
- HEATON, R. K., et al. Mudança neurocognitiva na era da terapia antirretroviral combinada para o HIV: o estudo longitudinal CHARTER. **Clin Infect Dis.**, v. 60, n. 4, p. 473-480, 2015.
- HOLT, J. L., et al. Estudos de neuroimagem do cérebro infectado com HIV-1 em envelhecimento. **J. Neurovirol.**, v. 18, n. 6, p. 291-302, 2012.

- KALIL, R. S., et al. Estudo dos transtornos cognitivos decorrentes da infecção pelo HIV-1. **Estudos de Psicologia**, v. 26, n. 4, p. 465–473, 2009.
- MAHMUD, I. C., et al. Transtornos cognitivos em idosos vivendo com HIV: uma revisão dos fatores de risco e mecanismos patogênicos. **Temas em Saúde**, v. 20, n. 1, p. 403-416, 2020.
- MASTERS, M. C., et al. Papel da neuroimagem em distúrbios neurocognitivos associados ao HIV. **Semin Neurol.**, v. 34, n. 1, p. 89-102, 2014.
- ORTEGA, M., et al. Efeitos do HIV e da terapia antirretroviral combinada na conectividade funcional corticoestriatal. **AIDS**, v. 29, n. 3, p. 703-712, 2015.
- RAGIN, A. B., et al. Alterações estruturais do cérebro podem ser detectadas no início da infecção pelo HIV. **Neurology**, v. 79, n. 24, p. 2328-2334, 2012.
- SAYLOR, D., et al. Transtorno neurocognitivo associado ao HIV - patogênese e perspectivas de tratamento. **Nat. Rev. Neurol.**, v. 12, n. 4, p. 232-234, 2016.
- SHIMOURA, R. O., et al. Modelos de redes de neurônios para o neocórtex e fenômenos emergentes observados. **Revista Brasileira de Ensino e Física**, v. 43, n. 1, p. 1-12, 2021.
- SILVA, A. K. B. L. **Alterações no sistema nervoso ocasionadas pelo HIV – AIDS**. Trabalho de Conclusão de Curso: Centro Universitário de Brasília, 16 p., 2018.
- SILVA, D. V. **HIV/Drogas: o imperativo da adesão a HAART e papel da educação em saúde nesta modelagem**. Mestrado em Pesquisa Clínica em Doenças Infecciosas: Fundação Oswaldo Cruz, 126 p., 2015.
- SILVANY, S. M. **Prevalência e fatores associados às alterações neurocognitivas em pacientes infectados com HIV-1/aids**. Dissertação de Mestrado: Universidade de São Paulo, 81 p., 2011.
- THOMAS, J. B., et al. Caminhos para os efeitos da neurodegeneração do HIV e do envelhecimento na conectividade funcional em estado de repouso. **Neurology**, v. 80, n. 8, p. 1186-1193, 2013.
- VALENÇA, M. M. Alterações cognitivas em pacientes com HIV-AIDS. **Avanços em Medicina**, v. 1, n. 1, p. 79-88, 2021.
- WILSON, T. W., et al. Evidência de neuroimagem multimodal de alterações na estrutura e função cortical em idosos infectados pelo HIV. **Zumbir. Brain Mapp.**, v. 36, n. 5, p. 897-910, 2015.
- YADAV, K. S., et al. Alterações estruturais do cérebro e desempenho neurocognitivo em HIV pediátrico. **Neuroimage**, v. 14, n. 3, p. 316-322, 2017.



PRINCIPAIS DESAFIOS DA PRÁTICA DO ACOLHIMENTO DA POPULAÇÃO SURDA NA ATENÇÃO PRIMÁRIA DE SAÚDE

MAIN CHALLENGES OF THE PRACTICE OF WELCOMING THE DEAF POPULATION IN PRIMARY HEALTH CARE

DOI: 10.51859/AMPLA.PPE2159-23

Bárbara Queiroz de Figueiredo¹

Álvaro Peixoto de Moraes²

Dieison Danrlei Roehrs³

Maria Jacilene de Araújo Gomes⁴

¹ Graduanda do curso de Medicina. Centro Universitário de Patos de Minas (UNIPAM)

² Graduando do curso de Medicina. Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP)

³ Graduando do curso de Medicina. Centro Universitário de Goiatuba (UNICERRADO)

⁴ Graduanda do curso de Medicina. Instituto Master de Ensino Antônio Carlos (IMEPAC)

RESUMO

O acolhimento em saúde é baseado no estabelecimento de relações solidárias e de confiança entre os profissionais e as pessoas que procuram os serviços para resolver seus problemas, sendo fatores importantes para que ocorra o vínculo e para a resolubilidade do problema dos pacientes. No entanto, os usuários portadores de deficiência auditiva se deparam com uma dificuldade acrescida, devido ao problema da comunicação interpessoal, pois no momento de acolhida o usuário surdo precisa comunicar sua necessidade e ser orientado quanto à conduta a ser seguida. Portanto, apesar do SUS ter tido importante papel na extensão da cobertura assistencial a toda a população brasileira, ainda existem pessoas ou questões invisíveis na saúde, fruto de uma invisibilidade social, que sofrem com o preconceito e a indiferença da sociedade e têm menor alcance aos serviços prestados por esse sistema. Perante esse cenário, a comunidade surda se encontra nesta parcela da população que não consegue atendimento igualitário nos sistemas públicos de saúde, sendo marginalizada da sociedade e dos serviços. Ademais, nota-se que os surdos apresentam piores condições de saúde quando comparados aos ouvintes e apresentam limitações no acesso aos serviços de saúde de forma diferente. Normalmente, os conhecimentos sobre saúde são adquiridos em diferentes meios, como família, amigos, rádio, televisão, material escrito e internet. Assim, a surdez limita a aquisição dessas informações em diversas fontes, principalmente no caso de pessoas que ficaram surdas antes de adquirir a fala, pois terão maior dificuldade de linguagem, leitura e escrita, em geral.

Palavras-chave: Atenção Primária. SUS. Surdos. Acolhimento.

ABSTRACT

Embracement in health is based on the establishment of solidary and trusting relationships between professionals and people who seek services to solve their problems, being important factors for the bond to occur and for the resolution of the patients' problem. However, users with hearing impairment are faced with an added difficulty, due to the problem of interpersonal communication, because at the moment of reception, the deaf user needs to communicate his need and be guided as to the conduct to be followed. Therefore, despite the SUS having played an important role in extending care coverage to the entire Brazilian population, there are still people or invisible issues in health, the result of social invisibility, who suffer from prejudice and indifference from society and have less reach services provided by that system. In view of this scenario, the deaf community is found in this part of the population that cannot obtain equal care in public health systems, being marginalized from society and services. In addition, it is noted that the deaf have worse health conditions when compared to hearing people and have limitations in accessing health services in a different way. Normally, knowledge about health is acquired through different means, such as family, friends, radio, television, written material and the internet. Thus, deafness limits the acquisition of this information from several sources, especially in the case of people who became deaf before acquiring speech, as they will have greater difficulty with language, reading and writing, in general.

Keywords: Primary attention. SUS. Deaf. Reception.

1. INTRODUÇÃO

O acolhimento em saúde é baseado no estabelecimento de relações solidárias e de confiança entre os profissionais e as pessoas que procuram os serviços para resolver seus problemas, sendo fatores importantes para que ocorra o vínculo e para a resolubilidade do problema dos pacientes. Ao acolher, são mobilizados os aspectos das relações que se estabelecem no âmbito do atendimento para que aconteça o direito à saúde, base para a consciência cidadã. Ademais, o momento do acolhimento na atenção básica à saúde compõe um potencial cenário para conflitos éticos no dia a dia das ações. Por isso, acolher as necessidades em saúde de pessoas portadoras de deficiência significa um desafio aos profissionais (ABREU et al., 2015).

Em 2006, foi lançada a Política Nacional de Saúde da Pessoa Portadora de Deficiência, em que são assegurados os seus direitos. Além disso, ressalta-se o Decreto de Lei nº 5.626 de 2005, que garante o direito à saúde das pessoas surdas ou com deficiência auditiva determinando que, a partir de 2006, seja organizado o atendimento às pessoas com deficiência auditiva na rede de serviços do Sistema Único de Saúde (SUS). No entanto, os usuários portadores de deficiência auditiva se deparam com uma dificuldade acrescida, devido ao problema da comunicação interpessoal, pois no momento de acolhida o usuário surdo precisa comunicar sua necessidade e ser orientado quanto à conduta a ser seguida (CAVAGNA et al., 2017).

Sob essa perspectiva, nota-se que os pacientes surdos buscam o sistema de saúde com menos frequência que os pacientes ouvintes, referindo, como principais dificuldades, o medo, a desconfiança e a frustração. Durante o acolhimento dos usuários pelos profissionais da saúde, é necessário que se estabeleça uma forma de comunicação que possibilite o entendimento, e na maioria das vezes, essa comunicação se dá usando-se a linguagem verbal. Porém, também existem outras formas de comunicação, como a LIBRAS, que é a língua oficial utilizada pela população surda brasileira, reconhecida como meio legal de comunicação e expressão (OLIVEIRA et al., 2015).

Outrossim, criado há quase três décadas sob atmosfera de luta por mais justiça social e equidade, o SUS foi parte de uma grande reforma sanitária e processo de redemocratização no Brasil, com conceito de saúde como um “direito de todos e um dever do Estado”. No entanto, após 29 anos de sua criação, o SUS ainda demonstra

grandes desigualdades na distribuição de recursos, promoção de serviços e de acessibilidade à saúde, reforçadas por desigualdades sociais históricas no país. A equidade no acesso aos serviços de saúde é pouco notada, refletindo em índices de saúde discordantes entre diferentes regiões, raças/etnias ou rendas (PIRES et al., 2016).

Portanto, apesar do SUS ter tido importante papel na extensão da cobertura assistencial a toda a população brasileira, ainda existem pessoas ou questões invisíveis na saúde, fruto de uma invisibilidade social, que sofrem com o preconceito e a indiferença da sociedade e têm menor alcance aos serviços prestados por esse sistema (OLIVEIRA et al., 2015). Perante esse cenário, a comunidade surda se encontra nesta parcela da população que não consegue atendimento igualitário nos sistemas públicos de saúde, sendo marginalizada da sociedade e dos serviços. Por isso, o objetivo deste estudo foi apontar os principais desafios enfrentados pelos profissionais de saúde no atendimento à pessoa surda na Atenção Primária (AP) de Saúde.

2. METODOLOGIA

Trata-se de uma pesquisa descritiva do tipo revisão narrativa da literatura, que buscou evidenciar, por meio de análises empíricas e atuais, os principais desafios enfrentados pelos profissionais de saúde no atendimento, pela Atenção Primária, aos usuários surdos. A pesquisa foi realizada através do acesso online nas bases de dados National Library of Medicine (PubMed MEDLINE), Scientific Electronic Library Online (SciELO), Cochrane Database of Systematic Reviews (CDSR), Google Scholar, Biblioteca Virtual em Saúde (BVS) e EBSCO Information Services, no mês de janeiro de 2022. Para a busca das obras foram utilizadas as palavras-chaves presentes nos descritores em Ciências da Saúde (DeCS): em inglês: *“Primary attention”, “SUS”, “deaf”, “reception”,* e em português: *“Atenção Primária”, “SUS”, “surdos”, “acolhimento”*.

Como critérios de inclusão, foram considerados artigos originais, que abordassem o tema pesquisado e permitissem acesso integral ao conteúdo do estudo, publicados no período de 2000 a 2021, em inglês e português. O critério de exclusão foi imposto naqueles trabalhos que não estavam em inglês ou português, que não tinham passado por processo de Peer-View e que não abordassem o tema da pesquisa. A estratégia de seleção dos artigos seguiu as seguintes etapas: busca nas bases de dados

selecionadas; leitura dos títulos de todos os artigos encontrados e exclusão daqueles que não abordavam o assunto; leitura crítica dos resumos dos artigos e leitura na íntegra dos artigos selecionados nas etapas anteriores. Assim, totalizaram-se 22 artigos científicos para a revisão narrativa da literatura, com os descritores apresentados acima.

3. REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

Segundo o último censo realizado pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) em 2020, mais de 10 milhões de pessoas têm algum problema relacionado à surdez, ou seja, 5% da população. Entre elas, 2,7 milhões não ouvem nada. De acordo com a Organização Mundial da Saúde (OMS), a estimativa é de que 900 milhões de indivíduos no mundo todo podem desenvolver surdez até 2050, um número significativo de usuários dos serviços de saúde. Neste contexto, a Atenção Primária é considerada a porta de entrada para o Sistema Único de Saúde (SUS) e deve levar em consideração os princípios da universalidade, transversalidade, autonomia, acessibilidade, continuidade do cuidado, vínculo, participação social, equidade, integralidade e humanização (PEREIRA et al., 2020).

Porém, ainda existem lacunas que interferem na garantia da integralidade de ações propostas pelo SUS, como o entrave na comunicação entre surdos e profissionais de saúde (o que pode gerar muitos transtornos), como o não entendimento do problema do paciente, não estabelecimento de relação e confiança por parte do surdo e até mesmo a não compreensão da estratégia terapêutica prescrita. Além disso, durante a pandemia de COVID-19, essa falta de acessibilidade está sendo percebida em diversos cenários sociais pelas pessoas com deficiência auditiva, oralizadas ou sinalizadoras, que tiveram que lidar com mais um obstáculo: o uso das máscaras de proteção facial, que as impede de fazer a leitura labial para facilitar a compreensão (SILVA et al., 2021).

Desse modo, a barreira comunicacional é o principal desafio no atendimento do sujeito surdo nas unidades de saúde se caracteriza, principalmente pela barreira comunicacional, fato devido à falta de preparo dos profissionais de saúde e de conhecimento a respeito deste público, de como se portar diante deste tipo de situação e de que maneira interagir com o mesmo. Além do desafio linguístico, os surdos ainda

enfrentam obstáculos na acessibilidade à saúde devido ao déficit de humanização na relação profissional-paciente, baixo conhecimento dos surdos sobre o processo de saúde-doença e ao difícil processo de inclusão destes na sociedade (ABREU et al., 2015).

Portanto, a comunidade surda é minoria linguística e cultural que sofre marginalização em grande parte dos serviços públicos. Por isso, este projeto justifica-se pelo fato de a atenção à saúde da pessoa com deficiência auditiva diferenciar-se entre aquilo que é proposto e o que existe na prática cotidiana dos serviços de saúde, visto que a equidade é um dos pilares do SUS. Ainda, a sociedade parece não estar preparada para atender integralmente às necessidades de saúde desse público, resultando em dificuldades para a prática da inclusão social, acessibilidade e agravamento da deficiência, sendo necessárias propostas educativas sobre o tema.

3.1. ASPECTOS ETIOLÓGICOS DA DEFICIÊNCIA AUDITIVA

A audição é um dos sentidos mais nobres, uma vez que sua principal função está ligada à aquisição e ao desenvolvimento da linguagem oral, fundamental nas relações interpessoais e com o meio ambiente (DANTAS et al., 2014). Segundo padrões estabelecidos pela *American National Standards Institute (ANSI)*, a deficiência auditiva é definida como a diferença entre o desempenho do indivíduo e a habilidade normal para detecção sonora, o que gera dificuldade ou ausência em perceber os sons (LESSA et al., 2016). No Brasil, existem cerca de 45 milhões de pessoas portadoras de deficiência, e destes, 1,7 milhão de pessoas têm dificuldade em ouvir (SILVA et al., 2021).

Ademais, a surdez pode ser classificada de três formas: bilateral, parcial ou total (podendo ser chamada também de severa ou profunda). Indivíduos com surdez severa podem apresentar perda total da audição, o que dificulta a interação social e a comunicação (FRANÇA et al., 2016). Além disso, a deficiência auditiva é compreendida como um impedimento de natureza física, intelectual ou sensorial que, juntamente com diversas barreiras, pode dificultar a participação de um indivíduo na sociedade (DANTAS et al., 2014).

3.2. PODER PÚBLICO E LEIS QUE PROTEGEM OS DEFICIENTES AUDITIVOS

A Lei de Acessibilidade nº 10.098, de 2000, atribuiu, como responsabilidade do poder público, o dever de promover a eliminação de barreiras na comunicação e

estabelecer mecanismos e alternativas técnicas que tornem os sistemas de comunicação acessíveis às pessoas com deficiência sensoriais (BRASIL, 2000). Desse modo, a língua brasileira de sinais (LIBRAS) foi reconhecida como meio legal da comunidade surda pela Lei Federal nº 10.436/02 e regulamentada pelo Decreto nº 5.626, 22 de dezembro de 2005, e dá outras providências, nela consta que as instituições públicas e empresas concessionárias de serviços públicos de assistência à saúde devem garantir atendimento adequado aos portadores de deficiência auditiva (BRASIL, 2002).

Ademais, o art. 25 da lei supracitada especifica que o serviço público de saúde deve garantir atendimento e tratamento adequado aos surdos e as instituições devem apoiar a capacitação e formação de profissionais para o uso de LIBRAS e sua tradução e interpretação (BRASIL, 2002; BRASIL, 2005). Porém, mesmo com conquistas legais, essa população ainda sofre por causa das barreiras comunicacionais, falta de informação e preconceito. Assim, a assistência à pessoa deve ser baseada nos princípios de integralidade, equidade e universalidade, conforme previsto na Constituição Federal de 1988 e na Lei nº 8.080/90 (YONEMOTU et al., 2020).

Sendo assim, não deve haver diferenciação no atendimento de forma que prejudique a comunidade surda (PEREIRA et al., 2020). Sob um aspecto pretérito, por muito tempo as pessoas surdas eram conhecidas como doentes, com limitações e déficit cognitivo, estigmatizadas e alvo de preconceito. Atualmente, a sociedade compreende estes sujeitos como normais, apresentando habilidades, no entanto, apesar disso, os indivíduos ainda enfrentam muitos obstáculos. No Brasil ainda é precária a acessibilidade dessa população aos serviços básicos, o que impede, assim, o acesso à saúde e aos direitos civis básicos (ARAGÃO et al., 2015).

3.3. DESAFIOS DA PRÁTICA DE ACOLHIMENTO DE SURDOS NA ATENÇÃO PRIMÁRIA

Os serviços de saúde brasileiros são responsáveis pelo atendimento à população de forma integral, guiados pelos programas do Ministério da Saúde com ações promotoras, preventivas e tratadoras da saúde dos indivíduos (SARAIVA et al., 2017). Embora seja esperado que o acesso aos cuidados de saúde dos surdos seja facilitado pela presença de profissionais capazes de se comunicar com a comunidade surda por meio da LIBRAS, a realidade dos serviços de saúde é que não há intérpretes suficientes



ou pessoas que consigam se comunicar efetivamente com essa população. Por conta dessa situação, a maioria dos surdos necessita de acompanhantes (geralmente familiares) para atendimento nos serviços de saúde (SOUSA et al., 2017).

Aliado à dificuldade de comunicação que existe entre profissionais e pacientes, está o desconhecimento da LIBRAS e suas diferenças básicas em relação à língua portuguesa, além do fato de um ser viso-espacial e o outro oral-auditivo, haja vista que a LIBRAS não possui flexão, gênero e escrita alfabética e há estruturação tópico-comentário, enquanto a língua portuguesa possui sintaxe linear e escrita alfabética. Portanto, as tentativas de comunicação por escrito podem não ser eficientes. Além disso, os surdos, em sua maioria, não entendem as informações e não há comunicação estabelecida com entendimento, mas apenas transmissão unilateral do que o outro interlocutor tenta expressar (CRUZ et al., 2015).

Em estudo realizado por Cavagna et al. (2017), participantes da pesquisa apontam que na escrita encontra-se dificuldade de entendimento, devido a grafia dos profissionais e a língua portuguesa e que a utilização de gestos, mímicas, a fala lenta, também são utilizadas como estratégia de comunicação, porém, em algumas vezes, podem não demonstrar o entendimento esperado. Além disso, o acompanhante, na maioria das vezes, é quem explica ao profissional os problemas de saúde apresentados pelo surdo, afetando dessa forma a sua cidadania, por depender de outras pessoas para ter acesso às informações que poderiam melhorar a sua qualidade de vida.

Ademais, segundo Silva et al. (2021), com a presença do acompanhante, os surdos tem receio que sejam expostas questões confidenciais, em contrapartida sem a presença do mesmo, acabam privados de informações sobre decisões e condutas da assistência. Assim, quando não há comunicação entre surdo-profissional, o atendimento fica voltado para o acompanhante, o que prejudica a interação do paciente com o profissional, provocando insegurança e constrangimento da parte do surdo. Por isso, devido à falta de comunicação dos profissionais, os surdos se sentem destratados, indignados, chateados e discriminados, já que o atendimento não supre suas necessidades. (CAVAGNA et al., 2017).

Dentre as consequências da dificuldade de comunicação e compreensão das informações, o surdo tende a retardar a busca por atendimento médico, evitar a atenção básica, o que corrobora para que a maioria dos atendimentos sejam realizados sob

âmbito em que a AP não consegue mais suprir, bem como uma maior prevalência de internação em relação aos ouvintes. Sob essa perspectiva, a barreira da comunicação compreende-se como importante problemática no aspecto preventivo (foco este da Atenção Básica), visto que as dificuldades de acesso às consultas com profissionais de saúde postergam o atendimento inicial de doenças que poderiam ser realizadas de forma mais leniente, evitando internações, o que, inclusive, reflete o desconhecimento quanto à prevenção de várias condições clínicas (SILVA et al., 2021).

Outrossim, além da confidencialidade, outros princípios da ética em saúde, como autonomia do paciente e individualização do tratamento da pessoa, podem ser negligenciados quando houver o viés de um terceiro participante mediar as informações. Também, a dificuldade comunicativa encontrada pelos profissionais de saúde leva ao distanciamento do vínculo com o paciente, uma vez que recomendações ou dados sobre as condições de saúde não são reportados diretamente a quem precisa e quem procura o serviço (TEDESCO et al., 2013).

Com isso, nota-se que os surdos apresentam piores condições de saúde quando comparados aos ouvintes e apresentam limitações no acesso aos serviços de saúde de forma diferente. Normalmente, os conhecimentos sobre saúde são adquiridos em diferentes meios, como família, amigos, rádio, televisão, material escrito e internet. Assim, a surdez limita a aquisição dessas informações em diversas fontes, principalmente no caso de pessoas que ficaram surdas antes de adquirir a fala, pois terão maior dificuldade de linguagem, leitura e escrita, em geral (SOUZA et al., 2017).

Quanto ao processo de inclusão social da comunidade surda, há um déficit de políticas públicas voltadas à integração dessa população, bem como de medidas que otimizem a comunicação desses grupos com o resto da população e o acesso a diferentes meios de informação. Ademais, a comunidade surda se apresenta como uma minoria sociolinguística, sendo este um importante desafio para o SUS, principalmente no que se refere às barreiras de comunicação e às dificuldades no atendimento humanizado e global a esses indivíduos. Geralmente, nesses casos, o cuidado é realizado, o problema é resolvido, porém, informações adicionais que devem ser repassadas a essas pessoas, como explicações sobre o quadro apresentado, medidas preventivas e demais cuidados não são compartilhadas (LEVINO et al., 2013).

Aliado a isso, segundo estudo de Silva et al. (2021), a população surda sente necessidade de maior inserção nas diversas atividades desenvolvidas para a população em geral, principalmente aquelas que envolvem conhecimentos sobre educação em saúde, proporcionando ao usuário certa autonomia para cuidar de si e até dos outros. Como essa inclusão dificilmente ocorre, a realidade que se apresenta é que o recebimento dessas informações, na maioria das vezes, vem da própria comunidade surda, acessando seus colegas para informações de saúde, o que reforça a desinformação, uma vez que além desse conhecimento ser limitado, pode ainda conter caráter informativo duvidoso ou errôneo.

4. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Conclui-se que a falta de infraestrutura e de recursos adequados para o acolhimento da população surda resultam em estratégias improvisadas, informais, que restringem a identificação da real necessidade desses usuários. A dificuldade de interação profissional-pessoa surda compromete a prescrição segura de tratamentos, visto que a imprecisão na coleta de informações sobre o histórico de saúde do usuário gera incertezas. Ademais, a presença de acompanhante reduz as possibilidades de erro, no entanto, limita a autonomia da pessoa surda, em decorrência da sua exclusão do processo de comunicação com o profissional.

REFERÊNCIAS

- ABREU, J. C., et al. A percepção dos surdos em relação ao sistema de comunicação das unidades de atenção primária à saúde. **Brazilian Journal of Surgery and Clinical Research**, v. 9, n. 1, p. 6-11, 2015.
- ARAGÃO, J. S., et al. Um estudo da validade de conteúdo de sinais, sintomas e doenças/agravos em saúde expressos em LIBRAS. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 23, n. 6, p. 1014-1023, 2015.
- BRASIL. Decreto nº 5.626, de 22 de dezembro de 2005. Regulamenta a Lei no 10.436, de 24 de abril de 2002, que dispõe sobre a Língua Brasileira de Sinais Libras, e o art.18 da Lei nº 10.098, de 19 de dezembro de 2000. Diário Oficial da União, Poder Executivo, Brasília, DF, Seção 1, 2005.

BRASIL. Lei nº 10.436, de 24 de abril de 2002. Dispõe sobre a Língua Brasileira de Sinais- Libras e dá outras providências. Diário Oficial da União, Poder Executivo, Brasília, DF, nº79, Seção 1, 2002.

BRASIL. Lei nº. 10.098, de 19 de dezembro de 2000. Estabelece normas gerais e critérios básicos para a promoção da acessibilidade das pessoas portadoras de deficiência ou com mobilidade reduzida, e dá outras providências. Diário Oficial da União, Poder Executivo, Brasília, DF, 2000.

CAVAGNA, V. M., et al. O paciente surdo e suas vivências no sistema de saúde: uma interface com a enfermagem. **Revista Enfermagem Atual In Derme**, v. 80, n. 18, p. 33-39, 2017.

CRUZ, D. M., et al. Rede de apoio à pessoa com deficiência física. **Cienc. Enferm.**, v. 21, n. 1, p. 23-33, 2015.

DANTAS, T. R. A., et al. Comunicação entre a equipe de enfermagem e pessoas com deficiência auditiva. **Revista Enfermagem UERJ**, v. 22, n. 2, p. 169-174, 2014.

FRANÇA, E. G., et al. Dificuldades de profissionais na atenção à saúde da pessoa com surdez severa. **Ciencia y enfermería**, v. 22, n. 3, p. 107-116, 2016.

LESSA, R. T. C., et al. Libras e o atendimento ao cliente surdo no âmbito da saúde. **Rev. Cient. Sena Aires**, v. 5, n. 2, p. 95-104, 2016.

LEVINO, D. A., et al. Libras na Graduação Médica: o Despertar para uma Nova Língua. **Rev Bras. Educ Med.**, v. 37, n. 2, p. 291-297, 2013.

OLIVEIRA, Y. C. A., et al. Comunicação entre profissionais de saúde-pessoas surdas: revisão integrativa. **Revista de Enfermagem UFPE**, v. 9, n. 2, p. 957-964, 2015.

OLIVEIRA, Y. C. A., et al. Conhecimento e fonte de informações de pessoas surdas sobre saúde e doença. **Interface-Comunicação, Saúde, Educação**, v. 19, n. 54, p. 549-560, 2015.

PEREIRA, A. A. C., et al. “Meu Sonho É Ser Compreendido”: Uma Análise da Interação Médico-Paciente Surdo durante Assistência à Saúde. **Revista Brasileira de Educação Médica**, v. 44, n. 4, 2020.

PIRES, H. F., et al. A percepção do surdo sobre o atendimento nos serviços de saúde. **Revista Enfermagem Contemporânea**, v. 5, n. 1, p. 68- 77, 2016.

SANTOS, W. R., et al. Inclusão do paciente surdo nos serviços de saúde no âmbito da atenção primária e suas interfaces com o cuidado de enfermagem. **Caderno De Graduação - Ciências Biológicas e da Saúde – UNIT**, v. 6, n. 2, p. 73- 86, 2020.

- SARAIVA, F. J. C., et al. O silêncio das mãos na assistência aos surdos nos serviços de saúde pública. **Olhares Plurais**, v. 2, n. 17, p. 94-104, 2017.
- SILVA, M. L., et al. As dificuldades encontradas na assistência à saúde às pessoas com surdez. **Research, Society and Development**, v. 10, n. 2, 2021.
- SOUSA, E. M., et al. Atendimento ao surdo na atenção básica: perspectiva da equipe multidisciplinar. **Id online Rev. Psic.**, v. 10, n. 33, p. 72-82, 2017.
- SOUZA, M. F. N. S., et al. Principais dificuldades e obstáculos enfrentados pela comunidade surda no acesso à saúde: uma revisão integrativa de literatura. **Revista CEFAC**, v. 19, n. 3, p. 395-405, 2017.
- TEDESCO, J. R., et al. Desafios da prática do acolhimento de surdos na atenção primária. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 29, n. 8, p. 1685-1689, 2013.
- YONEMOTU, B. P. R., et al. Diversidade e comunicação: percepções de surdos sobre atividade de educação em saúde realizada por estudantes de medicina. **Revista Eletrônica de Comunicação, Informação e Inovação em Saúde**, v. 14, n. 2, p. 401-414, 2020.



AURICULOTERAPIA NA CONSULTA DE ENFERMAGEM: UM RELATO DE EXPERIÊNCIA

AURICULOTHERAPY IN NURSING CONSULTATION: AN EXPERIENCE REPORT

DOI: 10.51859/AMPLA.PPE2159-24

Kaline Ribeiro de Freitas ¹

¹ Graduação em Enfermagem. Universidade de Ciência e Extensão do Rio Grande do Norte – UNIFACEX. Especialista em Enfermagem do Trabalho. Universidade Potiguar – UNP.

RESUMO

Auriculoterapia é uma prática milenar, baseada em conhecimentos tradicionais, que utiliza o pavilhão auricular para tratar e prevenir doenças, visando o restabelecimento da saúde. O objetivo deste trabalho é avaliar a efetividade da auriculoterapia na assistência de Enfermagem como forma de prevenir e tratar doenças. Trata-se de um estudo qualitativo, descritivo, do tipo relato de experiência, realizado a partir da vivência da Enfermeira no seu ambiente de trabalho, que utilizou a auriculoterapia como forma de tratar e prevenir doenças, tendo como público-alvo trabalhadores da educação de uma escola pública em uma cidade do nordeste brasileiro. A prática aconteceu no período de março a julho de 2019. No período do estudo havia 87 servidores lotados no campus, sendo que 18 deles procuravam o ambulatório de forma corriqueira, e destes, 14 aceitaram utilizar a auriculoterapia como opção terapêutica. Para a coleta de dados, foi utilizado um questionário na consulta de enfermagem. Para o tratamento preconizou-se 10 sessões aos participantes, 1 por semana, com data e horário programados, divididos em três dias da semana: terças, quartas e quintas feiras. Já os protocolos de tratamento foram formulados de acordo com as queixas relatadas na anamnese. 57% dos servidores relataram sonolência a partir da segunda sessão; 93% realizaram entre 5 e 8 sessões; apenas 1 servidor conseguiu realizar as 10 sessões, com melhora significativa de suas queixas. Conclui-se que a efetividade da auriculoterapia na assistência de Enfermagem é promissora, possibilitando constatar melhor eficácia em quem realizou maior número de sessões.

Palavras-chave: Auriculoterapia. Práticas Integrativas e Complementares. Saúde do Trabalhador.

ABSTRACT

Auriculotherapy is an ancient practice, based on traditional knowledge, which uses the auricular pavilion to treat and prevent diseases, aiming at the restoration of health. The objective of this work is to evaluate the effectiveness of auriculotherapy in Nursing care to prevent and treat diseases. This is a qualitative, descriptive study, of the experience report type, carried out from the experience of the Nurse in her work environment, who used auriculotherapy as a way of treating and preventing diseases, having as target public health education workers. a public school in a city in northeastern Brazil. The practice took place from March to July 2019. During the study period, there were 87 employees working on campus, 18 of whom sought the outpatient clinic on a regular basis, and of these, 14 accepted to use auriculotherapy as a therapeutic option. For data collection, a questionnaire was used in the nursing consultation. For the treatment, 10 sessions were recommended to the participants, 1 per week, with a scheduled date and time, divided into three days of the week: Tuesdays, Wednesdays, and Thursdays. The treatment protocols were formulated according to the complaints reported in the anamnesis. 57% of servers reported drowsiness after the second session; 93% performed between 5 and 8 sessions; only 1 server managed to perform the 10 sessions, with a significant improvement in their complaints. It is concluded that the effectiveness of auriculotherapy in Nursing care is promising, making it possible to verify better effectiveness in those who performed the greatest number of sessions.

Keywords: Auriculoterapia. Práticas Integrativas e Complementares. Saúde do Trabalhador

1. INTRODUÇÃO

As Práticas Integrativas e Complementares (PICs) inseridas no Sistema Único de Saúde (SUS) vêm contribuindo de forma complementar com a medicina alopática, sob a ótica da medicina tradicional chinesa/acupuntura, da homeopatia, da fitoterapia, da medicina antroposófica e do termalismo/crenoterapia (Hohenberger & Dallegrave, 2016).

Nesse contexto, a auriculoterapia é uma prática milenar, baseada em conhecimentos tradicionais, que utiliza o pavilhão auricular para tratar e prevenir doenças, visando o restabelecimento da saúde. Na técnica, são utilizados pontos de acupuntura na região auricular de acordo com os problemas identificados na anamnese, cujos pontos correspondem a determinados órgãos e estruturas do corpo (Lopes e Seroíska, 2013).

Estudos mostram a eficácia da auriculoterapia em diferentes contextos, como em Moura et al (2019) que constataram seu efeito na dor crônica musculoesquelética nas costas, tornando-se o tratamento de escolha para essa condição.

No contexto educacional, as PICS têm sido utilizadas como forma de promoção e prevenção em saúde mental, prevenindo o adoecimento psíquico, como nas experiências de Belasco, Passinho e Vieira (2019) que obtiveram êxito na melhora dos agravamentos de quadros clínicos de transtornos mentais dos estudantes universitários atendidos.

No cotidiano da assistência de Enfermagem, é possível agregar abordagens diversificadas para atuar na promoção, proteção e recuperação da saúde. Nesse caso, a Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) contribui na organização das práticas de cuidar, possibilitando a operacionalização do processo de Enfermagem (COFEN, 2009).

O Processo de Enfermagem é um método técnico-científico que habilita o profissional Enfermeiro a interpretar, analisar e tomar decisões em relação aos problemas e situações de saúde-doença da pessoa, família e coletividade. Com isso, é uma ferramenta que estabelece etapas que são inter-relacionadas, interdependentes e recorrentes para que os resultados sejam alcançados (COFEN, 2009).

Diante das evidências científicas, com o intuito de contribuir com mais conhecimentos nessa temática, o presente estudo tem como objetivo avaliar a efetividade da auriculoterapia na assistência de Enfermagem como forma de prevenir e tratar doenças e identificar sua eficácia para os tratamentos propostos.

2. METODOLOGIA

Trata-se de um estudo qualitativo, descritivo, do tipo relato de experiência, realizado a partir da vivência da Enfermeira no seu ambiente de trabalho, que utilizou a auriculoterapia como forma de tratar e prevenir doenças. Os participantes foram os profissionais da educação de uma Escola Pública Federal de Ensino de uma cidade do Ceará, situada no nordeste brasileiro, que buscavam atendimento no ambulatório da referida instituição.

De início, havia 87 servidores lotados no campus, sendo que 18 deles procuravam o ambulatório de forma corriqueira. Ao concluir a capacitação, a Enfermeira os convidou para experimentarem a prática, 14 servidores aceitaram utilizar a auriculoterapia como opção terapêutica, e com isso, deu-se início aos processos seguintes. A prática aconteceu no período de março a julho de 2019.

Para o tratamento preconizou-se 10 sessões a cada participante, 1 por semana, com data e horário programados, divididos em três dias da semana: terças, quartas e quintas feiras. Já os protocolos de tratamento foram diversificados e formulados de acordo com as queixas relatadas na anamnese.

Os materiais utilizados no decorrer da terapia foram custeados pela Enfermeira responsável, sendo eles: álcool a setenta por cento, sementes de mostarda, esparadrapo, algodão, apalpador auricular, estilete, pinça e placa para colocação e organização das sementes. Todo o tratamento foi ofertado gratuitamente. As sementes de mostarda foram fixadas em cada ponto com esparadrapos antialérgicos de modo a permanecer por 7 dias consecutivos.

Para não coincidir com o turno de trabalho dos servidores, o atendimento era agendado, com horário e data programados. O primeiro momento iniciou com a consulta de Enfermagem, que foi de fundamental importância para a organização das etapas seguintes. Nesse primeiro momento, cada consulta durou uma hora.

As etapas seguintes ocorreram com as sessões semanais, baseadas nas anotações dos relatos e na prática da terapia. Para essas etapas, o atendimento durou cerca de dez minutos a cada participante, pois a técnica possuía alguns passos, como avaliação auricular, retirada dos pontos para troca das aurículas, antissepsia auricular e colocação dos pontos do protocolo. Os participantes eram orientados a pressionar cada ponto, três vezes ao dia, para ativá-los, sendo preconizado alternar as aurículas para evitar ferimentos.

A consulta de Enfermagem foi fundamental, pois possibilitou construir um tratamento personalizado baseado na escuta acolhedora. Nesse sentido, foi possível montar protocolos a partir de uma anamnese rigorosa abordando os seguintes tópicos: história da doença atual, enfermidades pré-existentes, medicações em uso, antecedentes patológicos e familiares e por fim foi realizado exame auricular com inspeção e palpação.

3. RESULTADOS E DISCUSSÕES

Para os servidores participantes, a idade média foi de 37,7 anos (42,85%), 78,57% (11) do sexo feminino, 14,28% (2) com graduação, 21,41% (3) mestrado e 64,28% (9) com especialização. Com o tratamento em curso, os relatos dos participantes eram anotados a cada sessão. Sendo assim, foi identificado que 8 participantes (57%) sentiram alguma alteração a partir da segunda sessão, sendo a sonolência mais descrita por eles.

Ao final do tratamento, foi possível contabilizar que 13 servidores (93%) realizaram entre 5 e 8 sessões. Na literatura não se verifica consenso sobre o número de sessões, como nos estudos de Moura et al (2015), nos quais foram encontrados tratamentos com uma sessão, oito e doze.

Apenas 1 servidor conseguiu concretizar as 10 sessões, com protocolo para síndrome do túnel do carpo e dor na região do antebraço. A partir da quarta sessão, o referido servidor sinalizou melhora do quadro, mais relaxado e sem dor. Ao final, as dores praticamente tinham sumido. Todos os servidores informaram melhora de seus quadros, mas depreende-se que aqueles que conseguiram realizar o maior número de sessões passaram a relatar melhora significativa.

Na visão da Enfermeira, a auriculoterapia ampliou o seu olhar clínico e o olhar em outros contextos. Isso aconteceu quando ela utilizou conhecimentos adquiridos na formação acadêmica, como a consulta de Enfermagem, e quando sentiu necessidade em buscar outros conhecimentos além da sua formação, como a meditação, cromoterapia, yoga.

Em uma análise mais profunda, a auriculoterapia obteve êxito aos tratamentos propostos já identificados a partir da segunda sessão e que, no decorrer da prática, aqueles que conseguiram realizar maior número tiveram melhores respostas. Nos estudos de Jales et al (2021), a auriculoterapia foi utilizada em professores com estresse e ansiedade e apresentaram efeitos significativos, sendo que para a ansiedade a melhora dos sintomas ocorreu entre a primeira e quarta sessão, já para o estresse entre a primeira e a nona.

No decorrer dos encontros, foi possível perceber um vínculo entre os servidores e a Enfermeira, possivelmente ocasionado pela reciprocidade da confiança e respeito à cultura e crença de cada indivíduo, o que proporcionou maior comprometimento no tratamento por parte dos participantes.

Este estudo também oportunizou um planejamento e um plano de tratamento e cuidado baseados na Sistematização da Assistência de Enfermagem, sendo a anamnese uma ferramenta utilizada que contribuiu na construção dos protocolos de tratamento e possibilitou estabelecer condutas adequadas, acompanhamento eficiente e resultados além do esperado, dados corroborados por outros estudos que apontam que essa prática de Enfermagem amplia o campo de atuação do profissional.

No intuito de contribuir com o desenvolvimento de pesquisas futuras, é importante citar as limitações desse estudo, pois acredita-se que se houvesse maior número de participantes e maior número de sessões seria possível obter resultados mais promissores.

4. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A referida experiência possibilitou vivenciar novas relações entre os sujeitos envolvidos no processo do cuidado. Nesse pressuposto, foi possível compreender que a auriculoterapia é uma importante ferramenta de prevenção e tratamento nos



diferentes contextos do processo saúde e doença. Essa prática contribui para a mudança global do comportamento humano, por estimular a prática do autocuidado. Trata-se de uma terapêutica que é socialmente contributiva ao integrar o ser humano com o meio ambiente e a sociedade.

A auriculoterapia, por ser uma prática utilizada há milênios, regendo os princípios da medicina oriental, onde considera o ser humano como um ser integral sem barreiras entre mente, corpo e espírito, tem se mostrado promissora na literatura, e isso, leva a estabelecer buscas por novos estudos, pois eles se tornam relevantes pela afirmação científica, como também por se estender para todos os campos do conhecimento humano e da saúde.

No decorrer da consulta de Enfermagem, a Enfermeira contou com um importante instrumento que possibilitou um melhor desfecho para a prática clínica, sendo a Sistematização da Assistência de Enfermagem a facilitadora de todo o processo de investigação e tratamento, pois se trata de uma ferramenta técnico-científica com capacidade de fundamentar as ações propostas através do estudo, do conhecimento e dos princípios da ética e bioética no cotidiano da especialista. Com isso, os protocolos de tratamento embasados nessas habilidades estabeleceram uma melhor conduta na terapêutica da profissional.

Por fim, conclui-se que a efetividade da auriculoterapia na assistência de Enfermagem é promissora, pois possibilitou constatar melhor eficácia em quem realizou maior número de sessões. Com isso, espera-se que esse estudo possa contribuir para o surgimento de novas pesquisas e evidências científicas nessa área.

REFERÊNCIAS

BELASCO, Isabel Cristina; PASSINHO, Renata Soares; VIEIRA, Valéria Aparecida. Práticas integrativas e complementares na saúde mental do estudante universitário. **Arq. bras. psicol.**, Rio de Janeiro, v. 71, n. 1, p. 103-111, 2019. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S180952672019000100008&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 20 fev. 2020.

COFEN. Resolução 358/2009. **Dispõe sobre a Sistematização da Assistência de Enfermagem e a implementação do Processo de Enfermagem em ambientes, públicos ou privados, em que ocorre o cuidado profissional de Enfermagem, e dá outras providências** [Internet]. Disponível em:



http://www.cofen.gov.br/resoluo-cofen-3582009_4384.html. Acesso em: 31 ago 2021.

HOHENBERGER, Glaucia Fragoso; DALLEGRAVE, Daniela. Auriculoterapia para profissionais de saúde: percursos possíveis da aprendizagem à implantação na Unidade de Saúde. **Saúde em Redes**. UFG, V.2, p.372-382, 2016. Disponível em: <
https://www.researchgate.net/publication/316832675_AURICULOTERAPIA_PARA_PROFISSIONAIS_DE_SAUDE_PERCURSOS_POSSIVEIS_DA_APRENDIZAGEM_A_IMPLANTACAO_NA_UNIDADE_DE_SAUDE>. Acesso em: 10 mai 2020.

JALES, Renata Dantas; et al. A auriculoterapia no controle da ansiedade e do estresse. **Enfermeria Global**. UFPB, V. 62, P. 360, 2021. Disponível em: <
<https://revistas.um.es/eglobal/article/view/448521/302921>>. Acesso em: 03 set 2021.

LOPES, Sandra Silverio; SEROISKA, Mariângela Adriane. Auriculoterapia para analgesia. *IN: SILVERIO-LOPES, Sandra; SEROISKA, Mariângela Adriane. Analgesia por acupuntura* 22. ed. Curitiba: Omnipax, 2013. Cap. 1, p. 12-33. Disponível em: <
www.omnipax.com.br/livros/2013/anac/anac-cap01.pdf>. Acesso em: 09 nov 2020.

MOURA, Caroline de Castro; et al. Auriculoterapia efeito sobre a ansiedade. **Revista Cubana de Enfermería**. [SI], v. 30, n. 2, 2015. ISSN 1561-2961. Disponível em: <
<http://www.revenfermeria.sld.cu/index.php/enf/article/view/596/90>>. Acesso em: 24 ago. 2021.

MOURA, Caroline de Castro; et al. Efeitos da acupuntura auricular na dor crônica em pessoas com distúrbios musculoesqueléticos nas costas: um ensaio clínico randomizado. **Rev. esc. enferm. USP**, São Paulo, v. 53, e03418, 2019. Disponível em <
http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342019000100402&lng=en&nrm=iso>. acesso em 29 de maio de 2019. Epub 21 de janeiro de 2019. <http://dx.doi.org/10.1590/s1980-220x2018009003418>.

ESTRATÉGIAS DE PREVENÇÃO E TRATAMENTO DE LESÕES POR PRESSÃO REALIZADAS PELA EQUIPE DE ENFERMAGEM EM UNIDADES DE TERAPIA INTENSIVA: UMA REVISÃO INTEGRATIVA DA LITERATURA

STRATEGIES FOR PREVENTION AND TREATMENT OF PRESSURE INJURIES PERFORMED BY THE NURSING TEAM IN INTENSIVE CARE UNITS: AN INTEGRATIVE LITERATURE REVIEW

DOI: 10.51859/AMPLA.PPE2159-25

Jaíne Maria dos Santos¹
Ana Caroline Melo dos Santos²

¹ Enfermeira. Faculdade UNIRB Arapiraca (FARB - UNIRB).

² Professora do curso de bacharelado em Enfermagem. Faculdade UNIRB Arapiraca (FARB - UNIRB).

RESUMO

As lesões por pressão (LPP) são danos físicos que podem prejudicar o estado de saúde do paciente. Em unidades de terapia intensiva (UTIs), tais lesões são ainda mais prejudiciais, devido ao estado de saúde dos pacientes. O objetivo deste estudo foi identificar o papel do enfermeiro frente a prevenção e tratamento de LPPs em unidades de terapia intensiva, observando as ferramentas de auxílio disponíveis. Para alcançar o objetivo, uma revisão integrativa foi desenvolvida a partir de uma busca nas bases de dados SciELO, BDEF e LILACS, utilizando os descritores “lesão por pressão”, “UTI” e “enfermagem” e a delimitação de tempo entre os anos de 2017 e 2021, visando analisar publicações mais recentes que pudessem imprimir resultados mais próximos da realidade atual. Após a aplicação de critérios de inclusão e exclusão, 37 artigos foram analisados. Os resultados demonstram que apesar de uma quantidade significativa de estudos publicados e dos avanços quanto ao desenvolvimento de ferramentas de predição de riscos, a incidência de LPPs ainda é considerada alta no Brasil. Em contrapartida, alguns trabalhos relatam que nas UTIs em que a equipe responsável por tais cuidados foi capacitada e desenvolveu protocolos de prevenção tiveram bons resultados quanto a redução da incidência de LPPs. Por fim, é possível concluir que melhorias no processo de prevenção e tratamento de LPPs são necessárias, porém, para isto, além da capacitação da equipe envolvida, fatores inerentes à eficácia do cuidado por parte dos profissionais, como o investimento em infraestrutura e oferecimento de cursos de capacitação, é indispensável.

Palavras-chave: Lesão por pressão. Profissionais de saúde. Unidade de Terapia Intensiva.

ABSTRACT

Pressure injuries (LPP) are physical damages, which can harm the patient's health status. In intensive care units (ICUs), such injuries are even more harmful, due to the patients' state of health. The aim of this study was to identify the role of nurses in the prevention and treatment of LPPs in intensive care units, also observing the available help tools. To achieve the objective, an integrative review was developed based on a search in the SciELO, BDEF and LILACS databases, using the descriptors “pressure injury”, “ICU” and “nursing” and in the delimitation of time between the years of 2017 and 2021, in order to analyze more recent publications that could print results closer to the current reality. After applying inclusion and exclusion criteria, 37 articles were analyzed. The results demonstrate that despite a significant amount of published studies and advances in the development of risk prediction tools, the incidence of LPPs is still considered high in Brazil. On the other hand, some studies report that in the ICUs where the team responsible for such care was trained and developed prevention protocols, they had good results in reducing the incidence of LPPs. Finally, it is possible to conclude that improvements in the process of prevention and treatment of LPPs are necessary, however, for this, in addition to the training of the team involved, factors inherent to the effectiveness of care on the part of professionals, such as investment in infrastructure and provision of training courses is indispensable.

Keywords: Pressure ulcer. Health professionals. Intensive Care Units.

1. INTRODUÇÃO

A ocorrência e incidência de lesões por pressão (LPP) em unidades de terapia intensiva (UTIs) é um tema que vem sendo estudado há mais de 20 anos (LOURO; FERREIRA; PÓVOA, 2007; FERNANDES, 2000). O enfermeiro é o profissional da saúde que tem contato por maior período de tempo com estes pacientes e, devido a isto, deve estar bem preparado para lidar com tais situações (CASCÃO; RACHE; PIERO, 2019).

Os estudos abrangendo esse tema apontam que a prevenção é o melhor caminho para lidar com as LPPs visto que, o tratamento tende a ser mais oneroso ao sistema, mais cansativo e dispendioso para o paciente, desta forma muitas ferramentas foram desenvolvidas para a predição de riscos do desenvolvimento destas lesões, as quais vem sendo amplamente utilizadas (VARGAS; SANTOS, 2019; BARBOSA et al., 2014; COSTA et al., 2011; FERNANDES; TORRES; VIEIRA 2008).

Os profissionais de enfermagem são essenciais em ambientes de terapia intensiva, sendo incumbidos da assistência contínua durante todo o tempo de internação dos pacientes (MEDEIROS et al., 2017). Assim sendo, tais profissionais devem ter acesso a um ambiente que os permita desenvolver seu trabalho de forma eficiente, assim como buscarem capacitação recorrente e permanente para aumentar a eficácia de seu trabalho, especialmente na prevenção de LPPs.

Apesar do conhecimento dos prejuízos causados pelas LPPs, ainda hoje estas lesões têm causado problemas sérios ao sistema de saúde, aos profissionais e aos pacientes (VARGAS; SANTOS 2019; RIBEIRO et al., 2018; MEDEIROS et al., 2017). Desta forma, o presente trabalho será desenvolvido no intuito de analisar a evolução cronológica do tratamento profissional dado às LPPs, sugerindo um possível plano de ação a ser seguido em unidades de terapia intensiva (UTIs), locais em que estas lesões são ainda mais graves.

2. METODOLOGIA

O presente estudo consiste em uma revisão de literatura do tipo integrativa, a qual caracteriza-se pela utilização de documentos, sejam eles teóricos ou empíricos, para embasar a formação do conhecimento acerca de determinado tema, objetivando



o entendimento sobre a aplicabilidade direta do assunto abordado na prática (SOARES et al., 2014).

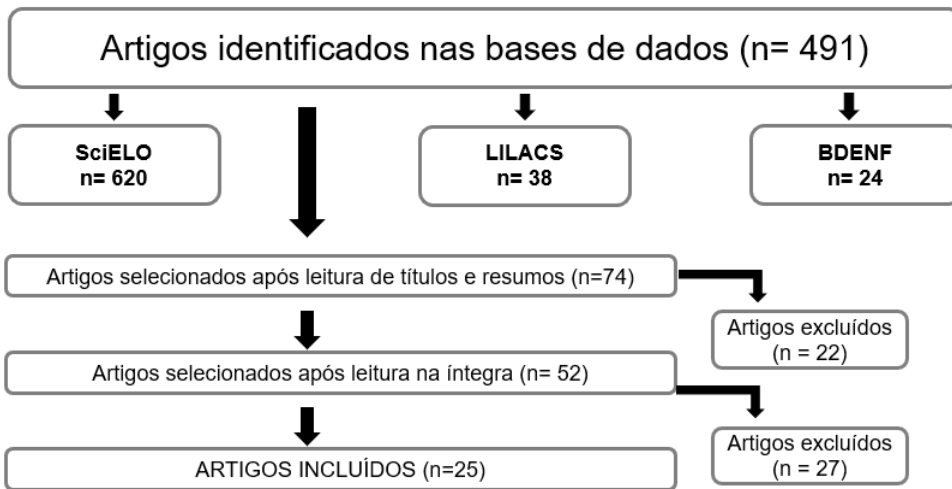
Toda metodologia foi desenvolvida para responder à questão norteadora deste estudo que consiste em: "Qual o papel do enfermeiro diante da prevenção e do tratamento de lesões por pressão em ambientes de terapia intensiva?". Para alcance do objetivo, o trabalho foi subdividido em etapas, sendo elas: definição do tema e objetivo da pesquisa, busca na literatura de artigos relacionados ao tema, aplicação de critérios de inclusão e exclusão, caracterização dos dados e sintetização dos resultados em forma de texto (SANTOS; PIMENTA; NOBRE, 2007).

A pesquisa foi realizada considerando a delimitação espaço temporal dos cinco últimos anos, englobando publicações do ano de 2017 até o ano atual (2021), para que assim fosse possível analisar dados e informações mais atuais acerca da atuação da equipe de enfermagem frente a prevenção e o tratamento de lesões por pressão (LPPs) em ambientes de unidade de terapia intensiva. As bases de dados utilizadas no presente estudo foram: Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), Bases de Dados de Enfermagem (BDENF) e *Scientific Electronic Library Online* (SciELO), utilizando os termos de busca "lesão por pressão", "UTI" e "enfermagem". Foram consideradas publicações em diferentes idiomas e desconsideradas aquelas que não se tratavam de artigos científicos, como por exemplos os trabalhos de conclusão de curso, dissertações e teses.

A seleção dos estudos mais relevantes foi realizada com base em critérios de inclusão e exclusão, sendo excluídas as publicações que não possuíam adequação de seus títulos ao objeto deste estudo, assim como as encontradas em duplicatas em bases de dados diferentes. Após a exclusão baseada nos títulos, publicações com resumos que descreviam objetivos fora do pretendido neste estudo também foram removidas. Em seguida, os artigos foram lidos na íntegra e a partir disso, documentos referentes a revisões de literatura foram excluídos, chegando assim ao número final de artigos trabalhados (Figura 1).



Figura 1 – Seleção de publicações nas bases de dados: *Scientific Electronic Library Online* (SciELO), Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS) e Base de Dados de Enfermagem (BDENF)



Fonte: Autoria própria.

3. RESULTADOS E DISCUSSÃO

Foram analisados 25 artigos, diretamente relacionados com a pesquisa em questão, os quais puderam contribuir para o melhor entendimento acerca do papel da enfermagem frente ao tratamento e prevenção de lesões por pressão em UTI. O número elevado de artigos iniciais indica a alta quantidade de material relacionado ao tema, porém a exclusão de alguns foi necessária para que o material de estudo pudesse ser especificamente analisado. Ao analisar o tipo de delineamento metodológico das publicações é possível observar que a maior parte (n=12) trata-se de estudos com abordagem quantitativa, os quais permitiram identificar a influência das LPPs, principalmente, em relação aos quantitativos de prevalência e incidência das lesões.

Em relação às bases analisadas, observa-se maior quantitativo de publicações encontradas por meio do SciELO, tal qual, consiste em uma base de dados amplamente utilizada para todas as áreas de pesquisas acadêmicas. As bases BDENF e LILACS contribuíram para este trabalho com seis e cinco publicações, respectivamente. Os anos com maior número de publicações foram 2019 e 2017, ambos com sete publicações, e, em contrapartida, o ano de 2021 contou com apenas duas publicações, fato que pode ser explicado devido ao presente estudo ter sido conduzido considerando publicações até o mês de junho do corrente ano mencionado.

3.1. LESÕES POR PRESSÃO EM UNIDADES DE TERAPIA INTENSIVA

As lesões por pressão (LPPs) são caracterizadas, de forma geral, pelo comprometimento das camadas da pele e tecidos subjacentes (OTTO et al., 2019) e estão associadas a diversos fatores, tais como: fatores psicológicos, nutricionais, movimentação limitada e o processo de cuidado mediado pelos profissionais da saúde (FIGUEIREDO JÚNIOR et al., 2020). De acordo com Barbosa e Araújo (2020) e em conformidade com o National Pressure Ulcer Advisory Panel (NPUAP), no ano de 2016 a terminologia de úlcera por pressão (UPP) foi atualizada para Lesão por Pressão (LPP).

As LPPs promovem além do maior do tempo de internação, aumento de ocorrência de infecções e de custos (CANDATEN; VIEIRA; BARCELLOS, 2019). Silva et al. (2017) demonstraram, por meio de um estudo conduzido em um Hospital Universitário, localizado no nordeste do Brasil, que há uma relação diretamente proporcional entre aumento de custos e estágio de lesões por pressão, de forma que, quanto mais grave a lesão, maior será o gasto com o tratamento.

Conforme Figueiredo Júnior et al. (2020), no Brasil, estudos apontam que a incidência de LPPs em ambientes de longa permanência pode chegar a 66,6%. De acordo com Vasconcelos e Caliri (2017) as LPPs estão relacionadas aos indicadores de qualidade de hospitais, sendo este, mais um motivo para o desenvolvimento de protocolos que visem reduzir os riscos e potencializar o tratamento de pacientes que já desenvolveram as LPPs.

Associadas a diferentes causas, as LPPs ocorrem corriqueiramente em pacientes internados em setores de Unidade de Terapia Intensiva (UTI) em razão de suas condições clínicas (ALENCAR et al., 2018). Para pacientes, internados em UTI, considerados hemodinamicamente instáveis, ou seja, que necessitam de intervenções farmacológicas ou mecânicas, o surgimento das LPPs pode ocorrer por causas extrínsecas (pressão aplicada sobre proeminências óssea, dentre outros) ou intrínsecas (déficit nutricional, idade avançada, dentre outros) (GOTHARDO et al., 2017; SILVA et al., 2019). De acordo com Oliveira et al. (2020) a incidência de LPP em UTI nos hospitais do Brasil varia de 25,8 a 62,5% porém, ao implementar programas de prevenção baseados nas diretrizes do NPUAP, estes valores podem ser reduzidos.



Os danos da LPP em concomitância com o estado clínico dos pacientes internados em UTI, pode gerar graves infecções, ocasionando assim, internações prolongadas, sepse e até mesmo mortalidade do paciente (OLKOSKI; ASSIS, 2016; BARBOSA; ARAÚJO, 2020). A redução da incidência das LPP promove a diminuição do risco de desenvolvimento de várias complicações como redução da mortalidade dos pacientes e otimização do tempo de trabalho da equipe de enfermagem, amenizando, inclusive, a sobrecarga de trabalho destes profissionais (FERRO et al., 2020)

Galetto et al. (2021) pontuam algo, pouco discutido em literatura, que consiste nas lesões por pressão relacionadas ao uso de dispositivos médicos (LP RDM). Os autores enfatizam, de acordo com Hampson et al. (2018), que o avanço das tecnologias médicas, associadas a importância da prevenção e tratamento de LPPs, culmina em uma realidade em que as equipes devem ter conhecimento do manuseio de equipamentos para que estes possam auxiliá-las e não às prejudicar no surgimento de tais lesões. Além disso, em concordância com Coyer et al. (2017) os autores destacam que pacientes dependentes de dispositivos médicos, são mais propensos a desenvolver lesões por pressão.

Para que o atendimento na UTI funcione bem é necessário relacionar recursos materiais, tecnológicos e humanos para garantir a boa recuperação dos pacientes (SOARES et al., 2013; BORGES et al., 2017). Novas estratégias de controle de LPP devem ser desenvolvidas, especialmente em ambientes de UTIs, para isto, se faz necessário identificar os principais fatores de promoção das lesões, aplicar medidas preventivas eficazes, aumentar o monitoramento dos cuidados os pacientes e aplicar capacitação contínua com os profissionais da equipe multidisciplinar (SILVA et al., 2019).

3.2. A IMPORTÂNCIA DA EQUIPE DE ENFERMAGEM NO TRATAMENTO DAS LPPS

De acordo com Soares e Heidemann (2018) os profissionais de enfermagem atuam como responsáveis pelo cuidado humanizado, os quais fazem uso das práticas assistenciais para reduzir ou evitar LPPs. É muito importante que toda a equipe envolvida no processo de cuidado ao paciente tenha conhecimento de como tratar de maneira adequada as LPPs, bem como evita-las.

Uma revisão integrativa, desenvolvida para analisar a atuação da equipe de enfermagem para a prevenção da lesão por pressão nas UTIs, concluiu que a educação



permanente é essencial para capacitação profissional sendo imprescindível que as instituições priorizem o desenvolvimento e aplicação de protocolos de prevenção, além de contar com uma equipe de número de integrantes suficiente para a não sobrecarga de nenhum deles (BARBOSA; ARAÚJO, 2020). Farias et al. (2019) sugerem que investimentos destinados à capacitação profissional e a construção e implantação de protocolos pode reduzir a incidência das LPPs, visto que grande parte dos pacientes acometidos por tais lesões vai a óbito.

Os enfermeiros, em especial aqueles que trabalham em unidades de terapia intensiva, devem ter funções bem definidas, visto que, além de atenderem pacientes de forma direta, estes profissionais devem ter conhecimento sobre práticas interdisciplinares e manuseio das tecnologias disponíveis no local (VASCONCELOS et al., 2016; BORGES et al., 2017). Um estudo realizado em um hospital universitário no Paraná concluiu que o déficit de profissionais de enfermagem é elevado, relacionado ao aumento da carga horária que exige que os profissionais tenham maior capacitação (BORGES et al., 2017).

Barbosa e Araújo (2020) destacam que os profissionais da enfermagem têm buscado aprimorar e qualificar a prática profissional no tratamento e prevenção das LPPs, a partir de pesquisa e disponibilização de seus achados em literatura, no intuito de que possam servir de guia para demais profissionais envolvidos neste processo. Além disto, os autores enfatizam a importância da priorização e a elaboração de protocolos de prevenção as LPPs, por parte das instituições de trabalho e que, em adicional, determinem um número de adequado de profissionais que irão compor a equipe de cuidados ao paciente, tais quais, estarão diretamente relacionados ao tratamento das LPPs.

Medeiros et al. (2017) ao estudar a prevalência de LPPs em um hospital de referência do Rio Grande do Norte, observou maiores valores em relação aos descritos em literatura, o que pode estar associado a qualidade de assistência à saúde na instituição ou a ausência de medidas preventivas e protocolos padrões desenvolvidos para LPPs. Os autores destacaram que, para os profissionais envolvidos diariamente com tais cuidados, a sobrecarga de trabalho para atividades rotineiras de administração de medicamentos, recolocação de curativos, banho no leito, dentre outros, pode impactar a qualidade do serviço do enfermeiro.



Rebouças et al. (2020) verificaram em seus estudos, desenvolvidos na cidade de Fortaleza, que todas as medidas preventivas de LPPs, incluindo a forma de mudança de decúbito e a periodicidade de avaliação de pacientes, precisam ser melhoradas ou mesmo de implementadas, sendo assim, os autores sugerem investimento em capacitação profissional por meio da educação continuada e permanente, bem como a implantação de protocolos que possam aplicar técnicas de comunicação, liderança, inteligência emocional, tomada de decisões e percepção de situações.

França et al. (2019) realizaram um estudo de avaliação do perfil dos enfermeiros que trabalham em UTI e foi possível detectar algumas deficiências, apesar dos resultados serem considerados satisfatórios, sugerindo-se a necessidade de implantação da educação permanente da equipe para corrigir eventuais falhas. Um estudo realizado em Manaus demonstrou conhecimentos insuficientes acerca das LPPs por parte de profissionais de enfermagem atuantes em uma UTI de um Hospital Universitário (GALVÃO et al., 2017)

Ferro et al. (2020) concluem em seus estudos que há necessidade da elaboração de protocolos institucionais padronizados, de acordo com as características do ambiente de trabalho local, que estejam pautados na prevenção das LPPs, respeitando a individualidade de cada paciente. Feitosa et al. (2019) destacam que é essencial, além dos cursos de capacitação, que os profissionais sejam capazes de associar teoria e prática pra eficácia na redução das LPPs.

O papel da enfermagem em unidades de terapia intensiva vai desde a observação e levantamento de dados do paciente, até a execução do tratamento e aconselhamento das medidas de cuidado ao paciente ao saírem da UTI, sendo assim, o enfermeiro deve estar em constante avaliação dos pacientes (SALES; WATERS, 2019). Além disto, para Sales e Waters, cabe ao enfermeiro o processo de administrar, organizar e promover educação continuada para qualificar sua equipe, sendo assim responsável por atividades gerenciais e assistenciais de competência técnica e científica, devendo estes, ter conhecimento sobre a incidência das LPPs, bem como sua classificação, fatores de riscos e medidas preventivas.

Caldini et al. (2018) ao analisarem a promoção de um curso online para prevenção de LPPs constataram impacto positivo na adoção de tecnologia de informação e comunicação em UTI, especialmente na redução da incidência e



prevalência de lesões por pressão, além disto, os autores observaram que, após a realização do curso, as medidas de prevenção as LPPs aumentaram consideravelmente na cidade de Fortaleza. Holanda et al. (2018) ao analisarem a implantação de um protocolo de prevenção a LPP em uma unidade de terapia intensiva do Hospital Universitário da cidade de Petrolina, puderam constatar sua efetividade a partir da redução significativa no surgimento de LPP durante o internamento.

Manganelli et al. (2019) constataram que, apesar da variabilidade de pesquisas, as intervenções dos enfermeiros na prática de prevenção a LPP ainda é limitada, desta forma, o autor sugere que estes profissionais reflitam suas condutas, pautadas em experiências cientificamente comprovadas, para que medidas de prevenção melhores e mais eficazes sejam empregadas. Ali et al. (2020) destacam em seus estudos a importância da implementação e reavaliação da eficácia de protocolos preventivos para LP, enfatizando também o problema da sobrecarga de trabalho de enfermagem.

3.3. ESTRATÉGIAS DE TRATAMENTO E PREVENÇÃO DE LPPS

Conforme Sales e Waters (2019), a determinação do risco é o primeiro passo para as medidas preventivas da LPP, a qual deve ser efetuada na entrada do paciente ao ambiente hospitalar e/ou pelo menos a cada 48 horas, salvo os casos em que forem observadas alteração em suas condições de saúde, os quais devem ser monitorados de forma mais efetiva.

Recentemente, um estudo realizado na UTI cirúrgica do complexo hospitalar do Instituto de Medicina Integral Professor Fernando Figueira (IMIP) na cidade do Recife-PE, detectou baixa incidência de LPPs, a qual é associada pelos autores a eficácia do trabalho em equipe com planejamento estratégico e a atuação contínua da Sistematização de Assistência à Enfermagem (SAE), acompanhando os pacientes durante 24 horas e, conseqüentemente, identificando previamente possíveis riscos (SANTOS et al., 2020).

Vasconcelos e Caliri (2017) observaram que a construção e implementação do protocolo de prevenção da LPP, realizado em parceria entre uma pesquisadora e os profissionais de enfermagem influenciaram positivamente na adesão do protocolo pelos enfermeiros, culminando em resultados positivos, todavia, os autores reforçam a necessidade da continuidade de aplicação do protocolo para que os resultados sejam



mantidos, o qual necessita do suporte da administração da instituição, no que diz respeito ao fornecimento de recursos, materiais e humanos.

Para Cascão, Rache e Piero (2019), o papel do enfermeiro é de liderança de equipe, o qual deve atuar na sistematização do atendimento ao paciente, indicando a utilização de medidas preventivas precoces e reavaliação constante e rotineira no grau de risco de desenvolvimento de LPP, o qual pode ser determinado a partir do uso de ferramentas como a Escala de Braden

A escala de Braden é uma ferramenta bastante utilizada para prevenção de LPP em UTI, a qual, apesar de não ter sido desenvolvida para pacientes em UTI, especificamente, tem apresentado bons resultados, devido a sua alta especificidade e sensibilidade (SALES; WATERS, 2019). Os resultados obtidos pelos autores supracitados, analisando estudos conduzidos nos Estados de São Paulo, Minas Gerais e Rio de Janeiro, detectou incidência de LPP variando de 24,6 a 62,5%, além da eficiência na utilização da Escala de Braden na predição de riscos de LPPs nestes três estudos, onde os valores variaram 11,35 a 13,86, os quais consistem em riscos moderado e alto para o desenvolvimento da lesão, riscos estes, traduzidos nas incidências detectadas.

Uma revisão integrativa realizada por Souza et al. (2020) conclui que a Escala de Braden pode contribuir na prevenção e otimização da prevenção de incidência de LPP, proporcionando redução de custos, contaminação, tempo de internação e sofrimento físico e psicológico ao paciente. Outros trabalhos como os de Sousa Júnior, Duarte e Dantas (2019), Vocci, Toso e Fontes (2017) e Vargas e Santos (2019) tem destacado a Escala de Braden como ferramenta eficaz e de fácil aplicabilidade na predição de riscos ao desenvolvimento da LPP e pontuando que, apesar disto, a EB ainda não é prática rotineira nos ambientes hospitalares.

A utilização da Escala de Braden também em outros estudos como o realizado por Cascão, Rache e Piero (2019), no qual a utilização da ferramenta se mostrou eficaz, onde apenas 44,7% dos pacientes avaliados desenvolveram LPP, concluindo-se então que, para a prevenção das LPP, medidas preventivas e intervenções precoces são necessárias. Por sua vez Almeida et al. (2020) destacam que, apesar da eficácia e importância do uso de escalas, em especial a Escala de Braden, como medida preditiva de LPPs, fatores importantes como (1) incontinências, (2) avaliação nutricional, (3) intervenções nutricionais e (4) cuidados relacionados a dispositivos médicos são



elementos são pouco explorados ou ausentes em algumas escalas, desta forma destaca-se a importância de protocolos adaptados para melhorar a eficiência do processo de prevenção das LPPs.

Jansen, Silva e Moura (2020) enfatizam que as características de sensibilidade e especificidade justificam a maior utilização e eficácia da Escala de Braden dentre as ferramentas de predição de riscos de LPP disponíveis. Apesar disto, os autores atentam para o uso de estratégias educativas sobre segurança do paciente em todos os níveis de profissionalização/formação dos profissionais de saúde para que este problema, que é realidade a muitos anos, possa ser amplamente reduzido.

Conforme Souza, Zanei e Whitaker (2018), analisando a adaptação transcultural da EVACURI (Riesgo de desarrollar Úlceras por Presión en Cuidados Intensivos), proposta em 2001, por um grupo de especialistas do Hospital Universitário de Getafe (GONZÁLEZ et al., 2001), observaram desempenho considerado aceitável no Hospital Universitário da Unifesp, da cidade de São Paulo. Os autores destacam que a implantação da EVACURI foi satisfatória, garantindo confiabilidade, além de ser uma ferramenta de aplicação fácil e rápida, específica para a avaliação de risco de LPP em pacientes considerados críticos.

Zimmermann et al. (2018) em sua vasta pesquisa bibliográfica, identificaram escalas específicas para predição de riscos em LPP, tais como Cubbin-Jackson, EVARUCI, Sond & Choi e Multi-pad pressure evaluator. Apesar disto, os autores destacam a predominância da EB, assim como no presente estudo, entretanto, escalas específicas apresentam boa capacidade preditiva e podem ser ferramentas eficazes na prevenção de LPPs, o que necessita de mais estudos para confirmação desta eficácia.

4. CONSIDERAÇÕES FINAIS

As lesões por pressão (LPP) são, ainda nos dias atuais, responsáveis por graves problemas no sistema de saúde, especialmente em ambientes de terapia intensiva, nos quais, os pacientes encontram-se em estado crítico de saúde. Os enfermeiros são os profissionais que tem contato por mais tempo com os pacientes e, por isso, tem papel crucial na prevenção e tratamento de LPPs. A prevenção eficaz é a melhor forma de evitar tais lesões e, para isto, diversas ferramentas foram desenvolvidas para auxiliar a predição de risco, entretanto, ainda assim é necessário que protocolos locais e

individuais sejam seguidos para que assim seja possível reduzir de forma significativa a incidência de lesões por pressão em UTI.

REFERÊNCIAS

- ALENCAR, Gláucia de Souza Abreu et al. Lesão por pressão na unidade de terapia intensiva: incidência e fatores de riscos. **Nursing (São Paulo)**, p. 2124-2128, 2018.
- ALI, Yasmin Cardoso Metwaly Mohamed et al. Incidence of pressure injury and nursing care time in intensive care. **Estima—Brazilian Journal of Enterostomal Therapy**, v. 18, 2020.
- ALMEIDA, Ítalo Lennon Sales de et al. Escalas para prevenção de lesão por pressão em unidades de terapia intensiva: revisão integrativa. 2020.
- BARBOSA, Diogo Jacintho; DE ARAÚJO, Maria Family Alves. A prevenção da lesão por pressão em unidades de terapia intensiva e a enfermagem neste contexto. **Revista Pró-UniverSUS**, v. 11, n. 2, p. 72-79, 2020.
- BARBOSA, Taís Pagliuco; BECCARIA, Lúcia Marinilza; POLETTI, Nádia Antônia Aparecida. Avaliação do risco de úlcera por pressão em UTI e assistência preventiva de enfermagem [Pressure ulcer risk assessment in intensive care unit: preventive nursing care]. **Revista Enfermagem UERJ**, v. 22, n. 3, p. 353-358, 2014.
- BORGES, Fabieli et al. Dimensionamento de pessoal de enfermagem na UTI-adulto de hospital universitário público. **Cogitare enferm**, v. 22, n. 2, p. e50306, 2017.
- CALDINI, Luana Nunes et al. Avaliação de tecnologia educativa sobre lesão por pressão baseada em indicadores de qualidade assistenciais. *Revista Rene*, v. 19, e32695, 2018.
- CANDATEN, Angela Enderle; VIEIRA, Yasmine Bado; BARCELLOS, Ruy de Almeida. Incidência de Lesões Por Pressão em Pacientes Internados em Unidades de Terapia Intensiva. **Revista UNINGÁ**, v. 56, n. S2, p. 30-40, 2019.
- CASCÃO, Thamires Roberta Verol; RASCHE, Alexandra Schmitt; DI PIERO, Karina Chamma. Incidência e fatores de risco para lesão por pressão em unidade de terapia intensiva. **Revista Enfermagem Atual In Derme**, v. 87, n. 25, 2019.
- COSTA, Idevânia Geraldina; CALIRI, Maria Helena Larcher. Validade preditiva da escala de Braden para pacientes de terapia intensiva. **Acta Paulista de Enfermagem**, v. 24, n. 6, p. 772-777, 2011.



COYER, Fiona et al. Pressure injury prevalence in intensive care versus non-intensive care patients: a state-wide comparison. **Australian Critical Care**, v. 30, n. 5, p. 244-250, 2017.

FARIAS, Ana Dark Aires de et al. Ocorrência de lesões por pressão em unidade de terapia intensiva de um hospital universitário. **Nursing (São Paulo)**, p. 2927-2931, 2019.

FEITOSA, Douglas Vinicius dos Santos et al. Atuação do enfermeiro na prevenção de lesão por pressão: uma revisão integrativa da literatura. **Revista Eletrônica Acervo Saúde**, n. 43, p. e2553-e2553, 2020.

FERNANDES, Luciana Magnani. **Úlcera de pressão em pacientes críticos hospitalizados. Uma revisão integrativa da literatura**. 2000. Tese de Doutorado. Universidade de São Paulo.

FERNANDES, Niedja Cibegne da Silva; TORRES, Gilson de Vasconcelos; VIEIRA, Daniele. Fatores de risco e condições predisponentes para úlcera de pressão em pacientes de terapia intensiva. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, v. 10, n. 3, 2008.

FERRO, Zildene Larissa Araújo et al. Fatores de risco para lesão por pressão em unidades de terapia intensiva: uma revisão integrativa da literature. **Brazilian Journal of Health Review**, v. 3, n. 5, p. 12802-12813, 2020.

FIGUEIREDO JÚNIOR, Adilson Mendes et al. Produção científica acerca dos fatores de risco para lesões por pressão em pacientes adultos internados em Unidade de Terapia Intensiva. **Revista Eletrônica Acervo Científico**, v. 8, p. e2968-e2968, 2020.

FRANÇA, Ana Paula Figueiredo de Montalvão et al. Conhecimento de enfermeiros sobre o manejo de lesões por pressão em unidade de terapia intensiva. **Revista Eletrônica Acervo Saúde**, v. 11, n. 8, p. e576-e576, 2019.

GALETTO, Sabrina Guterres da Silva et al. Percepção de profissionais de enfermagem sobre lesões por pressão relacionadas a dispositivos médicos. **Escola Anna Nery**, v. 25, n. 2, 2021.

GALVÃO, Nariani Souza et al. Conhecimentos da equipe de enfermagem sobre prevenção de úlceras por pressão. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 70, n. 2, p. 294-300, 2017.

GONZÁLEZ, J. M. Ruíz et al. Factores de riesgo de las úlceras por presión en pacientes críticos. **Enfermería Clínica**, v. 11, n. 5, p. 184-190, 2001.

GOTHARDO, A. C. L. O. et al. Incidência de úlcera por pressão em pacientes internados em unidade de terapia intensiva adulto. **J Health Sci Inst**, v. 35, n. 4, p. 252-6, 2017.

- HAMPSON, Jaye et al. Impact of the introduction of an endotracheal tube attachment device on the incidence and severity of oral pressure injuries in the intensive care unit: a retrospective observational study. **BMC nursing**, v. 17, n. 1, p. 1-8, 2018.
- HOLANDA, Odair Queiroz de et al. Efetividade do protocolo para prevenção de lesões por pressão implantado em Unidade de Terapia Intensiva. **Espaç. saúde (Online)**, p. [64-74], 2018.
- JANSEN, Ricardo Clayton Silva; SILVA, Kedyma Batista de Almeida; MOURA, Maria Edileuza Soares. A Escala de Braden na avaliação do risco para lesão por pressão. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 73, 2020.
- LOURO, Marisol; FERREIRA, Margareth; PÓVOA, Pedro. Avaliação de protocolo de prevenção e tratamento de úlceras de pressão. **Rev Bras Ter Intensiva**, v. 19, n. 3, p. 337-41, 2007.
- MANGANELLI, Rigielli Ribeiro et al. Intervenções de enfermeiros na prevenção de lesão por pressão em uma unidade de terapia intensiva. **Revista de Enfermagem da UFSM**, v. 9, p. 41, 2019.
- MEDEIROS, Luan Nogueira Bezerra de et al. Prevalência de úlceras por pressão em unidades de terapia intensiva. **Rev. enferm. UFPE on line**, p. 2697-2703, 2017.
- NPUAP - National Pressure Ulcer Advisory Panel (NPUAP). Pressure Injury. The National Pressure Ulcer Advisory Panel, 2016.
- OLIVEIRA, Danielly Ramalho et al. Manejo nutricional de pacientes com Lesão por Pressão em Terapia Intensiva. **Brazilian Journal of Health Review**, v. 3, n. 3, p. 6592-6602, 2020.
- OLKOSKI, Elaine; ASSIS, Gisela Maria. Aplicação de medidas de prevenção para úlceras por pressão pela equipe de enfermagem antes e após uma campanha educativa. **Escola Anna Nery Revista de Enfermagem**, v. 20, n. 2, p. 363-369, 2016.
- OTTO, Carolina et al. Fatores de risco para o desenvolvimento de lesão por pressão em pacientes críticos. **Enferm. Foco**, v. 10, n. 1, p. 07-11, 2019.
- REBOUÇAS, Ruhama de Oliveira et al. Qualidade da assistência em uma unidade de terapia intensiva para prevenção de lesão por pressão. **Estima—Brazilian Journal of Enterostomal Therapy**, v. 18, 2021.
- RIBEIRO, Joathan Borges et al. Principais fatores de risco para o desenvolvimento de lesão por pressão em unidades de terapia intensiva. **Caderno de Graduação-Ciências Biológicas e da Saúde-UNIT-SERGIPE**, v. 5, n. 1, p. 91, 2018.



- SALES, Daniela Oliveira; WATERS, Camila. O uso da Escala de Braden para prevenção de lesão por pressão em pacientes internados em Unidade de Terapia Intensiva. **Brazilian Journal of Health Review**, v. 2, n. 6, p. 4900-4925, 2019.
- SANTOS, Cristina Mamédio da Costa; PIMENTA, Cibele Andrucio de Mattos; NOBRE, Moacyr Roberto Cuce. A estratégia PICO para a construção da pergunta de pesquisa e busca de evidências. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 15, p. 508-511, 2007.
- SANTOS, Jonata Bruno da Silva et al. Incidência de lesão por pressão em pacientes na unidade de terapia intensiva de um hospital filantrópico. **Nursing (São Paulo)**, p. 4233-4238, 2020.
- SILVA, Dinara Raquel Araújo et al. Curativos de lesões por pressão em pacientes críticos: análise de custos. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 51, 2017.
- SILVA, Eva Crislane et al. Incidência de lesão por pressão na unidade de terapia intensiva. **Semana de Pesquisa da Universidade Tiradentes-SEMPESq**, n. 21, 2019.
- SOARES, Cassia Baldini et al. Integrative review: concepts and methods used in nursing. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 48, n. 2, p. 335-345, 2014.
- SOARES, Cilene Fernandes; HEIDEMANN, Ivonete Teresinha Schülter Buss. Promoção da saúde e prevenção da lesão por pressão: expectativas do enfermeiro da atenção primária. **Texto & Contexto-Enfermagem**, v. 27, n. 2, 2018.
- SOARES, Mirelle Inácio et al. Processo de enfermagem e sua aplicação em unidade de terapia intensiva: revisão integrativa. **Rev. enferm. UFPE on line**, p. 1561-1569, 2013.
- SOUSA JÚNIOR, Belarmino Santos; DUARTE, Fernando Hiago da Silva; DANTAS, Francisco Assis. A Escala de Braden para análise dos riscos de lesões por pressão em idosos, **II Congresso Brasileiro de Ciências da Saúde** 2019.
- SOUZA, Cláudio José et al. Aplicação da escala de Braden como fator preventivo de lesão por pressão em unidade de terapia intensiva. **Brazilian Applied Science Review**, v. 4, n. 4, p. 2336-2354, 2020.
- SOUZA, Mariana Fernandes Cremasco de; ZANEI, Suely Sueko Viski; WHITAKER, Iveth Yamaguchi. Risco de lesão por pressão em UTI: adaptação transcultural e confiabilidade da EVARUCI. **Acta Paulista de Enfermagem**, v. 31, n. 2, p. 201-208, 2018.
- VARGAS, Renata Gonçalves; SANTOS, Leonardo Pereira dos. Prevenção de lesão por pressão em UTI-aplicabilidade da Escala de Braden. **Revista Pró-UniverSUS**, v. 10, n. 1, p. 162-165, 2019.



VASCONCELOS, Josilene de Melo Buriti; CALIRI, Maria Helena Larcher. Ações de enfermagem antes e após um protocolo de prevenção de lesões por pressão em terapia intensiva. **Escola Anna Nery**, v. 21, n. 1, 2017.

VASCONCELOS, R. O. et al. Meios para a gerência de enfermagem utilizados em unidades hospitalares críticas. **Enferm Foco**, v. 7, n. 3/4, p. 56-60, 2016.

VOCCI, Marcelli Cristine; TOSO, Lis Amanda Ramos; FONTES, Cassiana Mendes Bertocello. Aplicação da escala de Braden Q em unidade de terapia intensiva pediátrica. **Rev enferm UFPE on-line**, v. 11, n. 1, p. 165-72, 2017.

ZIMMERMANN, Guilherme dos Santos et al. Predição de risco de lesão por pressão em pacientes de unidade de terapia intensiva: revisão integrativa. **Texto & contexto enferm**, p. e3250017-e3250017, 2018.

EVIDÊNCIAS ACERCA DE MANIFESTAÇÕES E ALTERAÇÕES ENCEFÁLICAS EM PACIENTES ACOMETIDOS POR COVID-19

EVIDENCE ON BRAIN MANIFESTATIONS AND CHANGES IN PATIENTS WITH COVID-19

DOI: 10.51859/AMPLLA.PPE2159-26

Bárbara Queiroz de Figueiredo ¹
 Bruno Rodrigues Cancela ²
 Iorrane Tavares da Silva ³
 Luis Ferreira Neto ⁴

¹ Graduanda do curso de Medicina. Centro Universitário de Patos de Minas (UNIPAM)

² Mestre em Ciência e Tecnologia de Polímeros. Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ)

³ Graduanda do curso de Medicina. Centro Universitário de Patos de Minas (UNIPAM)

⁴ Graduando do curso de Medicina. Universidade de Uberaba (UNIUBE)

RESUMO

O SARS-CoV e o SARS-CoV-2 pertencem ao gênero betacoronavírus, da família Coronaviridae, da ordem Nidovirales. Tais vírus são envoltos por um genoma de RNA de fita simples de sentido positivo e infectam humanos afetando o trato respiratório inferior. Foi relatado, no cenário pandêmico atual, que além de manifestações gripais comuns, o SARS-CoV-2 (agente etiológico da COVID-19) pode causar complicações em diversos sistemas orgânicos, a exemplo do cardiovascular e supostamente do nervoso. Os coronavírus podem causar manifestações pulmonares graves que requerem tratamento em unidade de terapia intensiva e, assim, os pacientes infectados também podem sofrer de complicações neurológicas indiretas de doenças críticas. Assim, o envolvimento do sistema nervoso central e periférico pode estar relacionado à hipóxia e dano endotelial, reação imune incontrolável e inflamação, além de outros efeitos, principalmente, circulatórios. Enfim, a hipótese sobre as propriedades neuroinvasivas e de neurovirulência do SARS-CoV-2 é baseada nas seguintes evidências: plausibilidade biológica do envolvimento do sistema nervoso central (SNC) por outros vírus respiratórios e a ilustração de casos de pacientes com COVID-19 que apresentaram manifestações neurológicas.

Palavras-chave: SARS-CoV-2. COVID-19. Neurologia.

ABSTRACT

SARS-CoV and SARS-CoV-2 belong to the genus betacoronavirus, family Coronaviridae, order Nidovirales. Such viruses are surrounded by a positive-sense single-stranded RNA genome and infect humans by affecting the lower respiratory tract. It has been reported, in the current pandemic scenario, that in addition to common flu manifestations, SARS-CoV-2 (the etiological agent of COVID-19) can cause complications in various organ systems, such as the cardiovascular and supposedly the nervous system. Coronaviruses can cause severe pulmonary manifestations that require treatment in an intensive care unit, and thus infected patients may also suffer from indirect neurological complications of critical illness. Thus, the involvement of the central and peripheral nervous system may be related to hypoxia and endothelial damage, uncontrollable immune reaction and inflammation, in addition to other effects, mainly circulatory. Finally, the hypothesis about the neuroinvasive and neurovirulence properties of SARS-CoV-2 is based on the following evidence: biological plausibility of the involvement of the central nervous system (CNS) by other respiratory viruses and the illustration of cases of patients with COVID-19 that showed neurological manifestations.

Keywords: SARS-CoV-2. COVID-19. Neurology.

1. INTRODUÇÃO

Os coronavírus (CoVs), segundo Hasöksüz et al. (2020), são membros da família Coronaviridae, da ordem Nidovirales, cuja subfamília é designada Orthocoronavirinae, a qual contém 4 gêneros (Alphacoronavírus, Betacoronavírus, Gammacoronavírus e Deltacoronavírus), sendo que o SARS-CoV e o SARS-CoV-2 pertencem ao gênero betacoronavírus. Tais vírus são envoltos por um genoma de RNA de fita simples de sentido positivo e mede, em média, 30 quilobases, além de possuírem 4 proteínas estruturais principais: a proteína do nucleocapsídeo (N), a proteína transmembrana (M), a proteína do envelope (E) e a proteína “spike” (S).

Sob essa perspectiva, entre as cepas de coronavírus conhecidas por infectar humanos, destaca-se o SARS-CoV e o MERS-CoV, que causam infecção do trato respiratório inferior e podem desencadear doença respiratória grave. É amplamente conhecido que alguns CoVs afetam pássaros, morcegos, ratos, girafas, baleias e muitos outros animais silvestres, além dos próprios animais domésticos atuarem como hospedeiros intermediários (HASÖKSÜZ et al., 2020). Conforme abordado por Malik (2020), em 11 de fevereiro de 2020, a OMS nomeou a nova pneumonia induzida por coronavírus como Doença do Coronavírus 2019 (COVID-19). Quase ao mesmo tempo, a Comissão Internacional de Classificação de Vírus anunciou que o 2019-nCov provisoriamente conhecido foi denominado Síndrome Respiratória Grave Aguda Coronavírus 2 (SARS-CoV-2). Logo após, em 5 de abril de 2020, 1.133.758 casos humanos foram confirmados por laboratório de COVID-19 e notificados à OMS com 62.784 mortes (taxa de mortalidade de 5,5%).

Ademais, de acordo com Iser et al. (2020), os sinais/sintomas iniciais da doença lembram manifestações gripais comuns, mas variáveis entre diferentes indivíduos, podendo se manifestar de forma branda, em forma de pneumonia, pneumonia grave e SRAG. A maioria dos infectados apresentam a forma leve da doença, caracterizada por sintomas como mal-estar, febre, fadiga, tosse, dispneia leve, anorexia, dor de garganta, dor no corpo, cefaleia ou congestão nasal, sendo que algumas também podem apresentar diarreia, náusea e vômito. Ainda, pessoas idosas e imunossuprimidas podem ter apresentações atípicas, com agravamento rápido e letal. Além disso, Salian et al.



(2021) apresentam em seu estudo os principais fatores de risco associados ao mau prognóstico da doença, entre os quais o aumento da idade (> 65 anos), tabagismo, diabetes, hipertensão, doença cardiovascular, doença pulmonar crônica, malignidade e estado de imunossupressão são os mais comuns. Outros indicadores ruins são linfopenia, trombocitopenia e marcadores inflamatórios elevados (IL-6, ferritina, ESR).

Enfim, apesar da síndrome do desconforto respiratório agudo (SDRA) ser uma das complicações mais graves dos pacientes com COVID-19, associada à hospitalização prolongada e à alta mortalidade, observa-se também complicações cardiovasculares, como arritmias, cardiomiopatia hipoxêmica e lesão cardíaca aguda, que são frequentemente observadas (22–44%) em pacientes de unidade de terapia intensiva (UTI). O paciente pode desenvolver, ainda, um estágio coagulopático resultando em trombose microvascular ou coagulação intravascular disseminada (SALIAN et al., 2021). Além disso, há estudos recentes que sugerem a existência de complicações em outros sistemas, como o nervoso, sendo necessária uma revisão integrada nas bases de dados existentes a fim de comprovar ou contrariar tais hipóteses, o que compreende o objetivo deste estudo.

2. METODOLOGIA

Trata-se de uma pesquisa descritiva do tipo revisão narrativa da literatura, que buscou responder quais são as evidências sobre as possíveis manifestações e sequelas cerebrais em pacientes infectados por SARS-CoV-2. A pesquisa foi realizada através do acesso online nas bases de dados *National Library of Medicine* (PubMed MEDLINE), *Scientific Electronic Library Online* (SciELO), *Cochrane Database of Systematic Reviews* (CDSR), *Google Scholar*, *Biblioteca Virtual em Saúde* (BVS) e *EBSCO Information Services*, no mês de setembro de 2021. Para a busca das obras foram utilizadas as palavras-chaves presentes nos descritores em Ciências da Saúde (DeCS): em inglês: "SARS-CoV-2", "neurological symptoms", "COVID-19", "spike protein", "neuroinvasion", "ACE2", e em português: "SARS-CoV-2", "sintomas neurológicos", "COVID-19", "proteína spike", "neuroinvasão", "ACE2".

Como critérios de inclusão, foram considerados artigos originais, que abordassem o tema pesquisado e permitissem acesso integral ao conteúdo do estudo,

publicados no período de 2020 a 2021, em inglês e português. O critério de exclusão foi imposto naqueles trabalhos que não estavam em inglês e espanhol, que não tinham passado por processo de Peer-View e que não abordassem as manifestações e sequelas neurológicas decorrentes da COVID-19. A estratégia de seleção dos artigos seguiu as seguintes etapas: busca nas bases de dados selecionadas; leitura dos títulos de todos os artigos encontrados e exclusão daqueles que não abordavam o assunto; leitura crítica dos resumos dos artigos e leitura na íntegra dos artigos selecionados nas etapas anteriores. Assim, totalizaram-se 30 artigos científicos para a revisão integrativa da literatura, com os descritores apresentados acima, dos últimos dois anos e em línguas portuguesa e inglesa.

3. REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

Quanto à busca de um componente neurológico das manifestações do COVID-19, pode-se derivar a experiência e os dados de epidemias anteriores causadas por coronavírus, haja vista que durante o surto mundial de SARS entre 2002 e 2003 (SOLOMON et al., 2020), casos limitados e séries de casos de pacientes que manifestaram complicações neurológicas foram relatados, como encefalite de Bickerstaff sobreposta à síndrome de Guillain-Barré, neuropatia adquirida na unidade de terapia intensiva, convulsões e derrames, tanto isquêmicos quanto hemorrágicos, que complicaram o curso clínico dos pacientes com Síndrome Respiratória do Oriente Médio (MERS-CoV) (BAIG et al., 2020).

3.1. PATOGENIA INFLAMATÓRIA CEREBRAL DOS CORONAVÍRUS

Sob essa perspectiva, nota-se que os coronavírus podem causar manifestações pulmonares graves que requerem tratamento em unidade de terapia intensiva e, assim, os pacientes infectados também podem sofrer de complicações neurológicas indiretas de doenças críticas (ZUBAIR et al., 2020). Outrossim, o envolvimento do sistema nervoso central e periférico pode estar relacionado a hipóxia e dano endotelial, reação imune incontrolável e inflamação, desequilíbrio eletrolítico, estado de hipercoagulabilidade, coagulação intravascular disseminada, choque séptico e falência de múltiplos órgãos (VARGA et al., 2020).



Por isso, nota-se que os vírus respiratórios podem entrar no sistema nervoso central (SNC) por meio da neuroinvasão, afetar neurônios e células gliais (neurotropismo) e induzir várias patologias neurológicas (neurovirulência) (STEARDO et al., 2020). A hipótese sobre as propriedades neuroinvasivas e de neurovirulência do SARS-CoV-2 é baseada nas seguintes evidências: plausibilidade biológica do envolvimento do sistema nervoso central (SNC) por outros vírus respiratórios, evidência de dano neurológico por coronavírus em outras espécies e a ilustração de casos de pacientes com COVID-19 que apresentaram manifestações neurológicas (REICHARD et al., 2020).

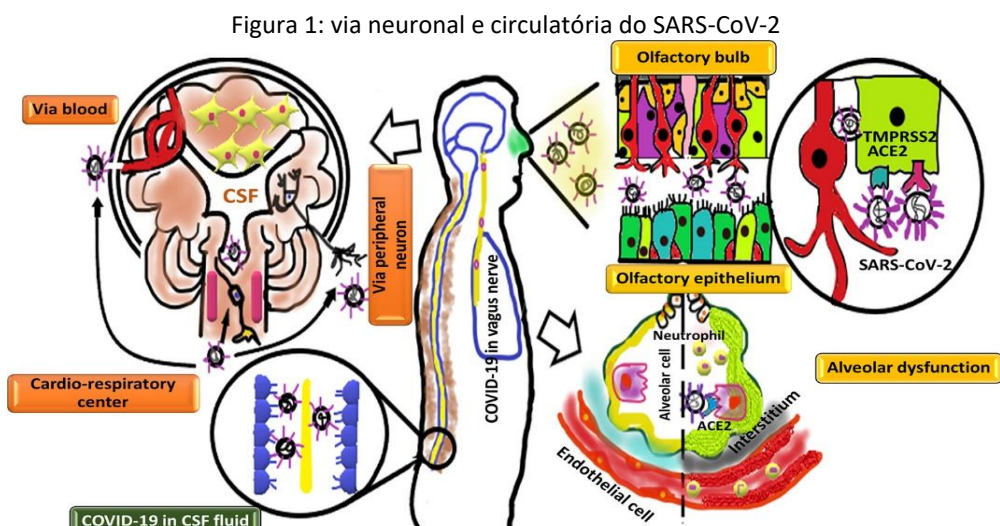
Desse modo, os coronavírus humanos OC43 e 229E são capazes de induzir uma infecção em linhagens celulares neuronais agudas e persistentes nos oligodendrócitos e na neuroglia humana, sendo que o coronavírus humano OC43 demonstrou causar paralisia flácida e desmielinização em modelos animais, se espalhando, do bulbo olfatório, para o tronco cerebral e medula espinhal, bem como o RNA do vírus foi detectado por um ano no SNC de camundongos que sofreram de encefalite induzida pelo patógeno (LEONARDI et al., 2020).

Nesse cenário, o cérebro e os músculos esqueléticos expressam ACE2, o que pode aumentar sua suscetibilidade como alvos potenciais da SARS-CoV-2 (Goldsmith et al., 2020). Assim, a adesão do SARS-CoV2 aos receptores ACE2 ganha particular importância nos casos de hemorragia intracerebral, devido à inativação do receptor e consequente disfunção na regulação da pressão arterial (LI et al., 2020). Além disso, em pacientes gravemente infectados, a coagulopatia e o tempo de protrombina prolongado, devido à coagulação intravascular disseminada, podem contribuir para o aumento do risco de hemorragia intracraniana secundária, e em casos de acidente vascular cerebral isquêmico, os mecanismos potenciais são hipercoagulabilidade associada à inflamação, ativação endotelial e plaquetária, desidratação e cardioembolia por lesão cardíaca relacionada a vírus (WANG et al., 2020).

Assim, o SARS-CoV-2 pode entrar no tecido nervoso por meio do transporte retrógrado e anterógrado ao longo dos nervos periféricos, podendo infectar o bulbo olfatório por meio dos receptores TMPRSS2 e ACE2 (HOFFMANN et al., 2020). Além disso, o vírus pode ser transferido por meio de vesículas extracelulares nas células de embainhamento olfatório, que são independentes dos receptores ACE2. Além do nervo



olfatório, o vírus pode infectar os nervos trigêmeo e vago. Ademais, o vírus pode usar a corrente sanguínea para entrar no sistema nervoso central (SNC). Assim, o vírus (na corrente sanguínea ou no líquido cefalorraquidiano) infecta as células epiteliais da barreira sangue-líquido cefalorraquidiano no plexo coroide dos ventrículos cerebrais (BALI et al., 2020), conforme evidenciado pela Figura 1.



Fonte: Bali et al., 2020

3.2. MANIFESTAÇÕES NEUROLÓGICAS

O primeiro estudo de coorte sobre as manifestações neurológicas de COVID-19 resumiu os sintomas neurológicos entre 78 dos 214 (36,4%) pacientes hospitalizados em três hospitais de campanha na China (MAO et al. 2020).

Quadro 1: Principais sintomas neurológicos da amostra estudada.

Localização no sistema nervoso	Sintomas neurológicos
Sistema nervoso central	Cefaleia
	Tontura
	Sintomas de derrame
	Confusão mental e delírio
Sistema nervoso periférico	Hipoaugesia
	Hiposmia
Músculos	Fraqueza
	Mialgia

Fonte: Mao et al. 2020

Além disso, desses pacientes, 6 sofreram de acidente vascular cerebral, no entanto, sintomas neurológicos mais leves foram mais comumente relatados nesta coorte, como tontura, cefaleia, sintomas musculares, hipoguesia e hiposmia. No

entanto, o estudo não concluiu se esses sintomas representam um estado inflamatório sistêmico, doença neurológica ou ambos (MAO et al., 2020). Ademais, de acordo com estudo publicado pela INCOR (2021), dentre os sintomas neurológicos e psiquiátricos mais observados em pacientes acometidos por COVID-19, destaca-se o comprometimento cognitivo, que leva à perda de memória recente, falhas na atenção e problemas de entendimento, diminuição da capacidade visuoperceptiva, bem como dificuldades com o julgamento de raciocínios e mudanças comportamentais e emocionais.

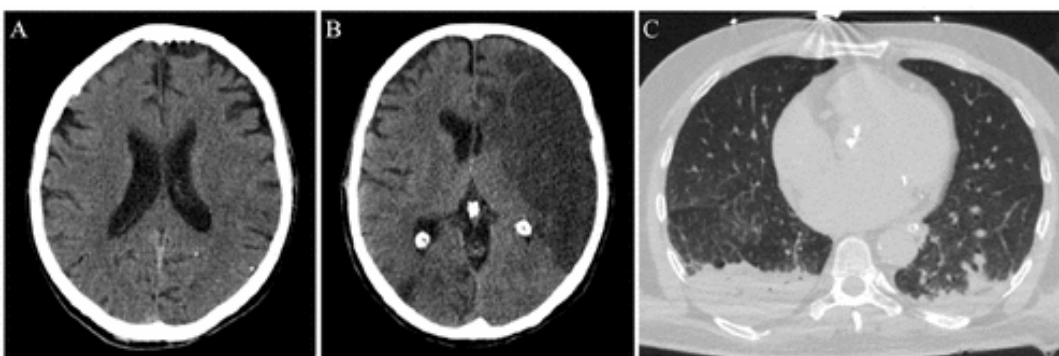
3.3. ACHADOS NEUROVASCULARES

Foi relatado por Xiang et al. (2020), o caso de um paciente internado devido infecção por SARS-CoV-2, que desenvolve estado mental alterado e possível encefalopatia, sendo submetido a eletroencefalograma (EEG), que demonstrou lentidão bilateral e focal na região temporal esquerda, com ondas fortemente contrariadas. No entanto, o paciente havia histórico prévio de acidente vascular encefálico (AVE) e tinha uma lesão temporal esquerda subjacente, o que poderia ter contribuído para o EEG anormal. Além disso, segundo relatos de Filatov et al. (2020), entre as características de neuroimagem, foram relatados realce leptomeníngeo em oito pacientes, hipoperfusão frontotemporal em 11 pacientes e acidente vascular cerebral isquêmico em três pacientes (JENSEN et al., 2020).

Ademais, relatou-se caso clínico de paciente idoso, afásico, hemiplégico à direita, febril e com COVID-19, sendo realizada tomografia computadorizada (TC) do cérebro e ressonância magnética, sendo hemorragia intracraniana excluída e os primeiros sinais hiperagudos de isquemia da artéria cerebral média esquerda revelados (perda de diferenciação da substância branca-cinzenta (HELMS et al. 2020), conforme ilustra a Figura 2.



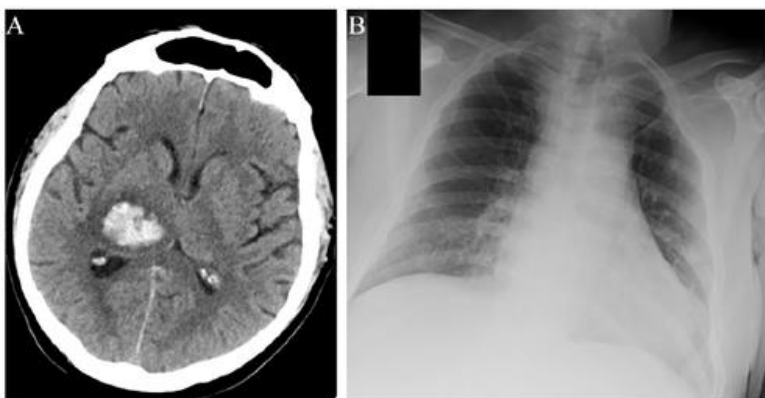
Figura 2: Avaliação por imagem de um paciente com AVE isquêmico e infectado por SARS-CoV-2, concomitantemente.



Fonte: Helms et al., 2020

Além disso, a Figura 3 evidencia imagens radiológicas de idoso com histórico de hipertensão, diabetes, hipercolesterolemia e doença arterial coronariana, apresentando-se ao pronto-socorro com tosse, fala arrastada, hemiparesia à esquerda e dormência facial. Além disso, apresentava quadro febril, e, por isso, à realização de *swab* nasofaríngeo, testou-se positivo para COVID-19 e, aos achados imagenológicos, sugeriu-se hemorragia cerebral. Porém, a associação causal entre COVID-19 e a hemorragia não pode ser estabelecida com base na evidência neste caso, especialmente porque o paciente tinha um histórico médico de três fatores de risco comuns de manifestação de ambas as doenças (TSIVGOULIS et al. 2020).

Figura 3: Avaliação por imagem de um paciente com hemorragia intracerebral com COVID-19 concomitantemente.



Fonte: Tsivgoulis et al., 2020

Nesse âmbito, Mehra et al. (2020) evidenciaram as possíveis condições que associam a COVID-19 às doenças cerebrovasculares, dispostas no Quadro 2.

Quadro 2: Fatores de risco supostamente associados a COVID-19 grave e fatores de risco estabelecidos associados a doenças cerebrovasculares.

Fatores de risco	COVID-19	Doença cerebrovascular
Idade avançada	+	+
Insuficiência cardíaca	+	+
Doença arterial coronariana	+	+
Dislipidemias	+	+
Diabetes mellitus	+	+
Obesidade	+	+
Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica	+	-
Asma	+	-
Insuficiência renal crônica	+	+
Doença hepática	+	+
Tabagismo	+	+
Imunossupressão	+	+

Fonte: Mehra et al. 2020

Além disso, estudo pós-morte de Thakur et al., (2021) demonstrou que o exame neuropatológico de 20 a 30 áreas de cada cérebro analisado de 41 pacientes infectados por COVID-19 que vieram a óbito, revelou alterações isquêmicas em todos os cérebros, tanto globais, quanto focais, bem como infartos grandes e pequenos, muitos dos quais pareciam hemorrágicos, e ativação microglial com nódulos microgliais acompanhados por neuronofagia, mais proeminentemente no tronco cerebral. Ademais, observou-se acúmulo esparsos de linfócitos T nas regiões perivasculares ou no parênquima cerebral, e muitos cérebros continham aterosclerose de grandes artérias, embora nenhum mostrasse evidência de vasculite.

Ademais, houve um aumento da imunorreatividade à proteína *spike* (S) (que também reconhece outros tipos de CoV) em células endoteliais dentro desses infartos cerebrais agudos em comparação com um padrão de coloração endotelial mais fraco, mas distribuído de forma semelhante em alguns indivíduos de controle. Como mostrado para o SNC, eventos microtromboembólicos também foram detectados na mucosa olfatória em um indivíduo (OXLEY, et al., 2020).

Porém, a análise de Proteína C-reativa (PCR) revelou níveis de RNA viral baixos a muito baixos, mas detectáveis, na maioria dos cérebros, embora fossem muito mais baixos do que os do epitélio nasal, indicando que esses níveis não se correlacionam com as alterações histopatológicas, e que esses achados sugerem que a ativação microglial, nódulos microgliais e neuronofagia, observados na maioria dos cérebros, não resultam



de infecção viral direta do parênquima cerebral, mas mais provavelmente de inflamação sistêmica, talvez com contribuição sinérgica de isquemia (TSIVGOULIS et al. 2021; MEINHARDT et al., 2021).

Ademais, a ativação microglial difusa estava presente na maioria dos cérebros, envolvendo de forma variável muitas áreas do cérebro. A microglia também apareceu em grupos (nódulos da microglia) em mais da metade dos cérebros, e pequenos grupos de células T CD3 + e CD8 + foram associados a nódulos microgliais proeminentes em alguns casos, sendo que alguns neurônios estavam presentes em alguns desses aglomerados microgliais, representando neuronofagia (TSIVGOULIS et al. 2021)

Os nódulos microgliais foram mais prevalentes no tronco cerebral, onde apareceram particularmente comuns no núcleo olivar inferior e nos núcleos tegmentais da medula e ponte cerebral, incluindo o *locus coeruleus*, núcleo hipoglossos, núcleo motor vagal dorsal, núcleo solitário e rafe mediana. Ademais, encontrara-se infiltração linfocítica escassa, predominantemente ao redor dos vasos sanguíneos, com poucos linfócitos T CD3 + penetrando no parênquima cerebral e meninges (TSIVGOULIS et al. 2021), conforme evidenciado pelo Quadro 3.

Quadro 3: Achados neuropatológicos em 41 pacientes analisados

Neuropatologia	n / total (%)
Hipóxia	100
Infarte	43,9
Hemorragia	19,5
Infiltrados linfocíticos	92,6
Ativação microglial (focal ou difusa)	80,5
Nódulos microgliais (neuronofagia)	63,4
Trombose aguda	7,3
Aterosclerose	87,8

Fonte: Thakur et al. 2021.

3.4. PROCESSO NEURODEGENERATIVO

Sugere-se que a infecção por SARS-CoV-2 desencadeie a neurodegeneração ao acelerar o envelhecimento e o acúmulo de proteínas anormais nos tecidos cerebrais, sendo que a resposta de IFN estimulada pela proteína amiloide, resultando em neuroinflamação, poderia ser a base para isso (NAUGHTON et al., 2020). Ademais, estudo de Ferini-Strambi et al. (2020), que buscou estratificar o risco de neurodegeneração futura como sequela a longo prazo por infecção por SARS-CoV-2,

evidenciou que desfechos graves após a infecção por SARS-CoV-2 são frequentemente associados a uma “tempestade de citocinas” de inflamação pronunciada causando um aumento de citocinas pró-inflamatórias, como interleucina-1 (IL-1) e IL-6. Porém, em pacientes com Doença de Alzheimer (DA), pode haver sinergia com a resposta do interferon tipo I (IFN) estimulado pela proteína amiloide, criando, assim, a “tempestade perfeita”, o que poderia explicar por que pessoas pré-sintomáticas com DA não diagnosticadas podem ter aceleração dos sintomas, devido a um surto de inflamação sistêmica resultante da infecção por SARS-CoV-2 (NIAZKAR et al., 2020).

Além disso, Bakera et al. (2020) levantaram a hipótese de que os pacientes afetados podem ter maior risco de desenvolver declínio cognitivo após superar a infecção primária por COVID-19. Patogeneticamente, isso poderia resultar de efeitos negativos diretos da reação imunológica, aceleração ou agravamento de déficits cognitivos pré-existentes ou indução de novo de uma doença neurodegenerativa. Com base nesses achados, é possível especular que pode haver uma população em risco de desenvolver doenças neurodegenerativas desmascaradas por infecção viral silenciosa no cérebro.

Desse modo, independentemente de quaisquer manifestações neurológicas diretas ou indiretas, a pandemia de COVID-19 teve um grande impacto no manejo de pacientes neurológicos, infectados ou não (WALDMAN et al., 2020). Em particular, a maioria dos serviços de AVE em todo o mundo foram influenciados negativamente pela pandemia e a falta de cuidados ideais provavelmente levará a um maior risco de morte e maiores chances de incapacidade em pacientes com AVE agudo. Isso inclui tratamentos para recanalização de vasos (trombólise intravenosa e trombectomia mecânica), proteção de malformações vasculares cerebrais (enrolamento e clipagem de aneurisma), atendimento especializado e estratégias de prevenção secundária de AVE e reabilitação (KLEIN et al., 2020).

Além disso, pacientes com distúrbios neuroimunológicos recebendo terapias imunossupressoras podem ter um risco maior de infecção por COVID-19 do que aquele reconhecido até agora. De forma similar, os pacientes com doenças neurodegenerativas graves são propensos a infecções pulmonares e podem residir em casas de repouso que até agora provaram ser pontos críticos para infecções por SARS-CoV-2 associadas a altas taxas de letalidade (ABOOTALEBI et al., 2020).



4. CONSIDERAÇÕES FINAIS

No presente estudo, foi possível visualizar que os pacientes acometidos por COVID-19 frequentemente apresentam envolvimento neurológico. De acordo com a análise, a maior parcela dos pacientes tem acometimento neurológico leve, como hipogeusia, hiposmia e cefaleia, e a maioria dos indivíduos tem recuperação completa. Entretanto, uma pequena parcela, especialmente os idosos com múltiplos fatores de risco, desenvolvem sintomas mais graves, incluindo doenças cerebrovasculares e, raramente, encefalites. Infere-se, portanto, que a distinção entre causalidade verdadeira e concomitância não etiológica pode representar um verdadeiro desafio em alguns casos, mas sua importância é inquestionável na apresentação de relatos de casos com manifestações neurológicas atribuíveis ao COVID-19.

REFERÊNCIAS

- ABOOTALEBI, s., et al. Call to action: SARS-CoV-2 and Cerebrovascular Disorders (CASCADE). **Journal of Stroke and Cerebrovascular Diseases**, v. 29, n. 9, p. 1-11, 2020.
- BAIG, A, M., et al. Evidência do vírus COVID-19 direcionado ao SNC: distribuição nos tecidos, interação vírus-hospedeiro e mecanismos neurotrópicos propostos. **ACS Chem Neurosci**, v. 11, n. 4, p. 995-998, 2020.
- BAKERA, D., et al. A biologia subjacente relacionada aos tratamentos de modificação da doença de esclerose múltipla durante a pandemia de COVID-19. **Neurology**, v. 5, n. 9, p. 45-56, 2020.
- BALI, H. Y., et al. Atualização sobre as manifestações neurológicas de COVID-19. **Life Sciences**, v. 257, n. 15, p. 1-12, 2020.
- CONDE, C., et al. Neurotropism of SARS-CoV 2: mecanismos e manifestações. **J. Neurol. Sci.**, v. 42, n. 11, p. 1-14, 2020.
- FILATOV, A., et al. Complicações neurológicas da doença coronavírus (COVID-19): encefalopatia. **Cureus**, v. 5, n. 1, p. 1-12, 2020.
- GOLDSMITH, C. S., et al. Microscopia eletrônica de SARS-CoV-2: uma tarefa desafiadora. **The Lancet**, v. 5, n. 7, p. 1-9, 2020.
- HASÖKSÜZ, M., et al. Coronaviruses and SARS-CoV-2. **Turkish Journal of Medical Sciences**, v. 12, n. 4, p. 23-43, 2020.



HELMES, J., et al. Características neurológicas na infecção grave por SARS-CoV-2. **The New England Journal of Medicine**, v. 4, n. 3, p. 1-13, 2020.

HOFFMANN, M. et al. A entrada da célula SARS-CoV-2 depende de ACE2 e TMPRSS2 e é bloqueada por um inibidor de protease clinicamente comprovado. **Cell.**, v. 181, n. 4, p. 271-280, 2020.

INSTITUTO DO CORAÇÃO (INCOR). Estudo inédito no mundo realizado no InCor mostra que pacientes que tiveram Covid-19 podem sofrer disfunções cognitivas. São Paulo, 1 de fevereiro de 2021. Disponível em: http://www.incor.usp.br/sites/incor2013/docs/2021_Fevereiro_Estudo_Mental_Plus.pdf

ISER, B. P. M., et al. Definição de caso suspeito da COVID-19: uma revisão narrativa dos sinais e sintomas mais frequentes entre os casos confirmados. **Epidemiol. Serv. Saúde**, v. 29, n. 3, p. 1-10, 2020.

JENSEN, M. P., et al. Achados neuropatológicos em dois pacientes com COVID - 19 fatal. **Neuropathol. Appl. Neurobiol.**, v. 21, n. 6, p. 45-56, 2020.

KLEIN, B. C., et al. COVID-19 está catalisando a adoção da teleneurologia. **Neurology**, v. 43, n. 5, p. 76-81, 2020.

LEONARDI, M., et al. Neurological manifestations associated with COVID-19: a review and a call for action. **Journal of Neurology**, v. 267, n. 9, p. 1573-1576, 2020.

LI, T. C., et al. O potencial neuroinvasivo do SARS-CoV-2 pode desempenhar um papel na insuficiência respiratória de pacientes com COVID-19. **J Med Virol.**, v. 3, n. 6, 2020.

MALIK, Y. A. Properties of Coronavirus and SARS-CoV-2. **Malasyan Journal Pathology**, v. 42, n. 1, p. 3-11, 2020.

MAO, L., et al. Manifestações neurológicas de pacientes hospitalizados com doença coronavírus 2019 em Wuhan, China. **JAMA Neurol.**, v. 5, n. 9, p. 1-13, 2020.

MEHRA, M. R., et al. Cardiovascular Disease, Drug Therapy, and Mortality in Covid-19. **The New England Journal of Medicine**, v. 4, n. 7, p. 1-21, 2020.

MEINHARDT, J., et al. Invasão transmucosa olfatória de SARS-CoV-2 como porta de entrada do sistema nervoso central em indivíduos com COVID-19. **Nature Neuroscience**, v. 24, n. 4, p. 168-175, 2021.

NAUGHTON, S. X., et al. Novo papel potencial de COVID-19 na doença de Alzheimer e estratégias de mitigação preventiva. **J Alzheimers Dis.**, v. 4, n. 1, p. 23-42, 2020.



NIAZKAR, H. R., et al. (2020). The neurological manifestations of COVID-19: a review article. **Neurological Sciences**, 41 (3), 1667-1671.

OXLEY, T. J., et al. O AVC de grandes vasos como uma característica de apresentação do Covid-19 nos jovens. **N. Engl. J. Med.**, v. 382, n. 60, p. 1-9, 2020.

REICHARD, R. R., et al. Neuropatologia de COVID-19: Um espectro de patologia semelhante à encefalomielite disseminada aguda e vascular (ADEM). **Acta Neuropsychology**, v. 140, n. 4, p. 1-6, 2020.

SOLOMON, I. H., et al. Características neuropatológicas de Covid-19. **N. Engl. J. Med.**, v. 383, n. 7, p. 989–992, 2020.

STEARDO, L., et al. A neuroinfecção pode contribuir para a fisiopatologia e manifestações clínicas da COVID - 19. **Acta Physiology**, v. 229, n. 3, p. 34-40, 2020.

TSIVGOULIS, G., et al. Manifestações neurológicas e implicações da pandemia de COVID-19. **Avanços terapêuticos em doenças neurológicas**, v. 10, n. 4, p. 1-11, 2020.

VARGA, Z., et al. Infecção de células endoteliais e endotelite em COVID-19. **The Lancet**, v. 395, n. 10, p. 1417-1418, 2020.

WALDMAN, G., et al. Preparando um departamento de neurologia para SARS-CoV-2 (COVID-19): Primeiras experiências na Columbia University Irving Medical Center e no New York Presbyterian Hospital na cidade de Nova. **Neurology**, v. 5, n. 43, 2020.

WANG, H. Y., et al. Sintomas neurológicos potenciais de COVID-19. **Ther Adv Neurol Disord.**, v. 14, n. 8, p. 1-7, 2020.

XIANG, P., et al. Primeiro caso de nova doença por coronavírus em 2019 com encefalite. **ChinaXiv**, v. 5, n. 1, p. 1-12, 2020.

ZUBAIR, A. S., et al. Neuropathogenesis and neurologic manifestations of the coronaviruses in the age of coronavirus disease 2019: a review. **JAMA**, v. 77, n. 8, p. 1018-1027, 2020.



ABORDAGEM DAS NECESSIDADES PSICOESPIRITUAIS PELA ENFERMAGEM EM TEMPOS PANDÊMICOS: REVISÃO INTEGRATIVA

APPROACHING PSYCHOSPIRITUAL NEEDS BY NURSING IN PANDEMIC TIMES: INTEGRATIVE REVIEW

DOI: 10.51859/AMPLA.PPE2159-27

João Vitor Andrade ¹
Juliana Cristina Martins de Souza ¹
Luana Vieira Toledo ²
Beatriz Santana Caçador ²

¹ Enfermeiro(a). Mestrando(a) em Enfermagem. Universidade Federal de Alfenas - UNIFAL.

² Doutora em enfermagem. Docente de Enfermagem. Universidade Federal de Viçosa - UFV.

RESUMO

Objetivo: identificar, através da literatura disponível, a abordagem da espiritualidade pela equipe de enfermagem durante a pandemia da COVID-19. **Método:** trata-se de uma revisão integrativa de literatura realizada nas bases de dados CINAHL, PubMed, SciELO e BVS a partir dos descritores: "Spirituality", "Covid-19" e "Nursing". Se utilizou para o cruzamento dos descritores o operador booleano "AND". **Resultados:** após a aplicação dos critérios de inclusão e exclusão, foram selecionados três estudos, sendo um (33,33%) brasileiro, um (33,33%) espanhol e um (33,33%) iraniano. **Conclusão:** É urgente ampliar a divulgação e disseminação de informações sobre o cuidado da dimensão psicoespiritual enquanto responsabilidade/função da enfermagem.

Palavras-chave: Enfermagem. Espiritualidade. COVID-19.

ABSTRACT

Objective: to identify, through the available literature, the approach to spirituality by the nursing team during the COVID-19 pandemic. **Method:** this is an integrative literature review carried out in the CINAHL, PubMed, SciELO and VHL databases using the descriptors: "Spirituality", "Covid-19" and "Nursing". The Boolean operator "AND" was used to cross the descriptors. **Results:** after applying the inclusion and exclusion criteria, three studies were selected, one (33.33%) Brazilian, one (33.33%) Spanish and one (33.33%) Iranian. **Conclusion:** It is urgent to expand the dissemination and dissemination of information about the care of the psychospiritual dimension as a responsibility/function of nursing.

Keywords: Nursing. Spirituality. COVID-19.



1. INTRODUÇÃO

Reconhecida como pandemia desde o dia 30 de janeiro de 2020 a COVID-19 (doença causada pelo Coronavírus/2019), cujo agente etiológico é o SARS-CoV-2, desencadeou um momento histórico na humanidade (LIPSITCH; SWERDLOW; FINELLI, 2020; OPAS, 2020). A descoberta da doença e a incidência dos primeiros casos, aconteceu na China, mais especificamente em Wuhan, uma das províncias de Hubei (OPAS, 2020).

A COVID-19 caracteriza-se em uma infecção viral que atinge as vias aéreas, o período de incubação da doença é de 14 dias, podendo provocar tosse, febre, coriza, odinofagia, anosmia, hipogeusia, ageusia e dispneia (ANDRADE; MORAES, 2020; VALERO-CEDEÑO et al., 2020). Dentre os acometidos cerca de 20% desenvolvem quadros de síndrome respiratória aguda grave, caracterizado por dispneia e infiltrados pulmonares bilaterais (MENDES et al., 2020). As taxa de mortalidade por COVID-19 variou de 0,7% a 5,8% sendo prevalente os óbitos de indivíduos com idade avançada ou portadores de doenças subjacentes (OMS, 2020; WU et al, 2020).

A transmissão da COVID-19 se dá por meio do contato próximo e desprotegido com gotículas e secreções de uma pessoa infectada (ZHU et al., 2020). Pontua-se que a doença se tornou uma emergência de saúde pública, sendo responsável até o momento por 469.866.755 casos confirmados e 6.075.863 mortes em âmbito global (dados coletados em 20 de março de 2022) (JOHNS HOPKINS UNIVERSITY, 2022).

Em virtude dos aspectos clínicos da doença, tem se dado ênfase no cuidado às necessidades biológicas dos indivíduos, assim, chama-se atenção aos aspectos emocionais e espirituais dos pacientes/familiares acometidos pela COVID-19 (BARBOSA et al., 2020). Devendo a equipe de enfermagem, cujo objeto de trabalho é o cuidado integral, atuar de forma a minimizar medos, sofrimentos mentais, desmitificar a doença como sinônimo de morte, além de outras questões, que devem ser consideradas e valorizados pela equipe (BARBOSA et al., 2020; ANDRADE et al., 2021b; SANTANA et al., 2022).

Wanda Horta (1979), em sua Teoria de Enfermagem (Necessidades Humanas Básicas), afirma que o ser humano se constitui de três dimensões fundamentais, interconectadas e indissociáveis, sendo estas: psicobiológica, psicossocial e



psicoespiritual. A psicoespiritual é exclusivamente do homem em sua inserção no mundo. Sob essa ótica, observa-se que a atuação da enfermagem junto aos indivíduos com COVID-19 e seus familiares são complexas e diversificadas, e estão inseridas nos diversos níveis da rede de atenção à saúde (BARBOSA et al., 2020).

Frente a esse contexto, no qual se verificam alterações significativas na vida dos pacientes e seus familiares diante do adoecimento, a espiritualidade é frequentemente considerada pela equipe, pela família e pelo paciente como fonte de suporte emocional, sendo uma dimensão essencial do ser humano, sem a qual ele não é capaz de subsistir (BARBOSA et al., 2020; ANDRADE et al., 2021b; SANTANA et al., 2022).

Sabe-se que é dever da equipe de Enfermagem atuar no fornecimento dos cuidados integrais ao paciente, visando a implementação do estado de equilíbrio e prevenção de estados de desequilíbrio (HORTA, 1979). Nesse sentido, a enfermagem deve estar apta a abordar questões concernentes à religião, religiosidade e espiritualidade dos pacientes, compreendendo a dimensão psicoespiritual dos mesmos (BARBOSA et al., 2020; ANDRADE et al., 2021b).

Mediante o exposto, faz-se necessário a realização de pesquisas que analisem a abordagem da espiritualidade pela equipe de Enfermagem no tocante a COVID-19, visto que durante o período de atendimento e/ou internação estes profissionais são os que permanecem períodos de tempo mais prolongados com o paciente (BARBOSA et al., 2020). Neste ínterim, o presente trabalho visa realizar uma inquirição bibliográfica concernente à abordagem da espiritualidade pela equipe de enfermagem durante à pandemia da COVID-19.

2. MÉTODO

Trata-se de uma revisão integrativa da literatura. Para a sua realização foram seguidas as seguintes etapas metodológicas: escolha da pergunta de pesquisa e objetivos da revisão, adoção dos critérios de inclusão e exclusão dos artigos, seleção amostral (seleção dos artigos), análise e interpretação dos resultados (MENDES; SILVEIRA; GALVÃO, 2019).

O levantamento bibliográfico foi realizado no período de fevereiro de 2022, nas seguintes bases de dados: Cumulative Index to Nursing and Allied Health (CINAHL), U.S.



National Library of Medicine National Institute of Health (PubMed), Scientific Electronic Library Online (SciELO) e Biblioteca Virtual da Saúde (BVS).

Para delimitar a revisão integrativa, utilizou-se a estratégia PICOT, que se constitui em um acrônimo (MENDES; SILVEIRA; GALVÃO, 2019). No presente estudo, representa: P) População (pacientes com COVID-19); I) Intervenção (abordagem aos aspectos psicoespirituais); C) Comparação (benefícios e/ou dificuldades); O) Desfecho ou resultados (existe consenso ou protocolos?) e T) Tempo (estudos publicados no triênio 2020/2021).

A busca foi realizada de maneira interdependente por dois pesquisadores, através das bases citadas, com o uso dos Mesh Terms e dos Descritores em Ciência da Saúde: “Spirituality”, “Covid-19” e “Nursing”, e seus correspondentes em espanhol e português, combinados com o operador booleano “AND”.

Foram incluídos no estudo os artigos publicados na literatura nacional e internacional, cujo foco tenha sido a abordagem pela equipe de enfermagem aos aspectos ligados às necessidades humanas básicas psicoespirituais de pacientes com COVID-19, escritos no idioma português, inglês ou espanhol. Foram excluídos da pesquisa os estudos no formato de editoriais, opiniões ou comentários. O período de tempo para a escolha das publicações, foi a pandemia da COVID-19 (2020-2022).

Após a seleção amostral, procedeu-se a análise dos artigos, a qual foi orientada por um instrumento de coleta de dados abrangendo o título, país e ano de publicação, objetivo, abordagem, método, participantes, contexto e principais resultados de cada um dos estudos.

Os dados foram analisados segundo os conteúdos apresentados pelos artigos. Os estudos foram classificados quanto aos níveis de evidencia que variam de I a VII sendo: nível 1 – meta-análise ou revisões sistemáticas; nível II – Ensaio Clínico Randomizado Controlado; nível III – Ensaio Clínico sem Randomização; nível IV – Estudos de coorte e de caso controle; nível V – Revisões sistemáticas de estudos descritivos; nível VI – estudos descritivos (GALVÃO, 2006). No que tange aos aspectos éticos do estudo, todas as autorias dos artigos estudados foram respeitadas.

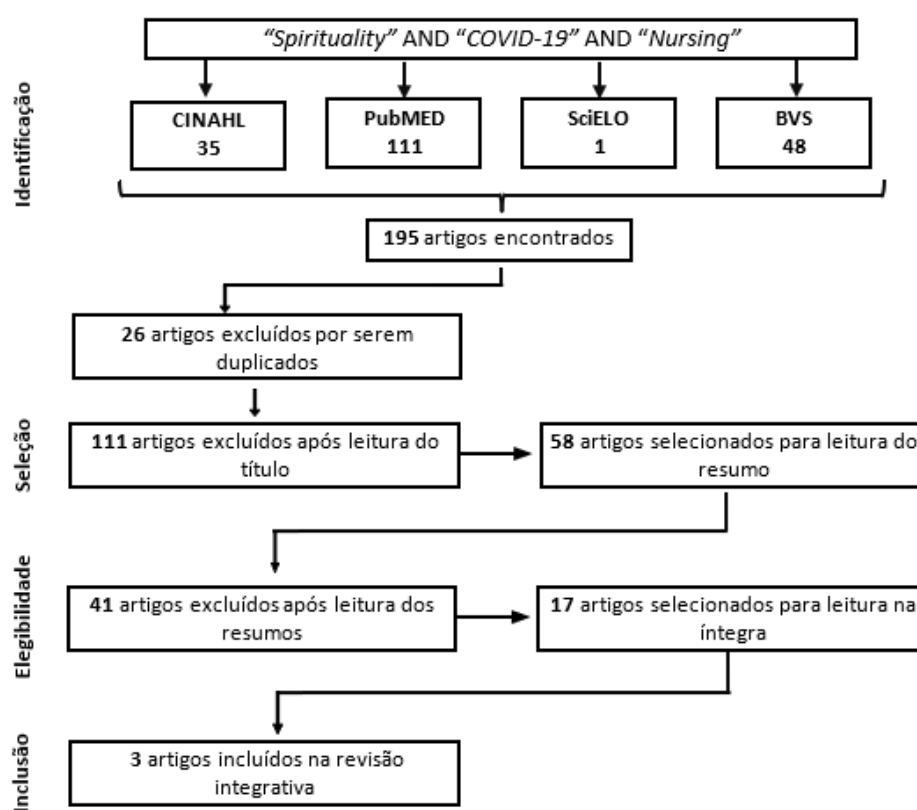


3. RESULTADOS

Na busca realizada nas bases de dados, identificaram-se 195 publicações potencialmente elegíveis: CINAHL (n=35), PubMed (n=111), SciELO (n=1) e BVS (n=48).

Em uma análise inicial por título, foram excluídos 26 artigos por estarem duplicados e 111 por não se relacionarem com o objetivo da presente análise. Procedeu-se então com a leitura dos resumos, e após esta, 41 publicações foram excluídas por não se tratarem da temática em estudo. Por fim, realizou-se a leitura na íntegra de 17 trabalhos, dos quais 13 foram excluídos por não abordarem diretamente a temática em estudo, e 4 foram selecionados para compor a amostra da presente revisão. Assim, a amostra da revisão integrativa foi composta de 4 estudos, conforme Figura 1.

Figura 1: Processo de seleção amostral nas bases de dados nacionais e internacionais, 2022.



Fonte: Autoria própria.

Dos 3 estudos, dois (66,66%) foram classificados com o nível de evidência VI, pois caracterizavam-se em estudos descritivos e um estudo (33,33%) era “não classificável” através da escala, visto que se constitui em um estudo reflexivo. No tocante ao idioma,



dois estudos (66,66%) foram publicados em inglês e um (33,33%) em português. O Quadro 1 que segue, apresenta a descrição dos 12 artigos selecionados para análise.

Quadro 1: Dados de identificação dos artigos incluídos na presente revisão, 2022.

Autor [Ano]	Título [País]	Objetivo [Método]	Conclusão [Nível de Evidência]
BARBOSA et al. [2020]	A Espiritualidade e o cuidar em enfermagem em tempos de Pandemia [Brasil]	Refletir sobre a espiritualidade como suporte para o profissional de enfermagem em tempos de pandemia durante o cuidado prestado à clientela. [Análise reflexiva]	Em virtude do papel que a espiritualidade pode ter na doença, vida e qualidade de vida do paciente, é importante que profissionais de enfermagem estejam habilitados a explorar esta faceta dos seus clientes como também em si mesmo. [Não classificado]
DIEGO-CORDERO et al. [2022]	Spiritual care in critically ill patients during COVID-19 pandemic [Espanha]	Investigar as percepções e atitudes de enfermeiros que trabalham em unidades de terapia intensiva e serviços de emergência sobre o cuidado espiritual prestado a pacientes e familiares durante a pandemia de COVID-19. [Qualitativo]	A espiritualidade foi considerada uma dimensão essencial do cuidado durante a pandemia de COVID-19 conforme observado nas opiniões e percepções dos enfermeiros espanhóis incluídos neste estudo. [VI]
RAHIMAGHAEI; VIZHEH; HATAMIPOUR [2021]	Development and Psychometric Properties of a Spiritual Needs Assessment Scale for Patients With COVID-19 [Irã]	Desenvolver e determinar a psicometria de uma escala para avaliar as necessidades espirituais de pacientes com COVID-19. [Quali - quantitativo]	A "Escala de Avaliação de Necessidades Espirituais para Pacientes com COVID-19" é uma escala multidimensional de 29 itens com propriedades psicométricas robustas, que pode mensurar diversos aspectos referentes às necessidades espirituais dos pacientes com COVID-19. [VI]

Fonte: Autoria própria.

O período de publicação dos artigos compreende os anos de 2020 (33,33%), 2021 (33,33%) e 2022 (33,33%). Os estudos são provenientes dos seguintes países: Brasil (33,33%), Espanha (33,33%) e Irã (33,33%).

Em relação à população que compõe as amostras dos estudos, são citados predominantemente profissionais enfermeiros (66,66%), pacientes com COVID-19 (33,33%) e Artigos e Manuais (33,33%).

4. DISCUSSÃO

Em tempos pandêmicos, a espiritualidade que já era um dos pilares no cuidar em enfermagem, teve maior visibilidade, visto que, forneceu alento e esperança aos pacientes, familiares e equipe (BARBOSA et al., 2020; DIEGO-CORDERO et al., 2022). Porém, chama-se atenção, a escassa literatura a nível global em relação a temática, o que reforça a teoria de que o cuidado espiritual ainda é pouco reconhecido na prática profissional (ANDRADE et al., 2021a; DIEGO-CORDERO et al., 2022).

Ainda, o pequeno número de estudos elencados na presente revisão (n=3), dentre os quais, somente um, expressa o cuidado espiritual na prática cotidiana da enfermagem (DIEGO-CORDERO et al., 2022), expõe uma lacuna no conhecimento científico em enfermagem no período pandêmico. Logo, sugere-se a realização de mais estudos sobre a temática em análise.

No tocante a análise do nível de evidência dos estudos, demarca-se o baixo nível de evidência, visto que dois são nível VI e um foi não classificável. Logo, sinaliza-se a necessidade de estudos com metodologias mais robustas e com melhor delineamento, para que se tenha evidências sobre a abordagem da espiritualidade pela enfermagem a pacientes com COVID-19. Ressalta-se ainda, que de acordo com Souza, Silva e Carvalho (2010) é extremamente importante a ampliação das práticas baseadas em evidências, sendo imprescindível para tal a análise crítica dos estudos científicos e mediante ao método empregado para condução de cada um deles, realizar a classificação por grau de evidência.

Cabe destacar que na maior parte dos estudos selecionados (n=2), houve foco no enfermeiro (profissional de nível superior), não sendo citados os profissionais técnicos e auxiliares (RAHIMAGHAEI; VIZHEH; HATAMIPOUR, 2021; DIEGO-CORDERO et



al., 2022). Porém, chama-se atenção a importância do envolvimento de toda a equipe de enfermagem no cuidado espiritual, cabendo a todos os profissionais, segundo suas competências e formação, garantir assistência holística aos indivíduos e famílias (ANDRADE et al., 2021b).

Em seu estudo, Barbosa et al (2020) buscou refletir sobre a espiritualidade como suporte para a equipe de enfermagem durante o cuidado aos clientes durante a pandemia da Covid-19. Os autores ressaltam a espiritualidade como facilitadora do cuidado, em especial na perspectiva das doenças sem cura ou nos momentos considerados mais desesperadores para o paciente e familiares (BARBOSA et al, 2020). Tal achado é congruente com a literatura, que define a espiritualidade fonte de suporte emocional e de acolhimento em momentos difíceis (ANDRADE et al., 2021a; 2021b; DIEGO-CORDERO et al., 2022).

O estudo de Diego-Cordero et al. (2022) mostrou que, durante a pandemia da COVID-19, os enfermeiros espanhóis eram responsáveis por prestarem cuidados espirituais aos pacientes. Os autores explicitam que, mesmo os enfermeiros considerando a abordagem e o cuidado espiritual importantes para os pacientes com COVID-19, a maioria não conseguiu conceituar a espiritualidade, não recebeu treinamento/formação para ofertar tal intervenção e não se sentia preparada (DIEGO-CORDERO et al., 2022).

O supra referido é consoante a literatura, que além das barreiras elencadas, explicita outras, que limitam a enfermagem na abordagem/cuidado espiritual dos pacientes, cabendo ressaltar, tempo insuficiente, sobrecarga de trabalho, falta de capacitação, considerar ser tópico de outros profissionais como psicólogos e capelães, e não considerar a temática importante/relevante (BARBOSA et al, 2020; ANDRADE et al., 2021a; RAHIMAGHAEI; VIZHEH; HATAMIPOUR, 2021). Barbosa et al, (2020) destacam que essas barreiras impedem um cuidado integral já que excluem a espiritualidade como parte do indivíduo e de sua saúde. Nesta perspectiva, sinaliza-se que a não abordagem da espiritualidade pela enfermagem se configura como negligência e imperícia, visto que é um das componentes da dimensão psicoespiritual, além de ser um dos itens definidores de saúde desde 1983, segundo a Organização Mundial da Saúde (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 1998).



Em uma recente revisão de literatura referente aos “Diagnósticos de enfermagem da NANDA-I® em pacientes críticos adultos portadores de COVID-19”, os autores ao analisarem 289 artigos, explicitaram que sequer foram citados nessa amostra os aspectos associados as dimensões psicossociais e psicoespirituais (AZEVEDO et al., 2022). Cabendo ressaltar, portanto, a necessidade de mais estudos sobre a espiritualidade enquanto pilar de cuidado da enfermagem, bem como a importância de se aumentar a disseminação do conhecimento e domínio do uso dos diagnósticos de enfermagem para além dos aspectos biológicos (ANDRADE et al., 2021a; 2021b).

Rahimaghaee, Vizheh e Hatamipour (2021), citam como estratégia de abordagem da espiritualidade a utilização de escalas. Os autores ainda, explicitam a construção e validação de uma escala de abordagem das necessidades espirituais, especificamente para pacientes diagnosticados com COVID-19. A escala é de uso de toda a equipe de saúde, sendo composta por 29 itens, distribuídos em 4 temas: Compostura, Comunicação, Sentido na Vida e Responsabilidade Global (RAHIMAGHAE; VIZHEH; HATAMIPOUR, 2021).

Destaca-se que as escalas de abordagem da espiritualidade podem ser importantes auxiliadoras na abordagem da dimensão psicoespiritual, visto que, são de fácil aplicação e interpretação (SILVA; VITORINO, 2018; ANDRADE et al., 2021a). Ademais, sinaliza-se que ainda são pouco utilizadas e/ou desconhecidas pelos profissionais de enfermagem (SILVA; VITORINO, 2018; RAHIMAGHAE; VIZHEH; HATAMIPOUR, 2021). Assim, pontua-se a importância de disseminação de informações em relação à espiritualidade na prática profissional da enfermagem.

Destaca-se que o baixo quantitativo de estudos e o baixo nível de evidência destes, podem ser considerados limitações do presente estudo. Assim, ressalta-se a necessidade do desenvolvimento de mais estudos sobre a abordagem da espiritualidade em pacientes com COVID-19 pela enfermagem, e com maior robustez metodológica.

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Evidenciou-se as lacunas na literatura científica concernente a abordagem da espiritualidade de pacientes com COVID-19 pela enfermagem. Logo, ratifica-se que é urgente ampliar a divulgação e disseminação de informações sobre o cuidado da



dimensão psicoespiritual enquanto responsabilidade/função da enfermagem, a fim de mitigar as dificuldades e limitações apresentadas na literatura, bem como garantir o cuidado holístico aos pacientes e famílias afligidos pelo adoecimento.

REFERÊNCIAS

- ANDRADE, J. V. et al. Diagnóstico de enfermagem sofrimento espiritual padronização e implementação na prática clínica: revisão integrativa. In: Neudson Johnson Martinho; Carolina Carbonell Demori; João Vitor Andrade. (Org.). **Ciências da saúde: aprendizados, ensino e pesquisa no cenário contemporâneo**. 1ed. Campina Grande: Editora Amplla, 2021a, p. 132-145.
- ANDRADE, J. V. et al. Spirituality in Daily Healthcare Provided in Brazil: Meanings and Practices of the Nursing Team. **Journal of Holistic Nursing**, p. 08980101211041185, 2021b.
- ANDRADE, J. V.; MORAES, R. C. C. O que o Coronavírus tem nos tirado? Anos potenciais de vida perdidos em Minas Gerais. **Journal of Nursing and Health**, v. 10, n. 4, p. e20104014, 2020.
- AZEVEDO, C. et al. NANDA-I® nursing diagnoses in adult critical patients with COVID-19. **Acta Paulista de Enfermagem**, v. 35, 2022.
- BARATA, R. B. et al. Desigualdade social em saúde na população em situação de rua na cidade de São Paulo. **Saúde e Sociedade**, v. 24, n. 1, p. 219-232, 2015.
- BARBOSA, D. J. et al. A Espiritualidade e o Cuidar em Enfermagem em Tempos de Pandemia. **Enfermagem em Foco**, v. 11, n. 1. ESP, 2020.
- DIEGO-CORDERO, R. et al. Spiritual care in critically ill patients during COVID-19 pandemic. **Nursing outlook**, v. 70, n. 1, p. 64-77, 2022.
- GALVAO, C. M. Níveis de evidência. **Acta Paulista de Enfermagem**, v. 19, n. 2, p. 5, 2006.
- HORTA, W. A. **Processo de enfermagem**. São Paulo: EPU, 1979.
- IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Projeção da população do Brasil e das Unidades da Federação. Brasil: IBGE; 2020.
- JOHNS HOPKINS UNIVERSITY. **Painel COVID-19 do Center for Systems Science and Engineering**, 2022. Disponível em: <https://coronavirus.jhu.edu/map.html>
- LIPSITCH, M.; SWERDLOW, D. L.; FINELLI, L. Defining the epidemiology of covid-19 - studies needed. **New England Journal of Medicine**, v. 382, n.13, p.1194-96. 2020.
- MENDES, B. S et al. COVID-19 & SARS. **ULAKES Journal of Medicine**, v. 1, n. 1, p. 41-49, 2020.



- MENDES, K. D. S.; SILVEIRA, R. C. C. P.; GALVÃO, C. M. Uso de gerenciador de referências bibliográficas na seleção dos estudos primários em revisão integrativa. **Texto & Contexto-Enfermagem**, v. 28, 2019.
- OMS - Organização Mundial da Saúde. **Coronavirus**. 2020. Disponível em: <https://www.who.int/westernpacific/health-topics/coronavirus>
- OPAS - Organização Pan-Americana da Saúde. **OMS afirma que COVID-19 é agora caracterizada como pandemia**, 2020. Disponível em: https://www.paho.org/bra/index.php?option=com_content&view=article&id=6120:oms-afirma-que-covid-19-e-agora-caracterizada-como-pandemia&Itemid=812
- RAHIMAGHAE, F.; VIZHEH, M.; HATAMIPOUR, K. Development and Psychometric Properties of a Spiritual Needs Assessment Scale for Patients With COVID-19. **Journal Of Psychosocial Nursing And Mental Health Services**, p. 1-8, 2021.
- SANTANA, L. L. et al. Intervening factors in the quality of teacher life during the COVID-19 pandemic. **Actualidades Investigativas en Educación**, v. 22, n. 1, p. 219-250, 2022.
- SILVA, M. C. M.; VITORINO, L. M. Religiosidade e espiritualidade na prática clínica da enfermagem: revisão da literatura e desenvolvimento de protocolo. **HU rev**, p. 469-479, 2018.
- SOUZA, M. T.; SILVA, M. D.; CARVALHO, R. Revisão integrativa: o que é e como fazer. **Einstein**, v. 8, n. 1, p. 102-106, 2010.
- VALERO-CEDEÑO, N. J. et al. COVID-19: La nueva pandemia con muchas lecciones y nuevos retos. Revisión Narrativa. **Kasmera**, v. 48, n. 1, 2020.
- WORLD HEALTH ORGANIZATION et al. **WHOQOL and spirituality, religiousness and personal beliefs (SRPB)**. World Health Organization, 1998.
- WU, C. et al. Risk factors associated with acute respiratory distress syndrome and death in patients with coronavirus disease 2019 pneumonia in Wuhan, China. **JAMA Internal Medicine**, p. e1-10. 2020.
- ZHU, N. et al. A novel Coronavirus from patients with pneumonia in China, 2019. **New England Journal of Medicine**, v. 382, n. 8, p. 727-33, 2020.



IMPACTO DAS FAKE NEWS E SUAS IMPLICAÇÕES NOS CUIDADOS EM SAÚDE EM MEIO A PANDEMIA DA COVID 19: RELATO DE EXPERIÊNCIA

IMPACT OF FAKE NEWS AND ITS IMPLICATIONS ON HEALTH CARE IN THE PANDEMIC OF COVID 19: EXPERIENCE REPORT

DOI: 10.51859/AMPLLA.PPE2159-28

Letícia Mello dos Santos¹
 Louise Anne Reis da Paixão²
 Onizia Natali da Silva Azevedo³
 Juliana Rodrigues Cardoso Langsdorff⁴
 Renata da Silva Hanzelmann⁵

¹ Bolsista de Iniciação à Pesquisa/Discente de Graduação em Enfermagem da UniSãoSãoJosé.

² Enfermeira. Doutora em Enfermagem – Escola de Enfermagem Anna Nery - UFRJ. Enfermeira da Estratégia Saúde da Família. Docente da UniSãoSãoJosé.

³ Bolsista de Iniciação à Pesquisa/Discente de Graduação em Enfermagem da UniSãoSãoJosé.

⁴ Enfermeira Sanitarista - Mestre em Saúde pública ENSP/Fiocruz Professora do Centro Universitário São José.

⁵ Doutora em Ciências pela Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro (UNIRIO). Coordenadora do Curso de Graduação de Enfermagem no Centro Universitário São José/RJ. Membro efetivo do Laboratório de Pesquisa: Enfermagem, Tecnologia, Saúde e Trabalho (PENSAT) UNIRIO.

RESUMO

Desconhecimento, medo e insegurança são fatores que contribuem para a disseminação de notícias falsas, popularmente conhecidas como “fake news”. A expansão das falsas informações produz um impacto direto na sociedade, mas também pode influenciar no processo de trabalho do enfermeiro desde o acolhimento até a implementação dos cuidados de saúde. **Metodologia:** O estudo é do tipo relato de experiência de natureza qualitativa. Desta forma o objetivo é relatar a experiência das acadêmicas de enfermagem frente a disseminação de “fake news” sobre a pandemia e suas implicações nos cuidados em saúde para a população atendida nas Unidades Básicas de Saúde. **Conclusão:** O trabalho da enfermagem no cuidado a pessoas doentes ou com suspeita de infecção por COVID-19 tem sido ressaltado em termos da necessária competência técnica e humana para o cuidado ágil e seguro. A atuação da enfermagem como mediadora entre a veracidade das informações e os temores das pessoas sobre a COVID-19 é essencial com vistas a esclarecer as fake news e promover educação em saúde para os pacientes, os familiares e a coletividade.

Palavras-chave: Covid-19, Falsas alegações; Enfermagem.

ABSTRACT

Ignorance, fear and insecurity are predominant factors that contribute to the spread of false news, called “fake news”. The expansion of false information has a direct impact on society, and can impact the work of nurses from the first contact with the patient who seeks the primary care unit until the moment of treatment in severe cases of disease manifestation. **Methodology:** The study is a qualitative report of experience. Thus, the objective is to report the experience of nursing students facing the dissemination of “fake news” about the pandemic and its implications for health care for the population served in Basic Health Units. **Conclusion:** The work of nursing in caring for people patients or suspected of being infected by COVID-19 has been highlighted in terms of the necessary technical and human competence for agile and safe care. The role of nursing as a mediator between the veracity of information and the fears of people hospitalized with COVID-19 is essential to clarify and educate patients and their families.

Keywords: Covid-19, fake news and nursing.

1. INTRODUÇÃO

Na cidade de Wuhan na China em 31 de dezembro a Organização Mundial da Saúde (OMS) declarou um alerta epidemiológico de casos de pneumonia por causa desconhecida. Após estudos realizados por pesquisadores chineses descobriram uma nova linhagem da família coronavírus. E em de fevereiro de 2020 foi oficialmente intitulado como Covid-19 (ALVES et al, 2020).

No Brasil, o primeiro caso de SARS-COV2 foi notificado em São Paulo no dia 26 de fevereiro de 2020, a partir desta data os casos, segundo o boletim do Ministério da Saúde, vem crescendo. Desde então, o enfrentamento da COVID-19 mediante ao Decreto nº6 de 20/03/2020, foi instituído estado de calamidade em saúde pública em âmbito nacional (ALVES et al, 2020).

Na atual era digital, a drástica diminuição dos custos e esforços necessários à geração e à divulgação de informações e opiniões possibilita, de um lado, o acesso do público em geral a mídias digitais e sociais confiáveis como fonte de informação (por exemplo, páginas oficiais da OMS, do governo federal e de governos estaduais, de entidades de saúde e de órgãos de comunicação de massa); de outro, porém, permite também uma intensa propagação de notícias falsas — as chamadas fake news (FIELD, F 2019; NETO, M et al. 2020).

As falsas notícias podem impactar no trabalho do enfermeiro desde do primeiro contato com o paciente que procura a unidade de atendimento básico até o momento do tratamento em casos graves da manifestação de doenças (NEGRI, 2020).

Diante da rápida disseminação do novo coronavírus por todo o mundo, surgem as hesitações de como controlar a doença e incertezas do tempo de duração e suas complicações, destacando-se como fatores de risco à saúde mental da população. Nessas circunstâncias, o surgimento de mitos e informações equivocadas sobre a infecção e as medidas de prevenção dificultam a compreensão de orientações das autoridades sanitárias pela população geral (SCHMIDT, et al., 2020).

Nesse contexto, é preciso se adequar à nova realidade mundial, explorando ferramentas digitais *disponíveis* na Internet, tecnologias de comunicação que podem fornecer informações confiáveis e de fácil compreensão para a população, gerando



impactos benéficos à saúde individual e coletiva (FREITAS et al, 2020). O fenômeno de rápida disseminação de notícias surge com o advento do avanço da tecnologia, velocidade e possibilidade de se alcançar o maior número de pessoas sem sair do lugar. E nesse empenho máximo para se alcançar a melhoria da qualidade de vida da população, algumas informações falsas ou desarticuladas do tempo e local correto podem circular em superposição causando confusão e insegurança (NEGRI, 2020).

Notícias falsas em tempos em que a informação correta é essencial para prevenção e combate à COVID-19 são um desserviço que coloca em risco a vida das pessoas. A rápida circulação em redes sociais e aplicativos de mensagens faz com que boatos ou informações imprecisas cheguem a dezenas, centenas e até milhares de pessoas em poucas horas (IFPB, 2020).

Todos os dias, aumentam os números de usuários que procuram na internet seu diagnóstico e tratamento, tornando assim a internet, uma ferramenta de dois lados para o setor da saúde. Para controlar a disseminação de notícias falsas ou enganosas, as agências governamentais devem cogitar o uso de um mecanismo regulador, uma vez que informações falsas sobre a saúde podem causar danos sociais irreparáveis (BALTAZAR, et al., 2020).

As notícias e boatos falsos relacionados à COVID-19 podem gerar ainda, além do pânico e estresse emocional, indução da automedicação com medicamentos não testados e comprovados cientificamente quanto a sua eficácia para a doença enfrentada, podendo acarretar desde intoxicações a problemas graves. Outro prejuízo decorrente da deturpação de informações é a adaptação de medidas preventivas, como produção de álcool em gel em casa, com produtos impróprios, podendo gerar aumento no número de casos, superlotação do sistema de saúde e, conseqüentemente, aumento no número de óbitos (BRASIL, 2020).

Preocupada com a quantidade de informações sobre a pandemia atual, a Organização Mundial da Saúde (OMS), por meio da Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS, 2020), publicou, em 30 de abril, um informativo que descreve dois fenômenos bem atuais: a infodemia e a desinformação.

O primeiro é a infodemia, que se caracteriza pelo aumento considerável no volume de informações (algumas precisas outras não) sobre um determinado assunto,



no caso atual sobre a COVID-19. O outro é a desinformação, que pode ser entendida como informação falsa ou imprecisa (OPAS, 2020).

O Ministério da Saúde também elaborou um espaço em sua página, onde constam 85 títulos, entre boatos e informações verdadeiras, que circulam na internet sobre coronavírus. Então, antes de repassar alguma mensagem, a população pode realizar uma checagem rápida e tirar dúvida sobre algum conteúdo que recebeu em suas redes sociais (BRASIL, 2020).

A extensão das informações irreais produz um impacto direto na sociedade. Provocam temor, pavor, busca por tratamentos ineficazes, dentre outros problemas. Os profissionais da enfermagem estão entre o grupo de profissionais da Saúde que podem verificar nas consultas cotidianas os impactos das *fake news* nos pacientes, que chegam no atendimento com ideias formadas sobre o tratamento e diagnóstico da Covid-19, além daqueles pacientes que ansiedade, depressão, stress, sobrecarregadas, emocionalmente exaustas (OPAS, 2020).

A legitimidade das decisões e procedimentos realizados pelos profissionais de enfermagem encontram resistência por parte dos pacientes atendidos nas Unidades de saúde devido a infodemia, o qual provoca um descrédito nas tomadas de decisões relacionadas ou atendimento e tratamento do paciente tais como: tratamentos questionáveis, alterações metabólicas do indivíduo e cobertura e segurança da vacina (OPAS, 2020).

Dessa forma, a educação em saúde é de fundamental importância para o combate à desinformação através da produção e transmissão de conhecimentos técnico- científicos com linguagem de fácil compreensão para a população em geral (ALVES, VS 2020).

2. OBJETIVO

O presente artigo tem como objetivo relatar a experiência das acadêmicas de enfermagem frente a disseminação de *fake news* sobre a pandemia e suas implicações nos cuidados em saúde para a população atendida na Atenção Primária à Saúde.



3. METODOLOGIA

Concebido como um estudo de natureza qualitativa, o relato de experiência caracteriza-se por uma multiplicidade de opções teóricas e metodológicas; e valoriza a explicitação descritiva, interpretativa e compreensiva de fenômenos, circunscrita num tempo histórico (DALTRO, 2019).

A experiência descrita ocorreu pelas acadêmicas de enfermagem do último ano do curso de Enfermagem de uma faculdade privada localizada na Zona Oeste do Estado do Rio de Janeiro. Durante o período de exercício obrigatório no período de setembro de 2020 a maio de 2021 na Atenção Primária a Saúde, em meio a pandemia da Covid-19.

Durante o estágio na Atenção Primária a Saúde as acadêmicas realizaram atendimentos de enfermagem e cuidados de enfermagem para o indivíduo, família e comunidade. Como por exemplo, realização de planejamento familiar, coleta de exames citopatológicos, pré-natal, administração de imunobiológicos, inclusive a vacina do COVID-19 entre outras atividades. Desse modo, pode-se ter um contato mais próximo com o usuário e assim, identificar-se alguns relatos que são caracterizados como *fake news*.

4. DESENVOLVIMENTO

Durante a consulta de enfermagem evidenciou-se um número proeminente de pessoas que descreveram falsas informações sobre o novo vírus ativo. Acredita-se que essa possa impactar diretamente e indiretamente no seu cuidado à saúde.

Essa reflexão é extremamente necessária visto que tanto os acadêmicos de enfermagem quanto os profissionais de enfermagem que estão inseridos na APS são responsáveis pela informação, proteção e promoção à saúde do indivíduo e comunidade.

Destaca-se que a circulação de notícias falsas, o medo e a insegurança são fatores dominantes que colaboram para a dispersão de informações desleais, designadas como “*fake news*”. As *fake news* são um recurso caótico nesse momento tão delicado que o planeta está vivenciando. Determinadas informações são reproduzidas erroneamente por internautas e pessoas influentes do Poder Público. Por essas situações, parte da

população e comunidade não contribui de uma forma sensata diante de uma pandemia que matou e mata tantas pessoas a cada dia, contribuindo assim para a disseminação do vírus.

O toque do aperto de mão é a principal forma de contágio, mas a transmissão também pode ser por meio de gotículas de saliva, pelo espirro, tosse e catarro. O período de incubação, até o momento, pode ser de 2 a 14 dias, com apresentação dos sintomas de febre, tosse e dificuldade para respirar como os mais comuns (BRASIL, 2020)

Os sintomas primários da Covid-19 são semelhantes aos da gripe, o que dificulta o diagnóstico e o que facilita o alimentar das *fake news* e desestabilização da população em geral. O recomendado pelo Ministério da Saúde (2021) é a utilização de máscaras N95 ou PFF2 e distanciamento social, a quebra dessas regras dificulta o controle (BRASIL, 2021).

Sabe-se que a disseminação de informações falsas e a cultura da desinformação na área de saúde não é novidade. As notícias falsas disseminadas pelas plataformas digitais podem se disseminar pela população e causar alarde, colocando em risco os devidos cuidados que devem ser feitos individualmente para a prevenção do contato (GALHARDI *et al*, 2020).

Nesse sentido, durante o estágio evidenciou-se que alguns usuários relataram que não tomariam a vacina de combate a covid, pois foram avisados que a mesma causa câncer de mama e alguns citaram que participavam de um grupo “antivacina”. Percebeu-se que algumas pessoas não queriam tomar vacina de determinado fabricante, apesar de todas terem sido aprovadas pela ANVISA.

A hesitação em vacinar foi apontada como um problema mundial pela Organização Mundial da Saúde e o Fundo das Nações Unidas. A (OMS) conceitua a hesitação à vacina como o atraso ou recusa, apesar da disponibilidade, na administração das vacinas preconizadas (WHO, 2014). A hesitação abrange amplo espectro de posturas, desde a dúvida provocada pelo receio até a total negação e recusa, perpassando por diversos graus. Evidenciando um fenômeno social, onde o ideal coletivo, de uma fração da sociedade manifestam em seus argumentos, dimensões como a liberdade individual, por exemplo (COUTO, 2021).

A vacinação trouxe uma melhoria na qualidade de vida das pessoas e uma redução da mortalidade, sendo visto que a vacinação é um pacto social (BRASIL, 2020).



Ressalta-se que o Programa Nacional de Imunizações (PNI) existe há 47 anos e atualmente oferece 17 vacinas no Calendário Nacional de Vacinação de Crianças e Adolescentes, sete vacinas para adultos e cinco para idosos, disponibilizadas gratuitamente nas salas de vacinação do SUS (BRASIL, 2020).

Todas as vacinas disponibilizadas no Programa Nacional de Imunizações passam pelo crivo da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA), que obedece aos parâmetros internacionais para avaliar segurança, imunogenicidade e eficácia.

A Organização Mundial de Saúde já considerava a rejeição à imunização como uma das principais ameaças sanitárias em 2019, quando os casos de número de sarampo triplicaram em relação ao ano anterior. O país não conseguiu bater a meta de vacinar 95% do público-alvo em nenhuma das 15 vacinas do calendário anual (CARDOSO, 2020).

O movimento antivacina retoma força no ano de 2020, atualmente com viés ideológico e xenofóbico, influenciado principalmente por figuras políticas que vão contra autoridades da OMS (Organização Mundial da Saúde) e Ministério da Saúde. O processo atual não está diretamente relacionado com a formação de território nacional, mas sim com a globalização, mesmo passado 116 anos desde a Revolta da Vacina, atualmente essa refusão ainda gera protestos negacionistas a respeito da vacinação obrigatória (ASANUMA *et al*, 2013).

Também observou-se usuários que expuseram que faziam o *uso de ivermectina diariamente*, para o tratamento da Covid.

A ivermectina é um antiparasitário, indicado para o tratamento de várias condições causadas por vermes ou parasitas, tratando infecções como oncocercose e escabiose. Sua ação se dá por meio da paralisação da musculatura de vermes e parasitas, ocasionando suas mortes e eliminando-os do seu corpo. Para o tratamento da Covid-19, a ANVISA 2021 esclarece que não existem estudos conclusivos que comprovem o uso desse medicamento para o tratamento da Covid-19. Nesse sentido, as indicações aprovadas para a ivermectina são aquelas constantes na bula do medicamento (ANVISA, 2021).

Os efeitos adversos também estiveram em pauta nas consultas com os usuários, o que não deveria ser um motivo para não se vacinar. Os especialistas reconhecem que qualquer medicamento ou imunobiológico pode causar eventos adversos, mesmo que

sejam leves, como dor local, vermelhidão no braço, dor de cabeça ou febre baixa (BRASIL, 2020).

Outra *fake news* notada foi que a máscara não previne a contaminação e que após a vacina não é necessário utilizá-la. Essa aparente mudança de conduta foi alvo de muitas críticas ao passar de quase um ano, com alguns grupos dizendo que a máscara não funcionava ou dificultava as trocas gasosas.

A máscara consiste em barreira física que pode ter grande impacto no combate à pandemia e contribuir significativamente para a redução da incidência da COVID-19. Assim, o número de pessoas que fazem uso das máscaras de tecido pode interferir na propagação e resultar no achatamento da curva de crescimento da doença, o que é relevante para favorecer a ampliação da capacidade de respostas dos sistemas de saúde (LIMA *et al*, 2020).

Estudos descreveram que máscaras de tecido têm eficácia reduzida ao serem comparadas com máscaras hospitalares (N95 e/ou máscara cirúrgica), porém, quando fabricadas com duplas camadas, podem ser tão eficazes quanto às máscaras hospitalares (LIMA *et al*, 2020).

As recomendações do Ministério da Saúde em relação ao uso de máscaras cirúrgicas e N95 permanece: apenas pessoas com sintomas, doentes, ou as que tenham a confirmação da Covid-19, seus familiares responsáveis pelo cuidado e profissionais de saúde devem usar este equipamento de proteção. Com o avanço do novo coronavírus nos estados brasileiros, tem sido recorrente que pessoas utilizem máscaras para ir ao mercado, farmácias e em deslocamentos. Além de não ser o recomendado, este tipo de atitude prejudica o sistema de saúde, com a falta dos equipamentos para proteger os profissionais do setor (FIOCRUZ, 2020).

O estudo *Social Distancing, Mask Use and the Transmission of SARS-CoV-2: A Population-Based Case-Control Study*, produzido por pesquisadores da UFRGS, UFPel, UFSCPA e Secretaria Municipal de Saúde de Porto Alegre (SMS), concluiu que o uso de máscaras reduz em 87% a chance de infecção por SARS-CoV-2 (UFRGS, 2021).

Na infodemia que estamos vivenciando durante a pandemia fica perceptível a ausência de princípios éticos por outro lado os processos de manipulação que lança mão da divulgação das pequenas verdades, que se transformam em *fake news*, com o



objetivo de divulgar inverdades, ou verdades parciais, como argumentos narrativos em favor de interesses políticos de pessoas ou grupos (AMARAL, 2011; LAZER, 2018).

O enfermeiro é um mediador na saúde do indivíduo, família, comunidade e equipe no decorrer da prática profissional. Dentre as atribuições conferidas ao enfermeiro, as práticas educativas são imprescindíveis para a qualidade na assistência ao paciente em qualquer nível de atenção à saúde. Como educador é o enfermeiro que orienta a população, e fornece alternativas para a tomada de atitudes que proporcione saúde em seu sentido mais amplo (BASSOTO, 2012; LAZER, 2013).

A Educação em Saúde requer do profissional de enfermagem uma análise crítica da sua atuação, bem como uma reflexão de seu papel como educador mediador. O enfermeiro desempenha uma função importante junto a população, pois sendo ele um mediador, participa de programas e atividades de educação em saúde, visando à melhoria da saúde do indivíduo, da família e da população em geral.

O caráter mediador da profissão confere às práticas do enfermeiro características relacionais, para além das habilidades técnicas que exige uma constante tomada de posição frente às situações que ameaçam o cuidado integral.

A prática da Enfermagem apoia-se no conhecimento clínico e epidemiológico e sobre os recursos institucionais, comunitários, sociais e governamentais de suporte familiar, com base em relações interprofissionais (ARRUDA, 2014; LAZER, 2018).

Habilidades de comunicação e mobilização, aliadas ao reconhecimento das especificidades de cada local, permitem ao enfermeiro desenvolver práticas de educação em saúde que estimulem a análise coletiva das condições de vida, partindo sempre de cada realidade (ARRUDA, 2014; LAZER, 2018).

Faz-se necessário que o profissional de Enfermagem adquira competências que integrem conhecimentos sobre gestão, planejamento, políticas públicas, dentre outros, articulando-os às habilidades relacionais e comunicacionais. A partir de uma formação humana, social e política sólida que desenvolvam práticas e permitam o combate à desinformação. Com o suporte e treinamento na formação acadêmica dos enfermeiros permite uma bagagem informacional que garante o combate a má política pautada pelas verdades parciais, *fake news*, desinformação e manipulação, ressaltando que o trabalho do enfermeiro não está imune às influências do fenômeno.



5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Ao trazer os principais elementos que caracterizam a disseminação de Fake News e seus impactos no cenário da atual pandemia, optamos por um recorte dentro do cotidiano de uma Unidade Básica de Saúde, tendo como pano-de-fundo a triagem de pacientes no primeiro momento do atendimento.

Os impactos das Fake News na aplicação do protocolo de atendimento para pacientes com suspeita de ter contraído o Covid-19, as dificuldades do quadro profissionais de defesa da vida diante da resistência de pacientes “infectados” pela infodemia que atinge a população. Nesse sentido, ressaltamos alguns fatos que parecem contribuir para o esgarçamento da propagação de falsas notícias afetam a capacidade de resposta do SUS à pandemia. Trata-se de um recorte cujo objetivo permitiu problematizar a conjuntura, trazendo questões adicionais que provoquem a reflexão crítica do impacto das fake News no cotidiano do profissional de enfermagem. No entanto, é preciso também fazer avançar propostas concretas para o combate das falsas informações que provocam o aumento de mortalidade entre a população e dificultam o trabalho de enfermagem.

O trabalho da enfermagem no cuidado a pessoas doentes ou com suspeita de infecção por COVID-19 tem sido ressaltado em termos da necessária competência técnica e humana para o cuidado ágil e seguro. Fica cada vez mais claro que a atuação da enfermagem como mediadora entre a veracidade das informações e os temores das pessoas internadas com COVID-19 é essencial esclarecer e educar os pacientes e seus familiares. Destacamos a competência humanística e a competência ético-política e do papel pedagógico da prática da enfermagem.

Dessa forma e sob tal complexidade os profissionais de enfermagem, enquanto educadores e ativistas em favor do direito universal à saúde a de se considerar que é momento de articulação, associados aos profissionais da Saúde e aos diversos setores da sociedade civil para protagonizarmos discussões e mobilizações em torno da garantia de uma Ciência Aberta, de um Estado forte que combate a produção e veiculação de fake news, principalmente em redes sociais e nos meios midiáticos como televisão e rádio, defendermos o Sistema Único de Saúde público, universal e equânime e o fortalecimento da Atenção Primária enquanto eixo orientador das estratégias de



cuidado integral e do combate à precarização do trabalho em saúde. Precisamos ainda assumirmos como categoria profissional o protagonismo do cuidado como mola essencial do Sistema Único de Saúde.

REFERÊNCIAS

- ALVES, V.S. Um modelo de educação em saúde para o Programa Saúde da Família: pela integralidade da atenção e reorientação do modelo assistencial. *Interface (Botucatu)* [Internet]. 2005 feb [cited 2020 Apr. 20]; 9(16):39-52. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832005000100004&lng=en
- ALVES, A.; Barbosa, JF; D'Amato, TRL; Gonçalves, SJC. Atuação do enfermeiro da rede primária em saúde diante do isolamento domiciliar em tempo de covid-19. **Revista Pró-UniverSUS**, Vassouras, v. 11, n. 2, p. 91-101, jul./dez. 2020.
- ARRUDA, L.P *et al.* Promoção da Saúde: atribuição do Enfermeiro como educador na estratégia Saúde da família. **Ciências da Saúde/Enfermagem Essentia**, Sobral, v. 16, n. 1, p. 183-203, jun./nov. 2014.
- ASANUMA *et. al* **O processo de formação territorial brasileiro a partir da revolta da vacina - rio de janeiro/rj (1904) associado com o movimento antivacina atual (Covid-19)**. v. 2 (2020): Anais do II Congresso da Guerra do Contestado.
- BALTAZAR, J.Y.C.; PEREZ, M.J.M.; VEJA, C.R.; ZEPEDA, M.F.P.; VEJA, E.S. Misinformation of COVID-19 on the Internet: Infodemiology Study. *JMIR Public Health Surveill* 2020 | vol. 6 | iss. 2 | e18444 | p. 1. <http://publichealth.jmir.org/2020/2/e18444/>.
- BASSOTO, T. Estratégia de Saúde da Família: **O papel do enfermeiro como supervisor e educador dos ACS**. Universidade de Minas Gerais. Trabalho de Conclusão de Curso de Especialização em Atenção Básica. Belo Horizonte: UFMG, 2013.
- MINISTÉRIO DA SAÚDE (BR). O que é coronavírus? (COVID-19). Brasília: Ministério da Saúde [Internet]. 2020 [cited 2020 Apr. 19]. Available from: <https://coronavirus.saude.gov.br>
- BRASIL. Ministério da Saúde. Governo Federal. **Especialistas falam sobre o impacto das notícias falsas nas coberturas vacinais do país**. Publicado em outubro de 2020. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/noticias/especialistas-falam-sobre-o-impacto-das-noticias-falsas-nas-coberturas-vaciniais-do-pais>. Acesso em: 18 abril 2021.
- CARDOSO, B.P; LOBO, C.M.B. Percepções, expectativas e conhecimentos sobre o parto normal: relatos de experiência de parturientes e dos profissionais de saúde. **Aletheia**, Canoas, n. 37, p. 212-227, jan./abr. 2012. Disponível em:



<http://pepsic.bvsalud.org/pdf/aletheia/n37/n37a15.pdf>. Acesso em: 14 abril 2021.

COUTO, Marcia Thereza, Barbieri, Carolina Luisa Alves e Matos, Camila Carvalho de Souza Amorim. Considerações sobre o impacto da covid-19 na relação indivíduo-sociedade: da hesitação vacinal ao clamor por uma vacina. *Saúde e Sociedade* [online]. 2021, v. 30, n. 1 [Acessado 25 Janeiro 2022], e200450. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S0104-12902021200450>>. Epub 19 Mar 2021. ISSN 1984-0470. <https://doi.org/10.1590/S0104-12902021200450>.

DALTRO, M.R.; FARIA, A.A. Relato de experiência: Uma narrativa científica na pós-modernidade. *Estudos e Pesquisas em Psicologia*, Rio de Janeiro, v. 19, n. 1, p. 223-23, jan./abr. 2019.

INSTITUTO FEDERAL DA PARAÍBA. Ministério da educação. **Fake News sobre coronavírus trazem prejuízo à prevenção e combate à doença**. Publicado em 18 junho 2020. Disponível em: <https://www.ifpb.edu.br/joaopessoa/noticias/2020/06/fake-news-sobre-coronavirus-trazem-prejuizo-a-prevencao-e-combate-a-doenca>. Acesso em: 02 abril 2021.

FIELD-FOTE EE. Fake news in science. *J Neurol Phys Ther*. 2019;43(3):139-40. doi: 10.1097/NPT.0000000000000285

FREITAS, G. F.; OGUISSO, T.; FERNANDES, M. F. P. Fundamentos éticos e morais na prática de enfermagem. *Enferm. Foco.*, v. 1, n. 3, p. 104-108, 2010. Disponível em: <http://biblioteca.cofen.gov.br/wp-content/uploads/2015/11/Fundamentos-eticos-e-morais-na-pratica-de-enfermagem.pdf>. Acesso em: 04 abril 2021.

GALHARDI, Cláudia Pereira *et al.* Fato ou Fake? Uma análise da desinformação frente à pandemia da Covid-19 no Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva [online]*, Rio de Janeiro, v. 25, n. 2, p. 4201-4210, ago. 2020. Disponível em <https://www.scielo.br/j/csc/a/XnfpYRR45Z4nXskC3PTnp8z/?lang=pt>. Acesso em: 15 abril 2021.

LAEZER, D. *et al.* The science of Fake News. *Science [Internet]*, v. 29, n. 6380, p. 1094-5, mar. 2018. Disponível em: <https://science.sciencemag.org/content/359/6380/1094/tab-pdf>. Acesso em: 15 abril 2021.

LIMA, M. M. S. *et al.* Cloth face masks to prevent Covid-19 and other respiratory infections. *Rev. Latino-Am. Enfermagem.*, São Paulo, v. 28, e3353, 2020. Disponível em: https://pdfs.semanticscholar.org/5147/9c12581fea2bd88a2dc47e31cc038c5d11fd.pdf?_ga=2.130510735.1246485423.1626354589-766963391.1626354589. Acesso em: 04 julho 2021.



MINISTÉRIO DA SAÚDE (BR). Secretaria de Vigilância em Saúde. Coronavírus: Covid-19. [Internet] 2020. [acesso em 13 abr 2021]. Disponível em: <https://coronavirus.saude.gov.br/>

NETO M, GOMES TO, PORTO FR, RAFAEL RMR, FONSECA MHS, NASCIMENTO J. Fake news no cenário da pandemia de COVID-19. *Cogitare Enferm.* 2020;25:e72627. doi: 10.5380/ce.v25i0.72627

ORGANIZAÇÃO PAN AMERICANA DE SAÚDE. OPAS/IMS/EIH/COVID-19/20-0006. **Entenda a infodemia e a desinformação na luta contra a Covid-19.** OPS/IMS/EIH/COVID-19/20-0006. Página informativa nº 5. Disponível em: https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/52054/Factsheet-Infodemic_por.pdf?sequence=14. Acesso em: 02 abril 2021.

SCHMIDT, Beatriz et al . Saúde mental e intervenções psicológicas diante da pandemia do novo coronavírus (COVID-19). *Estud. psicol. (Campinas)*, Campinas , v. 37, e200063, 2020. Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-166X2020000100501&lng=en&nrm=iso>. accesson 02 June 2020. Epub May 18, 2020. <https://doi.org/10.1590/1982-0275202037e200063>.



ESPIRITUALIDADE E RELIGIOSIDADE: REFLEXÕES ACERCA DO CUIDAR EM SAUDE MENTAL

SPIRITUALITY AND RELIGIOSITY: REFLECTIONS ABOUT CARE IN MENTAL HEALTH

DOI: 10.51859/AMPLLA.PPE2159-29

Joab Gomes da Silva Sousa ¹

João Paulo Xavier Silva ²

José Adelmo da Silva Filho ³

Isabela Rocha Siebra ⁴

Fernanda Thayná de Souza Pinheiro ⁵

Glauberto da Silva Quirino ⁶

¹ Mestrando em Enfermagem. Universidade Regional do Cariri-URCA

² Doutorando em Cuidados Clínicos em Enfermagem e Saúde. Universidade Estadual do Ceará-UECE

³ Doutorando em Enfermagem. Universidade de São Paulo-USP

⁴ Mestre em Saúde da Comunicação Humana. Universidade Federal de Pernambuco-UFPE

⁵ Residente em Saúde da Família e Comunidade. Escola de Saúde Pública do Ceará-ESP/CE

⁶ Doutor/Professor Adjunto do Departamento de Enfermagem. Universidade Regional do Cariri-URCA

RESUMO

A religiosidade e a espiritualidade são inerentes a história da humanidade e ao processo evolutivo, diferenciando os seres humanos dos demais animais. No campo da saúde mental, gera implicações e diferentes percepções que fomentam questionamentos e conflitos, sobretudo quanto a sua prática profissional. Por tanto, faz-se necessário refletir esse contexto com vistas à sua melhor elucidação, objetivando discutir e elucidar desde aspectos da antiguidade a atual rede de cuidado em saúde mental. A partir do entendimento de que a religiosidade é um processo coletivo e extrínseco do indivíduo enquanto a espiritualidade parte de um aspecto íntimo e pessoal, podemos entender como estes fatores interferem na qualidade de vida e no processo saúde doença por contribuir para o enfretamento de situações estressoras, sobretudo no adoecimento da mente. Partindo deste pressuposto, o cuidado deve atender a aspectos holísticos para a integralidade da assistência na comunidade e da rede. Tal profundidade exige por tanto, maiores estudos que visem o preparo do cuidador, seja em nível acadêmico ou nos campos de trabalho.

Palavras-chave: Religiosidade. Espiritualidade. Saúde Mental.

ABSTRACT

Religiosity and spirituality are inherent to the history of humanity and the evolutionary process, differentiating human beings from other animals. In the field of mental health, it generates implications and different perceptions that foster questions and conflicts, especially regarding their professional practice. Therefore, it is necessary to reflect on this context with a view to its better elucidation, aiming to discuss and elucidate the current mental health care network from antiquity. From the understanding that religiosity is a collective and extrinsic process of the individual, while spirituality starts from an intimate and personal aspect, we can understand how these factors interfere in the quality of life and in the health-disease process by contributing to coping with stressful situations. , especially in mental illness. Based on this assumption, care must meet holistic aspects for the integrality of care in the community and in the network. Such depth therefore requires further studies aimed at preparing the caregiver, whether at an academic level or in the fields of work.

Keywords: Religiosity. Spirituality. Mental health.

1. INTRODUÇÃO

O conceito ampliado de saúde em suas dimensões biopsicossociais exige um cuidado para além do estabelecido pelo atendimento médico centrado, onde o ser humano é construído apenas por características biológicas e um objeto de ações e medidas curativas. Atuar no campo da saúde exige por tanto percepções aprofundadas que perpassam tal ótica e buscam compreender subjetividades que são indissociáveis e determinantes (CARVALHO, 2021).

Neste sentido, a Religiosidade e espiritualidade (R/E) emergem como importantes pilares e campos para discussões. A religiosidade sempre esteve presente na história da humanidade e é inerente ao processo evolutivo, diferenciando os seres humanos dos demais animais. Esta se relaciona com a definição do sagrado o que envolve rituais, cultos, dogmas e doutrinas em âmbito coletivo. Em contra partida, a espiritualidade é individual e íntima podendo ou não estar associada à religiosidade (DE LIMA BRANDÃO, 2020).

Tratar a R/E no campo da saúde gera implicações e diferentes percepções que fomentam questionamentos e conflitos, essencialmente por ser dissociada da ciência pela impossibilidade de avaliação. Entretanto, com o aprofundamento de estudos nesta área, se observou ao longo dos anos a relação entre tais aspectos subjetivos e o bem estar gerado pela capacidade aumentada de enfrentamento a situações estressoras e aumento da morbidade em saúde mental (FERNANDES, 2021).

Vale salientar ainda que a interferência de aspectos espirituais e religiosos podem acarretar danos à saúde a partir de crenças e convicções. De todo modo, o tema demonstra importante relevância coletiva e social e exige discussões ampliadas para maior compreensão de tais modificadores na vida humana.

Por tanto este estudo busca discutir acerca da R/E e sua relação com o cuidado em saúde mental elucidando aspectos históricos e sociais apresentando importante relevância científica e, sobretudo, social.

2. REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

2.1. ESPIRITUALIDADE E RELIGIOSIDADE: CONTEXTUALIZAÇÃO E DISTINÇÕES CONCEITUAIS

As discussões que permeiam o campo da espiritualidade e da religiosidade sempre estiveram presentes na história da sociedade. Considerando que os dois termos se apresentam polissêmicos na literatura e, por vezes, são confundidos como se significassem o mesmo fenômeno, faz-se necessário aqui apresentar as suas principais distinções conceituais.

Diversos estudos associam que a religiosidade é intrínseca ao processo evolutivo humano, reconhecendo que a distinção dos seres humanos para com os animais surge com a possibilidade de crer nos conceitos, concepções, posições e crenças que envolvam o sobrenatural, onde este dom de acreditar, sobretudo de sentir, sobreveio, simultaneamente, do processo de desenvolvimento congruente e racional (STROPPA; ALMEIDA, 2008).

É perceptível, diante da literatura, que a religiosidade é inerente ao processo de evolução do homem. Existem evidências que, na pré-história, antes mesmo do descobrimento do processo de escrita, os primeiros indivíduos findaram demarcações e indicações de manifestações de suas religiosidades (SOCCI, 2011).

O relato histórico da religiosidade transfigura-se nesse processo de extrema importância desde seu início com os estudos a respeito dos rudimentos simbólicos, como oferendas para o determinado sagrado, cultos e rituais. Para entender o estudo religioso se faz necessário identificar os conceitos que distinguem o sagrado e o profano, o bem e o mal, Deus e o diabo (GOMES; FARINA; DAL FORNO, 2014).

Ainda há possibilidade de o indivíduo ser religioso, e não necessariamente espiritualizado, ter uma doutrina, mas não ter uma ligação espiritual com seu sagrado. Do mesmo modo, ter uma espiritualidade e não ser pertencente a doutrina religiosa, bem como o indivíduo necessariamente não precisa expressar adoração a determinado sagrado (RODRIGUES; GROPPA, 2014; PORTELA, 2013; RODRIGUES, 2015).

Diante desse pressuposto acerca do processo histórico-evolutivo religioso, há uma real necessidade de explicação do que é espiritualidade e religião, fazendo-se saber



que o termo religião provem do latim religare e religar, tendo por significado o estabelecimento de uma relação entre a pessoa e o sagrado (PORTELA, 2013).

A religião que se expressa como forma de religiosidade e está ligada direta ou indiretamente com práticas, crenças, rituais, missas, cultos e indeterminadas maneiras de adoração a um determinado ser sagrado (SAAD; MASIERO; MATTISTELLA, 2001).

As concepções acerca do processo religioso encontram-se relacionadas às demonstrações e expressões às práticas de rituais, a exemplo das oferendas, que são caracterizadas como uma forma de adoração ao sagrado. Estudos relatam que a religião está alicerçada e, sobretudo, fundamentada em seus cultos, tendo por finalidade a realização de uma conexão entre o sagrado e o profano, assim como também se torna o meio que aproxima o criador da criatura (STROPPA; ALMEIDA, 2008).

É de extrema importância para se entender o conceito de religião ressaltar a diferenciação existente entre a religiosidade extrínseca e intrínseca. Sabido que a intrínseca é algo inerente do indivíduo que exterioriza suas próprias crenças, visto que é elemento fundamental do seu dia a dia, sendo pertinente às crenças e costumes que transcorrem em um contexto privado, tendo um envolvimento individualista junto com suas divindades ou alguma outra representatividade de fé (MURAKAMI; CAMPOS, 2012).

Assim, a religiosidade extrínseca é reconhecida por fazer suas práticas, oferendas e ritos de maneira que vise uma coletividade, onde suas formas de manifestação são expressas publicamente, ainda com intuito de obter mais indivíduo para a determinada doutrina. Portanto, há diversificação na conjuntura que envolve o termo religioso e sua forma de expressão (PILGE et al., 2014).

Sob outra perspectiva, a espiritualidade relaciona-se ao sujeito em sua constituição íntima e pessoal. A definição do termo espiritualidade origina-se do latim spiritus que significa sopro, podendo andar junto com a religiosidade. Seu sentido principal está em transmitir a pessoa uma sublimidade. A espiritualidade é trabalhada como um plano interno, inerente da pessoa, ainda podendo ser acrescentado em uma conjuntura a determinado sagrado, bem como relacionado entre a pessoa e a natureza (SOCCI, 2011).

A compreensão a respeito da espiritualidade teve seu surgimento histórico junto à igreja católica romana, inerente dos alicerces religiosos franceses durante o século



XVIII. No protestantismo passou a ser reconhecida no ano de 1975, na V Assembleia do Conselho Mundial de Igrejas no ano de 1975, no Quênia (SOUSA, 2017).

A espiritualidade define-se ainda como uma dimensão particular de diversos indivíduos, almejando experimentações superiores na investida de procurar respostas, buscando conceder uma razão vigente para a vida (PILGE et al., 2014).

A espiritualidade não é um abarcamento, muito menos algum movimento de cunho religioso. É uma extensão transversal que busca levar a pessoa muito além desse mundo que vivemos (GOMES; FARINA; DAL FORNO, 2014).

Assim, o processo de envolvimento espiritual ainda pode ser concebido como um meio de expressão de fé, sendo uma condição de exteriorização dos sentimentos. Assim, no decorrer dos anos, a espiritualidade sofreu modificação, deixando de ser apenas tópico das doutrinas religiosas, passando a adentrar nas publicações de estudos no âmbito da saúde, tornando um assunto de suma importância na conjuntura atual (CASTILHO; CARDOSO, 2015).

Diante do presente contexto de distinções e conceitos acerca da E/R, observamos os quesitos da diferenciação em si, mas também a extrema relação existente em uma conjuntura de envolvimento. Assim a R/E pode ser compreendida como íntimo de relação entre um indivíduo e determinado sagrado, apenas um estilo de vida como forma de expressar a espiritualidade. Teoricamente falando, a religiosidade e saúde e suas formas de expressão fazem parte da essência do indivíduo.

2.2. BREVE RESGATE HISTÓRICO DA TRÍADE E/R/S

Desde os primórdios, a compreensão do estado de saúde e do processo saúde-doença tem perpassado distintos aspectos, porém sempre estiveram atrelados em alguma medida às subjetividades dos sujeitos, o que inclui a espiritualidade e a religiosidade. Nesse tópico, resgata-se a historicidade da tríade E/R/S.

Identificamos através da literatura que a associação existente inerente à tríade E/R/S esteve presente desde a antiga história grega. Estudos demonstram ligação da religião com as manifestações de doenças, onde o indivíduo que era acometido por algum tipo de enfermidade estava sendo punido pelos deuses daquela época por ter cometido algum tipo de pecado (LUCCHETTI; ALESSANDRA; ÁLVARO, 2011).



Desse modo, os princípios religiosos tinham que ser seguidos corretamente por todos, de acordo com as doutrinas exigidas. Já o povo hebreu, relatava que as enfermidades não eram, necessariamente, manifestação maligna, mas sim uma forma de Deus demonstrar sua ira quando Seu povo pratica algum ato pecaminoso (SCLIAR, 2007).

Durante a Idade Média aconteceu um marco de extrema importância, ao que se remete ao contexto religioso e espiritual, onde o cristianismo já tinha certa dominância sobre o contexto de saúde, sobretudo porque as pessoas poderiam ficar doentes, visto ainda que nesse período acreditava-se que as doenças estavam diretamente relacionadas ao pecado (SANTOS; SÁ; SILVEIRA, 2017).

Assim, em culturas onde o líder religioso denominado de xamã, que usava seus ensinamentos e práticas de feitiçaria para realizar expulsão dos chamados espíritos malignos que se manifestava no indivíduo através da doença, o xamã ainda tinha objetivo de trazer a pessoa doente para o chamado universo total (SCLIAR, 2007).

Sobre essa concepção, identifica-se que, excluídos os determinados sagrados, só quem tinha o poder de interferir no processo de cura, tratamento e adoecimento, vida ou morte dos indivíduos, da vigente época, era um grupo de pessoas considerado representante dos deuses na terra (FARIA; SEIDL, 2005).

As práticas religiosas como benzeção, que era realizada por mulheres denominadas rezadeiras ou benzedadeiras, eram algo que somente a Igreja Católica podia realizar. Posteriormente, outras religiões começaram a praticar a benzeção que tinha por finalidade, como a cura do mau-olhar, afastamento de espíritos malignos, curas de diversos tipos de doenças (MARIN; COMIN, 2017).

A R/E durante todo o processo de construção da história do contexto de E/R/S em diversas localidades e culturas, auxiliou no enfrentamento de doenças psicológicas e físicas, assim práticas de rituais e crenças podem ser entendidas como fontes de ajuda na adaptação das adversidades (BARBOSA et al., 2017).

Durante todo o percurso do processo evolutivo da humanidade, é perceptível a existência peculiar de cada época na maneira de encarar o processo saúde-doença, assim, cada período tem sua história, com sua representatividade sobrenatural e natural, onde as transformações foram essenciais para nosso modelo existente na sociedade contemporânea (PRATTA; SANTOS, 2009).



Em 7 de abril do ano de 1998, a Organização Mundial da Saúde (OMS) integra o quesito espiritual Concepção de Saúde, com o objetivo de compreender o indivíduo em todas as suas dimensões no processo saúde-doença, incluindo um modelo que aborda o bem-estar-físico, mental, social e espiritual e não somente a ausência de doença (THUROW et al., 2017).

A partir desse marco histórico, o paradigma de saúde sofre modificação principalmente no contexto da saúde mental. Diante disso, ressalta-se a extrema importância da inclusão da espiritualidade para o cuidado holístico e integral no âmbito da saúde mental (GOMES; FARINA; DAL FORNO, 2014).

A R/E no contexto atual de saúde, tem ganhado cada dia mais espaço, na conjuntura assistencial, implementando um novo paradigma no processo de assistir o cliente, ultrapassando o modelo biomédico, que focava apenas na doença, esquecendo-se das outras dimensões que envolvem o contexto que o indivíduo vive. Assim, a integralidade deve ser algo primordial no contexto da assistência em saúde mental (FORNAZARI; FERREIRA, 2010).

Desse modo, a assistência deve ser voltada para as necessidades individuais dos seres, buscando olhar para todo contexto do processo saúde-doença, sobretudo entendendo que o cuidado não está apenas em tratar a doença, mais sim na possibilidade de proporcionar melhorias no âmbito físico, mental, espiritual, social e familiar (SALIMENA et al., 2016).

De forma ampla é observado que durante todo o processo histórico da tríade E/R/S torna-se evidente a extrema influência que a R/E tem sobre o processo saúde-doença, sobretudo, o íntimo envolvimento existente no relacionamento com o cliente mental. Assim podemos elucidar a importância de uma reflexão histórica acerca do contexto religioso e espiritual, fazendo-se necessário conhecer todos os estigmas que o cliente mental carrega, entendendo que não foi algo impregnado na conjuntura atual, mas sim, por fazer parte da construção de todo um processo histórico.

2.3. ASPECTOS DA TRÍADE E/R/S NO ÂMBITO DA SAÚDE MENTAL

Ao voltar o olhar para a literatura científica da saúde, é perceptível que existe uma evidente aproximação da tríade E/R/S com o contexto da saúde mental. Esta aproximação sugere a necessidade de identificar quais os seus principais aspectos e de



que forma podem inferir, positiva ou negativamente, no estado de saúde mental. Aqui abordaremos de que modo se dá a interlocução entre a tríade em questão e a saúde mental.

A Saúde Mental ou sanidade mental pode ser contextualizada como um estado em que o indivíduo se mantém em equilíbrio consigo e com todas as pessoas que fazem parte de seu ciclo e sociedade, apesar dos obstáculos enfrentados no cotidiano. Entretanto, quando foge desse equilíbrio, pode ser caracterizada como alguma doença mental, ou seja, quando o indivíduo não tem mais um equilíbrio pessoal e coletivo (SALIMENA et al., 2016).

Durante todo processo histórico da saúde mental, é possível observar que a pessoa que vive e convive com transtorno é identificada como louco, bem como portador de algum espírito maligno, sendo incapacitado de conviver com a coletividade, assim, conseqüentemente, marginalizado por sua condição (TERRA et al., 2006).

Reconhecer acerca do processo da reforma psiquiátrica e toda conjuntura de espiritualidade é permitir adentrar em novo âmbito para a saúde mental, buscando-se apresentar um novo modelo que englobe todas as dimensões existentes na vida do paciente, desfazendo a antiga compreensão de loucura (CHAVES, 2017).

Existe uma extrema influência da religião e da espiritualidade sobre o processo saúde-doença, sobretudo, com maior intensidade sobre a pessoa que vive/convive com algum problema de saúde mental. Isso se dá através de inúmeros fatores relacionados tanto ao estilo de vida, bem como ao seu envolvimento com ritos e crenças religiosas e espirituais, causando, assim, interferência direta ou indireta na saúde do indivíduo (STROPPA; ALMEIDA, 2008).

A literatura relata que, durante a história da saúde mental, inúmeros procedimentos como choques, lobotomias e sangrias eram executados com o intuito de obter a cura para a pessoa que estava doente, porém. Esse tipo de tratamento não tinha resultado satisfatório, bem como não conseguia descobrir as causas dos distúrbios que acometiam o indivíduo (TERRA et al., 2006).

As divergências entre E/R/S e psiquiatria sempre existiram e são característica recorrente até hoje na sociedade. Na conjuntura que atualmente encontra-se a saúde mental, as doenças mentais ainda são consideradas por muitos indivíduos como



possessão de demônios ou, ainda, relacionado a algum tipo de feitiçaria, onde somente o determinado Deus pode curar (STROPPA; ALMEIDA, 2008).

Através dos pressupostos citados percebe-se que existem possibilidades de compreender a associação que a R/E tem sobre o processo saúde-doença, não se fazendo necessário atribuir-se uma doutrinação religiosa acerca de existência ontológica de Deus ou do estado espiritual, bem como buscar entender se cultos e rituais estão, direta ou indiretamente, relacionados ao adoecimento ou bem-estar físico e mental (MURAKAMI; CAMPOS, 2012).

Desse modo, a conexão existente junto ao contexto de saúde, no que envolve as condições religiosas e espirituais, está cada vez mais se tornando assuntos de grande relevância nas pesquisas científicas de diferentes áreas de estudo, visto que existe grande influência no que tange o bem-estar, o processo de adoecimento, tratamento e até mesmo a cura (CASTILHO; CARDOSO, 2015).

A religião, com suas práticas e doutrinações, pode afligir, ainda, de uma forma extremamente negativa a vida do indivíduo, quando, em nome de suas crenças espirituais e religiosas, impõem a negação ao tratamento de seu determinado problema de saúde mental. Remete ainda que problema como transtorno mental ou tentativa de suicídio está correlacionado a alguma entidade do mau, gerando sofrimento e constrangimento, ou ainda outros sintomas que agravam as condições de saúde (REINALDO; SANTOS, 2016).

Visto que o âmbito religioso está diretamente relacionado ao estilo de vida, observa-se que algumas doutrinas religiosas excluem totalmente hábitos como uso de álcool e outras drogas, assim como também comportamento sexual de risco, além de promover incumbências que influenciam em uma melhor saúde física, mental e espiritual, conseqüentemente, previnem agravos (STROPPA; ALMEIDA, 2008).

Dessa maneira, um método de encarar conflitos pode ser definido como coping religioso e espiritual, que almeja envolver a pessoa ao ambiente, buscando instituir seu bem-estar, objetivando o enfrentamento de circunstâncias estressantes, assim alcançar adaptação à situação. Assim, as doutrinas religiosas entram como um equipamento para auxiliar sentimentos e emoções por meio de um elo existente entre a pessoa e o sagrado (TOMÁS, 2015).

Na conjuntura atual que se encontra o contexto de saúde mental, a R/E tem ganhado um elevado espaço nas práticas de assistir o cliente. No novo paradigma de saúde, torna-se necessário a abordagem dessas dimensões no tocante do cuidado de qualidade em saúde (THIENGO et al., 2019).

Dessa maneira, estudos têm apresentado a extrema influência que R/E tem sobre a saúde mental e física, no que tange o contexto de prevenção de diversas patologias, ainda possibilita que o indivíduo tenha melhor qualidade de vida quando traz os aspectos religiosos e espirituais para sua rotina diária (LONGUINIÈRE; YARID; SILVA, 2018).

Diante de todo envolvimento existente entre a tríade E/R/S no âmbito da saúde mental, é perceptível, através de todo o contexto teórico aqui descrito, que se fez necessário todo o processo de evolução no âmbito da saúde, visto que essas dimensões incompatibilizam um encontro de meios positivos, obtidos através da chamada fé, a qual é executada em uma pluralidade de sentimentos e expressões, podendo ser por meios religiosos e espirituais. Elucida-se ainda que existe uma repercussão extremamente relevante, que reflete, na maioria das vezes, de maneira positiva no processo saúde-doença.

2.4. IMPLICAÇÕES NA REDE DE SAÚDE MENTAL

A conjuntura de envolvimento das práticas e expressões religiosas e espirituais no âmbito da rede de atenção em saúde mental implica diretamente no processo de assistir o indivíduo, identificando que esses temas estão sendo a cada dia mais estudados por pesquisadores da área da saúde mental, visto tal importância dessas dimensões para o processo saúde-doença, aqui contextualizaremos, através de literatura disponível na íntegra, quais as implicações de R/E na rede de atenção à saúde mental.

Compreende-se que a fé é uma ordem superior que tem grande função relacionada às positivities, aos determinantes e condicionantes sociais do processo saúde-doença, dando embasamentos de valores, apoio e acolhimento ao indivíduo em suas determinadas condições. Especialmente à busca por uma melhor qualidade de vida no contexto de práticas saudáveis, assim como também o equilíbrio da estabilidade mental (YUNTA, 2016).



A implicação acerca das concepções entre R/E na rede saúde mental progride cada dia mais. Essas duas dimensões tornam-se essenciais nas práticas e no tocante das tomadas de decisões dos profissionais que estão à frente do cuidado em saúde mental, buscando um olhar direcionado, sobretudo, paliado para todas as esferas da vida das pessoas sobre cuidados, assim tendo a possibilidade de ressignificar parte do sofrimento mental através das práticas religiosas e espirituais (PAIVA, 2018).

Estudos relatam que a fé em um determinado ser sagrado repercute diretamente como força sobrenatural para o enfrentamento das diversidades, assim como também em um suporte significativo para continuar buscando sobreviver na sociedade atual que vivemos, sobretudo acreditando em uma cura divina para suas doenças físicas e mentais (MURAKAMI; CAMPOS, 2012).

No tocante à estruturação do chamado psíquico, as dimensões religiosas e espirituais são sublimes fatores de influência no processo de construção do indivíduo. Estudos têm buscado entender os envoltimentos desse fenômeno acerca do processo saúde doença, tornando-se de extrema relevância no contexto da saúde mental (PAIVA, 2018).

Dessa maneira, a relevância dos trabalhos realizados através de grupos religiosos evidencia diversos resultados positivos à saúde mental e física, ainda certifica uma sustentação psicossocial, objetivando também criar um vínculo com o máximo de pessoas, estimulando a positividade dos sentimentos expressados durante essas práticas em grupos (MURAKAMI; CAMPOS, 2012).

Ainda age no contexto de prevenção de uso de drogas, visto que os indivíduos que frequentam as doutrinas necessitam seguir as normas que são ditas pela mesma, assim crendo na relevância da religiosidade em suas vidas, implicando diretamente na possibilidade de melhor qualidade de vida (SANCHEZ; NAPPO, 2008).

Os líderes das doutrinas religiosas são extremamente influentes no quesito de apoiar psicologicamente seus fiéis no processo da tomada de decisões, no tocante a aceitação de iniciar o tratamento e permanecer no tratamento. Assim, fica elucidada a extrema relevância das práticas religiosa e espiritual para rede de saúde mental, visto que tais dimensões implicam diretamente na assistência à pessoa que está sobre cuidados (MURAKAMI; CAMPOS, 2012).



Desse modo, a R/E, através de suas práticas, concede ao indivíduo uma ressignificação de seu sofrimento mental, em outros feitos a prática religiosa agrava sua condição de tratamento. A não adesão ao tratamento ou abandono total, isso se dá muitas das vezes pelo chamado tradicionalismo opressivo religioso (SANCHEZ; NAPPO, 2008).

É de extrema importância o sustento que as doutrinas religiosas dão ao paciente. A oportunidade de poder conviver no meio social, apesar de sua condição de sofrimento mental, quebrando todos os rótulos estigmatizarão a marginalização imposta por uma sociedade cruel e preconceituosa (MURAKAMI; CAMPOS, 2012).

Assim, a R/E é capaz influenciar positivamente no processo saúde-doença, em conjunto com os chamados centros de atenção psicossocial, residências terapêuticas e toda a rede de apoio à pessoa que está em sofrimento mental, ou seja, no tocante na diminuição de comportamentos não saudáveis, melhora a concordância ao tratamento por meio das práticas no âmbito religioso e espiritual, além de promover a saúde mental para o não adoecimento (THIENGO et al., 2019).

Ressalta-se que meio religioso possibilita um ambiente de congregação em um contexto de coletividade, onde se busca reunir indivíduos que tenham os mesmos objetivos ou objetivos diferenciados. Se a busca for por uma cura de algum problema mental, esse meio religioso se torna para a pessoa um lugar de acolhimento e compreensão, sobretudo um meio de conexão entre a pessoa o universo e o seu sagrado, isso implica diretamente em favorecer de maneira positiva no processo de tratamento e até mesmo na cura do indivíduo com algum problema de saúde mental religioso (MURAKAMI; CAMPOS, 2012).

O amparo buscado pela a pessoa que soube de algum problema de saúde mental está, muitas das vezes, em seus familiares e amigos, que está entrelaçado fortemente em um contexto religioso e espiritual e suas práticas. Entretanto, a literatura atual contextualiza que os profissionais que estão à frente da assistência em saúde mental desconsideram essas dimensões no processo de assistir o cliente. No entanto, outros estudos trazem a extrema importância da religiosidade e da espiritualidade e suas formas de expressões e práticas para o 'chamado' cuidado voltado para a integralidade e holístico para pessoa que está em estado de sofrimento mental (THIENGO et al., 2019).



Assim, se faz necessário que enfermeiros, médicos psiquiatras, psicólogos e todos os profissionais que atuam na rede de atenção em saúde, busquem agir de maneira integral no cuidado às práticas religiosas e espirituais, tendo a concepção da extrema importância dessa conjuntura para um cuidado de qualidade. Sobretudo, respeitando a pluralidade de expressões religiosas e ainda buscando entender que a religião pode ser diferente, mas o cuidado tem que ser de qualidade, voltado principalmente para a integralidade do indivíduo.

3. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Diante do exposto, é inegável a relação entre a religiosidade e espiritualidade e sua associação em diversos níveis com o bem-estar emocional e consequente qualidade e vida, sobretudo em pacientes crônicos em saúde mental. Há a necessidade de maior preparo dos trabalhadores da saúde que devem atender o indivíduo nas suas dimensões biológicas, sociais e espirituais. Haja vista que lidam diariamente com as mais diferentes culturas e realidades socioeconômicas.

Este é por tanto, um determinante social que gera implicações individuais e coletivas e exige um aprofundamento do tema e a elaboração de mais estudos na área que são urgentes e devem ser abordados, seja em nível acadêmico ou nos campos de trabalho destes profissionais.

REFERÊNCIAS

- BARBOSA, R. M. M; FERREIRA, J. L. O; MELA, M. C. B. M; COSTA, J. M. A espiritualidade como estratégia de enfrentamento para familiares de pacientes adultos em cuidados paliativos. **Revista da Sociedade Brasileira de Psicologia Hospitalar**. v. 20, n. 1, p. 165-182, 2017.
- CARVALHO, Adriana Fernandes da Silva et al. A associação da religiosidade/espiritualidade com a percepção de felicidade de idosos longevos. 2021.
- CASTILHO, C. N; CARDOSO, P. T. Espiritualidade, religiosidade e religião nas políticas públicas de saúde: um olhar para a integralidade. **Revista Família, Ciclos de Vida e Saúde no Contexto Social**. v. 3, n. 1, p.28-39, 2015.
- CHAVES, F. S. Saúde mental na psiquiatria e na psicologia – uma desconstrução de paradigma: intercurso com a espiritualidade. **International Scientific Journal**.v. 12, n. 4, p. 80- 191, 2017.

- DE LIMA BRANDÃO, Juliana et al. Espiritualidade e Religiosidade no contexto da integralidade da assistência: reflexões sobre o cuidado integral em saúde e enfermagem. **Research, Society and Development**, v. 9, n. 10, p. e5499108780-e5499108780, 2020.
- FARIA, J. B; SEIDL, L. M. F. Religiosidade e enfrentamento no contexto de saúde: Revisão da literatura. **Revista Psicologia Reflexão e Crítica**. v. 18, n. 3, p.381-389, 2005.
- FERNANDES, Caroline Pereira. Luto, religiosidade e espiritualidade: a resiliência através da fé no processo de luto familiar. 2021.
- FORNAZARI, S. A; FERREIRA, R. E. R. Religiosidade/Espiritualidade em Pacientes Oncológicos: Qualidade de Vida e Saúde. **Revista Psicologia: Teoria e Pesquisa**. v. 26, n. 2, p. 265-272, 2010.
- GOMES, N. S; FARINA, M; DAL FORNO, C.D. Espiritualidade, Religiosidade e Religião: Reflexão de Conceitos em Artigos Psicológicos. **Revista de Psicologia da IMED**. v. 6, n. 2, p. 107-112, 2014.
- LONGUINIÈRE, A. C. F; YARI, S. D, SILVA, D. C. S. A influência da religiosidade/espiritualidade do profissional de saúde no cuidado ao paciente crítico. **Revista Cuidarte**. v. 9, n.1, p. 1961-1972, 2018.
- LUCCHETTI, R; ALESSANDRA, L.G. L; ÁLVARO, A.J. Religiosidade, Espiritualidade e Doenças Cardiovasculares. **Revista Brasileira Cardiologia**. v. 24, n.1, p. 55-57, 2011.
- MARIN, R. C; COMIN, F.S Desfazendo o “Mau-olhado”: Magia, Saúde e Desenvolvimento no Ofício das Benzedeiras. **Revista Psicologia: Ciência e Profissão**. v. 37, n. 2, p.446-460, 2017.
- MURAKAMI, R; CAMPOS, C. J. G. Religião e saúde mental: desafio de integrar a religiosidade ao cuidado com o paciente. **Revista Brasileira de Enfermagem**. v. 65, n. 2, p.361-7, 2012.
- PAIVA, R. Espiritualidade, Religiosidade e Subjetividade no Contexto do Sofrimento Psíquico Grave. **Revista Estudos Contemporâneos da Subjetividade**. v. 2, n.8, p.278-290, 2018.
- PILGE, C; MACEDO, J. Q; ZANELOTTO, R; SOARES, L. G; L.K. Percepção da equipe de enfermagem de uma unidade de terapia intensiva com relação à espiritualidade e religiosidade. **Revista Ciências Cuidado e Saude**. v. 3, n.3, p.479-486, 2014.
- PORTELA, B. S. O conceito religião no pensamento de Carl Gustav Jung. - **Revista dos Alunos do Programa de Pós-graduação em Ciência da Religião – UFJF**. v. 10, n.1, p. 46-61, 2013.
- PRATTA, E. M. M; SANTOS, M. A. O Processo Saúde-Doença e a Dependência Química: Interfaces e Evolução. **Psicologia: Teoria e Pesquisa**. Vol. 25 n. 2, p. 203-211, 2009.

- REINALDO, A. M. S; SANTOS, R. L. F. Religião e transtornos mentais na perspectiva de Profissionais de saúde, pacientes psiquiátricos e seus familiares. **Revista Saúde em Debate**. v. 40, n.110, p.162-171, 2016.
- RODRIGUES, M. H. Religião, deus e símbolos em c. g. jung: tecendo considerações. **Revista Contemplação**. v. 12, p.183-197, 2015.
- SAAD, M; MAISERO, D; BATTISTELLA, L.R. Espiritualidade baseada em evidências. **Revista Acta Fisiátrica**. v. 8. n. 3, p. 107-112, 2001.
- SALIMENA, A. M. O; FERRUGINA; R. R; MELOA. M. C. S. C; AMIRINA.T.V. Compreensão da espiritualidade para os portadores de transtorno mental: contribuições para o cuidado de enfermagem. **Revista Gaúcha de Enfermagem**. v. 37, n. 3, p.51934, 2016.
- SANCHEZ, Z. V. M; NAPPO, S. A. Intervenção religiosa na recuperação de dependentes de drogas. **Revista Saúde Pública**. v. 42, n. 2, p.265-272, 2008.
- SANTOS, E. C; SÁ, C. A; NUNES, C. L; SILVEIRA, A.P. Homofobia Internalizada e Religiosidade entre Casais Homoafetivos. **Revistas Temas em Psicologia**. Vol. 25, nº 2, 691-702, 2017.
- SCLIAR, M. História do Conceito de Saúde. **Revista Saúde Coletiva**. v.17, n. 1, p.29-41, 2007.
- SOCCI.V. Religião na cultura brasileira: aspectos conceituais. **Revista. Brazilian Cultural Studies**. v. 2, n. 1, p. 1- 13, 2011.
- SOUSA, D.O. Um pouco a respeito da espiritualidade. **Revista Totum**. v. 4, n. 2, p. 48-51, 2017.
- STROPPA, ALMEIDA, A.M. Religiosidade e saúde. **Revista Religiosidade e Saúde**. v. 20, n. 9, p .427-443. 2008.
- TERRA, M.G; SARTURI, F; RIBAS, D.L; ERDMANN, A.L. Saúde mental: do velho ao novo paradigma - uma reflexão. **Escola Anna Nery de Enfermagem**.v. 1, n. 4, p.711-7,2006.
- THIENGO, P. C. S; GOMES, A. M. T; MERCÊS, M. C; COUTO, P. L; FRANÇA, L. C. M; SILVA, A. N. Espiritualidade e religiosidade no cuidado em saúde: revisão integrativa. **Revista Cogitare Enfermem**. v. 24, n. 0, p.58-692, 2019.
- THUROW, A. C; CHARÃO, C. D; MORTAGUA, E. O; SOUZA, L. D. M. Bem-Estar Espiritual e Religião em Doutorandos de Universidade Comunitária. **Revista de Psicologia da IMED**. v. 9, n. 2, p. 77-92,2017.
- TOMÁS, A. F. Estratégias de coping religioso: a espiritualidade como fator promotor de saúde e bem-estar. **Revista de Psicologia**.v. 2, n.1, p.483-490, 2015.
- YUNTA, E. R. Determinantes sociais da saúde mental. Papel da religiosidade. **Revista Pessoa e Bioética**. v. 20, n.2, p.1-10, 2016.



PERCEPÇÕES DOS ACADÊMICOS DE ENFERMAGEM SOBRE A FORMAÇÃO EM SAÚDE MENTAL

PERCEPTIONS OF NURSING ACADEMICS ABOUT TRAINING IN MENTAL HEALTH

DOI: 10.51859/AMPLA.PPE2159-30

Daniel Pinheiro de Queiroz ¹
 Adriana de Moraes Bezerra ²
 Nayara Santana Brito ²
 Naanda Kaana Matos de Souza ²
 Lucas Dias Soares Machado ²
 Kelly Fernanda Silva Santana ²
 João Paulo Xavier Silva ²

¹ Enfermeiro. Universidade Regional do Cariri - URCA.

² Docente do Departamento de Enfermagem da Universidade Regional do Cariri – URCA.

RESUMO

Os aspectos que contemplam a formação de enfermeiros no tocante a saúde mental transformam-se na contemporaneidade buscando sincronia com os avanços no fazer saúde e reorganização dos processos de cuidado. Neste sentido, objetivou-se compreender as percepções de estudantes de enfermagem sobre a formação em saúde mental. Trata-se de estudo descritivo exploratório, de abordagem qualitativa, realizado entre os meses abril e maio de 2019, considerando o curso de enfermagem de uma universidade pública do centro sul cearense. Utilizou-se de entrevista semiestruturada, realizada com 39 acadêmicos de enfermagem. O processo de organização dos dados deu-se por meio de análise de conteúdo. Emergiram das falas dos participantes três categorias empíricas: a formação em saúde mental na percepção dos discentes; dificuldades e facilidades na formação em saúde mental; e avaliação das estratégias educativas na formação em saúde mental. Aponta-se que o novo conceito da assistência enfrenta dificuldades e torna-se distante da realidade dentro do processo de aprendizagem esperado pelos alunos.

Palavras-chave: Saúde mental. Enfermagem. Universitários.

ABSTRACT

The aspects that contemplate the training of nurses regarding mental health are transformed in contemporary times, seeking synchrony with advances in health care and the reorganization of care processes. In this sense, the objective was to understand the perceptions of nursing students about training in mental health. This is an exploratory descriptive study, with a qualitative approach, carried out between April and May 2019, considering the nursing course at a public university in the south of Ceará. A semi-structured interview was used, carried out with 39 nursing students. The data organization process took place through content analysis. Three empirical categories emerged from the participants' statements: training in mental health in the students' perception; difficulties and facilities in mental health training; and evaluation of educational strategies in mental health training. It is pointed out that the new concept of assistance faces difficulties and becomes distant from reality within the learning process expected by students.

Keywords: Mental health. Nursing. College students.



1. INTRODUÇÃO

A perspectiva da atuação da enfermagem no contexto da saúde mental tem sido apreciada por diversos pesquisadores do país na contemporaneidade. Geralmente as pesquisas nesse contexto buscam retratar o cotidiano do ensino de enfermagem psiquiátrica no intuito de aprimorar a prática profissional. Nesse âmbito, destacam-se as proposições curriculares constituídas com a criação da Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional (LDB/96) e as Diretrizes Curriculares Nacionais (DCNs) do Curso de Graduação em Enfermagem (DCNENF/2001). Essas indicam as novas diretrizes curriculares nacionais no que tange aos cursos de graduação em enfermagem, exigindo outra visão para o ensino, o que potencializa o ensino crítico reflexivo e generalista (SOUSA, 2016).

No tocante à área de conhecimento da saúde mental e psiquiatria, o currículo de enfermagem vem experienciando mudanças ao decorrer dos anos, para atender ao contexto histórico, social e político, aos quais o Brasil atravessa a datar de meados da década de 90 com a Lei Federal n. 8.080/90, que instituiu o Sistema Único de Saúde (SUS) (RODRIGUES et al., 2016).

No cenário da Reforma Psiquiátrica (RP), é essencial que existam mudanças no que se refere ao ensino de graduação em enfermagem, uma vez que as DCNs não instituem conteúdos obrigatórios para as disciplinas de saúde mental e enfermagem psiquiátrica, estando a critério dos cursos de graduação em enfermagem a escolha da carga horária e dos conteúdos que serão abordados na disciplina (RODRIGUES et al., 2018).

A construção da formação acadêmica do profissional de enfermagem no âmbito da saúde mental deve ser delineada dentre várias habilidades científicas e técnicas, na comunicação, empatia, escuta-ativa, relacionamento interpessoal e demais qualidades ou aptidões que são essenciais para se desenvolver uma assistência com qualidade ao próximo (WENCESLAU; ORTEGA, 2015). Estudar a disciplina de saúde mental no período da graduação possibilita uma aproximação dos acadêmicos com a realidade da atenção primária a saúde, no que tange a assistência prestada aos usuários que carecem de um atendimento neste campo.

Assim, entende-se que estudos com essa natureza poderão direcionar transformações no ensino e na assistência de enfermagem no âmbito da saúde mental para satisfazer a nova demanda do mercado de trabalho na saúde. Nesse sentido, a presente pesquisa objetivou compreender as percepções de estudantes de enfermagem sobre a formação em saúde mental.

2. MÉTODO

Trata-se de um estudo descritivo e exploratório, de abordagem qualitativa, realizado entre os meses abril e maio de 2019 na Universidade Regional do Cariri (URCA), mais especificamente no Campus Multi-institucional Humberto Teixeira, situado na cidade de Iguatu, Ceará. O lócus da pesquisa foi no curso de enfermagem.

Participaram 39 acadêmicos que atenderam aos critérios de elegibilidade. Os critérios de inclusão foram: estar regulamente matriculado no semestre vigente da pesquisa, ou seja, estar cursando um semestre anterior e/ou um semestre posterior ao da disciplina Enfermagem no Processo de Cuidar em Saúde Mental. Como critérios de exclusão: alunos que não estejam cursando a disciplina enfermagem no processo de cuidar em saúde mental e alunos que fizeram trancamento da disciplina em semestre vigente. Para o dimensionamento da quantidade de participantes, foi considerado o critério da saturação teórica.

A coleta de dados foi realizada utilizando-se como instrumento uma entrevista semiestruturada, guiada por um roteiro temático, elaborado de maneira a contemplar os objetivos do estudo. A entrevista aconteceu em uma das salas de aula da universidade, local silencioso para que pudesse ocorrer a gravação dos áudios, durando em média 20 minutos.

A análise de dados foi conduzida pela técnica de análise de conteúdo. Nessa técnica, a análise de dados compõe um conjunto de procedimento que visa compreender e interpretar os dados, seguindo-se um percurso analítico que se constitui de três etapas, com a finalidade de atribuir significado aos dados coletados. Etapas essas que foram seguidas nessa pesquisa: pré-análise, exploração do material e tratamento dos resultados, e interpretação (MINAYO, 2014). O estudo atendeu aos aspectos éticos seguindo os preceitos descritos pela Resolução 466/2012, do Conselho Nacional de

Saúde (CNS), obtendo parecer favorável do Comitê de Ética em Pesquisa, sob número 3.202.131.

3. RESULTADOS E DISCUSSÃO

A amostragem foi composta de 39 alunos, distribuídos em 20 alunos do quinto semestre, sendo esses 15 do sexo feminino e cinco do sexo masculino, com idades entre 19 e 23 anos, somando-se a 19 alunos do sétimo semestre, dos quais 15 do sexo feminino e quatro do sexo masculino, com idades entre 19 e 33 anos.

No que se condiz à predominância do gênero feminino no curso de graduação em enfermagem os autores Costa, Freitas e Hagopian (2017), referem que corresponde a uma característica histórica da profissão. Apesar disso, vêm-se observando um crescente número de homens que ingressam no curso de enfermagem e compõem a profissão no Brasil.

Em relação à faixa etária dos participantes da pesquisa, visualiza-se um perfil jovem, o que indica o ingresso na universidade já na pós-adolescência ou no início da vida adulta (CARNEIRO et al., 2018).

No que se refere a participação de evento em saúde mental, 26 alunos responderam 'sim' e 13 responderam que 'não'. Salienta-se a importância de participação em eventos (congressos, seminários, simpósios, etc.) durante a formação universitária. A participação em eventos específicos da saúde mental pode corresponder a uma maior sensibilização quanto a temática, o que pode favorecer maior desenvolvimento na área em questão (FIGUEIREDO, 2016).

Considerando a participação em capacitações, oito responderam positivamente, no entanto, 31 não participam de capacitações na temática em questão. Girade, Cruz e Stefanelli (2006), apontam que a educação continuada em saúde é definida como um processo permanente de educação, firmando-se na formação básica, tendo como objetivo uma melhor capacitação de pessoas e grupos, bem como, atualização frente as mudanças técnicas científicas, sendo um ponto positivo nesse contexto.



3.1. CATEGORIZAÇÃO

No processo analítico, a identificação das unidades de análise proporcionou a elaboração de três categorias, apresentadas abaixo:

Quadro 1 - Distribuição das categorias empíricas identificadas

CATEGORIAS EMPÍRICAS DO ESTUDO
A formação em saúde mental na percepção dos discentes.
Dificuldades e facilidades na formação em saúde mental.
Avaliação das estratégias educativas na formação em saúde mental.

Fonte: Pesquisa direta. Iguatu-CE, 2019.

3.2. A FORMAÇÃO EM SAÚDE MENTAL NA PERCEPÇÃO DOS DISCENTES

Nesta categoria, aborda-se de que modo se constrói a percepção dos estudantes sobre a formação em saúde mental. São apontadas as suas impressões acerca do processo educativo empenhado na universidade para este fim.

Quando questionados a respeito da formação em saúde mental na percepção dos discentes, emergiram duas perspectivas. A primeira, diz respeito a uma formação qualificada e integral e foram descritas conforme as falas a seguir:

“É de suma importância porque nem sempre dentro do hospital você vai encontrar psicólogo para resolver aquele problema na hora, então o enfermeiro pagando essa disciplina, ele vai tá apto a conhecer alguns fatores e aspectos que acometam aquele paciente “. (E.16.5)

“Eu acho algo muito importante até porque cada dia mais as pessoas apresentam problemas mentais e quando alguém chega no hospital ou na unidade básica de saúde nem sempre vai ter um psicólogo lá, então o primeiro contato vai ser os enfermeiros e os enfermeiros devem tá preparados e aptos para dá suporte a eles “. (E.18.5)

Os acadêmicos são conduzidos de uma forma a se conscientizar dos princípios propostos pela Reforma Psiquiátrica, compreendendo a importância do papel do enfermeiro na promoção da saúde mental e coletiva. Nesse contexto, observa-se que os discentes de enfermagem, ao longo de sua formação, passaram a conhecer a evolução das políticas públicas brasileiras e todas as suas mudanças no que se refere a saúde mental, fazendo com que eles conheçam outras formas de entender o processo saúde-doença (BARBOSA; VASCONCELOS; OSELAME, 2016).



O ensino e a formação em saúde são enfatizados como uma das primordiais questões centrais direcionada à transformação das práticas profissionais, em virtude de favorecer intervenções que atendam às necessidades da população e a realidade ao qual estão inseridos. O percurso dessa perspectiva reflexiva e transformadora é primordial na construção de conhecimentos que direcionem os alunos em condições de uma forma ampliada da sua percepção das relações intrínsecas entre ideia e práxis, teoria e realidade, profissão e compromisso social, bem como a formação e trabalho, subentendidas em muitas atividades acadêmicas (BISCARDE; SANTOS; SILVA, 2014).

Em relação a essas concepções, a literatura aponta que é de extrema importância que os acadêmicos, durante a graduação, tenham conhecimentos sobre a RP, o papel do enfermeiro mediante sua atuação nos serviços em saúde mental, bem como, uma formação qualificada e direcionada ao atendimento igualitário dos portadores de transtornos mentais e suas peculiaridades.

Sob outra perspectiva, alguns alunos expuseram que a formação carece de maiores aprofundamentos, não considerando suficiente para a sua profissionalização o processo formativo oferecido, devido à ausência de estágios e práticas acadêmicas da disciplina, descritos pelos entrevistados do sétimo semestre, conforme falas a seguir:

“Na minha percepção muito básica, por que a gente vê tudo superficialmente, por que é uma infinidade de conteúdos que é dado muito rápido, são professores ótimos, mas é dado muito rápido por que não tem o tempo suficiente e também a gente não tem a vivência pra que a gente aprimore mais os conhecimentos.” (E.23.7)

“Ela é meio a meio. Porque a teoria ela tem embasamento muito bom, a assistência fala o passo a passo bem direitinho como é que faz, só que falta, peca muito essa questão de não ter a prática. Uma visita não é como a convivência que você teria lá CAPS, então você acaba que os receios que você tinha antes de entrar na disciplina ainda tem.” (E.26.7)

A aprendizagem da disciplina torna-se complexa, visto que o ensino teórico-prático deveria se dar de forma mais articulada. No entanto, o que se tem observado é uma distância criada entre o ensino teórico com o prático da disciplina (COE; DUARTE, 2014).



Entende-se que a prática em saúde mental pode ser realizada também em locais não específicos da área, como a própria faculdade e hospitais gerais. É fundamental que exista uma articulação para o rompimento da dicotomia entre os serviços em saúde mental e os serviços em saúde, e assim o enfermeiro possa estar preparado para realizar o cuidado de forma holística dos indivíduos independente dos distúrbios que acometam essas pessoas, em uma unidade básica de saúde, um hospital geral ou um CAPS (MAGNAGO; TAVARES, 2012).

Desse modo, é possível compreender que a formação em saúde mental percorre caminhos diversos, sendo predominante uma perspectiva de integralização entre ensino e prática. As falas desse estudo nos revelaram que as concepções dos estudantes visualizam o processo formativo como potencial na sua formação universitária, mas que também carece de melhoramentos.

3.3. DIFICULDADES E FACILIDADES NA FORMAÇÃO EM SAÚDE MENTAL

Explana-se nesta categoria a ótica dos estudantes no que diz respeito a formação em saúde mental e o que eles percebem como dificuldades ou facilidades direcionadas a essa formação.

No momento em que se questionou na entrevista sobre as dificuldades e facilidades na formação em saúde mental, surgiu uma indagação direcionada a falta de eventos e divulgação dos estudos realizados durante a formação. No quais foram relatados pelos discentes do quinto semestre nas falas a seguir:

“No caso aqui as dificuldades que eu vejo é que não tem tanta divulgação, não tem muitos eventos sobre esse assunto, eu vejo como um pouco de dificuldade, assim, que não mostra a disciplina só quando está lá no sexto que realmente nós acadêmicos vemos, mas é pouco, você não ver simpósio, você não ver, por enquanto eu aqui não vi ainda eventos relacionados a isso, então eu encontro um pouco de dificuldade relacionado a isso” (E.9.5)

“Eu acredito que eu possuo dificuldade em relação a falta de conteúdo relacionado a isso. Tipo, a gente tem o simpósio, muito evento relacionado a saúde da criança, sobre saúde da mulher e sobre projetos como por exemplo teve agora a risoterapia, mas eu não acho que tem uma quantidade correta de eventos na saúde mental” (E.15.5)

Segundo Souza, Alencastre e Saeki (2000), é fundamental para o enfermeiro ter mais segurança no seu exercício profissional manter uma educação continuada, fazendo com que ele seja capaz de refletir, analisar suas vivências e experiências, possibilitando uma nova forma de “ver” a enfermagem. Entende-se que a enfermagem precisa trazer para sua prática discussões de artigos publicados pelos enfermeiros, bem como estudos de casos, e assim propor também treinamentos para os novos enfermeiros bem como os antigos também.

Mudanças no modelo assistencial em saúde mental servem como argumento que favorece a necessidade de repensar o ensino de enfermagem. Observa-se que o ensino que se mostra na realidade não condiz com a demanda de assistência dos novos dispositivos de atenção à saúde mental, e é direcionado a uma reformulação do paradigma na concepção do portador de transtorno mental. É enfatizado nas literaturas da área que mesmo com a ampliação da importância do papel do enfermeiro na assistência e serviços de saúde mental no país o profissional não tem ocupado esse espaço de maneira mais eficaz (VARGAS et al., 2018).

As falas descritas nas entrevistas apontam a carência de eventos em saúde mental na universidade, e os autores mencionam a importância da educação continuada e das mudanças necessárias para o ensino ser mais eficaz. Observou-se então que, algumas falas dos alunos do sétimo semestre ainda remetem a questão da falta de estágio durante a disciplina como algo que dificulta a qualidade do ensino e da assistência em si, aos quais são relatadas nas seguintes falas:

“A facilidade eu acho que é em relação a cadeira, porque todos os conteúdos foram meio dinâmicos para que adentrasse mesmo na temática, porém, a dificuldade mesmo continuaria sendo porque não tem a prática.” (E.34.7)

“Facilidade é que a gente tem apesar das dificuldades da universidade em si, a gente tem o conteúdo que é necessário na teoria. E uma das dificuldades seria a questão da prática que uma coisa é a gente ver e outra coisa é a gente sentir, estar envolvido e gerar uma assistência” (E.35.7)

Os conteúdos teóricos encontraram respostas satisfatórias com a disciplina ministrada, mediante as facilidades e dificuldades na formação. Enfatizando que o atual contexto de mudanças na educação dos profissionais de saúde e de afirmação do modelo assistencial do SUS é fundamental conhecer de uma forma mais aprofundada como os cursos de graduação em saúde vêm conduzindo a formação dos profissionais que adentrarão na área de saúde mental (SILVA et al., 2010).

Para Martins et al., (2018), acredita-se que os estágios podem contribuir com a qualidade no atendimento dos usuários dos serviços de saúde mental na comunidade, bem como, instiga a reflexão sobre como o saber/fazer próprio da psiquiatria voltado para os portadores de transtornos mentais.

No entanto, ensino em saúde mental na enfermagem é avaliado pelos discentes como um ensino teórico fundamentado, mas que necessita de mais eventos direcionando os conteúdos abordados em sala de aula com os demais conhecimentos adquiridos em pesquisas. E continuamente, observou-se que os alunos carecem ainda de ensino prático onde a disciplina não os proporcionaram a efetivação da teoria adquirida no âmbito vivencial.

3.4. AVALIAÇÕES DAS ESTRATÉGIAS EDUCATIVAS NA FORMAÇÃO EM SAÚDE MENTAL

Nesta categoria, avaliou-se como se dava as estratégias educativas da disciplina de saúde mental na graduação em enfermagem na ótica do discentes. E como são apontadas as perspectivas dos discentes do quinto semestre perante o componente curricular, bem como, as vivências que os alunos do sétimo semestre obtiveram após cursarem a disciplina.

Emergiram dois aspectos relevantes acerca de avaliações das estratégias educativas na formação em saúde mental. A primeira, está direcionada as afirmações dos alunos do quinto semestre que não cursaram a disciplina, mas que acreditam ser bem adequadas referente ao que se pode avaliar das estratégias educativas conforme podemos acompanhar nas falas a seguir:

“Pra mim são adequadas. Porque a gente consegue ver muito todas as salas que pagaram essa disciplina desenvolverem criatividade que é bem falada na universidade” (E.8.5)



“São Adequadas. Porque eu acho que todas as professoras têm uma preparação pra isso, então acho que como eu não passei ainda não sei dizer ao certo se é adequado ou não, mas como eles estão aptos para ensinar creio que sim sejam adequados “(E.18.5)

Para os acadêmicos de enfermagem, a universidade é vista como um local de aprendizado, ou seja, uma local que serve também como fonte para alimentar o saber, onde é construída a base do fazer e ser profissional. Ressaltando, ainda, a necessidade de que haja uma transformação no ensino e na formação, fazendo com que essas mudanças ultrapassem o modelo de ensino-aprendizagem tradicional (RANGEL et al., 2017).

A relação docentes/discente consiste em ser dialógica, condizente com a possibilidade de uma comunicação eficaz e a aproximação pedagógica deve ser focada no acadêmico, onde suas experiências, autonomia e criatividade são valorizadas perante o processo de aprendizagem (FREITAS et al., 2014).

O segundo aspecto que surgiu durante a entrevista com os alunos do sétimo semestre após cursarem a disciplina, é que a formação foi adequada com uso de metodologias ativas. É notório nas falas seguintes que mesmo sem a realização de estágio os alunos salientaram que as metodologias ativas e a didática aplicada pelos docentes contribuíram de forma positiva no ensino em enfermagem na saúde mental. Mencionado nos relatos das entrevistas abaixo citados:

“Elas são adequadas, elas são facilitadoras, elas lhe abrem a mente pra realidade e elas buscam mesmo inserir você naquele ambiente mesmo que sem campo de estágio “(E.26.7)

“São adequadas. Porque as professoras da disciplina elas sempre traziam metodologias ativas e casos pra gente resolver, e traziam também relatos das vivências delas “(E.38.7)

Um dos maiores desafios para os docentes é como superar o conservadorismo do modelo educacional e a adoção de estratégias e metodologias inovadoras no processo ensino-aprendizagem. Essas metodologias baseiam-se no processo de aprender a partir de experiências reais ou simuladas, com o objetivo de solucionar de

uma forma eficaz as atividades essenciais da prática profissional em diferentes contextos. A aprendizagem torna-se mais significativa, baseada em resolução de fatos, problemas ou situações que levem os estudantes a compreender o fato estudado, e assim, determinar soluções por meio do processo de ação-reflexão-ação (VILLELA; MAFTUM; PAES, 2013).

O ensino e a formação em saúde são enfatizados como uma das primordiais questões centrais direcionada à transformação das práticas profissionais, em virtude de favorecer intervenções que atendam às necessidades da população e a realidade ao qual estão inseridos. O percurso dessa perspectiva reflexiva e transformadora é primordial na construção de conhecimentos que direcionem os alunos em condições de uma forma ampliada da sua percepção das relações intrínsecas entre ideia e práxis, teoria e realidade, profissão e compromisso social bem como a formação e trabalho, subentendidas em muitas atividades acadêmicas (BISCARDE; SANTOS; SILVA, 2014).

Contemporaneamente existe uma preocupação em adquirir novas estratégias metodológicas no contexto da formação e da educação referente ao processo de ensino aprendizagem. Se faz necessário que haja um comprometimento das instituições formadoras com a transformação do perfil dos futuros profissionais de saúde, incorporadas as estratégias de reorientação dirigidas ao campo da formação, onde as habilidades e competências dos futuros profissionais são construídas nos determinantes princípios e diretrizes do SUS (FREITAS et al., 2014).

No contexto da saúde mental, as metodologias ativas são um ponto positivo por terem o potencial de despertar a curiosidade, ao passo que os discentes adentram na teorização e trazem elementos novos, que ainda não foram abordados em sala de aula. Fazendo assim com que docente analise as contribuições dos alunos, bem como, estimulando o engajamento e percepção de competência, além de valorização da persistência nos estudos (BERBEL, 2011).

Portanto, é possível analisar e entender que a formação em saúde mental na ótica dos discentes do quinto semestre são vistos como um ensino adequado mesmo diante de sua carência do exercício da prática, sendo de fundamental importância a aplicação de metodologias ativas e vivências abordadas pelos docentes ao longo do seu percurso acadêmico e formador. Ativando assim, um interesse maior aos alunos em

buscar mais conhecimentos agregadores a sua formação enquanto acadêmicos e futuros profissionais da saúde.

4. CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente estudo possibilitou a identificação do ensino de saúde mental em enfermagem como um campo em constante construção, evidenciada pelas recentes mudanças que as literaturas apontam com a RP e modo de compreender que a formação em saúde mental percorre caminhos diversos. Os participantes do estudo avaliaram o ensino de saúde mental que receberam na instituição ao qual estão se graduando como sendo adequada e positiva ao que se esperava da disciplina, mediante a teorização dos conteúdos que era pertinente as condições das patologias.

Logo percebe-se que o ensino no contexto sugerido pela RP não vem sendo difundido e que o novo conceito da assistência enfrenta dificuldades e torna-se distante da realidade dentro do processo de aprendizagem esperado pelos alunos, porém, não é algo impossível de alcançar. No entanto, o ensino em saúde mental vem se transformando e caminhando conforme os avanços no entendimento do que são as necessidades e realidade dos pacientes psiquiátricos, mudando assim a visão dos discentes frente a isso.

O estudo contribui com reflexões a respeito da formação dos futuros enfermeiros no qual consiste a assistência em saúde mental. Diante do exposto, conclui-se que o ensino em saúde mental precisa de uma reestruturação entre o que se é abordado na teoria e o que se carece na aplicação prática, no intuito de efetivamente prover o que se denomina *práxis*, reconhecendo a sua necessidade nesse campo formativo.

REFERÊNCIAS

- BARBOSA, M. C.; VASCONCELOS, C. R.; OSELAME, G. B. a percepção do acadêmico de enfermagem sobre a loucura. **Rev Enferm Atenção Saúde [Online].**; 5(2):3-17 ISSN 2317-1154. Ago/Dez 2016.
- BERBEL, N. A. N. As metodologias ativas e a promoção da autonomia de estudantes. **Semina: Ciências Sociais e Humanas, Londrina**, v. 32, n. 1, p. 25-40, Jan./Jun.2011.

BISCARDE, D. G. S.; SANTOS, M. P.; SILVA, L. B. Formação em saúde, extensão universitária e Sistema Único de Saúde (SUS): conexões necessárias entre conhecimento e intervenção centradas na realidade e repercussões no processo formativo. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**. vol.18 no.48 Botucatu, 2014.

CARNEIRO, C.; LIMA, M. A.; MUSSI, C. C.; LIMA, C. R. M.; MARTIGNAGO, G. Avaliação docente como mecanismo de desenvolvimento da gestão acadêmica em instituições de ensino superior privadas. **Revista Eletrônica de Estratégia & Negócios**, Florianópolis, v.11, n. 3, Set. /Dez. 2018.

COE, N. M.; DUARTE, M. J. O. Formação integrada em saúde mental: A indissociabilidade entre Ensino/Estágio-Pesquisa-Extensão. **Trajatória da Faculdade de Serviço Social da UERJ: 70 anos de história**. Miolo-Livro-Serviço social. Indd. Pag, 226. Rio de Janeiro, 2014.

COSTA, K. S.; FREITAS, G. F.; HAGOPIAN, E. M. Homens na enfermagem: formação acadêmica posterior à graduação e trajetória profissional. **Rev enferm UFPE on line., Recife**, 11(3):1216-26, mar., 2017.

FREITAS, K. F. S.; OLIVEIRA, M. F. V.; LOPES, M. M. B.; GARCIA, T. E; SANTOS, M. S.; DIAS, G. A. R. Novas possibilidades para o ensino de enfermagem em saúde mental: uma experiência de monitoria. **Rev Rene**. 2014 set-out; 15(5):898-903. www.file:///C:/Users/Daniel/Downloads/3269-95427-1-PB.pdf.

GIRADE, M. G.; CRUZ, E. M. N. T.; STEFANELLI, M. C. Educação continuada em enfermagem psiquiátrica: reflexão sobre conceitos. **Rev Esc Enferm USP**. 40(1):105-10 2006.

MARTINS, G. C. S.; PERES, M. A. A.; SANTOS, T. C. F.; QUEIRÓS, P. J. P.; PAIVA, C. F.; ALMEIDA FILHO, A. J. S. Ensino de graduação em enfermagem em saúde mental como aliado à consolidação do movimento de Reforma Psiquiátrica. **EAN. Esc Anna Nery** 22(4): e20180164. 2018.

MAGNAGO, C.; TAVARES, C. M. M. O ensino de enfermagem psiquiátrica nas Universidades Públicas do Estado do Rio de Janeiro. **Rev. Eletr. Enf.** 2012. jan/mar;14(1):50-8. Visto em: <http://www.fen.ufg.br/revista/v14/n1/v14n1a06.htm>. Acessado em: 19/06/2019 as 12:28h.

MINAYO, M.C.S. **O desafio o conhecimento**: pesquisa qualitativa em saúde, 14ª ed. São Paulo: Hucitec Editora, 2014.

RANGEL, R. F.; BACKES, D. S.; ILHA, S.; ZAMBERLAN, C.; SIQUEIRA, H. C. H.; COSTENARO, R. G. S. Formação para o cuidado integral: percepção de docentes e discentes de



enfermagem. **Rev Fund Care Online**. abr/jun; 9(2):488-494. 2017. DOI: <http://dx.doi.org/10.9789/2175-5361.2017.v9i2.488-494>.

RODRIGUES, A. A. P.; XAVIER, M. L.; FIGUEIREDO, M. A. G.; ALMEIDA FILHO, A. J.; PERES, M. A. A. Influências da reforma psiquiátrica no cuidado de enfermagem na casa de saúde esperança em Juiz de Fora, Minas Gerais, Brasil (1994-1998). **Texto Contexto Enferm**.20;25(2):e1450014. 2016.

RODRIGUES, J.; KEMPFER, S. S.; LENZ, J. R.; OLIVEIRA, S. N. Influência das reformas curriculares no ensino de saúde mental em enfermagem: 1969 a 2014. **Rev. Gaúcha Enferm**. vol.38 no.3 Porto Alegre. 2017. Epub Apr 05, 2018. <http://dx.doi.org/10.1590/1983-1447.2017.03.67850>.

SILVA, M. G.; FERNANDES, J. D.; TEIXEIRA, G. S.; SILVA, R. M. O. Processo de formação da(o) enfermeira(o) na contemporaneidade: desafios e perspectivas. **Texto contexto enfermagem**, Florianópolis, jan-mar; 19(1): 176-84. 2010.

SOUSA, M. B. M. O Ensino de Enfermagem Psiquiátrica /Saúde Mental: avanços, limites e desafios. SMAD, **Rev. Eletrônica Saúde Mental Álcool Drogas**. (Ed. port.) vol.12 no.3 Ribeirão Preto set. 2016. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.11606/issn.1806-6976.v12i3p139-146>.

VARGAS, D.; MACIEL, M. E. D.; BITTENCOURT, M. N.; LENATE, J. S.; PEREIRA, C. F. O ensino de enfermagem psiquiátrica e saúde mental no brasil: análise curricular da graduação. **Texto Contexto Enferm**, 27(2): e2610016. 2018.

VILLELA, J. C.; MAFTUM, M. A.; PAES, M. R. O ensino de saúde mental na graduação de enfermagem: estudo de caso. **Texto contexto enfermagem**, Florianópolis. Abr-Jun; 22(2): 397-406. 2013.

WENCESLAU, L. D.; ORTEGA, F. Saúde mental na atenção primária e Saúde Mental Global: perspectivas internacionais e cenário brasileiro. **Interface - Comun Saúde, Educ**. 9(55):1121-32. 2015. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1807-57622014.1152>.

VIVÊNCIAS NA EDUCAÇÃO PERMANENTE SOBRE CONTENÇÃO MECÂNICA: REFLEXÃO A PARTIR DA DIALÉTICA DE MORIN

EXPERIENCES IN CONTINUING EDUCATION ABOUT MECHANICAL RESTRAINT: REFLECTION FROM MORIN'S DIALECTICS

DOI: 10.51859/AMPLA.PPE2159-31

Bruno Abilio da Silva Machado ¹
Wesley Caio Ferreira Barbosa ²
Sarah Maria Osório de Carvalho ³
Larissa de Lima Machado Bandeira ⁴
Alessandra de Araújo Costa Oliveira ⁵
Ana Livia Castelo Branco de Oliveira ⁶

¹ Graduado em Radiologia pelo Centro Universitário Maurício de Nassau Teresina- UNINASSAU. Mestrando em Biodiversidade, Ambiente e Saúde- PPGBAS pela Universidade Estadual do Maranhão- UEMA.

² Graduando em Enfermagem pelo Centro Universitário Maurício de Nassau- UNINASSAU.

³ Enfermeira pelo Centro Universitário Santo Agostinho-UNIFSA.

⁴ Graduanda em Enfermagem pela Faculdade Estácio de Teresina- ESTÁCIO.

⁵ Enfermeira pela Universidade Federal do Piauí-UFPI.

⁶ Doutora em Enfermagem pela Universidade Federal do Piauí-UFPI.

RESUMO

Objetivo: relatar e refletir a experiência de discentes de enfermagem sobre a educação permanente voltada a prática da contenção mecânica e suas repercussões para o paciente. **Método:** trata-se de um relato de experiência com abordagem qualitativa, com subsídio teórico-reflexivo construído a partir da vivência de discentes da graduação em enfermagem e da perspectiva dialética-reflexiva de Edgar Morin. **Resultados:** a reflexão de Morin a respeito da educação permanente se assenta em pressupostos teóricos de uma prática libertadora o que possibilita a construção de serviços pautados na gestão compartilhada e integrada. **Conclusão:** deve-se respeitar todas as singularidades dos profissionais do cuidado e do próprio cliente/paciente e momentos que demandem a utilização de dispositivos como a contenção mecânica.

Palavras-chave: Educação permanente; Educação em enfermagem; Restrição física; Enfermagem; Segurança do paciente

ABSTRACT

Objective: to report and reflect on the experience of nursing students about continuing education focused on the practice of mechanical restraint and its repercussions for the patient. **Method:** This is an experience report with a qualitative approach, with theoretical-reflexive support built from the experience of undergraduate nursing students and the dialectical-reflexive perspective of Edgar Morin. **Results:** Morin's reflection about continuing education is based on theoretical assumptions of a liberating practice, which enables the construction of services based on shared and integrated management. **Conclusion:** one must respect all the singularities of the care professionals and the client/patient himself, and moments that demand the use of devices such as mechanical restraint.

Keywords: Continuing education; Nursing education; Physical restriction; Nursing; Patient safety.



1. INTRODUÇÃO

A contenção mecânica (CM) é frequentemente utilizada nos serviços de saúde como meio de controle de pacientes agitados, confusos, desorientados, que apresentam risco de queda e remoção de dispositivos biomédicos. Assim, a ferramenta possui objetivo de evitar danos à integridade física do cliente e dos profissionais (COFEN, 2012). Apesar de se tratar de um recurso terapêutico necessário a segurança do paciente, constitui um dilema ético (BARRETO *et al.*, 2019).

Praticado a partir do senso comum, a contenção mecânica pode repercutir em falhas éticas. Assim, considera-se indiscriminado o uso não reflexivo da contenção mecânica (CARVALHO *et al.*, 2020). Neste ensejo, a conduta diária da equipe de enfermagem apresenta-se como importante e deve promover a qualidade de vida e segurança ao paciente (SOUZA *et al.*, 2019). Para tal, a adesão a boas práticas é influenciada pelo processo educativo permanente (RODRIGUES *et al.*, 2020). A enfermagem no âmbito da Educação Permanente surge como ferramenta potencializadora de melhorias assistenciais.

Na dinâmica assistencial, a humanização é preconizada no exercício do profissional de enfermagem. Entretanto, a prática da contenção mecânica pode trazer danos físicos e psíquicos que vão de encontro a esta política. A exemplo tem-se as lesões por dispositivos médicos (contenção mecânica) (COFEN, 2012; GALETTO *et al.*, 2019)

Diante essa perspectiva, a educação permanente nos serviços hospitalares deve ser pensada no sentido de promover a capacitação dos profissionais de saúde e reduzir riscos assistenciais ao paciente, o que instiga estudos nessa temática que levantem aspectos teóricos e práticos baseados em evidências. Logo, o objetivo deste estudo é relatar e refletir a experiência de discentes de enfermagem sobre a educação permanente voltada a prática da contenção mecânica e suas repercussões para o paciente.

2. MÉTODO

Estudo com abordagem qualitativa do tipo relato de experiência, e viés reflexivo, quando os dados foram interpretados a partir do olhar crítico dos discentes e à luz do subsídio teórico de Edgar Morin sobre a prática educativa.



O relato foi elaborado a partir da vivência de discentes da graduação em enfermagem de centros universitários privados, no âmbito de um hospital geral, na cidade de Teresina-PI.

O hospital em questão prestava atendimento ao paciente com síndrome gripal, sendo referência estadual no tratamento de paciente com covid-19, quando no momento do estudo, contava com 134 leitos para fim, sendo 46 para atendimento de alta complexidade (UNIMED, 2021).

A prática ocorreu supervisionada por docente vinculada ao hospital em questão, no âmbito do estágio extracurricular de enfermagem, durante os meses de abril a maio de 2021.

Para fundamentar teoricamente este relato, foram realizadas buscas nas bases de dados em saúde *Scientific Electronic Library Online* (SciELO), Centro Latino-Americano de Informação em Saúde (LILACS) e Bases de Dados da Enfermagem (BDENF), com delimitação temporal de 2017 a 2022, a partir dos descritores: “Restrição Física”, “Educação Permanente” e “Assistência de Enfermagem”, interrelacionados com os operadores booleanos AND e OR. Logo, os achados secundários fortaleceram a interpretação dos dados na perspectiva de Morin.

Para o autor, o espaço da educação permanente é uma estratégia de renovação da prática por meio da reflexão e da relação de troca entre os mediadores e ouvintes, e a educação continuada como programa, espaço para a retomada de conteúdo, conceitos importantes para a retroalimentação da prática profissional (MORIN, 2019).

Por tratar-se de um relato de experiência reflexivo, a pesquisa não foi submetida ao Comitê de Ética em Pesquisa (CEP), no entanto, reafirma-se a garantia dos preceitos éticos e legais durante todo o processo de vivência e escrita do presente estudo. Tampouco foram utilizados dados relativos aos sujeitos ou contexto em que estão inseridos.

3. RESULTADOS E DISCUSSÃO

O desejo de estruturar e planejar o treinamento sobre o tema surgiu a partir das demandas do setor assistencial que foram direcionadas ao contexto do Núcleo de Educação Permanente (NEP). Além disso, tem sido foco de discussão global, quando o



risco de quedas foi determinado pela Organização Mundial de Saúde (SOUZA *et al.*, 2019).

O plano de aula foi construído a partir dos objetivos do treinamento e assim abordou conceitos relacionados à prática de contenção mecânica, aspectos éticos e de humanização, intervenções menos invasivas e indicadas para o cuidado ao paciente com agitação.

Assim, foi elaborado um roteiro de etapas que incluiu o convite dos profissionais do serviço de saúde para participarem do treinamento in loco, a apresentação da equipe de facilitadores, o destaque da temática, a discussão dialogada com os participantes, atividade avaliativa imediata e uma semana depois em formato de quis e pesquisa de satisfação.

A atividade educativa orientou a equipe sobre a abordagem do paciente agitado ou com nível de alteração neurológica e em situação de agressividade. O acolhimento foi destacado como prioritário, sendo inicialmente verbal. Foi sugerida a orientação aos familiares, caso permanesse a possibilidade de contenção mecânica.

Assim, destacaram-se os direitos do paciente e a postura profissional adequada em situações de conflito. Logo, explanou-se sobre técnicas seguras de contenção mecânica, quando os participantes foram conduzidos à prática guiada com materiais (algodão e atadura) em situação hipotética.

Houve massiva participação dos setores de Unidade de Terapia Intensiva (UTI) e Postos, Pronto Atendimento (PA) e do público de maqueiros do serviço de saúde, totalizando 139. Após ministrar o conteúdo, aplicou-se uma pesquisa de satisfação que avaliou a dinâmica e conteúdo ministrado pelos discentes como qualificada (alcance majoritário). À análise qualitativa, os discentes perceberam o *feedback* dos profissionais como positivo, haja vista a postura colaborativa e participativa destes.

Os discentes sentiram-se agradados como parte da construção da educação permanente de profissionais, e assim, manifestaram interesse por compreender as nuances da prática educativa norteada para temas éticos como o supracitado, assim a visão dialética de Edgar Morin surge como facilitadora deste objetivo.

A reflexão de Morin a respeito da educação permanente se assenta em pressupostos teóricos de uma prática libertadora o que possibilita a construção de serviços pautados na gestão compartilhada e integrada. Entende-se neste contexto de



entrelaçamento teórico entre referenciais de educação em saúde e de gestão dos serviços de saúde, que a educação pretendida para esta possibilidade deve permitir reflexões (MORIN, 2019).

Nesta perspectiva, é notória a necessidade de educação permanente na perspectiva hospitalar, com vistas à qualificação profissional. Nesse contexto, considerou-se relevante identificar demandas e expectativas de qualificação da equipe assistencial de enfermagem, bem como enfatizar a importância da institucionalização do Núcleo de Educação Permanente voltado para a capacitação desses profissionais.

O pensamento complexo admite que o conhecimento das partes dependa do conhecimento do todo, como o conhecimento do todo depende do conhecimento das partes. Portanto, a complexidade integra o modo de pensar e se opõe à redução de partes ou ao mecanicismo do pensamento cartesiano (MORIN, 2019).

Nesta ótica, os discentes apreciaram que o público participante do treinamento já apresentava conhecimento empírico sobre o tema contenção mecânica e que agiam na estima de bom-senso. Todavia, houve discussão sobre a importância de conhecer os direitos do paciente e as abordagens prévias a contenção mecânica.

Nessa alusão, a contenção mecânica é utilizada como técnica terapêutica que pretende fundamentalmente à criação de um meio que permita e garanta a completa continuidade da intervenção e a segurança de todos nela inseridos (MAXIMO *et al.*, 2019).

O cuidado prestado pelos profissionais de enfermagem necessita de um olhar abrangente e humanizado para compreender o ser humano em sua plenitude e, assim, considerar suas características biológicas, psicológicas, sociais e espirituais, tendo a habilidade de compreender as necessidades dos indivíduos nos diversos períodos de sua vida e buscando supri-las por meio da promoção do cuidado, sendo essas características fundamentais para desempenhar o cuidado com qualidade, utilizando as competências obtidas em sua formação e na sua vivência profissional (FERRAZ, L, M. *et al.*, 2021).

Diante desse ensejo, percebe-se através do treinamento aplicados as reflexões da equipe assistencial do hospital, enfermeiros e estudantes do curso de enfermagem frente à criação de momentos de reflexão e ações de capacitação implementadas no hospital estabeleceram relação com a realidade.



Quanto a premissa de Morin sobre a Interdisciplinaridade e o Pensamento Complexo, estes são elementos que devem estar inseridos na Educação Permanente. A reflexão sugerida pelo conhecimento reflexivo oriundo da prática educativa deve valorizar o indivíduo e os fenômenos em todas as suas dimensões (MORIN, 2019).

Nesta abordagem, o treinamento desde a sua construção visou utilizar-se de temas voltados a ética e legalidade unindo-o a explanação sobre os cuidados de enfermagem e em saúde em geral relacionados a contenção mecânica. Dentre os cuidados, a prevenção do risco de lesões associadas a estes dispositivos médicos. Nota-se a importância da dialética entre diferentes áreas do conhecimento no sentido de trazer uma visão justa e plural sobre o fenômeno estudado.

Os pensamentos sugeridos pelo autor em questão permitiram a interpretação das ações do Núcleo de Educação Permanente em uma ótica democrática e dotada de cientificidade. Isto comunga a tendência dos serviços de saúde em buscar a excelência dos padrões assistenciais. A Educação contribui, então, para ampliar a qualidade da análise da realidade e a construção de ações mais democráticas, em nível de gestão e de relações interpessoais no trabalho (CAMPOS *et al.*, 2019).

Quando as limitações da prática discente, no processo de construção do treinamento de contenção mecânica, houveram dificuldades quanto a escolha de estratégias dinâmicas, métodos ativos da aprendizagem, que refletisse o conteúdo e despertassem o interesse dos participantes. Logo, pensou-se em inserir os participantes como corresponsáveis pelos cuidados ensinados e sugeriu-se que eles praticassem a manobra da contenção em situação hipotética, trazendo-os para o papel de sujeitos ativos da aprendizagem.

Neste ensejo, os discentes perceberam a enfermagem, enquanto profissão essencial no processo de educação em saúde, figura que deve conduzir e incentivar os demais membros da equipe de saúde.⁵ Isto configurou outro ganho ao processo de formação do graduando em enfermagem, sinalizando norte para a área/especialidade pretendida.



4. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A realização do treinamento de contenção mecânica foi uma intervenção que se demonstrou eficaz, sugerindo a riqueza do aprendizado ao alcance dos participantes (público-alvo), bem como dos facilitadores (discentes de enfermagem).

A abordagem do tema se deu de modo interdisciplinar no sentido de alcançar a dialética de saberes necessária a Educação permanente e sugerida por Edgar Morin.

Ao serem conduzidos de modo a aproveitarem os conhecimentos que detém e assim somar aos apreendidos, os profissionais de saúde contemplados com o treinamento refletira sobre as experiências que vivenciam e compartilham.

O que considera o saber multidisciplinar e dividido em equipe como um alicerce para o cuidado ampliado, seguro e efetivo. Assim, devem ser respeitadas as singularidades dos profissionais do cuidado e do próprio cliente/paciente e momentos que demandem a utilização de dispositivos como a contenção mecânica.

Para avançar com os conhecimentos teóricos e práticos no sentido de efetivação da educação permanente, considera-se a necessidade de novos estudos da temática em questão. Refere-se a estudos que contemplem dispositivos médicos e suas questões éticas, a exemplo do tema do treinamento relatado. Além disso, a perspectiva teórico-reflexiva sobre prática de educação em saúde e práticas de saúde propriamente ditas, enquanto mola propulsora de avanços científicos nas Ciências da Saúde.

AGRADECIMENTOS

Agradecemos ao Centro de Estudos e Educação Permanente do Hospital Unimed Primavera por proporcionar a experiência formativa aos discentes, bem como pela construção coletiva deste artigo, e as discussões teórico-filosóficas sobre o saber científico.

REFERÊNCIAS

COFEN. Conselho Federal de Enfermagem. Resolução nº 421 de 07 de maio de 2012. Normatiza os procedimentos da Enfermagem no emprego da contenção mecânica de pacientes [Internet]. Brasília, 2012. Disponível em: http://www.cofen.gov.br/resoluocofen-n-4272012_9146.html.



- BARRETO, A. C. O *et al.* Perception of the Primary Care multiprofessional team on health education. **Revista Brasileira de Enfermagem [online]**, v. 72, pp. 266-273, 2019.
- CARVALHO, A.C.S.D *et al.* Contenção Mecânica nos Serviços de Urgência e Emergência. **Rev enferm UFPE on line [Internet]**, v.14, pp. e245201, 2020.
- SOUZA, L.M.D.S *et al.* Fatores associados à contenção mecânica no ambiente hospitalar: estudo transversal. **Rev. esc. enferm. USP [Internet]**, v. 53, pp. e03473, 2019,
- RODRIGUES, A *et al.* Contenção mecânica: percepção dos Enfermeiros. **Revista de Investigação & Inovação em Saúde [Internet]**, v. 3, n. 1, pp. 31-41. 2020.
- GALETTO, S. G. S *et al.* Medical Device-Related Pressure Injuries: an integrative literature review. **Revista Brasileira de Enfermagem [online]**, v. 72, n. 2, pp. 505-512, 2019.
- UNIMED. Hospital Unimed Primavera- HUP. Agora é exclusivo para atendimento Covid-19. Unimed [Internet]. 2021. Disponível em: <https://g1.globo.com/pi/piaui/especial-publicitario/unimed-teresina/sos-unimed/noticia/2021/03/22/hup-agora-e-exclusivo-para-atendimento-covid-19.ghtml>
- MORIN E. A cabeça bem-feita: repensar a reforma, reformar o pensamento. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 23ª ed., 128p. 2019.
- SOUZA, L. M. S. *et al.* Factors associated with mechanical restraint in the hospital environment: a cross-sectional study* * Extracted from the dissertation: “Contenção mecânica no ambiente hospitalar: estudo transversal”, Mestrado Profissional em Enfermagem Assistencial, Universidade Federal Fluminense, 2018. **Revista da Escola de Enfermagem da USP [online]**, v. 53, pp. e03473. 2019.
- CAMPOS, K.F.C *et al.* Educação permanente nos serviços de saúde. **Esc. Anna Nery online [Internet]**, v,21, n.4, pp.20160317, 2019.
- MAXIMO, P. A *et al.* A importância da contenção mecânica e a avaliação permanente da equipe de enfermagem. **Brazilian Journal of Health Review**, v. 2, n. 2, p. 1172-1212, 2019.
- SOUZA, L. M. S *et al.* Fatores associados à contenção mecânica no ambiente hospitalar: estudo transversal. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 53, 2019.
- FERRAZ, L, M. *et al.* Fatores associados à contenção mecânica: um relato de experiência. **Revista Multidisciplinar em Saúde**, v. 2, n. 4, p. 179-179, 2021.



ASSOCIAÇÃO ENTRE RITMOS E GENES CIRCADIANOS, FOTOPERÍODO E IDEAÇÃO SUICIDA

ASSOCIATION BETWEEN CIRCADIAN RHYTHMS AND GENES, PHOTOPERIOD AND SUICIDAL IDEATION

DOI: 10.51859/AMPLLA.PPE2159-32

Bárbara Queiroz de Figueiredo ¹
Amabille Dellalibera Simões ²
Luciana Fernanda Pereira Lopes ³
Lunalva Gabrielli Veras Sousa ⁴

¹ Graduanda do curso de Medicina. Centro Universitário de Patos de Minas (UNIPAM)

² Graduanda do curso de Medicina. Instituto Master de Ensino Antônio Carlos (IMEPAC)

³ Graduanda do curso de Medicina. Instituto Master de Ensino Antônio Carlos (IMEPAC)

⁴ Graduanda do curso de Medicina. Centro Universitário Uninovafapi.

RESUMO

Vários fatores de risco têm sido associados aos casos de suicídio, como fatores sociais, psicológicos e culturais, que podem se interagir e corroborar uma pessoa ao comportamento suicida. Além disso, o próprio acesso a instrumentos para esse ato, bem como as tentativas anteriores. Outrossim, embora a relação entre autoextermínio e transtornos mentais (depressão, alcoolismo, transtorno bipolar) seja bem estreita, muitas tentativas de suicídio acontecem de maneira impulsiva, em momentos de crise, como guerras e desastres, ou perante uma quebra na capacidade de lidar com os agentes estressores do dia-a-dia, como relacionamentos conflituosos, violência, crise econômica, desemprego, dores e doenças crônicas. Além disso, a literatura tem evidenciado que condições climáticas, como temperatura e luz solar, também estão correlacionados com esta causa de morte. Isto por que, o que se verifica, de forma geral, nos dados dessa mortalidade em todo o mundo, é que ela não é aleatória ao longo do ano, mas tende a apresentar sazonalidade, com picos principalmente na transição das estações mais escuras para as mais claras. Isso fez com que a literatura de saúde passasse a tentar verificar a causalidade dos efeitos climáticos sobre esse fenômeno, no começo em regiões de médias e altas latitudes. Assim, durante décadas, muitos estudos empíricos, utilizando dados diversos e com diferentes metodologias estatísticas, mostraram correlações positivas entre os suicídios e fatores meteorológicos como temperatura e tempo de duração da luz do sol.

Palavras-chave: Suicídio. Sazonalidade. Ciclo circadiano. Fotoperíodo.

ABSTRACT

Several risk factors have been associated with suicide cases, such as social, psychological and cultural factors, which can interact and corroborate a person's suicidal behavior. In addition, the very access to instruments for this act, as well as previous attempts. Furthermore, although the relationship between self-extermination and mental disorders (depression, alcoholism, bipolar disorder) is very close, many suicide attempts occur impulsively, in times of crisis, such as wars and disasters, or when the ability to deal with day-to-day stressors, such as conflicting relationships, violence, economic crisis, unemployment, pain and chronic diseases. In addition, the literature has shown that climatic conditions, such as temperature and sunlight, are also correlated with this cause of death. This is because, in general, data on this mortality worldwide is that it is not random throughout the year, but tends to show seasonality, with peaks mainly in the transition from the darkest seasons to the darkest seasons. clearer. This led the health literature to try to verify the causality of climatic effects on this phenomenon, initially in regions of medium and high latitudes. Thus, for decades, many empirical studies, using different data and with different statistical methodologies, have shown positive correlations between suicides and meteorological factors such as temperature and duration of sunlight.

Keywords: Suicide. Seasonality. Circadian cycle. Photoperiod.

1. INTRODUÇÃO

Segundo Bedrosian et al., (2018), o comportamento suicida é compreendido como todo ato pelo qual um indivíduo causa lesão a si mesmo, independente do grau de intenção letal e do verdadeiro motivo do ato, e vai desde a ideação (pensamentos de autodestruição) e verbalização da intenção, até a tentativa e consumação final do autoextermínio, sendo considerado um grave problema de saúde pública. Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), a cada ano, aproximadamente 800.000 pessoas cometem suicídio, sendo uma morte a cada 40 segundos (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE, 2021). Estima-se que para cada autoextermínio cometido, deve haver mais 20 outras tentativas.

Vários fatores de risco têm sido associados aos casos de suicídio, como fatores sociais, psicológicos e culturais, que podem se interagir e corroborar uma pessoa ao comportamento suicida. Além disso, o próprio acesso a instrumentos para esse ato, bem como as tentativas anteriores. Outrossim, embora a relação entre autoextermínio e transtornos mentais (depressão, alcoolismo, transtorno bipolar) seja bem estreita, muitas tentativas de suicídio acontecem de maneira impulsiva, em momentos de crise, como guerras e desastres, ou perante uma quebra na capacidade de lidar com os agentes estressores do dia-a-dia, como relacionamentos conflituosos, violência, crise econômica, desemprego, dores e doenças crônicas (WOO et al., 2012).

Além disso, a literatura tem evidenciado que condições climáticas, como temperatura e luz solar, também estão correlacionados com esta causa de morte. Isto por que, o que se verifica, de forma geral, nos dados dessa mortalidade em todo o mundo, é que ela não é aleatória ao longo do ano, mas tende a apresentar sazonalidade, com picos principalmente na transição das estações mais escuras para as mais claras. Isso fez com que a literatura de saúde passasse a tentar verificar a causalidade dos efeitos climáticos sobre esse fenômeno, no começo em regiões de médias e altas latitudes (MILLER et al., 2015). Assim, durante décadas, muitos estudos empíricos, utilizando dados diversos e com diferentes metodologias estatísticas, mostraram correlações positivas entre os suicídios e fatores meteorológicos como temperatura e tempo de duração da luz do sol (GEOFROY, 2014).

Ademais, uma segunda (e também extensiva linha de pesquisa), por outro lado, tenta explicar os canais biológicos que sustentam esse fenômeno, e os resultados encontrados mudam segundo a variável climática de interesse. No caso da temperatura, trabalhos como o de Akkaya-Kalayci et al., (2017), por exemplo, evidenciam que o estresse térmico decorrente da má regulação da temperatura corporal, talvez seja a chave para entender esse fenômeno. No caso da luz do sol, de forma geral, as evidências têm associado o fenômeno a diversos hormônios dependentes da luz do sol (como melatonina, serotonina, triptofano e cortisol) e que são responsáveis por regular o humor como destaca estudo de Christodoulou et al., (2012). Assim, ao que parece, a desregulação dessas substâncias no corpo, poderia levar a mudanças de comportamento nos indivíduos. Por isso, o objetivo deste estudo foi identificar a relação causal entre fotoperíodo e o comportamento suicida, correlacionando ao ciclo circadiano.

2. METODOLOGIA

A proposta consistiu em uma revisão integrativa de literatura acerca da possível relação causal entre fotoperíodo e o comportamento suicida, correlacionando ao ciclo circadiano de mamíferos. Para elaboração da questão de pesquisa da revisão integrativa, foi aprofundada a partir dos seguintes passos: identificação do tema e seleção da questão de pesquisa; estabelecimento de critérios de inclusão e exclusão; identificação e seleção dos estudos; categorização dos estudos selecionados; análise e interpretação dos resultados e apresentação da revisão/síntese do conhecimento. O estudo consistiu de pesquisa sobre o que diz a literatura recente sobre a seguinte questão de pesquisa: os empirismos e hipóteses que relacionam o suicídio a uma sazonalidade relacionada à luz solar, aliado a perturbações do ciclo circadiano.

Reconhecido o problema em pauta, foram realizados os cruzamentos entre os descritores (“*suicide, seasonality, sun*”), (“*suicide, photoperiod, latitude*”) e (“*suicide, circadian cycle*”). Por ser uma temática ainda relativamente nova, foram incluídos artigos originais, publicados no período de 2010 a 2022, em periódicos revisados por pares, nos idiomas português, inglês e espanhol, e que permitam acesso integral ao conteúdo. A busca foi realizada nas seguintes bases de dados: PubMed, Web of Science,

Scopus, Cochrane Database of Systematic Reviews (CDSR), EBSCOhost, Biblioteca Virtual de Saúde (BVS) e Scientific Electronic Library Online (SCIELO). A busca pelo material se realizou no mês de janeiro de 2022.

3. REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

A sociedade enfrenta várias perdas decorrente do autoextermínio, e algumas são intangíveis e difíceis de mensurar, como a dor psicológica para os indivíduos próximos ao morto, notadamente os familiares e amigos. Além disso, podem existir perdas econômicas decorrentes desse processo. Nesse segundo caso, o suicídio (ou tentativa fracassada) pode eliminar (ou retirar temporariamente) muitas pessoas da força de trabalho, o que pode gerar perda na capacidade produtiva do país. Além disso, tem-se, ainda, o impacto financeiro sobre os sistemas de serviços de saúde (públicos ou privados), resultado do tratamento das graves sequelas, físicas e psicológicas, dos que sobrevivem à tentativa, o que torna o assunto muito importante em termos de saúde pública e alocação de recursos econômicos.

3.1. ORGANIZAÇÃO CIRCADIANA EM MAMÍFEROS

Em mamíferos, o ritmo circadiano compreende um sistema multinível integrado de osciladores, capaz de sustentar um período de aproximadamente 24 horas, determinando características fisiológicas e comportamentais. Esse sistema temporizador circadiano possui osciladores periféricos que estão subordinados a uma estrutura cerebral chamada núcleo supraquiasmático (SCN), localizado no hipotálamo anterior, e é considerado o “marcapasso central” da ritmicidade circadiana, e pode ser dividido em duas sub-regiões: o Core e o Shell (BEDROSIAN et al., 2018).

Essas estruturas possuem atividades, conectividade retinal e eferente diferenciadas, além de expressão de vários neuropeptídeos, como o peptídeo intestinal vasoativo (VIP) e o peptídeo liberador de gastrina (GRP) no Core, bem como células expressando arginina-vasopressina (AVP) no Shell. Entretanto, para que este sistema temporizador interno funcione de maneira efetiva, é necessário sincronizar-se com a principal pista ambiental do ciclo claro-escuro: a luz solar. Portanto, a principal função do SCN é de sincronizar múltiplos ritmos endógenos à ritmicidade ambiental através do estímulo luminoso (EVANS et al., 2015).

Na retina, células ganglionares especializadas contendo o fotorreceptor melanopsina tem a função de detectar a luz ambiental. O SCN recebe inervação retiniana direta via trato retino-hipotalâmico (RHT) para sua sincronização aos ciclos claro-escuro. O SCN, então, projeta-se para vários centros cerebrais, muitos dos quais contêm ritmicidade circadiana local, que direcionam o comportamento (por exemplo, alimentação-jejum e sono-vigília), ritmos circadianos autonômicos e neuroendócrinos (EVANS et al., 2015). Assim, essas pistas sistêmicas sincronizam os relógios moleculares locais de expressão genica circadiana que regulam ritmos fisiológicos essenciais à saúde (como ritmos relacionados à agilidade mental, pressão arterial, metabolismo de triglicérides e função renal) (BEDROSIAN et al., 2018; HASTINGS et al., 2018).

A nível molecular, o mecanismo desse sistema temporizador circadiano é composto por ciclos de retroalimentação transcricional-traducional (TTFL), no qual complexos heterodiméricos de “circadian locomotor output cycles protein kaput” (CLOCK) e proteínas cerebrais e musculares do tipo ARNT1 (BMAL1) atuam via Enhancer box (E-box), que são sequências reguladoras para conduzir a expressão diurna da família Period (PER) e proteínas criptocromo (CRY). Assim, os complexos PER-CRY se acumulam no núcleo e começam a reprimir sua própria expressão ao suprimir a atividade de CLOCK-BMAL1, e os níveis de RNAm de Per e Cry caem, sendo os complexos PER-CRY existentes degradados. Ademais, a degradação subsequente de PER-CRY na noite circadiana permite que o ciclo comece novamente (HASTINGS et al., 2018).

3.2. POLIMORFISMOS DE GENES CIRCADIANOS COMO BIOMARCADORES DE TRANSTORNOS PSÍQUICOS E SUICIDALIDADE

Segundo estudo de Nováková et al., (2015), que examinou a frequência do polimorfismo S662G do gene PER2 em pacientes com transtorno bipolar (TB) e controles normais, embora os resultados mostrarem que o polimorfismo do gene PER2 não está associado à etiologia do TB, o polimorfismo pode estar associado a outros distúrbios relacionados ao ritmo circadiano, tal como a insônia. Além disso, variantes genéticas raras de PER3 estão significativamente associadas a uma série de características dos transtornos psiquiátricos, tais como idade de início, resposta ao tratamento, oscilações do humor circadiano e características de temperamento.

Ademais, Green et al., (2015) realizaram uma análise da relação entre os genes relógio e o desenvolvimento do TB. Nesse estudo, foram encontradas associações entre os polimorfismos dos genes TIMELESS e PER3 e o número de episódios depressivos. O número médio de episódios depressivos por ano de doença, por sua vez, esteve relacionado com polimorfismos dos genes TIMELESS e ARNTL. Já a proporção de episódios depressivos e a história familiar de tentativa(s) suicida(s) também estiveram relacionadas com o gene TIMELESS.

Outrossim, Bridges et al., (2016) avaliaram a relação dos genes CLOCK, ARNTL e NPAS2 em adultos saudáveis com as variações de sazonalidade (SAD) e mostraram que a prevalência de SAD foi de 12,0% (no inverno 9,3%, e no verão 2,8%). Além disso, houve interação sinérgica entre CLOCK rs1801260 e ARNTL rs2278749 na sazonalidade. Aliado a isso, Brewerton et al., (2018) investigaram se, em pacientes com depressão unipolar e TB, o SNP T3111C do gene CLOCK estaria associado aos transtornos afetivos em comparação com os controles saudáveis. Assim sendo, os resultados sugerem que não há associação entre o SNP T3111C do gene CLOCK e os transtornos afetivos em geral, bem como a ideação suicida. Já Otsuka et al., (2014) indicaram uma associação entre o polimorfismo rs10997875 do gene SIRT1 e o TDM, porém, não foram registradas associações entre o gene analisado e a resposta terapêutica ao inibidor seletivo da recaptação da serotonina na fisiopatologia dos transtornos depressivos com ideação suicida.

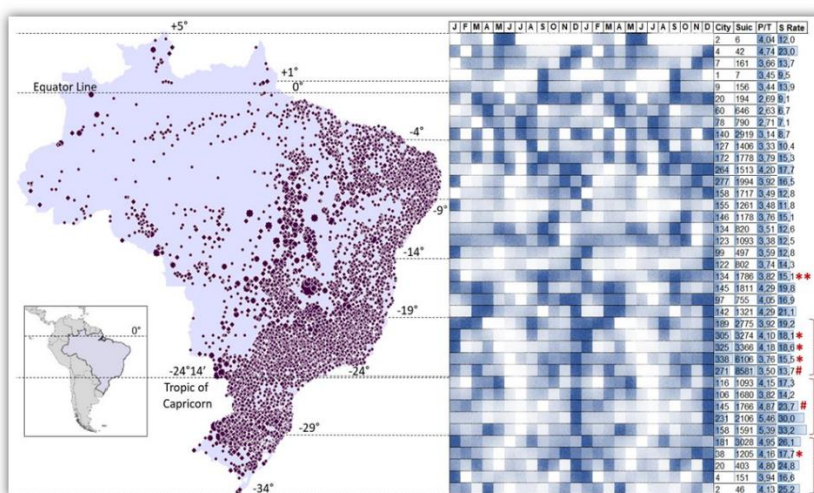
Além disso, Wirz et al., (2018) conduziram a análise de polimorfismos de genes que possuíam uma relação já estabelecida com a vulnerabilidade ao suicídio. Nesse sentido, foram selecionados 10 genes e 35 SNPs e foi utilizado o sangue de pacientes com transtornos de comportamento. A amplificação dos genes foi feita por meio de PCR em tempo real e o teste de genotipagem de polimorfismos nucleotídicos (TaqMan SNP) também foi realizado em 10% das amostras escolhidas aleatoriamente de ambos os grupos para verificar a precisão da genotipagem. Uma ampla análise de 34 SNPs da região ST8SIA2 e 15 SNPs de NCAM1 foi desenvolvida, e os resultados demonstraram uma evidência significativa e/ou sugestiva da associação entre fenótipos comportamentais que refletem o ritmo biológico humano e genes envolvidos na plasticidade da rede neuronal do sistema nervoso central.



3.3. PERTURBAÇÕES NO CICLO CIRCADIANO, VARIAÇÃO SAZONAL E FOTOPERÍODO PERANTE COMPORTAMENTO SUICIDA

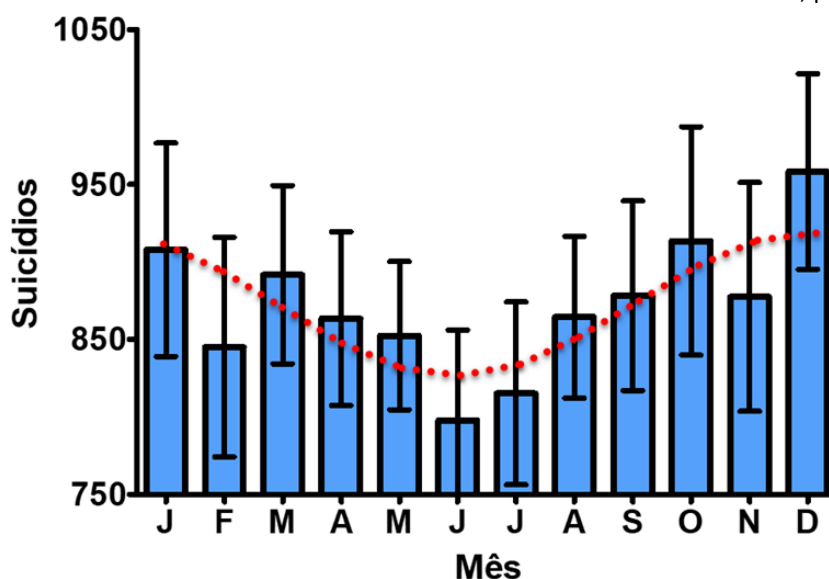
Apesar de muitos fatores contribuírem para o comportamento suicida, um padrão sazonal (ritmo sincronizado pelas estações do ano) tem sido descrito em vários estudos, ilustrando uma maior frequência do ato na primavera e verão. Este padrão sazonal não existe apenas em indivíduos que cometeram suicídio, haja vista que um padrão semelhante também foi relatado em tentativas sem sucesso (COIMBRA et al., 2016), conforme ilustrado pelas Figuras 1 e 2, levando em consideração o Brasil.

Figura 2: Ocorrências de tentativas de suicídio no Brasil nos anos 2010-2016, por município.



Fonte: Coimbra et al., 2016.

Figura 2: Ocorrências de suicídios bem sucedidos no Brasil nos anos 2010-2016, por mês.



Fonte: Coimbra et al., 2016

Uma possível explicação para essa variação sazonal nas ocorrências de suicídio é a modulação do sistema circadiano, haja vista que perturbações do ritmo circadiano têm sido observadas perante esse ato. Indivíduos classificados com cronotipo vespertino (preferência a desenvolver atividades à tarde e à noite) são mais propensos a apresentar maior impulsividade e tentativas de suicídio violentas, têm maiores propensões ao início do transtorno depressivo maior e maiores ideações de autoextermínio, visto que, inclusive, pessoas com esse tipo de comportamento tendem a apresentar distúrbios do sono (AJDAIC-GROSS et al., 2010).

A principal pista para sincronização do ritmo endógeno dos animais a um ambiente cíclico à luz, e é através do tempo de exposição à luz que se determina o fotoperíodo, composto pela fotolase (fase de claro) e escotofase (fase do escuro) do ciclo claro-escuro. Assim, como o ritmo circadiano é diretamente influenciado pelo regime de fotoperíodo, o ciclo anual das estações do ano é o mais importante sincronizador dos ritmos circanuais (cerca de 1 ano), e é provável que essa modulação ambiental do ritmo circadiano tenha um papel relevante na formação do comportamento suicida sazonal em indivíduos com vulnerabilidade (EINSENBURG et al., 2010). Ademais, mudanças sazonais nos sistemas monoamínicos do cérebro, como a dopamina, serotonina e seus metabólitos, bem como neurotrofinas têm sido relatadas. Essa variação sazonal em moléculas e hormônios pode levar a mudanças no humor e comportamento, e avaliações por métodos de imagem também demonstraram variações sazonais na atividade e volume de diferentes regiões do cérebro, mesmo em pessoas relativamente saudáveis (CHRISTOUDOULOU et al., 2012).

A importância do fotoperíodo na ritmicidade e comportamento também tem sido estudada em modelos animais, haja vista que, segundo experimento de Green et al., (2015), os camundongos submetidos a diferentes protocolos de fotoperíodo mostraram alterações no perfil de expressão dos genes circadianos no SCN e em outras regiões cerebrais. Aliado a isso, segundo pesquisa de Legates et al., (2014) revelou que 23% do genoma codificador de proteínas tem variação sazonal na expressão, sendo 2.311 mRNAs definidos como “genes de verão” e 2.826 “genes de inverno”, relacionados a biomarcadores de risco para doenças autoimunes e psiquiátricas. Ademais, esse mesmo estudo alemão (hemisfério norte, aproximadamente + 51° de altitude) mostrou que genes previamente identificados como pertencentes ao verão no hemisfério norte,

também foram mais expressos durante o verão no hemisfério sul, indicando tratar-se de um ritmo sazonal, independente do hemisfério.

Além disso, fortes evidências indicam que alterações do ciclo vigília-sono são sintomas prodrômicos dos transtornos de humor, sugerindo o início de um novo episódio afetivo nos indivíduos com transtornos recorrentes. Desse modo, distúrbios persistentes do sono aumentam o risco de recaída e recorrência dos quadros depressivos e estão associados com maior risco de suicídio, haja vista que as alterações persistentes do sono são as mais citadas entre os sintomas depressivos residuais, mesmo durante uma terapêutica antidepressiva adequada. Além disso, algumas variáveis do eletroencefalografia do sono podem identificar, já na fase inicial de tratamento, aqueles indivíduos com maior risco de recorrência do quadro depressivo e de ideação suicida (SELVI et al., 2010).

3.4. LIMITAÇÕES DA VERIFICAÇÃO CAUSAL ENTRE FOTOPERÍODO E IDEIAÇÃO SUICIDA

No entanto, como ressaltado por Niño et al., (2016), o problema de todos os estudos que tem o objetivo de verificação causal da temperatura e da luminosidade no suicídio, é que eles apresentam inúmeros fatores confundidores que resultam em problemas de endogeneidade na verificação do efeito causal de interesse. Isso porque um experimento aleatório, nesse caso, esbarra em questões éticas, o que faz com que sejam necessários usar outros métodos estatísticos, mas que apresentam sérias falhas na identificação causal. Por exemplo, a variável mais utilizada nas pesquisas empíricas, que é a temperatura, apresenta inúmeros problemas que levam a resultados enviesados, pois boa parte dos estudos que usam essa variável de interesse tendem a não levar em consideração uma medida de incidência de luz solar.

Como vários estudos sugerem que a exposição a luminosidade do sol também é um fator importante na incidência do fenômeno, estes estudos não permitem a possibilidade de realizar inferência, dado o viés de endogeneidade dos parâmetros estimados, resultante de variável explicativa relevante omitida. Neste caso, a variável temperatura é endógena, uma vez que está sempre associada a incidência de luz. Mas, mesmo controlando para alguma medida de luminosidade, a possibilidade de viés de endogeneidade dificilmente é descartada, devido a fatores sociais confundidores com

essas duas variáveis, uma vez que o suicídio pode ser afetado por condições sociais que estão correlacionadas com temperatura e tempo de insolação e também com as estações do ano (RIEDER et al., 2008).

Neste sentido, outros elementos que devem estar correlacionados com suicídio são aspectos de interações pessoais, sociais e a forma ou estilo de vida de uma pessoa, conforme ressaltado por Tsai et al., (2012). O problema surge porque estresse decorrente de relações ruins na vida, e que está associado ao maior risco de suicídio, pode ser influenciado direta ou indiretamente, e de forma mais forte ou fraca, por condições climáticas. No inverno, por exemplo, as pessoas tendem a tornar-se mais reclusas, sair menos e interagem socialmente em menor nível. No verão, por outro lado, tendem a sair de férias (escolares principalmente), viajar, ir mais a praia, a serra ou ao campo, fazer atividades ao ar livre, fazer exercícios físicos etc. Assim, existem fatores sociais e interações interpessoais correlacionados com temperatura e luz solar que afetam a variável de interesse, resultando novamente em endogeneidade (ROCCHI et al., 2007).

4. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os fatores de risco mais importantes para comportamento suicida são: transtornos mentais, antecedentes familiares, sexo, idade, relações familiares, abuso de substâncias, problemas físicos e situação social desfavorável. Considerando que os usuários com comportamento suicida tendem a procurar auxílio nos serviços de atenção primária antes de morrer, é possível identificar a presença desse comportamento. Além disso, algumas evidências sugerem uma redução importante e perda de ritmicidade em genes circadianos, bem como a influência fotoperiódica observada em modelos animais aliada aos relatos de sazonalidade do suicídio, reforçando a participação da luz como um importante modulador da sazonalidade do comportamento suicida.

No entanto, evidenciar o efeito causal da temperatura e da luz solar nos casos de suicídio tem sido de difícil execução, de modo que os resultados apresentados na literatura internacional, até agora, não são conclusivos, e até mesmo controversos, dado que a associação dessas variáveis climáticas e das taxas de suicídio têm apresentado parâmetros que apontam na mesma direção, em direções opostas, ou apresentados

nenhuma significância estatística. Dada a lacuna na literatura, este trabalho justifica sua importância ao verificar o efeito causal do componente luz solar, ciclo circadiano e sazonalidade na incidência de suicídio.

REFERÊNCIAS

- AJDACIC-GROSS, V., et al. Seasonality in suicide: a review and search of new concepts for explaining the heterogeneous phenomena. **Social Science & Medicine**, v. 71, n. 4, p. 657-666, 2010.
- AKKAYA-KALAYCI, T., et al. The effect of seasonal changes and climatic factors on suicide attempts of young people. **BMC Psychiatry**, v. 17, n. 4, p. 375-380, 2017.
- BEDROSIAN, T. A., et al. Timing of light exposure affects mood and brain circuits. **Translational Psychiatry**, v. 7, n. 9, p. 223-230, 2018.
- BREWERTON, T. D., et al. Seasonality of cerebrospinal fluid monoamine metabolite concentrations and their associations with meteorological variables in humans. **Journal of Psychiatric Research**, v. 99, n. 1, p. 76-82, 2018.
- BRIDGES, F. S., et al. Seasonal changes in suicide in the United States, 1971 to 2000. **Perceptual and Motor Skills**, v. 198, n. 34, p. 175-181, 2016.
- CHRISTODOULOU, C., et al. Seasonal variation of suicide: a brief review. **Encephalos**, v. 49, n. 5, p. 73-79, 2012.
- COIMBRA, D. G., et al. Do suicide attempts occur more frequently in the spring too: a systematic review and rhythmic analysis. **Journal of Affective Disorders**, v. 196, n. 8, p. 125-137, 2016.
- EISENBERG, D. P., et al. Seasonal effects on human striatal presynaptic dopamine synthesis. **The Journal of Neuroscience**, v. 30, n. 2, p. 14691-14694, 2010.
- EVANS, J. A., et al. Shell neurons of the master circadian clock coordinate the phase of tissue clocks throughout the brain and body. **BMC Biology**, v. 13, n. 5, p. 43-54, 2015.
- NINÑO, J. A. F., et al. The Mexican Cycle of Suicide: a national analysis of seasonality 2000-2013. **PloS One**, v. 11, n. 1, p. 1-6, 2016.
- GEOFROY, P. A. Seasonality and bipolar disorder: a systematic review, from admission rates to seasonality of symptoms. **Journal of Affective Disorders**, v. 151, n. 2, p. 474-483, 2014.

GREEN, N. H., et al. Photoperiod programs dorsal raphe serotonergic neurons and affective behaviors. **Current Biology**, v. 25, n. 10, p. 1389-1394, 2015.

HASTINGS, M. H., et al. Generation of circadian rhythms in the suprachiasmatic nucleus. **Nature Reviews**, v. 19, n. 8, p. 453-469, 2018.

LEGATES, T. A., et al. Light a central modulator of circadian rhythms, sleep and affect. **Nature Reviews**, v. 15, n. 7, p. 443-454, 2014.

MILLER, M. A., et al. Photoperiod is associated with hippocampal volume in a large community sample. **Hippocampus**, v. 25, n. 4, p. 534-543, 2015.

NOVÁKOVÁ, M., et al. The circadian system of patients with bipolar disorder differs in episodes of mania and depression. **Bipolar Disorders**, v. 17, n. 3, p. 303-314, 2015.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE (OMS). **Suicide**. 17 de junho de 2021. Disponível em: <https://www.who.int/en/news-room/fact-sheets/detail/suicide>>. Acesso em: 21 de janeiro de 2022.

OTSUKA, T., et al. Photoperiodic responses of depression-like behavior, the brain serotonergic system and peripheral metabolism in laboratory mice. **Psychoneuroendocrinology**, v. 40, n. 1, 4, p. 37-47, 2014.

RIEDER, N. P., et al. Seasonal variation in human brain serotonin transporter binding. **Archives of General Psychiatry**, v. 65, n. 9, p. 1072- 1078, 2008.

ROCCHI, M. B. L., et al. Seasonality and suicide in Italy: amplitude is positively related to suicide rates. **Journal of Affective Disorders**, v. 100, n. 3, p. 129-136, 2007.

SELVI, Y., et al. Associations between chronotype, sleep quality, suicidality and depressive symptoms in patients with major depression and healthy controls. **Chronobiology International**, v. 27, n. 9, p. 1813-1828, 2010.

TSAI, J. F., et al. Temperature change dominates the suicidal seasonality in Taiwan: a time-series analysis. **Journal of Affective Disorders**, v. 136, n. 3, p. 412-418, 2012.

WIRZ, A. J. Seasonality in affective disorders. **General and Comparative Endocrinology**, v. 258, n. 43, p. 244-249, 2018.

WOO, J. M., et al. Seasonality of suicide behavior. **International Journal of Environmental Research and Public Health**, v. 9, n. 2, p. 531—547, 2012.

ANÁLISE DO EFEITO DO USO A LONGO PRAZO DE BENZODIAZEPÍNICOS POR IDOSOS

ANALYSIS OF THE EFFECT OF LONG-TERM USE OF BENZODIAZEPINES BY THE ELDERLY

DOI: 10.51859/AMPLA.PPE2159-33

Bárbara Queiroz de Figueiredo¹

Ana Clara Viana Soares Brito²

Anna Eduarda Linhares Rodrigues²

Diândria Mendonça Martins do Prado³

Laura Helena Marcon Teixeira³

Milena Valdineia da Silva²

¹ Graduanda em Medicina. Centro Universitário de Patos de Minas.

² Graduanda em Medicina. Centro Universitário Uninovafapi.

³ Graduanda em Medicina. Instituto Master de Ensino Presidente Antônio Carlos.

RESUMO

Os benzodiazepínicos são os psicofármacos mais utilizados globalmente e possuem propriedades farmacológicas que propiciam ação sedativa, hipnótica, ansiolítica, anticonvulsivante e relaxante muscular. A eficácia dos benzodiazepínicos é bem documentada nos tratamentos de curta duração, porém o uso prolongado é contraindicado devido aos riscos de efeitos adversos, incluindo a dependência. O estudo das bibliografias selecionadas mostrou que o uso de benzodiazepínicos entre idosos tem alta prevalência. Além disso, essa classe de medicamentos não é recomendada para uso por longevos, agravando suas consequências ainda mais quando o tratamento é realizado a longo prazo, exacerbando uma série de eventos adversos sem apresentar eficácia nesse formato de uso. Assim, é importante buscar formas menos prejudiciais para sanar as queixas em relação a sono e ansiedade em longevos e também capacitar os profissionais de saúde, a fim de identificar medicamentos com uso não recomendado para idosos e propor formas de otimizar as prescrições.

Palavras-chave: Benzodiazepínicos. Saúde do idoso. Envelhecimento. Uso crônico.

ABSTRACT

Benzodiazepines are the most widely used psychotropic drugs and have pharmacological properties that provide sedative, hypnotic, anxiolytic, anticonvulsant and muscle relaxant actions. The effectiveness of benzodiazepines is well documented in short-term treatments, but prolonged use is contraindicated due to the risk of adverse effects, including dependence. The study of selected bibliographies showed that the use of benzodiazepines among the elderly has a high prevalence. In addition, this class of drugs is not recommended for use by the elderly, aggravating its consequences even more when the treatment is carried out in the long term, exacerbating a series of adverse events without showing efficacy in this format of use. Thus, it is important to seek less harmful ways to resolve complaints regarding sleep and anxiety in the elderly, and also to train health professionals in order to identify drugs that are not recommended for the elderly and propose ways to optimize prescriptions.

Keywords: Benzodiazepines. Elderly health. Aging. Chronic use.

1. INTRODUÇÃO

Os benzodiazepínicos são os psicofármacos mais utilizados globalmente e possuem propriedades farmacológicas que propiciam ação sedativa, hipnótica, ansiolítica, anticonvulsivante e relaxante muscular (OLIVEIRA et al. 2020). A eficácia dos benzodiazepínicos é bem documentada nos tratamentos de curta duração, porém o uso prolongado é contraindicado devido aos riscos de efeitos adversos, incluindo a dependência (FIRMINO et al. 2011). Alguns estudos mostram discreta redução recente no padrão de prescrição de benzodiazepínicos e que o grupo que faz uso mais frequentemente é o de idosos (AMB, 2013). Admite-se que o consumo de benzodiazepínicos por idosos está relacionado ao fato de o envelhecimento ser acompanhado pelo aparecimento de transtornos do sono, depressão e das doenças neurológicas degenerativas (FEGADOLLI et al. 2019). No Brasil, pessoas idosas são consumidoras frequentes de benzodiazepínicos, como evidenciam estudos epidemiológicos desenvolvidos em diferentes populações, sejam elas residentes em comunidade, com prevalência estimada de 22%, ou usuárias de serviços de saúde, cuja prevalência chega a 30% (ALVARENGA et al. 2015).

A maior utilização de benzodiazepínicos em pacientes com faixa etária mais elevada apresenta-se inadequada, pois, sabe-se que esses fármacos, em especial aqueles de meia vida longa não são recomendados para idosos, já que produzem sedação prolongada aumentando o risco de quedas e, conseqüentemente, de fraturas do quadril. Além disso, nos idosos, o risco pode ser potencializado devido às alterações fisiológicas, que interferem na farmacocinética e na farmacodinâmica dos medicamentos, tornando esta população mais vulnerável às interações medicamentosas e reações adversas. Quando há a necessidade de utilização destes medicamentos em pacientes idosos, os benzodiazepínicos recomendados são aqueles de ação intermediária ou curta, mesmo assim, em doses mais baixas (NETTO et al. 2012). Diante disso, esse estudo teve como objetivo realizar, por meio de uma revisão literária, uma análise do uso de benzodiazepínicos por idosos, analisando aspectos epidemiológicos; indicações, uso inapropriado, eventos adversos e manejo adequado.



2. METODOLOGIA

Foi realizada uma revisão literária, por meio de consulta a livros e periódicos presentes na Biblioteca do Centro Universitário de Patos de Minas e a artigos científicos selecionados através de busca em base de dados, no período de julho de 2020 a agosto de 2021. As seguintes bases de dados sistemáticas foram utilizadas nas buscas: Scientific Electronic Library Online – SciELO, US National Library of Medicine National Institutes of Health (PubMed), Biblioteca Virtual em Saúde (BVS) e Google Acadêmico. Foram incluídos os artigos e livros que abordavam características dos benzodiazepínicos, das alterações fisiológicas e resposta de idosos a medicações, e a relação entre o uso de benzodiazepínicos a longo prazo e seus efeitos nos idosos, escritos em inglês e português, publicados entre 2009 e 2021. Os critérios de exclusão foram estudos do tipo relato de caso e monografias e artigos que não responderam à questão do estudo. Após leitura de todo o material, os critérios de inclusão e exclusão possibilitaram a análise de 22 publicações. Foram usadas as seguintes palavras-chave e suas combinações, em inglês e português: benzodiazepínicos; idoso; saúde do idoso; polifarmácia; psicofármacos; envelhecimento; medicamentos inapropriados.

3. REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

3.1. BENZODIAZEPÍNICOS

Os benzodiazepínicos, que devem seu nome à sua estrutura molecular, constituída por um anel benzeno, foram sintetizados por Leo H. Sternbach na metade do século passado, que observou um efeito anticonvulsivante e de controle da agressividade em animais de laboratório. Foi classificado como uma substância de baixa toxicidade e, portanto, segura. A empolgação inicial com a descoberta deu lugar à preocupação quando os primeiros pesquisadores alertaram, no final de década de 70, para os riscos de dependência, sintomas de abstinência e potencial abuso (AMB, 2013).

Os benzodiazepínicos são responsáveis por cerca de 50% de toda a prescrição de psicotrópicos (AMB, 2013). Constituem o grupo mais importante e de maior uso prático dos hipnóticos, seguramente graças às suas quatro atividades fundamentais: ansiolítica, hipnótica, anticonvulsivante e relaxante muscular, além de, eventualmente, um efeito

amnésico (SILVA, 2017). Além disso, são agentes sedativos-hipnóticos amplamente utilizados. Todas as estruturas consistem em 1,4-benzodiazepínicos, e a maioria contém um grupo carboxamida na estrutura em anel heterocíclica de sete membros. É necessário um substituinte na posição 7, como um halogênico ou grupo nitro, para a atividade sedativo-hipnótica (KATZUNG et al. 2017).

Do ponto de vista neurofisiológico, os benzodiazepínicos deprimem a atividade elétrica na formação reticular, o que explica o efeito hipnótico sedativo e a diminuição do nível de alerta cortical. De modo mais eficaz, essas substâncias deprimem o sistema límbico, notadamente o núcleo amigdalóide, o que explicaria o efeito ansiolítico e a ação antagonista dessas drogas para as convulsões produzidas pelos anestésicos locais, uma vez que se sabe que essas convulsões são determinadas por ativação da amígdala e do hipocampo (SILVA, 2017). A nível celular, o que ocorre é que os benzodiazepínicos atuam fazendo parte de um complexo existente nas membranas celulares dos neurônios, envolvendo o receptor dos benzodiazepínicos, o receptor GABA, alguns peptídeos com função moduladora e o canal de cloro. Dessa forma, os benzodiazepínicos facilitam a transmissão inibitória do sistema nervoso central (SILVA, 2017).

Existem três tipos principais de receptores de GABA e numerosos subtipos. Os principais tipos são os receptores de GABA_A, GABA_B e GABA_C. Os receptores de GABA_A e GABA_C são canais iônicos controlados por ligantes e fazem parte de um complexo macromolecular que forma um canal de cloreto inibitório (STAHL, 2013). Os benzodiazepínicos são fármacos de alta afinidade e altamente seletivos, que se ligam a um único sítio dos receptores GABA_A contendo as subunidades $\alpha 1$, $\alpha 2$, $\alpha 3$ ou $\alpha 5$ e uma subunidade γ . Atuam como moduladores alostéricos positivos, potencializando a regulação dos canais dos receptores GABA_A na presença de GABA. Aumentam a frequência de abertura dos canais na presença de baixas concentrações de GABA, e, em concentrações de GABA semelhantes às observadas nas sinapses, a desativação do receptor é prolongada. Além disso, os receptores GABA_A no estado aberto apresentam maior afinidade pelo GABA que no estado fechado, de modo que a capacidade dos benzodiazepínicos de favorecer a abertura do canal resulta, secundariamente, em uma afinidade agonista aparentemente maior (GOLAN et al. 2012).

Os benzodiazepínicos, na sua maioria, são absorvidos em 1 a 3 horas, quando usados oralmente. Alguns podem ser usados parenteralmente, como o Diazepam, o Flunitrazepam, o Lorazepam e o Midazolam. Em geral, a absorção da droga, quando usada por via intramuscular, é irregular, salvo com o Lorazepam, e as substâncias lipossolúveis são mais bem absorvidas que as hidrossolúveis. Quanto ao uso intravenoso, deve-se alertar para a irritação venosa com dor à injeção, flebite e trombose que podem ocorrer com alguns benzodiazepínicos lipossolúveis, como o Diazepam, reações essas inexistentes com preparados hidrossolúveis, como o Midazolam (SILVA, 2017).

Além disso, se ligam, em percentual elevado, às proteínas plasmáticas, principalmente à albumina (SILVA, 2017). Em estudos moleculares, foi constatado que a potência desses fármacos se correlaciona com sua hidrofobia. Todavia, eles se ligam em grandes proporções às proteínas plasmáticas, como a albumina, e a hidrofobia aumenta a ligação às proteínas, e reduz, portanto, a concentração livre e o transporte do fármaco pela barreira hematoencefálica. Além disso, em determinados estados clínicos associados a baixos níveis de albumina, como na hemodiluição aguda ou disfunção hepática, pode-se observar um notável aumento na potência clínica das benzodiazepinas (GOLAN et al. 2012).

A biotransformação de alguns benzodiazepínicos em metabólitos ativos pode ser importante na escolha da droga; o Clordiazepóxido, o Diazepam e o Flurazepam são transformados em metabólitos ativos, com meia-vida de eliminação longa, enquanto o Lorazepam, o Oxazepam e o Triazolam não formam metabólitos ativos de longa duração, o mesmo ocorrendo com o Midazolam (SILVA, 2017).

O metabolismo hepático é responsável pela depuração de todos os benzodiazepínicos. Os padrões e as taxas de metabolismo dependem de cada fármaco em particular. A maioria dos benzodiazepínicos sofre oxidação microssômica, incluindo N-desalquilação e hidroxilação alifática catalisada por isozimas do citocromo P450, especialmente a CYP3A4. Subsequentemente, os metabólitos são conjugados para formar glicuronídeos, que são excretados na urina. Todavia, muitos metabólitos de fase de oxidação dos benzodiazepínicos são farmacologicamente ativos, alguns com meias-vidas longas (KATZUNG et al. 2017).



Segundo Golan et al. (2012), os benzodiazepínicos são utilizados como potencializadores do sono, ansiolíticos, sedativos, antiepilépticos e relaxantes musculares, bem como para tratamento dos sintomas de abstinência do etanol. Em situações de cuidados agudos, como na preparação do paciente para procedimentos invasivos, o midazolam é frequentemente usado como ansiolítico/sedativo/amnésico de início rápido e ação curta. Os benzodiazepínicos são frequentemente usados como sedativos para procedimentos desconfortáveis e de curta duração associados a dor aguda mínima, como a endoscopia. Quando administradas antes de anestesia geral, os benzodiazepínicos reduzem a necessidade de agentes hipnóticos.

Após o uso oral, pode ocorrer no dia seguinte, ou até algumas horas depois, sedação, acompanhada de sensação de fadiga e, eventualmente, vertigens, reações essas dependentes da dose, que são, entretanto, mais comuns em pacientes idosos e debilitados. Reações mais graves como depressão respiratória, apneia, depressão miocárdica com hipotensão grave são difíceis de ocorrer nas doses terapêuticas, aparecendo apenas na superdosagem, principalmente em pacientes idosos ou quando em associação com outros depressores do sistema nervoso central, como morfínicos, barbitúricos e bebidas alcoólicas (SILVA, 2017). Problemas de atenção e memória podem ocorrer mesmo com o uso agudo, mas são bastante frequentes com o uso crônico (AMB, 2013).

São complicações do uso de benzodiazepínicos a tolerância, a dependência e a síndrome de abstinência (AMB, 2013). A dependência física e psíquica com o uso de benzodiazepínicos, apesar de não ser tão frequente como se observa com os barbitúricos e morfínicos, pode, entretanto, desenvolver-se de forma muito lenta, principalmente quando esse uso é feito em associação com outras drogas de forma regular e por tempo prolongado (SILVA, 2017). O desenvolvimento da dependência relaciona-se com o tempo de uso, além de fatores individuais (AMB, 2013).

Algumas complicações são raras, ocorrendo com maior frequência após uso prolongado e podem incluir disfunção sexual, ganho de peso, alterações de ciclo menstrual, erupções cutâneas, anomalias hematológicas e agravamento de glaucoma de ângulo fechado. Em 1% dos casos, pode ocorrer a reação paradoxal, com instabilidade emocional, agitação psicomotora, irritabilidade e confusão mental. Reações paradoxais são mais frequentes com o uso concomitante de álcool (AMB,

2013). Os benzodiazepínicos cujo fármaco original ou cujos metabólitos ativos apresentam meias-vidas longas têm mais tendência a causar efeitos cumulativos com a administração de múltiplas doses (KATZUNG et al. 2017).

3.2. SAÚDE DO IDOSO E BENZODIAZEPÍNICOS

O conceito de saúde do idoso está fortemente ancorado na “capacidade individual de satisfação de suas necessidades biopsicossociais, independentemente da idade ou da presença de doenças”. Essa capacidade funcional resulta da combinação entre fatores intrínsecos – sua capacidade física e mental – e extrínsecos, levando a uma marcante e progressiva heterogeneidade entre os indivíduos idosos ao longo do processo de envelhecimento (SBIBAE, 2019).

No Brasil, estima-se que a população com 60 anos ou mais seja de 30 milhões de pessoas, representando cerca de 14% da população geral (210 milhões habitantes). É o segmento populacional com maior taxa de crescimento – acima de 4% ao ano –, passando de 14,2 milhões, em 2000, para 19,6 milhões, em 2010, e devendo atingir 41,5 milhões, em 2030, e 73,5 milhões, em 2060 (SBIBAE, 2019). Desta forma, um maior contingente de idosos consegue alcançar idades mais avançadas, próximas ao limite da expectativa de vida da espécie (FREITAS, 2018).

Um estudo de base populacional evidenciou que cerca de um em cada dez idosos do município de São Paulo consumiu psicotrópicos, com destaque para os antidepressivos e benzodiazepínicos, alguns considerados inapropriados segundo os critérios de Beers. No que tange ao risco, mulheres e idosos submetidos à polifarmácia merecem atenção diferenciada quanto ao tipo de psicotrópico, ajuste posológico e tempo de tratamento, com vistas à minimização dos desfechos adversos a que estão sujeitos (RAMOS et al. 2020).

Os idosos de hoje, apesar de terem escapado das causas de morte mais comuns, desenvolveram condições de baixa letalidade que geram significativo comprometimento da qualidade de vida. Um terço a cada ano sofre uma queda, 11% das quais originam lesões graves de tecidos moles ou fraturas, inclusive do fêmur, agravando os problemas de mobilidade, comprometendo a independência e provocando outras quedas. Outros sofrem de depressão, ansiedade e distúrbios do sono, cujo reconhecimento e manejo é mais difícil nesta idade, e utilizam medicamentos

psicoativos inadequados, que aumentam o risco de quedas (FREITAS, 2018). Um idoso pode usar simultaneamente de duas a seis prescrições médicas e ainda praticar automedicação com mais de dois medicamentos (RAMOS et al. 2020).

O processo de envelhecimento leva a um progressivo comprometimento da reserva funcional de órgãos e sistemas, e uma das consequências dessa situação é a maior sensibilidade dos idosos ao efeito dos medicamentos (TOMMASO et al. 2021). Diante dos riscos decorrentes do envelhecimento e das diversas comorbidades, esses pacientes administram frequentemente uma grande variedade de medicamentos, instituindo-se a polifarmácia, visto, portanto, a relevância de avaliar a complexidade do regime terapêutico em prescrições destinadas a idosos (Bricola et al. 2018). Por essas razões, os idosos estão mais sujeitos à ocorrência de iatrogenias e reações adversas, que constituem importantes causas de óbito nessa população (TOMMASO et al. 2021).

Mais da metade das iatrogenias sofridas por pacientes idosos têm relação com a terapêutica. Dentro desse contexto, estudos mostram que a maioria (80 a 90%) dos idosos utilizam pelo menos um medicamento e 30 a 40% fazem uso de polifarmácia. Esse padrão de consumo medicamentoso, associado às doenças e alterações próprias do envelhecimento, desencadeia constantemente efeitos colaterais e interações medicamentosas com graves consequências a pacientes nessa faixa etária (FREITAS, 2018).

Nos últimos anos, o uso dos psicotrópicos por idosos tornou-se tema de discussão necessária no âmbito da farmacoepidemiologia. Esse grupo, no entanto, apresenta maior vulnerabilidade aos eventos adversos relacionados aos mesmos, em muitos casos, são considerados medicamentos inapropriados (RAMOS et al., 2020). Diante do exposto, nota-se que as listas e/ou os critérios para detecção de medicamentos inapropriados são úteis tanto para detecção de seu uso quanto para a não prescrição desses fármacos (FREITAS, 2018).

Um desses instrumentos é o critério de Beers que compilou uma lista de medicamentos considerados inapropriados para utilização em idosos (OLIVEIRA et al. 2017). A lista PRISCUS, concebida primariamente para a farmacopeia alemã, procura ser mais ampla contendo medicamentos não citados nos critérios de Beers-Fick. Ambos os instrumentos de avaliação de medicamentos potencialmente inapropriados para idosos detectaram aproximadamente 21 medicamentos em comum, notadamente

benzodiazepínicos, anti-hipertensivos, ergotamina e derivados, laxantes, antiarrítmicos, anti-inflamatórios e antidepressivos (GORZONI et al. 2012). Em função disso, há uma preocupação na literatura em relação a medicamentos considerados inadequados para os idosos, eventos adversos, polifarmácia, redundância terapêutica e potenciais interações medicamentosas. Esses fatores, quando combinados com a automedicação e prescrição inadequada, contribuem para o fracasso terapêutico e geram custos desnecessários (FREITAS, 2018).

A avaliação da farmacoterapia em idosos, portanto, é um importante instrumento de avaliação da qualidade da atenção prestada a este grupo etário, sendo que esforços para aprimorar a seleção, a prescrição, a dispensação e a utilização de fármacos devem constituir prioridade nos programas de atenção ao idoso (RIBAS et al. 2014). Segundo Oliveira et al. (2020), para o idoso, o benzodiazepínico constitui uma solução efetiva para o alívio do sofrimento mental decorrente de problemas de vida, da solidão e da falta de sono, tornando-se tão indispensável quanto o alimento.

Ademais, os riscos envolvidos no uso do medicamento são minimizados e não há receio da dependência. Benzodiazepínicos frequentemente são utilizados para tratamento de insônia. Entretanto, nos consensos internacionais sobre tratamento de insônia, não são drogas de primeira escolha. Na Classificação Internacional dos Distúrbios do Sono, o uso crônico dos benzodiazepínicos é referido como causa de insônia, juntamente com uso de estimulantes do sistema nervoso central (AMB, 2013). A distribuição dos usuários de benzodiazepínicos e antidepressivos destaca a maior prevalência dos indivíduos com faixa etária situada em torno dos 41 a 60 anos. Porém, quando se avalia a situação exclusivamente dos benzodiazepínicos, evidencia-se que a prevalência se mantém elevada entre os usuários com faixa etária entre 61 e 70 anos (NETTO et al. 2012).

Uma revisão sobre efetividade clínica, custo benefício e diretrizes sobre o uso de benzodiazepínicos em idosos concluiu que as evidências disponíveis sugerem maiores chances de eventos cognitivos e psicomotores adversos entre os usuários de benzodiazepínicos, tais como quedas e fraturas. Nenhum trabalho avaliou com precisão a segurança, eficácia clínica e custo-efetividade do uso de benzodiazepínicos no tratamento de ansiedade ou problemas de comportamento em idosos. Apesar disso, a prevalência do seu consumo nesse segmento etário mantém-se muito elevada – cerca

de 30% –, muitas vezes cronicamente, por muitos anos, sendo ainda maior entre idosos mais velhos (ALVARENGA et al. 2015). Isso mostra que, apesar dos riscos associados ao uso prolongado de benzodiazepínicos, especialmente entre os idosos, seu uso permanece frequente (OLIVEIRA et al. 2020).

Nos países desenvolvidos, apesar da adoção do critério de Beers, como sinalizador de prescrição médica, os achados mostraram que seu consumo foi alto, independente das condições de saúde mental dos idosos (RAMOS et al. 2020). Evitar o uso de medicações inapropriadas é uma estratégia simples e efetiva para redução das reações adversas aos medicamentos. Os medicamentos com ação psicoativa representam o maior grupo de fármacos potencialmente inapropriados para idosos, com elevado potencial de efeitos colaterais e de risco de interações medicamentosas (TOMMASO et al. 2021).

Os benzodiazepínicos têm composição lipossolúvel, o que permite uma rápida absorção e distribuição para o sistema nervoso central e uma diminuição da metabolização hepática, sendo que os idosos possuem uma maior sensibilidade a esses efeitos (OLIVEIRA et al. 2017). O uso em portadores de múltiplas morbidades traz preocupação quanto à possibilidade de interações medicamentosas (FIRMINO et al. 2011). Assim, deve fazer parte da prática clínica a revisão periódica dos medicamentos utilizados por idosos (FREITAS, 2018).

Entre os principais agravos à saúde potencialmente desencadeados pelo uso de benzodiazepínicos destaca-se o somatório do efeito depressor central do benzodiazepínico e da hipotensão ortostática comum aos anti-hipertensivos, acentuando o risco de quedas entre os pacientes particularmente entre idosos (RAMOS et al. 2020). Esses medicamentos podem ocasionar sintomas como sonolência diurna, diminuição da coordenação motora, alteração da memória, tontura, zumbidos, delirium, quedas e fraturas, reação paradoxal, intoxicação, além do risco de dependência. O uso crônico em idosos parece aumentar o risco de demência, principalmente da doença de Alzheimer (OLIVEIRA et al. 2017). Diversos estudos já apontaram distorções nas prescrições de benzodiazepínicos, como o tempo de tratamento prolongado, uso equivocado para o alívio de quadros inespecíficos, uso por idosos e outras indicações incompatíveis com o perfil farmacológico da classe (FIRMINO et al. 2011).



A meia-vida de eliminação dos benzodiazepínicos é prolongada principalmente em idosos e pacientes com doença hepática. Com relação aos idosos, isso se deve tanto à diminuição da quantidade de enzimas metabolizadoras como ao aumento no volume de distribuição, devido à proporção maior de gordura em relação ao peso corporal. Além disso, a diminuição do metabolismo cerebral nesses pacientes os torna mais sensíveis às drogas depressoras do sistema nervoso central (SILVA, 2017).

Revisões sistemáticas apontam evidências acerca do aumento do risco de quedas entre idosos que consomem esses medicamentos. Adicionalmente, esses agentes podem ter seus níveis séricos elevados, com conseqüente aumento da toxicidade, quando associados a outros medicamentos (interações medicamentosas), tendo em vista que são substratos da enzima do citocromo P450 (RAMOS et al. 2020). A dose média prescrita de benzodiazepínicos e antidepressivos aos idosos, identificados no estudo sofre alterações mínimas em relação à utilizada pelos pacientes adultos. Esta avaliação é importante, principalmente devido aos riscos apresentados por esses medicamentos em pacientes idosos (NETTO et al. 2012).

Os benzodiazepínicos são sabidamente ineficazes para o tratamento da insônia crônica em longo prazo, pois levam a uma série de alterações da arquitetura do sono, especialmente no uso crônico, o que contraindica seu uso para este propósito (AMB, 2013). Os benzodiazepínicos proporcionam redução da latência do sono, aumento do tempo total do sono e diminuição dos despertares durante o sono. Porém, observam-se importantes efeitos negativos, como redução do estágio 3 (sono profundo), podendo ainda haver não apenas diminuição do tempo total do sono REM, mas também redução da densidade de movimentos oculares rápidos, além de seu uso causar dependência, abuso e tolerância com frequência (SOUZA et al. 2018).

A maior utilização de benzodiazepínicos em pacientes com faixa etária mais elevada apresenta-se inadequada, pois, sabe-se que esses fármacos, em especial aqueles de meia vida longa não são recomendados para idosos, já que produzem sedação prolongada aumentando o risco de quedas e, conseqüentemente, de fraturas do quadril. Em idosos, quando se opta pelo uso desse tipo de medicação, deve-se dar preferência aos benzodiazepínicos que são conjugados por glicuronidação (lorazepam, oxazepam e temazepam), pois a via hepática de conjugação não é afetada pelo envelhecimento e, portanto, a meia-vida do fármaco não é aumentada (BRICOLA et al.



2018). Esses medicamentos são considerados benéficos ao serem administrados a curto prazo ao paciente. No entanto, artigos têm demonstrado aumento do risco de desenvolver Alzheimer em pacientes em uso prolongado de benzodiazepínicos (SOUZA et al. 2018).

Para uma prescrição adequada, é importante levar em consideração as alterações farmacocinéticas e farmacodinâmicas que ocorrem com o envelhecimento (TOMMASO et al. 2021), podendo ser necessário o ajuste de doses ou a avaliação da adequação desse medicamento frente às mudanças nos padrões farmacológicos com o envelhecimento (FREITAS, 2018). À luz dos riscos envolvidos no uso desses medicamentos por idosos, faz-se imprescindível a conscientização dos profissionais de saúde para redobrar os cuidados na prescrição de benzodiazepínicos e monitoramento dos seus usuários (OLIVEIRA et al. 2020).

A prescrição deve ser avaliada sistematicamente pelo médico que assiste o paciente. A indicação precisa e o tempo de uso são objetos a serem avaliados como as implicações decorrentes de seu uso prolongado. Os efeitos colaterais podem ser evitados por meio do uso de doses baixas por tempo limitado. Desse modo, a indicação do uso do medicamento deve estar clara assim como a dose e o tempo de prescrição (AMB, 2013).

Em consonância com recentes diretrizes terapêuticas, outros medicamentos vêm substituindo os benzodiazepínicos na abordagem de transtornos de ansiedade, como os antidepressivos mais novos e seguros em geriatria (por exemplo, sertralina), e a instituição de medidas não farmacológicas no manejo de transtornos do sono e sintomas de insônia, como a terapia comportamental cognitiva, têm sido indicadas (OLIVEIRA et al. 2020). A prescrição adequada para idosos é um grande desafio para todo médico que atende essa população. O grande objetivo deve ser minimizar as interações medicamentosas e diminuir a ocorrência de reações adversas aos medicamentos (TOMMASO et al. 2021).

Dentre as questões que permeiam o uso inadequado de benzodiazepínicos o tratamento prolongado é um dos mais frequentemente relatados. Estudos mostram que os prescritores tendem a manter o medicamento se o paciente já o usa há muito tempo e não se conhecem exatamente as circunstâncias que levaram à indicação anterior (RAMOS et al. 2020). Não se deve prescrever benzodiazepínicos por mais do que 8

semanas, pois uso de 12 semanas já se caracteriza como uso crônico, que deve ser evitado para que não exista o risco de dependência. Para a maioria dos pacientes, a redução gradual é o melhor método de retirada, num processo palatino que pode durar até 6 meses. Em casos selecionados, de abuso de grande quantidade de comprimidos ou de drogas de meia-vida curta, pode ser recomendável a substituição por benzodiazepínicos de meia-vida longa (AMB, 2013). É importante lembrar a necessidade de se reavaliar as medicações em todas as consultas médicas, a fim de analisar se todas continuam apropriadas às fases atuais das doenças, levando-se em conta a expectativa de vida do indivíduo naquele momento e os objetivos daquela terapêutica, tomando novas decisões com base nessas informações (TOMMASO et al. 2021).

4. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Através do estudo das publicações selecionadas, conclui-se que o uso de fármacos benzodiazepínicos a longo prazo não oferece benefícios, especialmente quando empregados como sedativos na insônia crônica, devido seu efeito prejudicial no ciclo sono-vigília. Além disso, foi possível evidenciar que, os efeitos adversos desses fármacos são ainda mais prejudiciais nos idosos, principalmente por favorecer os eventos de queda, uma grande vilã nessa faixa etária, causando graves riscos relacionados as fraturas e também maior dependência do idoso. É observável também, mediante o estudo apresentado, que existe uma vasta bibliografia acerca dos contrapontos dos benzodiazepínicos e seu emprego na saúde do idoso e acerca das medicações proscritas para essa faixa etária. Entretanto, ainda é muito alta a prevalência da prescrição de medicações que o uso não é recomendado em idosos, sendo uma delas a classe farmacológica abordada no presente estudo.

Sendo assim, fica clara a importância de buscar formas menos prejudiciais para sanar as queixas em relação a sono e ansiedade em longevos, como por exemplo medidas de higiene do sono. Outro ponto seria investir na capacitação dos profissionais de saúde, a fim de identificar medicamento com uso não recomendado para idosos e propor formas de otimizar as prescrições. Essas ações devem ocorrer principalmente nas unidades de atenção primária à saúde, visto que esses locais foram os mais utilizados

nas pesquisas populacionais dos artigos analisados, que mostraram alta prevalência do uso de benzodiazepínicos por idosos a longo prazo.

REFERÊNCIAS

- ALVARENGA, J. M., et al. Uso de benzodiazepínicos entre idosos: o alívio de “jogar água no fogo”, não pensar e dormir. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, v. 18, n. 2, p. 249-258, 2015.
- ASSOCIAÇÃO MÉDICA BRASILEIRA (AMB). **Abuso e Dependência de Benzodiazepínicos**. Associação Médica Brasileira São Carlos Do Pinhal, São Paulo, 2013.
- BRICOLA, S. A. P. C., et al. **Medicamentos: terapêutica segura**. Editora Manole, Barueri, São Paulo, 2018.
- FEGADOLLI, C., et al. Uso e abuso de benzodiazepínicos na atenção primária à saúde: práticas profissionais no Brasil e em Cuba. **Cad. Saúde Pública**, v. 35, n. 6, p. 1-13, 2019.
- FIORELLI, K., et al. A prescrição de benzodiazepínicos no Brasil: uma análise da literatura. **Arquivos Brasileiros de Ciências da Saúde**, v. 42, n. 11, p. 40-44, 2017.
- FIRMINO, K. F., et al. Fatores associados ao uso de benzodiazepínicos no serviço municipal de saúde da cidade de Coronel Fabriciano, Minas Gerais, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, v. 27, n. 6, p. 1223-1232, 2011.
- FREITAS, E. V. **Tratado de Geriatria e Gerontologia**. 4. ed., Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2018.
- GOLAN, D. E., et al. **Principles of Pharmacology: The Pathophysiologic Basis of Drug Therapy**. 3 ed. Philadelphia, 2012.
- GORZONI, M. L., et al. Medicamentos potencialmente inapropriados para idosos. **Rev Assoc Med Bras.**, v. 58, n. 4, p. 442-446, 2012.
- KATZUNG, B. G., et al. **Farmacologia básica e clínica**. 13. ed. Porto Alegre: AMGH, 2017.
- LEONARDI, J. G., Azevedo, et al. Benzodiazepínicos e seus efeitos no sistema nervoso central. **Revista Saúde em Foco**. 9. Ed, 2017.
- NETTO, M. U. Q., et al. Antidepressivos e Benzodiazepínicos: estudo sobre o uso racional entre usuários do SUS em Ribeirão Preto-SP. **Revista de Ciências Farmacêuticas Básica Aplicada**, v. 33, n. 1, p. 77-81, 2012.



- OLIVEIRA, A. L. M. L., et al. Aumento da utilização de benzodiazepínicos entre idosos mais velhos: Projeto Bambuí. **Revista Brasileira Epidemiologia**, v. 23, n. 1, p. 4-10, 2020.
- OLIVEIRA, H. S. B., et al. Utilização dos critérios de Beers para avaliação das prescrições em idosos portadores de doenças crônicas vinculados a um plano de saúde. **RBCEH**, v. 14, n. 3, p. 242-251, 2017.
- RAMOS, T. B. Fatores associados ao uso de psicotrópicos por idosos residentes no Município de São Paulo. **Revista Ciência & Saúde Coletiva**, v. 25, n. 11, p. 4351-4360, 2020.
- RIBAS, C., et al. Perfil dos medicamentos prescritos para idosos em uma Unidade Básica de Saúde do município de Ijuí-RS. **Revista Brasileira de Geriatria Gerontologia**, v. 17, n. 1, 2014.
- RIBEIRO, L. C. C., et al. Percepção dos idosos sobre as alterações fisiológicas do envelhecimento. **Revista Ciência Cuidado em Saúde**, v. 8, n. 2, p. 220-227, 2009.
- SILVA, P. **Farmacologia**. 8.ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2017.
- SOUZA, F. J. F. B., et al. Avaliação do padrão de sono em insones usuários de benzodiazepínicos e análise da trazodona como medicação substitutiva. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**, v. 67, n. 2, p. 80-86, 2018.
- SOCIEDADE BENEFICENTE ISRAELITA BRASILEIRA ALBERT EINSTEIN (SBIBAE). **Nota técnica para organização da rede de atenção à saúde com foco na atenção primária à saúde e na atenção ambulatorial especializada - saúde da pessoa idosa**. São Paulo: Hospital Israelita Albert Einstein: Ministério da Saúde, 2019.
- STAHL, S. M. **Stahl's essential psychopharmacology neuroscientific basis and practical application**. 4. ed. Syndicate of the Press of the University of Cambridge, England, 2013.
- TOMMASO, A. B. G., et al. **Geriatrics: guia prático**. 2. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2021.



FORMAÇÃO DO ENFERMEIRO PARA ATUAR NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA: POTENCIALIDADES E LIMITES

NURSE'S FORMATION TO WORK IN THE FAMILY HEALTH STRATEGY: POTENTIALITY AND LIMITS

DOI: 10.51859/AMPLLA.PPE2159-34

Amanda Medeiros Rodrigues¹

Amanda Morais Polati²

Laura Elisa Silva³

Clayver Viktor Moreira de Azevedo⁴

Tiago Ricardo Moreira⁵

Deíse Moura de Oliveira⁶

¹ Enfermeira. Prefeitura Municipal de Santo Antônio do Grama- Minas Gerais, Brasil.

² Enfermeira. Instituto Capixaba de Ensino, Pesquisa e Inovação em Saúde (ICEPi). Vitória- Espírito Santo, Brasil.

³ Graduanda em Enfermagem. Universidade Federal de Viçosa- Minas Gerais, Brasil.

⁴ Graduando em Enfermagem. Universidade Federal de Viçosa- Minas Gerais, Brasil.

⁵ Enfermeiro. Professor Adjunto no Departamento de Medicina e Enfermagem da Universidade Federal de Viçosa- Minas Gerais, Brasil.

⁶ Enfermeira. Professora Adjunta no Departamento de Medicina e Enfermagem da Universidade Federal de Viçosa- Minas Gerais, Brasil.

RESUMO

Objetivo: compreender as potencialidades e limites inscritos na formação do enfermeiro para a sua atuação na Estratégia Saúde da família. **Métodos:** pesquisa qualitativa com 11 enfermeiros da ESF de um município de Minas Gerais. Os dados foram coletados utilizando-se a entrevista com questões abertas e analisados conforme a técnica de Análise de Conteúdo de Bardin. **Resultados:** como elementos potencializadores para a atuação do enfermeiro na ESF destacam-se o aporte teórico recebido durante a graduação e o aprofundamento teórico-prático conferido pela pós-graduação. Como aspectos que limitam essa atuação evidenciam-se a incipiência da prática na graduação em Enfermagem. **Conclusões e Implicações:** ressalta-se a necessidade da inserção precoce e longitudinal do estudante na realidade da ESF, durante a graduação em enfermagem. Sugere-se a continuação do processo formativo por meio da educação permanente, no transcorrer da prática profissional.

Palavras-chave: Educação em enfermagem. Enfermeiras e enfermeiros. Estratégia saúde da família.

ABSTRACT

Objective: to understand the potential and limits enrolled in nursing education for their performance in the Family Health Strategy. **Methods:** qualitative research with 11 nurses of the Family Health Strategy in a municipality of Minas Gerais. The data were collected through open interview and analyzed according to the technique of Bardin Content Analysis interview. **Results:** as improvers elements for the work of nurses in family health strategy, highlights the theoretical input received during graduation and practical-theoretical conferred by the postgraduate. As factors that limit this action, highlights the paucity of practice in undergraduate nursing. **Conclusions and Implications:** It emphasizes the need for early and longitudinal insertion of the student in the reality of the family health strategy during the undergraduate nursing. It is suggested to continue the training process through education in the course of professional practice.

Keywords: Nursing education. Nurses. Health strategy.

1. INTRODUÇÃO

O Sistema Único de Saúde (SUS), orientado pelos princípios da universalidade, integralidade e equidade, configura-se como importante conquista social do Brasil, que busca construir um novo modelo de organização do sistema, ancorado no conceito de saúde como produção social. Isso sinaliza a necessidade de reconfigurações no processo de trabalho dos profissionais no âmbito da Atenção Primária à Saúde (APS) (MADRUGA 2015).

O novo desenho do sistema de saúde brasileiro, cuja reorientação do modelo de atenção à saúde ancora-se na APS, apontou também a necessidade de se repensar a formação profissional, a fim de que esta responda às demandas de saúde da população. Nesta perspectiva, a partir dos anos 2000, as Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN's) para os Cursos de Graduação em Saúde, incluindo a Enfermagem, estimulou as instituições de ensino a orientar a formação de profissionais para atuar no contexto do SUS (BRASIL, 2001)

A formação em saúde é, portanto, convocada a romper paradigmas, no sentido de implementar ações que reorientem o processo formativo concomitantemente à reorientação do sistema de saúde. Tais mudanças devem, desse modo, se pautar na construção de projetos pedagógicos congruentes à efetivação dos princípios do SUS (WINTERS; HEIDEMANN, 2016)

Um dos cenários de destaque para a atuação do enfermeiro no SUS é a Estratégia Saúde da Família (ESF), capaz de orientar a organização do processo de saúde. Seu funcionamento é ancorado por princípios que orientam as práticas de saúde, como a centralidade na pessoa/família, o estabelecimento de vínculo com o usuário, a articulação à rede assistencial, a atuação intersetorial e a participação social, reafirmando-a como uma produção social. Diante disso, observa-se que as práticas curativistas e médico-centradas não são capazes de responder efetivamente às necessidades de saúde das populações (ARANTAS; SHIMIZU, MERCHÁO-HAMANN, 2016)

A APS é um campo de trabalho em expansão para os enfermeiros na atualidade, o que reforça a necessidade de o ensino em enfermagem subsidiar uma formação que permita a este profissional atuar com competência no âmbito da saúde da família. A

observação empírica da prática sinaliza que os enfermeiros alocados nesse cenário, muitas vezes, não atuam em conformidade com os princípios que norteiam a ESF, o que se desdobra em uma lacuna para a consolidação do SUS neste cenário de atenção à saúde.

Apesar de a formação apresentar avanços no sentido de capacitar os profissionais para atuar no SUS, a atuação do enfermeiro neste modelo é perpassada por desafios cotidianos que dificultam a consolidação da proposta da ESF. O que se evidencia na literatura é a necessidade de que tais avanços sejam mais expressivos, uma vez que ainda prevalece uma incongruência entre a formação do enfermeiro e as respostas que este profissional tem agenciado, no sentido de atender à necessidade de reorganização das práticas de saúde (VARELA *et al.*, 2016)

Diante do exposto, emergem as seguintes questões: o enfermeiro considera que a sua formação o permite atuar respondendo à reorientação do modelo de atenção à saúde proposto pela ESF? Quais as fortalezas inscritas no seu processo formativo para a sua atuação no âmbito da ESF? Quais as fragilidades que este profissional identifica em seu processo de formação que refletem em dificuldades para atuar no contexto da ESF? O que o enfermeiro considera importante ser valorizado na sua formação para atuar na ESF?

Assim, a presente investigação tem como objetivo compreender as potencialidades e limites inscritos na formação do enfermeiro para a sua atuação na ESF.

2. MÉTODOS

Trata-se de uma pesquisa descritiva de natureza qualitativa. Esta permite uma abordagem interpretativa e compreensiva, partindo de uma dada realidade como o cenário natural do estudo, onde se busca entender e interpretar experiências humanas. Neste contexto, é comprometida com a práxis e a mudança social, por meio da introdução de novos significados aos problemas, gerando conhecimento sobre elementos significativos que compõem a experiência humana, circunstanciada a uma realidade social (SOUZA; ERDMAN; MAGALHÃES, 2016). Portanto, este delineamento vai ao encontro do objetivo da presente investigação, que pretendeu compreender, de

maneira singular, as potencialidades e limites inscritos na formação do enfermeiro para a sua atuação na ESF.

A pesquisa teve como cenário as Unidades de Saúde da Família (USF) de um município do interior de Minas Gerais, que possui aproximadamente 70 mil habitantes e era atendido, à época da coleta de dados, por 18 equipes de saúde da família, alocadas em 15 unidades de saúde.

Foram incluídos no estudo os enfermeiros que atuavam na ESF do referido município e excluído aquele que, apesar de atender ao critério de inclusão, estava afastado por motivo de férias no momento da coleta de dados. Desse modo, foi realizado o contato por meio de ligação telefônica com 17 enfermeiros, dos quais seis recusaram participar da pesquisa— alegando indisponibilidade de tempo —, totalizando 11 participantes no presente estudo. Cabe ressaltar que os que aceitaram compor a pesquisa foram suficientes para responder às questões e aos objetivos da investigação.

A coleta de dados ocorreu entre março e maio de 2015, por meio de um roteiro de entrevista semiestruturado, contendo questões abertas. Anteriormente às questões foi realizada uma breve caracterização dos participantes, contendo os seguintes dados: nome, idade, sexo, ano e instituição da graduação, se possuía pós-graduação (caso positivo, em qual área) e tempo de atuação na ESF.

Todos os participantes elegeram a unidade de saúde como cenário para conceder os depoimentos, os quais foram obtidos em ambiente tranquilo e privado. A entrevista foi realizada a partir das seguintes questões orientadoras: como você considera que a sua formação contribuiu para atuar na ESF? Quais as fragilidades que você identifica na formação que dificultam sua atuação na ESF? O que você considera importante ser valorizado na formação do enfermeiro para atuar na ESF?

A fim de garantir o anonimato os participantes foram identificados com a letra “E” (Enfermeiro), seguido do número arábico correspondente à ordem de realização das entrevistas (E1...E11). Para que houvesse o registro na íntegra dos depoimentos foi solicitado aos participantes a permissão para o uso do gravador nas entrevistas, viabilizando a posterior transcrição e análise das mesmas.

Os dados foram analisados conforme a técnica de Análise de Conteúdo de Lawrence Bardin. Inicialmente foi realizada a pré-análise, seguida da exploração do material, tratamento dos resultados obtidos e, por fim, a interpretação dos achados. As



entrevistas foram transcritas na íntegra, seguida da leitura atenta e repetida das mesmas. A convergência de sentidos comuns, evocada pelos discursos, permitiu a categorização. A interpretação dos dados se deu pautada na literatura pertinente à temática, promovendo uma discussão entre os achados do estudo e o conhecimento científico já existente (BARDIN, 2016).

Em respeito às questões éticas relacionadas às pesquisas que envolvem seres humanos, constantes na Resolução 466/12 (BRASIL, 2012). Os participantes do estudo foram esclarecidos sobre o objetivo da pesquisa, declarando a anuência em participar da mesma por meio do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Foram também informados quanto à manutenção do sigilo, do anonimato e do direito de participarem ou de se retirarem do estudo a qualquer momento. O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da instituição proponente do estudo, conforme Parecer nº 959.225/2015, de 23 de fevereiro de 2015. CAEE nº 38926114.1.0000.5153.

3. RESULTADOS

Os participantes dessa investigação possuem idade entre 30 e 50 anos; tempo de atuação na APS entre três e 14 anos; tempo de formação entre quatro e 29 anos, sendo que sete são egressos de instituições privadas e quatro de instituições públicas. Em relação à pós-graduação oito se especializaram em saúde coletiva e áreas afins e dois cursaram residência em saúde da família.

A análise dos resultados permitiu a emergência das categorias temáticas: “Embasamento teórico e formação na prática” e “Experiências práticas na graduação: da realidade à expectativa”.

3.1. EMBASAMENTO TEÓRICO E FORMAÇÃO NA PRÁTICA

Os enfermeiros apontam aspectos inscritos no processo de formação que figuram como potencializadores para o contexto da ESF. Entre estes se destaca o conhecimento teórico ministrado na graduação, o qual consideram atender ao arcabouço que sustenta a ESF:

“[...] em relação à parte teórica, eu tive uma boa base, uma boa direção [...] acho que é suficiente o que a faculdade passa” (E3).

“A teoria eu acho que foi muito bem dada, o necessário. Foi super tranquilo em relação a isso” (E4).

“[...] na teoria a gente viu praticamente tudo” (E11).

Ainda no que se refere à formação para a ESF, os enfermeiros citaram a importância atribuída à pós-graduação lato sensu, incluindo a residência em saúde da família, explicitada como subsídio fundamental para atuarem neste cenário assistencial:

“Eu fiz residência em saúde da família e fiquei dois anos só focando nisso. Foi a residência que me deu base para eu estar trabalhando aqui [...]” (E1).

“As especializações que eu fiz me ajudaram, fiz uma do NESCON sobre APS [...] foi uma das que mais me ajudou, porque era mesmo para a Atenção Primária [...] foi lá que eu mais aprendi o que às vezes uso até hoje foi essa da especialização da APS” (E2).

“[...] eu já me identifiquei durante a graduação com essa área e escolhi minha especialização em saúde pública, então quando eu fui atuar na ESF eu já tinha uma preparação” (E5).

“[...] eu me especializei em saúde coletiva e isso me ajudou muito” (E8).

Além dos subsídios teórico-práticos os enfermeiros sinalizaram os aspectos que, durante a formação, se configuraram como fragilizadores para atuarem como enfermeiros na ESF, os quais inscrevem-se no contexto da graduação em Enfermagem.

3.2. EXPERIÊNCIAS PRÁTICAS NA GRADUAÇÃO: DA EXPECTATIVA À REALIDADE

Os participantes alegaram como um aspecto limitador a pouca experiência prática vivenciada na graduação. Em virtude disso, revelaram em seus depoimentos dificuldade de atuar na realidade da ESF, uma vez que a experiência no serviço não necessariamente se apresenta em conformidade com a teoria que a sustenta:

“[...] a gente estuda a saúde da família no livro, lindo [...] aí chega na prática a gente não consegue atuar como a gente vê, aí eu acho que isso que a grade curricular podia estar conciliando um pouco, a prática com a teoria” (E1).

“[...] na graduação você vê tudo perfeito. Tem os materiais completos para tudo. Você chega na prática não acha todos os materiais, tem que improvisar muita coisa” (E7).

“[...] no curso de graduação tudo é muito bonito, mas na hora que você chega na realidade não tem o material que você precisa, a estrutura que você trabalha não dá para fazer muita coisa e isso não ensinam para a gente” (E9).

Ainda nesta perspectiva, os depoimentos revelaram que o componente prático na graduação em enfermagem foi pautado na observação da realidade, secundarizando a atuação efetiva, como estudante, no contexto da ESF:

“[...] a prática do enfermeiro na ESF deixa muito a desejar na graduação [...] a consulta de enfermagem, os grupos [...]” (E4).

“[...] na prática eu penei com preventivo [...] no primeiro dia que eu comecei a trabalhar eu falei: nossa, eu vou ter que pegar um paciente e colher o preventivo? Como que eu vou fazer isso? A gente não foi bem preparado” (E6).

“[...] onde eu estudei a gente ficava como acompanhante do enfermeiro [...] tinha um professor e tudo, mas a gente não fazia nada.” (E11).

Além das atribuições assistenciais e educativas foi também mencionada pelos participantes a dificuldade no manejo das atividades gerenciais, com destaque para as de ordem administrativas, as quais igualmente afirmam não terem sido abordadas a contento no Curso de Graduação em Enfermagem:

“[...] os professores tinham que mostrar os papéis e não mostraram [...] mostrar como é que preenche [...] são muitas fichas, de notificação, tudo. Não tive nada disso na graduação e acabo passando aperto hoje” (E6).

“[...] fichas epidemiológicas, produção do mês, caderno de sintomático respiratório, todas as metas que somos avaliados. Eu não sabia o que fazer com aquilo tudo. Não vi isso na faculdade” (E9).

“[...] eu não sabia de fechamento, como é que fazia, a papelada que tem que despachar, notificar, coisas de SINAN, não sabia nada. [...] com quem eu fiz estágio não me ensinou nada” (E10).

Ao refletir sobre as potencialidades e fragilidades inscritas no processo formativo os enfermeiros trazem como expectativa a valorização das atividades práticas durante a graduação em Enfermagem, com vistas a qualificação para atuar no âmbito da ESF:

“A prática é importante, porque te deixa mais seguro. A teoria sem a prática fica vazia, sem sentido [...] teoria você tem e depois passa, mas a vivência fica, eu acho que tem que valorizar mais” (E2).

“[...] eu acho que o estudante tem que ter essa vivência mesmo [...] ter uma unidade bem estruturada, com a equipe completa. Isso ajuda o aluno a ver o funcionamento como um todo, e isso propicia o quê? Ao enfermeiro, desenvolver a suas ações que são da sua competência na saúde da família” (E4).

“[...] viver as situações que você aprendeu na teoria é o principal. Quanto mais o estudante tiver contato com o serviço mais ele vai conseguir desempenhar o seu papel quando estiver na unidade dele” (E5).

Foi destacado também que a experiência prática do docente reveste-se de importância neste contexto, na medida em que viabilizará ao estudante mais oportunidades de inserção e vivências práticas no cenário da ESF:

“[...] eu acho que o próprio professor tem que ter a experiência mais da realidade da saúde da família [...] tem professor que não tem muita noção dessa realidade [...] aí passa só teoria para o aluno [...] ele ter experiência é muito importante. Deixa o aluno mais seguro para atuar como profissional” (E4).

4. DISCUSSÃO

A ESF apresenta-se como eixo estruturante na operacionalização do SUS. Neste contexto, os enfermeiros se destacam como profissionais indispensáveis na composição da equipe de saúde da família, assumindo um papel importante no processo de consolidação da reorientação do modelo assistencial, previsto para este cenário de atenção à saúde (FERTONANI *et al.*, 2015).

Para que o enfermeiro possa desempenhar com competência o seu papel no contexto da ESF remonta-se a necessidade de um processo formativo que o implique nesta nova lógica de pensar e produzir a saúde e o cuidado, instrumentalizando-o para atuar efetivamente neste cenário assistencial.

Os achados do presente estudo apontaram que coabitam, na formação deste profissional, potencialidades e fragilidades que influenciam a atuação do enfermeiro na ESF. No que tange às potencialidades, o aporte teórico durante a graduação foi demarcado como suficiente pelos participantes deste estudo. As DCN's para os cursos de graduação em Enfermagem reiteram a importância deste achado. Nestas estão descritas que o conhecimento teórico constitui elemento essencial a ser incorporado durante toda a graduação, associando-o ao embasamento científico necessário para o enfermeiro, o que o diferencia da formação meramente técnica (BRASIL, 2001).

Como a APS constitui um cenário de reconfiguração das práticas de saúde, o aporte teórico subsidia o enfermeiro no conhecimento ideológico da ESF, assim como

na definição do seu papel e identidade a ser assumida neste contexto de cuidado à saúde.

Os participantes apontam ainda como potencialidade a inserção em cursos de pós-graduação, os quais reforçam este conhecimento teórico aprendido durante a graduação e, quando na modalidade de residência, aproxima o enfermeiro do contexto da prática na ESF, auxiliando-o no seu desenvolvimento profissional.

A literatura reitera que a pós-graduação atua como complemento da formação, no sentido de preparar profissionais para atenderem às propostas previstas pelas DCN's. A especialização reflete a necessidade de os profissionais buscarem o desenvolvimento das competências essenciais do enfermeiro na ESF, as quais não foram contempladas durante o período da graduação (MOREIRA *et al.*, 2018).

O fato de realizar a pós-graduação na área em que atuam sinaliza um compromisso dos enfermeiros com relação à busca de formação para ao contexto da ESF. Nesta perspectiva, ressalta-se a residência em saúde da família como fundamental para a atuação dos enfermeiros, ao proporcionar o embasamento teórico científico aliado à prática profissional, por meio da inserção do enfermeiro no serviço, o que interfere diretamente na qualidade da assistência ofertada (MOREIRA *et al.*, 2018).

A importância da formação em serviço, com destaque para a residência em saúde da família, foi evidenciada em um estudo que traçou o perfil do profissional de nível superior que integram as equipes da ESF vinculados ao curso de especialização em saúde da família UNA-SUS no Rio Grande do Sul. Este revelou que 64,3 % dos profissionais participantes eram enfermeiros. Além disso, 29,1% dos profissionais já tinham concluído alguma pós-graduação ou residência, sendo desses 32,0% da enfermagem, o que reafirma a relevância da especialização em saúde da família para aprimorar a atuação na ESF (STURMER *et al.*, 2020).

No que diz respeito ao ensino de graduação, as DCN's para os cursos da área de saúde e enfermagem preconizam a inserção transversal do estudante nos serviços, proporcionando a experiência com a prática do cuidado em enfermagem, essencial para a formação profissional (BRASIL, 2001).

Isso é corroborado pela literatura, que reafirma que a formação do enfermeiro deve estar ancorada na aquisição de conhecimentos, mas também nas experiências com a realidade dos serviços de saúde, onde os estudantes possam desenvolver habilidades



e atitudes necessárias à prática profissional. Esta tríade – conhecimentos, habilidades e atitudes – deve se constituir o cerne da formação do enfermeiro, permitindo-lhe atuar com competência quando inserido no mercado de trabalho (SOUZA, MACHADO, SOUSA, 2019; SILVA *et al.*, 2012).

Ao apontarem como fragilidade da graduação a experiência prática no contexto da ESF, os participantes revelaram lacunas na graduação, as quais implicam em dificuldades na atuação profissional. Afirmaram em seus depoimentos que o fundamento teórico foi suficiente, mas que a restrita experiência prática trouxe prejuízos para o desenvolvimento das habilidades e atitudes necessárias à prática profissional.

A literatura reitera a necessidade da relação permanente da teoria com a prática e a importância da inserção dos graduandos nos campos de atuação durante a graduação, ao pautar que a imersão na realidade durante o processo formativo permite ao enfermeiro desenvolver o conjunto de competências essenciais para o cuidado e a produção de conhecimento específico da Enfermagem (MOREIRA *et al.*, 2018).

Em um estudo realizado com 67 estudantes de graduação de cursos da área da saúde em um município da Paraíba que participam do Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde (PET-Saúde), foi evidenciada a significativa contribuição deste projeto no que diz respeito à aproximação entre a teoria e a prática durante a graduação. O PET-Saúde tem o objetivo de possibilitar ao discente da área da saúde um contato precoce e real com o serviço de saúde através da sua inserção nos campos de atuação dos profissionais do serviço. Neste sentido, dentre as contribuições deste programa para a formação em saúde, os participantes do estudo citado pontuam: a compreensão do funcionamento dos serviços de saúde; a oportunidade de desenvolver um trabalho interdisciplinar; a aproximação com a realidade social e sanitária das comunidades; o desenvolvimento de habilidades voltadas à humanização do cuidado; e a construção de um conhecimento sólido devido à associação entre a teoria e a prática (MAGRUGA *et al.*, 2015)

Em função da incipiente experiência nos contextos de prática na ESF e pautados em um processo de formação sustentado substancialmente no conhecimento teórico, os enfermeiros do presente estudo compreendem que a ideologia da ESF não corresponde à realidade vivenciada na prática profissional.



A polarização entre a teoria e a prática reflete a formação tradicional ainda muito presente nas graduações em Enfermagem. Desse modo, destaca-se a necessidade de ruptura com os métodos pedagógicos tradicionais, alicerçados somente na teorização do conhecimento (SILVA *et al.*, 2012). Ao romper com o paradigma da educação tradicional abre-se a possibilidade de aproximações entre a teoria e a realidade, formando profissionais ativos e críticos, capazes de reinventarem os seus cotidianos e a si mesmos.

Tal intento vai ao encontro das DCN's para a formação do enfermeiro, que preconizam a articulação entre os saberes e práticas como vigas fundamentais para a formação profissional, desconstruindo assim a dicotomia que dissocia o saber do fazer e a teoria da prática (SILVA *et al.*, 2012).

A dissociação entre o saber e o fazer foi evidenciada pelos participantes quando apontaram as fragilidades para o desenvolvimento das atribuições do enfermeiro na ESF durante a graduação. Ressalta-se que o reflexo de uma formação desprovida de experiências práticas, além de distanciar os enfermeiros das ações assistenciais previstas no âmbito na ESF, os coloca também com dificuldade para manejar as ações educativas e gerenciais que compõem as atribuições do enfermeiro neste cenário.

O destaque conferido pelos participantes às dificuldades no manejo das atividades burocráticas e administrativas reforça a necessidade da educação para/no serviço, que se propõem a trabalhar os nós críticos inscritos no processo de trabalho em saúde. Esta deve orientar transversalmente a formação do enfermeiro – desde a graduação à prática profissional –, possibilitando o desenvolvimento de competências necessárias para a transformação do modelo assistencial de saúde (SILVA *et al.*, 2016)

A educação permanente emerge neste contexto, ao provocar a aproximação entre o trabalho prescrito e o real – inscrito no cotidiano da ESF –, possibilitando (re)construções do pensar e agir do enfermeiro na ESF, reconfigurando assim o cotidiano do trabalho em saúde (Barbosa *et al.*, 2016). A inserção precoce dos alunos no campo de prática é de fundamental importância para este processo, visto que a experiência proporciona benefícios não somente para o estudante, mas também para os profissionais de saúde em contato com os mesmos. Estudos afirmam que os profissionais são motivados a se atualizarem e estudarem mais quando recebem alunos em suas unidades, o que faz deste tipo de atividade uma ferramenta fortalecedora do



ensino e da aprendizagem dentro da realidade prática e, conseqüentemente, transformadora da qualidade da assistência prestada (Andrade *et al.*, 2015).

Diante das lacunas evidenciadas em seus processos formativos e considerando os potencializadores deste mesmo processo, os participantes trazem como expectativa a valorização da dimensão prática no contexto da graduação em Enfermagem. Esta valorização origina-se na reflexão/avaliação do quanto a fragilidade deste aporte experiencial figura como dificultador para a sua prática profissional.

Evidencia-se uma convergência entre as expectativas dos entrevistados com a proposta das DCN's e políticas pró-ensino. Tais políticas confirmam que o processo de formação deve oportunizar um amplo espectro de experiências práticas ao estudante, tanto no âmbito curricular quanto extracurricular – por meio de monitorias, estágios, programas de pesquisa, ensino e extensão. Reforçam, desse modo, a necessidade da inserção longitudinal do estudante na realidade do serviço, com destaque para a ESF (BRASIL, 2001; NALOM *et al.*, 2019)

Importante destacar que a articulação ensino-serviço tem no professor um ator social importante, como elemento potencializador. Neste contexto, emergiu também nesta investigação a importância de docentes que possuam experiência no âmbito das práticas de saúde. Isso, de fato, constitui mola propulsora na apreensão e incorporação da realidade vivenciada pelo estudante durante a formação e sua transposição para a trajetória profissional. A educação contemporânea, portanto, exige que o professor não seja somente o detentor de conteúdos e teorias, os quais não correspondem a todas as exigências inscritas no mundo do trabalho (LAZZARI *et al.*, 2019). Tal fato foi evidenciado na presente investigação e é passível de reflexão no âmbito do ensino e da saúde.

Cabe destacar que os achados do presente estudo não necessariamente refletem a realidade de formação do enfermeiro em outras realidades da ESF, o que inviabiliza a generalização dos seus resultados.

Tendo em vista que esta pesquisa ancorou-se na visão ampliada acerca da atuação do enfermeiro, a partir da análise do seu processo de formação, sugere-se a realização de estudos que possam aprofundar este olhar. Neste contexto, salienta-se a necessidade de investigações que se proponham dialogar com as singularidades inscritas nas atribuições específicas do enfermeiro na ESF e a instrumentalização teórica e prática para o exercício das mesmas no processo de formação profissional.



5. CONCLUSÃO

O presente estudo evidenciou como potencialidade da formação do enfermeiro o aporte teórico sobre a ESF, conferido durante a graduação e a pós-graduação. No que tange aos limites destaca-se a incipiência da prática no contexto da ESF durante a graduação, implicando em dificuldades à sua atuação neste cenário assistencial.

Isso sugere que o ensino em saúde, aqui demarcado o da Enfermagem, deve estar atento para a inserção precoce e longitudinal do estudante no referido cenário, contando com um corpo docente dotado de experiências práticas, de modo a facilitar a associação entre o saber e o fazer no contexto da ESF.

Ressalta-se ainda a importância da educação permanente, capaz de aparar arestas oriundas da formação, ao propor a problematização da prática para a solução de nós críticos inscritos no cotidiano profissional. Nesta perspectiva, sugere-se que a educação no trabalho seja incorporada como uma política de gestão, no sentido de fortalecer e qualificar os enfermeiros que atuam na ESF.

REFERÊNCIAS

- ANDRADE, R.A.; BOEHS, A.E.; BOEHS, C.G.E. Percepções de enfermeiros docentes e assistenciais sobre a parceria ensino-serviço em unidades básicas de saúde. **Interface (Botucatu)**, v. 19, n. 54, p. 537-547, 2015. DOI: 10.1590/1807-57622014.0277
- ARANTES, L.J.; SHIMIZU, H.E.; MERCHÁN-HAMANN, E. Contribuições e desafios da Estratégia Saúde da Família na Atenção Primária à Saúde no Brasil: revisão da literatura. **Ciênc. Saúde Colet. [online]**, v. 21, n. 5, p. 1499-1510, 2016. DOI: 10.1590/1413-81232015215.19602015.
- BARBOSA, M.G.; FERLA, A.A.; SANTOS, M.L.M.; BARROSO, R.F.F.; BRAVARESCO, C.R.; TEIXEIRA, L.B. Saberes e Práticas da Educação Permanente em Saúde no Cotidiano da Estratégia e Saúde da Família: uma Metassíntese. **Atas- Investigação Qualitativa em Saúde**, v. 2, p. 1276-2185, 2016. Disponível em: <https://proceedings.ciaiq.org/index.php/ciaiq2016/article/view/884/868>
- BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. Lisboa: Edições 70, 2016.
- BRASIL. Ministério da Educação. Conselho Nacional de Educação. Resolução CNE/CES, nº.3, de 7 de novembro de 2001. Institui as Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Enfermagem. **Diário Oficial da União**, Brasília-DF: Conselho Nacional de Educação. 9 nov. 2001. Seção 1, p. 37.



- BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Resolução 466, de 12 de dezembro de 2012. Dispõe sobre as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. **Diário Oficial da União**, Brasília- DF: Ministério da Saúde. 12 dez. 2012. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2013/res0466_12_12_2012.html
- FERTONANI, H.P.; PIRES, D.E.P.; BIFF, D.; SCHERER, M.D.A. Modelo assistencial em saúde: conceitos e desafios para a atenção básica brasileira. **Ciênc Saúde Colet.** [on line], v. 20, n. 6, p. 1869-1878, 2015. DOI: 10.1590/1413-81232015206.13272014
- LAZZARI, D.D.; MARTINI, J.G.; PRADO, M.L.; BACKES, V.M.S.; RODRIGUES, J.; TESTONI, A.K. Entre os que pensam e os que fazem: prática e teoria na docência em enfermagem. **Texto & Contexto Enferm**, n. 28, p. 1-13, 2019. DOI: 10.1590/1980-265X-TCE-2017-0459
- MADRUGA, L.M.S.; RIBEIRO, K.S.Q.S.; FREITAS, C.H.M.; PÉREZ, I.A.B.; PESSOA, T.R.R.F.; BRITO, G.E.G. O PET-Saúde da Família e a formação de profissionais da saúde: uma percepção de estudantes. **Interface (Botucatu)**, v. 19, supl. 1, p. 805-816, 2015. DOI: 10.1590/1807-57622014.0161.
- MOREIRA, L.R.; SIQUEIRA, A.T.; SANTOS, P.T.; LADISLAU, V.N. Percepção do enfermeiro acerca da formação acadêmica para o exercício profissional. **Enfermagem Revista**, v. 21, n. 1, p. 34-50, 2018. Disponível em: <http://periodicos.pucminas.br/index.php/enfermagemrevista/article/view/17896>.
- NALOM, D.M.F.; GHEZZI, J.F.S.A.; HIGA, E.F.R.; PERES, C.R.F.B.; MARIN, M.J.S. Ensino em saúde: aprendizagem a partir da prática profissional. **Ciênc. Saúde. Colet**, v. 22, N. 5, P. 1699-1708, 2019. DOI: 10.1590/1413-81232018245.04412019
- SILVA, E.A.; COTA, M.K.P.; RODRIGUES, A.M.; JESUS, M.V.N.; SOUZA, V.A.; OLIVEIRA, D.M. Desafios enfrentados pelo enfermeiro no cotidiano da Estratégia Saúde Família: reverberações do seu processo de formação. In: **12º Congresso Internacional da Rede Unida**; 2016; UCDB. Campo Grande: Rede Unida; 2016. Disponível em: <http://conferencia2016.redeunida.org.br/ocs/index.php/congresso/2016/paper/view/5607/0>
- SILVA, K.L.; SENA, R.R.; SILVEIRA, M.R.; TAVARES, T.S.; SILVA, P.M. Desafio da formação do enfermeiro no contexto da expansão do ensino superior. **Esc Anna Nery** [on line], v. 16, n. 2, p. 380-387, 2012. DOI: 10.1590/S1414-81452012000200024
- SOUZA, F.G.M.S.; ERDMANN, A.L.; MAGALHÃES, A.L.P. Contornos conceituais e estruturais da pesquisa qualitativa. In: LACERDA, M.R.; COSTENARO, R.G.S. **Metodologias da pesquisa para a enfermagem e saúde**. Porto Alegre: Moriá; 2015.



SOUZA, J.O.; MACHADO, V.B.; SOUSA, A.L.R.S. Competências gerenciais do enfermeiro: uma revisão integrativa. **Revista Ciências da Saúde e Educação IESGO**, v. 1, n. 2, 2019. Disponível em: <http://revista.iesgo.edu.br/ojs/index.php/CSEI/article/view/27>

STURMER, G.; PINTO, M.E.B.; OLIVEIRA, M.M.C.; DAHMER, A.; STEIN, A.T.; PLENTZ, R.D.M. Perfil dos profissionais da atenção primária à saúde, vinculados ao curso de especialização em saúde da família UNA-SUS no Rio Grande do Sul. **RCO.**, v. 12, n. 1, p. 4-26, 2020. DOI: 10.25112/rco.v1i0.1639.

VARELA, D.S.S.; CARVALHO, M.M.B.; BARBOSA, M.U.F.; SILVA, I.Z.F.; GADELHA, R.R.M.; MACHADO, M.F.A.S. Diretrizes Curriculares Nacionais e a Formação de Profissionais para o SUS. **REBES**, v. 6, n. 3, p. 39-43, 2016. Disponível em: <https://editoraverde.org/gvaa.com.br/revista/index.php/REBES/article/view/3928/3865>

WINTERS, J.R.F.; PRADO, M.L.; HEIDEMANN, I.T.S.B. Nursing education oriented to the principles of the Unified Health System: perception of graduates. **Esc Anna Nery**, v. 20, n. 2, p. 248-253, 2016. DOI: 10.5935/1414-8145.20160033.

A FORMAÇÃO PARA/NO SUS SOB A PERSPECTIVA DE ESTUDANTES DE GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM

EDUCATION FOR / IN SUS UNDER GRADUATE STUDENT PERSPECTIVE IN NURSING

DOI: 10.51859/AMPLLA.PPE2159-35

Ariana Colombari de Godoi Floresta ¹
 Milleny Tosatti Aleixo ²
 Érika Andrade e Silva ³
 Erica Toledo de Mendonça ⁴
 Karen Ribeiro Maciel ⁵
 Clayver Viktor Moreira de Azevedo ⁶
 Deise Moura de Oliveira ⁷

¹ Enfermeira. Especialista em Saúde da Família pelo Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Família da Universidade Federal de Juiz de Fora- Minas Gerais, Brasil.

² Enfermeira. Prefeitura Municipal de Teixeira- Minas Gerais e Mestranda em Ciências da Saúde pela Universidade Federal de Viçosa- Minas Gerais, Brasil.

³ Enfermeira. Professora Adjunta na Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal de Juiz Fora- Minas Gerais, Brasil.

⁴ Enfermeira. Professora Adjunta no Departamento de Medicina e Enfermagem da Universidade Federal de Viçosa- Minas Gerais, Brasil.

⁵ Graduanda em Enfermagem. Universidade Federal de Viçosa- Minas Gerais, Brasil.

⁶ Graduando em Enfermagem. Universidade Federal de Viçosa- Minas Gerais, Brasil.

⁷ Enfermeira. Professora Adjunta no Departamento de Medicina e Enfermagem da Universidade Federal de Viçosa- Minas Gerais, Brasil.

RESUMO

Objetivo: Compreender a interface entre o ensino de graduação e a formação voltada para o contexto do Sistema Único de Saúde (SUS) sob a perspectiva de estudantes de graduação em Enfermagem. **Método:** Estudo qualitativo, com participação de 11 estudantes do último ano de graduação de uma universidade pública de Minas Gerais. Os dados foram coletados através de entrevista com questões abertas, analisados através da técnica de análise de conteúdo de Bardin. **Resultados:** após análise emergiram três categorias temáticas: “Percepção e experiências do/no SUS”; “Contradições entre o ensino do SUS e a experiência no SUS” e “Expectativas profissionais no SUS”. **Conclusão:** Os achados sinalizam que a graduação em enfermagem tem avançado na direção de formar sujeitos para atuar no SUS, entretanto os dilemas do sistema configuram-se ainda como um desafio a ser enfrentado pelas escolas formadoras.

Palavras-chave: Enfermagem. Educação em enfermagem. Sistema Único de Saúde. Pesquisa Qualitativa.

ABSTRACT

Objective: To understand a interface between undergraduate education and training geared to context of the Unified Health System(UHS) from the perspective of undergraduate students in Nursing. **Method:** Qualitative study; eleven students participated in the final year of graduation from Public University of Minas Gerais. Data were collected through interviews with opened questions analysed through Bardin content analysis technique. **Result:** Revealed three themes; perception and experience of direction of /in UHS, contradictions between the UHS education and experience in the UHS and professional expectations in the UHS. **Conclusion:** The results he suggest that undergraduate nursing has advanced in the in direction of forming subjects to act in the UHS, however, System dilemmas are configured also as a challenge to be faced by forming schools.

Keywords: Nursing. Education Nursing. Unified Health System. Qualitative Research.

1. INTRODUÇÃO

As mudanças ocorridas no campo da saúde com o Movimento da Reforma Sanitária Brasileira – desde meados da década de 1960 – trouxeram contornos e encaminhamentos para a Constituição de 1988, que deu origem ao Sistema Único de Saúde (SUS), regulamentado posteriormente pelas leis orgânicas 8080/90 e 8142/90 (ANJOS, 2019).

Para acompanhar as mudanças sociais e epidemiológicas dos problemas de saúde vigentes, além de atender as demandas populacionais, os cursos de graduação em saúde vêm se transformando continuamente. Tais mudanças se baseiam nos modelos assistenciais preconizados nos serviços, na ética e na inclusão (MAKUCH; ZAGONEL, 2017) e se dedicam a romper com o modelo de formação hospitalocêntrico e curativista para uma perspectiva formativa mais abrangente, pautada na integralidade, na equidade e na universalidade no cuidado (BORGES, 2016).

Depreende-se que a emergência do SUS veio acompanhada da necessidade de formar profissionais de saúde para atuar no sistema, induzindo um movimento paralelo no campo educacional. Neste contexto emergem as Diretrizes Curriculares Nacionais (DCNs) para os Cursos de Graduação em Saúde, incluindo as da Enfermagem, que se propõem a orientar a formação dos profissionais para atuar no contexto do SUS (BRASIL, 2001).

As DCNs para o Curso de Graduação em Enfermagem, vigentes desde 2001, preveem que o egresso apresente um perfil generalista, humanista, ético, capaz de diagnosticar e intervir nos problemas/situações de saúde-doença mais prevalentes, com ênfase em sua região. Almeja-se também que o graduado em Enfermagem possa atuar como promotor da saúde integral do ser humano, pautado em um senso de responsabilidade social e compromisso com a cidadania (BRASIL, 2001).

A necessidade de se (re)pensar a qualidade da educação em Enfermagem culminou em um processo de revisão das DCNs, deflagrado pela Associação Brasileira de Enfermagem (ABEn) em 2012 e efetivado entre 2015 e 2017, como fruto de uma construção coletiva e participativa. As mudanças vislumbradas a partir das novas DCNs enfatizam a necessidade de integração teórico-prática, da formação interdisciplinar e do estabelecimento das áreas prioritárias de formação a partir do quadro epidemiológico,

considerando as necessidades em saúde da população e os princípios do SUS (TEIXEIRA, 2017).

As novas DCNs pressupõem ainda que a formação do enfermeiro esteja em consonância com os referenciais constitucionais e internacionais da promoção da saúde e que o egresso possa atuar com qualidade, efetividade e resolutividade no SUS (ADAMY; TEIXEIRA, 2018). Cabe ressaltar que as novas DCNs para os cursos de Enfermagem não entraram em vigor porque a minuta final ainda se encontra em tramitação no Conselho Nacional de Educação, órgão responsável pela sua aprovação.

Portanto, evidencia-se que a Enfermagem tem envidado esforços no sentido de orientar a formação para/no SUS. No entanto, a literatura reporta que ainda hoje impera na área da saúde um processo educativo marcado por forte influência da concepção flexneriana e pela fragmentação dos conhecimentos durante os processos de ensino-aprendizagem (SILVA; PARAÍSO, 2019).

Isso se desdobra na dificuldade de desconstrução e reconstrução da concepção de saúde no cotidiano de muitos profissionais, pelo fato de não terem sido formados de modo consoante com o modelo de saúde atualmente proposto para a efetivação do SUS (SILVA; SOUSA; FREITAS, 2011).

Evidencia-se, desse modo, que a formação do enfermeiro nos dias atuais vem permeada por grandes desafios, ancoradas na exigência de preparar profissionais tecnicamente capazes de responder aos desafios da modernidade, sem perder de vista as perspectivas de uma educação/ensino mais igualitária, humana e que atenda às demandas sociais da população (PADOVANI; CORRÊA, 2017).

Existe uma escassa literatura contemporânea referente à formação em Enfermagem orientada aos princípios do Sistema Único de Saúde (WINTERS; PRADO; HEIDMANN, 2016). Os estudos recentes relacionados à formação do enfermeiro, tem se dedicado mais a identificar as competências desenvolvidas durante a graduação e a atuação/inserção profissional de egressos de Enfermagem (BARBOSA, 2019; LEAL, 2018).

Torna-se, portanto, relevante compreender como tem se dado a formação para o SUS sob a ótica do estudante de graduação em Enfermagem, inscrevendo neste contexto as perspectivas que vislumbra diante desse processo formativo. Diante do exposto, emergiram as seguintes questões: o estudante de graduação em Enfermagem



percebe que a sua formação atende ao contexto do SUS? Quais são as atividades teórico-práticas que sinalizam para o estudante uma atuação voltada para o SUS? O que o estudante considera que dificulta a sua formação para o contexto do SUS? Como o estudante de graduação espera construir o SUS no seu cotidiano profissional?

Buscando responder a tais questionamentos o presente estudo tem como objetivo compreender a interface entre o ensino de graduação e a formação voltada para o contexto do SUS, sob a perspectiva de estudantes de graduação em Enfermagem.

2. MÉTODOS

Trata-se de uma pesquisa de natureza qualitativa, pois pretende compreender o universo de significados, motivos, crenças, valores e atitudes dos sujeitos diante de uma determinada experiência vivida (MINAYO, 2010).

O estudo teve como cenário um curso de graduação em Enfermagem situado na Zona da Mata de Minas Gerais. Foram incluídos no estudo os estudantes de graduação em Enfermagem que estavam no último ano do curso, momento em que estavam realizando o estágio curricular supervisionado. No período da coleta de dados haviam 32 estudantes que se encontravam neste no estágio, distribuídos entre a área hospitalar e a Atenção Primária à Saúde (APS).

Foi excluída do estudo a pesquisadora principal da presente investigação, inscrita na ocasião no último ano do curso, na medida em que apresentava um conflito de interesse declarado com a pesquisa. Procedeu-se, portanto, ao método do sorteio entre os 31 estudantes potencialmente incluídos no estudo, os quais foram contactados considerando a ordem em que foram sorteados. Definiu-se a amostragem de saturação teórica (MINAYO, 2017) para a interrupção do sorteio e definição do número de participantes.

Participaram do estudo 11 estudantes, os quais foram identificados com a letra inicial E, de estudante, sucedido do número correspondente à ordem de realização das entrevistas, a saber: E1... E11. Cabe ressaltar que anteriormente à participação os estudantes foram orientados quanto ao objetivo da pesquisa e assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

A coleta de dados foi realizada nos meses de março a maio de 2015, por meio de um roteiro de entrevista com questões abertas. Anteriormente à mesma foi realizada a caracterização dos participantes, a partir das seguintes informações: idade, sexo e área em que estavam estagiando no momento. Neste constaram as seguintes perguntas: você percebe que a sua formação está voltada para contexto do SUS? De que forma você evidencia isso? Quais atividades teórico-práticas você consegue identificar que o/a confere bagagem para atuar no contexto do SUS? No seu processo de formação, o que dificulta/dificultou a sua aprendizagem no contexto do SUS? Considerando sua formação, fale-me como você espera construir o SUS no seu cotidiano profissional.

O primeiro contato com os estudantes se deu por meio de ligação telefônica, ocasião em que a pesquisadora agendou as entrevistas, nos dias e horários de preferência dos participantes. Foi solicitada aos mesmos a permissão para o uso do gravador nas entrevistas, a fim de possibilitar o registro na íntegra de seus depoimentos, sua transcrição e posterior análise. As entrevistas tiveram uma duração aproximada de 20 minutos cada.

Os dados foram analisados conforme a técnica de Análise de Conteúdo de Bardin.), considerando as seguintes etapas: pré-análise, exploração do material, tratamento dos resultados obtidos e interpretação (BARDIN, 2016). Tais etapas iniciou-se por meio de uma leitura repetida e atenta das transcrições das entrevistas. A partir dos objetivos do estudo foram definidos os trechos significativos para a posterior elaboração das categorias, constructo que revelou a convergência dos aspectos significativos que emergiram dos depoimentos dos participantes. A interpretação dos dados se deu em consonância com a literatura pertinente à temática.

O presente estudo obedeceu aos princípios éticos constantes na Resolução n. 466/12 do Conselho Nacional de Saúde, obtendo parecer favorável do Comitê de Ética e Pesquisa da instituição em que foi realizado, inscrito sob o Parecer n. 909.697.

3. RESULTADOS

Dos 11 estudantes que participaram do estudo, seis estavam estagiando na APS e cinco na área hospitalar, tinham idade entre 22 e 27 anos, sendo todos do sexo feminino. Os achados da presente investigação permitiram a emergência de três categorias

temáticas, as quais expressaram as interfaces entre o ensino de graduação e a formação voltada para o contexto do SUS sob a perspectiva de estudantes de graduação em Enfermagem, a saber: “Percepção e experiências do/no SUS na graduação em Enfermagem”, “Contradições entre o ensino do SUS e a experiência no SUS” e “Expectativas profissionais no SUS”.

3.1. PERCEPÇÃO E EXPERIÊNCIAS DO/NO SUS NA GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM

Os estudantes conseguem perceber através de disciplinas curriculares que a formação para o contexto do SUS perpassa a graduação em Enfermagem. Além das aulas teóricas e práticas, destacam as atividades práticas como campos fundamentais para a aprendizagem do/no SUS: “Desde os primeiros períodos a gente é preparado pra conhecer a história do SUS, e para viver essa história. Através mesmo das disciplinas [...] a gente conhece a construção dele como um todo, desde a idealização à execução do plano idealizado [...] a nossa inserção na prática também, dentro do cenário” (E3). “A gente está sempre inserido no contexto do SUS, em várias disciplinas é trabalhado isso com a gente. Nossas práticas são no SUS, então acho que a gente tem essa abordagem muito grande, tanto na prática quanto nas aulas teórica também” (E11).

Outro aspecto evidenciado pelos estudantes diz respeito às experiências vivenciadas durante a graduação. No âmbito curricular inscrevem-nas por meio de práticas como a visita domiciliar, que lhes conferem a possibilidade de olhar o sujeito de forma integral, conhecendo os aspectos sociais e culturais que os envolvem. Destacam também as atividades educativas grupais e a inserção nas unidades de saúde, como meio de ampliar o conhecimento da realidade local e o cotidiano do mundo do trabalho. Demarcam, neste contexto, a importância das experiências oriundas do estágio supervisionado: “Na saúde coletiva, por exemplo, a gente aprende a olhar o sujeito na questão da integralidade, que é um princípio do SUS. Não apenas focar naquela queixa conduta. Vê a família no meio histórico, cultural, social, principalmente quando a gente faz visita domiciliar” (E1). “Nos grupos educativos a gente sai um pouco da fantasia, da questão das leis do SUS, para colocar em ação o que a gente aprendeu. Nas atividades práticas que a gente desenvolve dentro das unidades de saúde é que a gente pode acompanhar de perto mesmo, como que é o trabalho do profissional, do enfermeiro, do

técnico, dos agentes de saúde” (E2). “[...] agora, no estágio, enriquece a nossa formação [...] nos ajuda a entender o SUS, como ele realmente funciona, pois conseguimos ficar cinco dias em contato com o paciente, prestando um cuidado integral. Às vezes a gente pensa que é só papel, é só questão burocrática, mas tem muito mais coisa por trás [...]” (E10).

Além das atividades curriculares os estudantes também enfatizam as extracurriculares como viabilizadoras das experiências no SUS. Dentre estas destacam os projetos de extensão e de iniciação científica como essenciais para a aproximação com a realidade do SUS: “Eu estou participando de um projeto de pesquisa sobre recursos humanos e materiais na Atenção Básica. Eu tenho que entrar em contato diretamente com os profissionais da APS e com os gestores também e, com isso eu tenho aprendido bastante, inclusive como atuar também neste contexto” (E6). “A Liga de Saúde Coletiva, por exemplo, me ajudou a aproximar bastante do SUS. Minha atividade na liga é nas unidades, aí a gente conhece a demanda da unidade e vê o que a gente pode fazer dentro daquela realidade” (E9).

Apesar de os estudantes perceberem que a graduação em Enfermagem apresenta uma aderência à proposta de formação para o SUS, esbarram em dilemas próprios do sistema e da instituição formadora, promovendo desconexões entre o processo formativo e a realidade no SUS.

3.2. CONTRADIÇÕES ENTRE O ENSINO DO SUS E A EXPERIÊNCIA NO SUS

Os discursos dos discentes sinalizam importantes contradições entre o ensino e o cotidiano no SUS. Assim, demarcam limites inscritos tanto no âmbito da formação quanto no do serviço. As fragilidades do processo de formação apontadas pelos estudantes referem-se ao distanciamento deste com a realidade que se deparam na prática. Demarcam ainda a insuficiência de alguns conteúdos que dialogam com o cotidiano do SUS, os quais não foram trabalhados a contento durante a graduação: “A gente chega muito cru no estágio para assumir as questões dos papéis, dos encaminhamentos, de referência e contra-referência. Isso poderia ser melhor abordado, de forma prática, em algumas disciplinas [...]” (E2). “[...] a questão da participação social é muito importante na prática [...] eu acho que poderia ser despertada a partir de pequenas discussões em sala, sobre o que a gente acha disso, sobre qual é a nossa



posição dentro disso, o que não é discutido” (E3). “A disciplina que mais abordou conteúdo sobre o SUS foi apenas teórica. O fato de não colocar a gente na realidade é uma falha [...] apesar de ser uma disciplina dinâmica, não funciona. Fica só na teoria e a realidade que a gente vive é bem diferente” (E4).

No que tange às fragilidades no cotidiano do SUS, destaca-se o fato de a prática não dialogar com o ensinado no contexto da formação. O comodismo do profissional, a descrença do mesmo em relação ao próprio sistema e a dificuldade de construir redes efetivas de atenção à saúde são apontados pelos estudantes como elementos que distanciam as práticas cotidianas das idealizadas pelo SUS: “A gente consegue ver algumas diferenças e percebe até que vai do próprio profissional a questão do SUS funcionar ou não, porque a maioria fica muito no comodismo e aí, independente do que o programa oferece, ele não funciona” (E4). “[...] na prática, a gente vê que os profissionais nem sempre fazem o que é pregado pelo SUS [...] A rede não é interligada, ela não funciona do jeito que deveria funcionar [...] a gente entende na teoria, mas quando chega na prática não consegue visualizar direito como é que o SUS funciona. Acho que muitos conteúdos a gente não aplicou na prática. Só teve teorização” (E5). “Eu acho que uma das grandes dificuldades são os próprios profissionais que estão inseridos no SUS [...] vejo neles uma barreira. Muitas vezes trabalham no SUS, mas não acreditam no sistema, e deixam transparecer isso quando estamos fazendo o estágio, por exemplo” (E7).

Diante das contradições demarcadas acima os estudantes projetam um futuro profissional no SUS, no qual possam fazer a diferença, de modo a não perpetuar as fragilidades demarcadas no contexto em que se deu os seus processos de formação.

3.3. EXPECTATIVAS PROFISSIONAIS NO SUS

A partir das experiências e dos dilemas vivenciados entre o processo de formação e a realidade o estudante projeta construir o SUS no contexto profissional em que atuará, pontuando aspectos que considera relevantes para essa construção no seu futuro cotidiano de trabalho: “Quero fazer diferente do que eu vi na graduação [...] respeitar a minha equipe, tentar manter um ambiente de trabalho tranquilo, cumprir com o que me compete como enfermeiro [...] não deixar perder a referência e a contra-referência [...] o paciente que a gente encaminha é o que muitas vezes mais precisa do

nosso cuidado” (E2). “Perceber os problemas da população, olhar para ela não somente como pessoas que não tem plano de saúde, como muita gente vê, mas como pessoas que tem um sistema todo em prol delas e que eu faço parte desse sistema, que eu estou ali em prol delas” (E3). “[...] a gente tem uma bagagem muito grande para querer fazer diferente, para que o SUS possa ser melhor, apesar de todos os desafios. [...] acreditar no sistema de saúde que a gente vive, e acreditar que é a gente que constrói esse sistema de saúde” (E11). “Eu espero construir de uma forma diferente da que eu presenciei em algumas situações na graduação, em que por comodismo as pessoas acabam aceitando as coisas como estão [...] eu espero mudar realmente o SUS na realidade que eu me inserir, independentemente se for na atenção primária ou na área hospitalar. Quero fazer o que vim aprendendo nesses cinco anos. Mostrar pelas minhas ações que o SUS pode ser diferente” (E 10).

Ao serem questionados sobre como atuar como profissionais na construção do SUS os estudantes destacam o desejo de serem mediadores na participação do usuário no sistema. Neste contexto vislumbram sensibilizar a população para o conhecimento do SUS e para o entendimento da saúde como direito de cidadania, de modo a incentivar a efetiva participação popular na consolidação do SUS: “Vou ajudar no empoderamento do sujeito com relação à questão de saúde dele e ao próprio SUS. Muitas vezes o profissional de saúde não faz isso” (E5). “Quero trabalhar junto com a população nessa construção. Esclarecer a população sobre o funcionamento do SUS e o que ele tem a oferecer, que a saúde é um direito” (E7). “[...] preciso levar o usuário a se perguntar, por exemplo: qual o meu papel enquanto usuário do SUS? Conscientizar mesmo a população sobre o que é o SUS e como fazer parte da construção do sistema [...] a questão da participação social. Quero exercer meu papel político dentro do sistema” (E8). “[...] conscientizar a população sobre o SUS, pois eu vejo muito desconhecimento do usuário sobre o SUS e o pouco envolvimento dos profissionais de saúde para mudar isso. Nem eles muitas vezes conhecem bem o SUS. A minha principal ação no SUS seria trabalhar isso com a população” (E10).

4. DISCUSSÃO

Os estudantes do presente estudo evidenciam em seus discursos que a formação na qual estão inscritos é predominantemente voltada para o SUS, com inserção precoce neste contexto. Discorrem, desse modo, sobre componentes curriculares e extracurriculares nos quais identificam e experienciam o sistema de saúde brasileiro no âmbito da graduação.

Estudo realizado com graduandos de enfermagem do último ano de uma universidade pública da região sul do país apresenta resultados que convergem com a presente investigação, sinalizando que os participantes compreendem a graduação orientada para a atuação no SUS (WINTERS; PRADO; HEIDMANN, 2016).

As DCNs para curso de enfermagem apontam que a formação para o contexto do SUS remete à importância da introdução de conteúdos que permitam ao estudante imprimir um olhar integral para o indivíduo, a família e a comunidade, valorizando aspectos biopsicossociais para a compreensão do processo de saúde-doença (BRASIL, 2001) levando em conta os determinantes sociais. Esta realidade foi evidenciada nos relatos dos estudantes, tanto no que tange ao aspecto teórico quanto prático.

Sob o ponto de vista teórico os participantes apontaram disciplinas da matriz curricular que o conferiram subsídio para a compreensão sobre o SUS, configurando algumas delas como oportunidades de também viver experiências práticas no cotidiano do serviço de saúde. Estudos realizados na região nordeste e sul evidenciaram que a formação na perspectiva do SUS é contemplada através de componentes curriculares que trazem à tona os princípios e diretrizes do sistema de saúde, especialmente nas disciplinas com enfoque para a saúde pública (FERNANDES *et. al.*, 2013).

Ainda no âmbito da matriz curricular destaca-se a importância que os estudantes atribuem ao estágio supervisionado, no sentido de constituir um momento em que se inserem de modo mais autônomo e longitudinal no serviço de saúde, permitindo-lhes a vivência de realidades do SUS até então não experienciadas no período da graduação. A literatura também reporta que o estágio figura como uma oportunidade ímpar de o estudante viver a realidade profissional, articulando teoria e prática e os enfrentamentos inerentes à profissão (MARRAN; LIMA; BAGNATO, 2015).

Para além desta evidência pôde-se também observar que ao inserir-se mais periodicamente no contexto da prática o estudante potencializa sua aprendizagem no SUS. Neste contexto destaca-se a importância conferida à aproximação do acadêmico com a equipe e a comunidade, pontuada pelos entrevistados, que os permitem adentrar o processo de trabalho em saúde e estabelecer relações de cuidado com os usuários do sistema.

Tal achado reveste-se de significado no processo de formação, uma vez que o engajamento do estudante no processo de trabalho do enfermeiro é de suma importância para que ele possa compreender o funcionamento do serviço, as ações ofertadas, a realidade do SUS e as necessidades de saúde da comunidade (PERES *et al.*, 2018).

Foram citadas nos depoimentos dos entrevistados algumas experiências potencializadoras para a vivência no SUS, como as visitas domiciliares e as atividades educativas, com destaque para a modalidade grupal, o que também evidencia-se na literatura (MADRUGA *et al.*, 2015). Ao situar suas experiências no sistema nota-se uma aproximação do estudante com o cenário da Atenção Primária à Saúde, o qual comumente lhe permite associar como o contexto fecundo para as vivências no SUS, o que foi também reportado na literatura (COELHO *et al.*, 2020).

Para além das atividades inscritas no currículo de graduação em enfermagem o estudante associa que a formação para/no SUS é viabilizada pela sua inserção em atividades extracurriculares, com ênfase para os projetos de extensão e de pesquisa. Isso vai ao encontro de projetos pedagógicos para os cursos de graduação em Enfermagem, que sinalizam a importância de programas de iniciação científica e de extensão, cursos, monitorias e estágios como estratégias de aprimoramento e apropriação do conhecimento pelo estudante (BRASIL, 2001).

A literatura aponta que as atividades de extensão e pesquisa – mencionadas pelos participantes – constituem de fato um importante papel no desenvolvimento crítico e reflexivo do discente e no desenvolvimento de competências fundamentais à atuação profissional no SUS, circunstanciado a uma articulação efetiva entre a instituição de ensino e os princípios e diretrizes do sistema de saúde (FRANÇA *et al.*, 2018). Esta relação ensino-serviço tem sido valorizada na contemporaneidade por meio de políticas pró-ensino que propõem aproximar o estudante do contexto do SUS.



Nesta perspectiva, estudo realizado na Universidade Federal da Paraíba analisou a contribuição do Programa de Educação para o Trabalho (PET) para a formação em saúde, ressaltando que a integração da universidade com os serviços de saúde favorece o conhecimento, as experiências e as expectativas dos estudantes no processo de ensino/aprendizagem no SUS (MADRUGA *et al.*, 2015).

Destarte, ainda que as políticas pró-ensino busquem estreitar cada vez mais os laços entre a universidade e o serviço de saúde, sabe-se que esta relação ainda é tensionada por contradições (PERES *et al.*, 2018), como também foi evidenciado no presente estudo. Estas são desencadeadas tanto no campo do ensino quanto no do serviço, e carecem ser equacionadas para que a formação profissional possa, de fato, atender às necessidades impostas pelo sistema de saúde na atualidade.

No que se refere à instituição formadora, apesar de os estudantes reconhecerem que a graduação é voltada para o contexto do SUS, visualizam por outro lado aspectos que ainda necessitam ser ajustados pelo ensino, no sentido de promover uma maior aderência deste à realidade inscrita no cotidiano do trabalho no SUS. Neste contexto, destacam a primazia de disciplinas que versam sobre um SUS teórico que, devido a não inserção do estudante na prática, agrega pouco significado à aprendizagem no/sobre o SUS. Tal distanciamento entre o ensino que se dá na teoria e o inscrito no cotidiano da prática é também reportado pela literatura (SORIANO; PERES; MARIN, 2015).

Por outro lado, existem também os dilemas desencadeados pelo serviço, que muitas vezes dificulta e/ou impossibilita que o estudante alie a teoria aprendida ao contexto dos serviços de saúde. Como aspecto que favorece a polaridade entre a ideologia e realidade do SUS demarcam os profissionais de saúde do sistema, que acabam por alimentar e reforçar tal distanciamento.

Para a consolidação do SUS torna-se fundamental que os profissionais nele inscritos acreditem e busquem efetivar os princípios que o norteiam. Esta tarefa, no entanto, não é considerada fácil. Na ótica da formação em saúde torna-se necessária a sensibilização de todos os atores envolvidos, bem como a construção de espaços para diálogo, construção/desconstrução e trocas. Isso se desdobrará em uma maior participação e corresponsabilização do serviço para com o ensino e deste para com o serviço, qualificando concomitantemente o processo formativo e os serviços públicos ofertados (PERES *et al.*, 2018; MADRUGA *et al.*, 2015; SORIANO, PERES, MARIN, 2015).



Serviços pouco implicados com o ensino na saúde trazem repercussões importantes para este, em especial nos contextos práticos, nos quais os profissionais se tornam referências para os estudantes. Experiências negativas neste contexto inviabilizam e/ou dificultam a vivência do acadêmico no SUS (MADRUGA *et al.*, 2015), o que fora evidenciado na presente investigação.

A literatura corrobora a percepção dos participantes da pesquisa, ao apontar que existe uma real dificuldade na efetiva articulação entre a rede de ensino e a rede SUS, destacando que as redes de serviço não oferecem as inovações propostas pela academia. Esta desarticulação dificulta o entendimento do discente acerca da função transformadora dos conhecimentos obtidos. Para ser efetivo, é necessário que o estudante consiga aplicar na prática o que lhe foi ensinado (FERNANDES *et al.*, 2013). Esta desarticulação emerge como uma contradição na perspectiva do estudante do presente estudo, uma vez que na academia lhe é apresentado o SUS idealizado, o qual não é por ele reconhecido no cotidiano do serviço. Este achado reflete parte dos dilemas e desafios enfrentados pelo SUS na contemporaneidade (MENDES, 2019).

Destaca-se, entretanto, que as dissonâncias encontradas na realidade do sistema pelo estudante, as quais muitas vezes se constituem desafios para a formação no SUS, o situam, por outro lado, com o desejo de construir um SUS diferente quando atuar como profissional do sistema. Os participantes denotam uma inquietude e não conformidade frente a algumas experiências que vivenciaram na graduação, as quais suscitaram nos mesmos a expectativa de construir uma identidade e prática profissional consoante com a defesa do SUS.

Tal achado reveste-se de maior importância ao se considerar o contexto atual de ampliação dos cursos de graduação na saúde, em que tal expansão não tem sido acompanhada de uma qualificação destes para atender às necessidades do SUS. Como desdobramento subsiste a dificuldade de encontrar profissionais que tenham perfil para trabalhar de forma efetiva nos serviços públicos de saúde (VIEIRA; MOYSES, 2017).

A realidade encontrada pelos estudantes da presente investigação sugere um perfil diferenciado do egresso do curso estudado, na medida em que ao se projetar no SUS o estudante se reconhece como um profissional que deseja fazer a diferença no sistema. Neste contexto, almeja construí-lo pautado em práticas que dialoguem com o previsto pela matriz ideológica do SUS.



Destaca-se neste contexto a importância que o estudante confere à participação dos usuários no SUS – como sujeitos ativos no processo de construção do sistema – esboçando o desejo de edificar esta participação em sua trajetória profissional. Tal expectativa é reportada pela literatura como de suma importância, na medida em que se pauta na dimensão política do cuidado, a ser desenvolvida pelo enfermeiro no cotidiano do SUS. Ao atuar nesta dimensão este profissional mediará a formação de sujeitos coletivos. Estes, conscientizados do direito à saúde e da possibilidade de participarem de espaços legitimados para a luta desse direito, poderão atuar efetivamente na gestão democrática do SUS (OLIVEIRA *et al.*, 2016), o que converge com o ideário dos estudantes da presente investigação.

Os achados deste estudo agregam valor ao conhecimento científico produzido ao campo do ensino na saúde, com ênfase para a formação do enfermeiro para o contexto do SUS. Os resultados permitem compreender como um determinado curso de graduação em enfermagem tem dialogado com a proposta de formar enfermeiros para atuar no sistema de saúde brasileiro. Tais achados apresentam como limitação o fato de expressarem uma dada realidade, inviabilizando assim a generalização dos resultados.

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente estudo permitiu compreender a interface entre o ensino de graduação e a formação voltada para o contexto do SUS sob a perspectiva de estudantes de graduação em Enfermagem. Os achados apontam que a graduação em enfermagem no cenário estudado tem avançado na direção de formar sujeitos para atuar no SUS, os quais vislumbram-se como defensores dos princípios e diretrizes do Sistema de Saúde Brasileiro quando estiverem inseridos nele como profissionais. Entretanto, evidencia-se que os dilemas do SUS configuram-se como um desafio a ser enfrentado pelas escolas formadoras, no sentido de equacionar a relação dissimétrica que ainda subsiste entre a teoria e a prática do/no SUS.

Isso reafirma a importância da homologação das novas DCNs para os cursos de graduação em Enfermagem e, em paralelo, a necessidade contínua de se redesenhar as matrizes curriculares dos cursos de graduação das escolas formadoras. Almeja-se que

tais ações possam factualmente alinhar as necessidades do SUS e as do processo de formação em saúde, orientando na formação de enfermeiros que se reconheçam e se projetem como construtores do SUS.

Nesta direção faz-se necessário potencializar o diálogo entre o ensino e o serviço, como componente curricular e extracurricular, a fim de que os atores envolvidos nestes campos promovam uma integração de seus conhecimentos e experiências, construindo pontes que possam se desdobrar em uma qualificação da assistência e do cuidado prestado aos usuários do sistema de saúde.

REFERÊNCIAS

- ADAMY, E.K.; TEIXEIRA, E. The quality of education in times of new National Curriculum Parameters. **Rev Bras Enferm**, v. 71, n. 4, p. 1570-1571, 2018. DOI: 10.1590/0034-7167-201871sup401.
- ANJOS, V.L.H. A redemocratização do Brasil e a política de saúde como uma de suas expressões. **Revista Direitos, Trabalhos e Política Social**, v. 5, n. 9, p. 10-35, 2019. Disponível em: <http://revista91.hospedagemdesites.ws/index.php/rdtps/article/view/189>.
- BARBOSA, A.C.S.; LUIZ, F.S.; FRIEDRICH, D.B.C.; PÜSCHEL, V.A.A.; FARAH, B.F.; CARBOGIM, F.C. Profile of nursing graduates: competencies and professional insertion. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, n. 27, e3205, 2019. DOI: 10.1590/1518-8345.3222.3205.
- BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. Lisboa: Edições 70, 2016.
- BORGES, Z.R.B. **Proposta de organização das fichas de atendimento em prontuários familiares no Posto de Saúde do Rufino, situado no município de Araci-BA** [Trabalho de Conclusão de Curso] [Internet]. Araci: Universidade Federal do Maranhão, 2016. Disponível em: <https://ares.unasus.gov.br/acervo/handle/ARES/7919>
- BRASIL. Ministério da Educação. Conselho Nacional de Educação. Resolução CNE/CES, nº.3, de 7 de novembro de 2001. Institui as Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Enfermagem. **Diário Oficial da União**, Brasília-DF: Conselho Nacional de Educação. 9 nov. 2001. Seção 1, p. 37.
- COELHO, M.G.M.; MACHADO, M.F.A.S.; BESSA, O.A.A.C.; NUTO, S.A.S. Atenção Primária à Saúde na perspectiva da formação do profissional médico. **Interface (Botucatu)**, n. 24, e190740, 2020. DOI: 10.1590/interface.190740.
- FERNANDES, J.D.; SILVA, R.M.O.; TEIXEIRA, G.A.; FLORENCIO, R.M.S.; SILVA, L.S.; REBOUÇAS, L.C.C. Aderência dos cursos de graduação em enfermagem às



diretrizes curriculares nacionais na perspectiva do sistema único de saúde. **Esc Anna Nery**, v. 17, n. 1, p. 82-89, 2013. DOI: 10.1590/S1414-81452013000100012.

FRANÇA, T.; MAGNAGO, C.; SANTOS, M.R.; BELISÁRIO, S.A.; SILVA, C.B.G. PET-Saúde/GraduaSUS: retrospectiva, diferenciais e panorama de distribuição dos projetos. **Saúde Debate**, v. 42, supl. 2, p. 286-301, 2018. DOI: 10.1590/0103-11042018s220.

LEAL, L.A.; SOARES, M.I.; SILVA, B.R.; BERNARDES, A.; CAMELO, S.H.H. Clinical and management skills for hospital nurses: perspective of nursing university students. **Rev Bras Enferm**, v. 71, supl. 4, p. 1514-1521, 2018. DOI: 10.1590/0034-7167-2017-0452.

MADRUGA, L.M.S.; RIBEIRO, K.S.Q.S.; FREITAS, C.H.M.; PÉREZ, I.A.B.; PESSOA, T.R.R.F.; BRITO, G.E.G. O PET-Saúde da Família e a formação de profissionais da saúde: uma percepção de estudantes. **Interface(Botucatu)**, v. 19, supl. 1, p. 805-816, 2015. DOI: 10.1590/1807-57622014.0161.

MAKUCH, D.M.V.; ZAGONEL, I.P.S. Pedagogical approach in the implementation of curriculum programs in nurse training. **Esc Anna Nery**, v. 21, n. 4, e20170025, 2017. DOI: 10.1590/2177-9465-ean-2017-0025

MARRAN, A.L.; LIMA, P.G.; BAGNATO, M.H.S. As políticas educacionais e o estágio curricular supervisionado no curso de graduação em enfermagem. **Trab. Educ. Saúde**, v. 13, n. 1, p. 89-108, 2015. DOI: 10.1590/1981-7746-sip00025.

MENDES, E.V. **Desafios do SUS**. Brasília: CONASS, 2019. Disponível em: <http://www.conass.org.br/biblioteca/desafios-do-sus/>

MINAYO, M.C.S. Amostragem e saturação em pesquisa qualitativa: consensos e controvérsias. **Rev Pesquisa Qualitativa**, v. 5, n. 7, p. 1-12, 2017. Disponível em: <https://editora.sepq.org.br/index.php/rpq/article/view/82/59>.

MINAYO, M.C.S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. Hucitec-Abrasco: São Paulo, 2010.

OLIVEIRA, D.M.; DEUS, N.C.P.; CAÇADOR, B.S.; SILVA, E.A.; GARCIA, P.P.C.; JESUS, M.C.P.; et al. Nurses' knowledge and practice on social participation in health. **Rev Bras Enferm**, v. 69, n. 3, p. 421-427, 2016. DOI: 10.1590/0034-7167.2016690302i.

PADOVANI, O.; CORRÊA, A.K. Currículo e formação de enfermeiros: desafios das universidades na atualidade. **Sau. & Transf. Soc**, v. 8, n. 2, p. 112-119, 2017. Disponível em: <http://incubadora.periodicos.ufsc.br/index.php/saudeetransformacao/article/view/3841/4990>.

PERES, C.R.F.B.; MARIN, M.J.S.; SORIANO, E.C.I.; FERREIRA, M.L.S.M. Um olhar dialético para as mudanças curriculares na formação do enfermeiro. **Rev Esc Enferm USP**, n. 52, e03397, 2018. DOI: 10.1590/s1980-220x2017038003397.

SILVA, M.P.; PARAISO, M.A. Um currículo na integração ensino-serviço do programa mais médicos e possíveis efeitos culturais. **Trab. educ. saúde**, v. 17, n. 3, e0022454, 2019. DOI: 10.1590/1981-7746-sol00224.

SILVA, J.S.; SOUSA, E.M.; FREITAS, C.L. Formação em enfermagem: interface entre as diretrizes curriculares e os conteúdos da Atenção Básica. **Rev. Bras. Enferm**, v. 64, n. 2, p. 315-321, 2011. DOI: 10.1590/S0034-71672011000200015.

SORIANO, E.C.I.; PERES, C.R.F.B.; MARIN, M.J.S. Os cursos de enfermagem frente às diretrizes curriculares nacionais: revisão integrativa. **Rev enferm UFPE online**, v. 9, supl. 3, p. 7702-7709, 2015. DOI: 10.5205/reuol.7049-61452-1-ED.0903supl201525.

TEIXEIRA, E. Em tempos de novas diretrizes curriculares nacionais (DCN) para o curso de graduação em enfermagem. **Rev Enferm UFSM**, v. 7, n. 2, p. iii-iv, 2017. DOI: 0.5902/2179769226840.

VIEIRA, A.L.S.; MOYSES, N.M.N. Trajetória da graduação das catorze profissões de saúde no Brasil. **Saúde Debate**, v. 41, n. 113, p. 401-414, 2017. DOI: 10.1590/0103-11042017111305.

WINTERS, J.R.F.; PRADO, M.L.; HEIDEMANN, I.T.S.B. Nursing education oriented to the principles of the Unified Health System: perception of graduates. **Esc Anna Nery**, v. 20, n. 2, p. 248-253, 2016. DOI: 10.5935/1414-8145.20160033.

CONHECENDO O TERRITÓRIO E OS DETERMINANTES SOCIAIS DA SAÚDE: UM RELATO DE EXPERIÊNCIA DE INGRESSANTES NO CURSO DE ENFERMAGEM

KNOWING THE TERRITORY AND THE SOCIAL HEALTH DETERMINANTS: AN EXPERIENCE REPORT FROM NEW STUDENT NURSES

DOI: 10.51859/AMPLLA.PPE2159-36

Cláudio Felipe de Oliveira ¹
 Júlia Monteiro de Moraes ²
 João Victor da Silva Santos ³
 Layana de Freitas Silva ⁴
 Bonno Pina Olmedilha ⁵
 Beatriz Santana Caçador ⁶

¹ Graduando do curso de Enfermagem. Universidade Federal de Viçosa – UFV

² Graduando do curso de Enfermagem. Universidade Federal de Viçosa – UFV

³ Graduando do curso de Enfermagem. Universidade Federal de Viçosa – UFV

⁴ Graduando do curso de Enfermagem. Universidade Federal de Viçosa – UFV

⁵ Graduando do curso de Enfermagem. Universidade Federal de Viçosa – UFV

⁶ Professora Adjunta do Departamento de Medicina e Enfermagem. Universidade Federal de Viçosa – UFV

RESUMO

O presente artigo tem como objetivo relatar a experiência de ingressos no curso de Enfermagem da Universidade Federal de Viçosa ao conhecerem um território e seus determinantes sociais da saúde. Para isso, vale salientar que os estudantes tiveram aulas prévias sobre o conteúdo de Território e que, a contar dessa prática vivida, tornaram-se aptos a visualizar, na íntegra, como o território é de extrema importância dentro do processo saúde-doença. Além disso, foram capazes de constatar a necessidade do enfermeiro em conhecer seu espaço geográfico para, a partir disso, traçar planos para delimitar as áreas abrangidas pelos seus serviços, conhecer todos os aspectos que envolvem o Território, sejam eles fixos ou móveis, e, assim, traçar métodos para a promoção/prevenção de saúde e desenvolvimento do território como um todo. Ademais, torna-se imperioso ressaltar que a prática consistiu em uma visita à Unidade Básica de Saúde, localizada no Bairro Barrinha em Viçosa-MG, além de uma caminhada pelo território que é assistido por essa unidade. Nesse contexto, foi possível visualizar estruturas físicas, entender quais são as vulnerabilidades e potencialidades do território, além de conhecer um pouco sobre o perfil da sociedade que ocupa aquele espaço e, dessa forma, buscar compreender as

estratégias de saúde adotadas pela UBS para prestar assistência para aquela determinada população.

Palavras-chave: Território. Subjetividade. Saúde. Integralidade. Experiências.

ABSTRACT

This article aims to report the experience of new students of the nursing course at the Federal University of Viçosa, when getting to know a territory and its social determinants of health. For this project, the students had previous classes about Territory, and with this experience, they were able to realize how the territory is extremely important to be health and safe, and the importance of knowing the area they will act, to be more helpful and oblinging. Moreover, it is extremely important to say that this report is a result from a visit at a health center, located in Barrinha, a borough from Viçosa-MG, besides a walk through the present territory. In this case, they were able to visualize and understand his vulnerabilities and qualities, and also recognize the profile of the people who lives there, so they can comprehend the strategy adopted by the health center to care of the population.

Keywords: Territory. Subjectivity. Health. Integrity. Experiences.



1. INTRODUÇÃO

O efetivo aprendizado das competências e habilidades de enfermagem, para a formação de um profissional crítico, reflexivo e socialmente engajado com as necessidades de saúde da população, depende da integração de vivências práticas desde o início do processo de formação com a supervisão de um professor, orientador ou preceptor (BENITO et al., 2012). Sabendo disso, a formulação da disciplina denominada “Enfermagem, Saúde e Sociedade”, da graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Viçosa, alinhou os conhecimentos técnicos teóricos aos conhecimentos técnicos práticos já no primeiro semestre de aprendizagem.

Arelado a isso, visitas em espaços nos quais a enfermagem atua garante que estudantes do curso de enfermagem sejam estimulados a produzirem aprendizagem significativa no processo de formação. Além disso, o contato com a realidade dos serviços de saúde públicos e com as histórias reais dos trabalhadores de saúde estimulam o graduando a refletir e expressar sua subjetividade nas vivências práticas. Assim, espera-se proporcionar o desenvolvimento de um olhar crítico, o qual é capaz de integrar o estudante na realidade da profissão e direcionar a aplicação de conhecimentos (PEIXOTO e PEIXOTO, 2016). Desse modo, as estratégias pedagógicas da disciplina pretendem desenvolver a percepção analítica objetiva de uma realidade territorial, ancorada em referenciais teóricos, experiências de vida do estudante e as emoções que atravessam todo este processo.

Tais premissas formativas encontram consonância com os fundamentos das práticas de cuidado que se pretendem humanizadas e centradas nas reais necessidades dos sujeitos (ALVES et al., 2011).

Adicionado a tudo isso, a Enfermagem apresenta-se, em seu campo teórico, como uma área interdisciplinar, haja vista que integra conceitos de inúmeros campos de formação, até mesmo fora do âmbito da saúde e das ciências biológicas. Relacionado a isso, a aplicação do conceito de território, no dia a dia de um(a) enfermeiro(a), auxilia o(a) profissional a identificar fatores intimamente ligados ao processo saúde-doença, presentes no contexto material e imaterial no qual está submetido um indivíduo que demanda assistência à saúde. Outrossim, de acordo com Milton Santos (1988, 28), o



território nada mais é que um conjunto de fluxos e fixos, os quais são testemunhas do desenvolvimento histórico de um espaço. O conceito de fluxos baseia-se em todo tipo de movimentação, seja de pessoas, mercadorias, ideias. Por outro lado, os fixos remetem aos bens materiais imóveis, que apresentam presença prolongada em um cenário social. Entretanto, quando o termo é utilizado na enfermagem, é observada a integração de parâmetros emotivos na relação entre o ser humano e o território onde habita, sendo um lugar no qual é estabelecido laços de afeto e emoções, estruturados a partir de simbologias subjetivas, o que produz memórias e o sentimento de pertencimento a esse espaço (PENNA, 2006).

Também, o olhar subjetivo, o qual será determinante para a apresentação do território abordado, demonstrará o quão determinados estão os discentes de enfermagem a seguirem em uma área na qual é fundamental estar conectado com o ambiente onde é oferecido os serviços profissionais, bem como as singularidades de um ambiente deslocado da região central da cidade de Viçosa. Ademais, reconhecer as potencialidades do território, assim como seus desafios é imprescindível para o engajamento estudantil no que se refere à tentativa de interferir e transformar as determinações territoriais as quais, porventura, desestabilizam a prestação plena dos serviços de saúde e de enfermagem, bem como ampliam a demanda por auxílio em Unidades Básicas de Saúde em decorrência da falta de métodos de conscientização e de participação do poder público.

2. METODOLOGIA

Trata-se de um relato de experiência referente a uma vivência prática, cujo objetivo foi conhecer o território considerando os determinantes sociais da saúde. Este estudo pôde ser elaborado com fundamento na visita prática de docente e discentes à Unidade Básica de Saúde São José, no dia 25 de fevereiro de 2022. Tal experiência faz parte da aula temática “Conhecendo o território com estagiários”, ministrada a partir da disciplina prática de Enfermagem, Saúde e Sociedade I (EFG 120). Inicialmente, os estudantes foram divididos em 10 grupos com 5 estudantes cada, sendo que cada um foi instruído por um estagiário do próprio curso. Cada grupo conheceu um território



diferente, mas seguiram o mesmo roteiro orientador a fim de balizar o olhar para a buscar e identificação dos determinantes sociais da saúde nos diferentes territórios.

Importa ressaltar que a disciplina EFG 120 é de natureza teórico-prática, ofertada no primeiro período do curso de Enfermagem com o intuito de “refletir sobre a Enfermagem como profissão, disciplina, trabalho e prática social; e conhecer o conceito ampliado de território e sua relação com a saúde” (Programa Analítico de Disciplina). Entretanto, devido à pandemia do coronavírus, a matéria foi reestruturada, compondo-se de aulas teóricas lecionadas no primeiro semestre de formação de forma on-line, para que fosse possível realizar o componente prático presencialmente no segundo. Assim, no dia 25 de fevereiro, o grupo de autores deste trabalho caminhou pelas ruas do bairro onde se localiza a UBS, para examinar a área que limita a Unidade.

3. RESULTADOS E DISCUSSÕES

Segundo Milton Santos (1988,28), o território transcende a sua dimensão geográfica, sendo vivo e dinâmico. Para o autor, o território é constituído por um conjunto de aspectos fixos e fluxos. Nesse viés, os fixos seriam os acervos materiais presentes naquele lugar (casas, prédios, ruas e afins [Figura 1]) e os fluxos, todas as coisas que circulam, como pessoas, mercadorias, animais, etc. Nesse cenário, vale salientar que o território se torna um lugar quando os fluxos que ali habitam começam a criar histórias e a depositar emoções pessoais e coletivas. É imperioso ressaltar, ademais, que o território é algo vivo e que, por isso, deve ser tratado de forma integralizada, assim como as pessoas que ali vivem.

Neste relato de experiência, apresentamos as imagens dos aspectos fixos existentes no território que foi palco de nossa experiência e nossas reflexões sobre os fluxos foram baseados no nosso caminhar pelo território e pela apresentação do mesmo pelos estagiários.

Figura 1 - Residências localizadas ao redor da UBS



Fonte: Autoria própria.

Dessa forma, quando se trata do papel do enfermeiro frente às questões territoriais, é inegável que este profissional precisa conhecer o espaço que irá prestar assistência. Esse processo de conhecimento é extremamente amplo e requer competências e arcabouço teórico para conseguir perceber as partes que compõem o todo. Então, cabe a esses profissionais conhecerem os aspectos físicos compreendidos entre as potencialidades e vulnerabilidades daquele lugar. Outrossim, é preciso conhecer as pessoas, seus perfis epidemiológicos, socioeconômicos e culturais e, a partir desse conjunto de informações, traçar planejamentos para melhor prestar assistência aos moradores desse território, visando sempre como ou quanto a área acaba por influenciar no processo saúde-doença.

Aliado a esses levantamentos, cabe destacar a importância existente em entender o adoecimento de uma pessoa como sendo um fenômeno coletivo. Com base nas escritas de Milton Santos, é fácil perceber que, dentro de um território, os motivos que levaram uma pessoa a adoecer pode, mais tarde, ser o fator do surgimento de enfermidades nos outros moradores e é justamente desse ponto de vista que surge a urgência por olhares coletivos, holísticos e integralizados por parte do enfermeiro. Sendo assim, conhecer a progressão clínica de um paciente, bem como a sua gênese, pode representar um papel de destaque no que tange a prevenção de saúde pelos profissionais da UBS dentro de um território singular.

Para que o conceito de território despertasse a curiosidade e o comprometimento dos estudantes, uma visita à Unidade Básica de Saúde São José, da

cidade de Viçosa, foi integrada na parte prática na disciplina de Enfermagem, Saúde e Sociedade. Nesse evento, foi disponibilizado, aos discentes, um roteiro de estudos o qual direcionava a análise subjetiva dos graduandos quanto aos determinantes territoriais no local a ser visitado, bem como o cenário epidemiológico. Ainda, para a absoluta compreensão e evolução da habilidade de reconhecer potencialidades e desafios no contexto físico e psicológico, os alunos contaram com a orientação e explicação de um estagiário do mesmo curso no qual encontravam-se os visitantes. Logo, a atividade prática proporcionou, além do progresso do olhar pessoal, convergência de percepções de quem está entrando e de quem está saindo do processo de formação.

Durante a visita na UBS de Barrinha e ao longo do desenvolvimento da atividade, os alunos foram recebidos e orientados por estagiários de enfermagem, que atuaram não somente como guias e instrutores, mas também como professores. Adicionado a isso, tais estudantes os quais estão finalizando a graduação serviram de inspiração para os alunos que estavam presentes, ao explanar a respeito dos pontos positivos e das dificuldades enfrentadas diariamente na UBS e na região, sempre exaltando seu amor à profissão e sua vontade de estar ali. Ao decorrer do dia, os orientadores da atividade foram muito claros com os estudantes em suas palavras, demonstrando seus sentimentos e pensamentos diante de algumas situações recorrentes no dia a dia, trazendo uma visão muito sólida sobre o papel do profissional de enfermagem.

Ao visitar a UBS, a equipe pôde entender um pouco da logística de funcionamento de cada espaço, inclusive, dos que não são idealmente ocupados. A exemplo disso, pode-se citar: sala de apoio que foi redirecionada para realizar eletrocardiograma; lavanderia que foi reformulada para almoxarifado (Figura 2); sala de apoio da lavanderia que foi transformada em sala para o NASF (para promoção de terapia e fisioterapia); sala de esterilização (Figura 3) que não é utilizada com tal finalidade (sendo que essa função é efetuada na sala de curativos [Figura 4]). Além disso, há equipamentos fundamentais que não funcionam em razão da falta de infraestrutura, como a pia que não possui encanamento e a cuba para lavagem de pés, sendo que a instalação desta não foi concluída. Existem alguns materiais que faltam durante algumas semanas, por exemplo, o álcool líquido e a cobertura para lesão por pressão, prejudicando o atendimento de qualidade. Por outro lado, por entender-se como uma



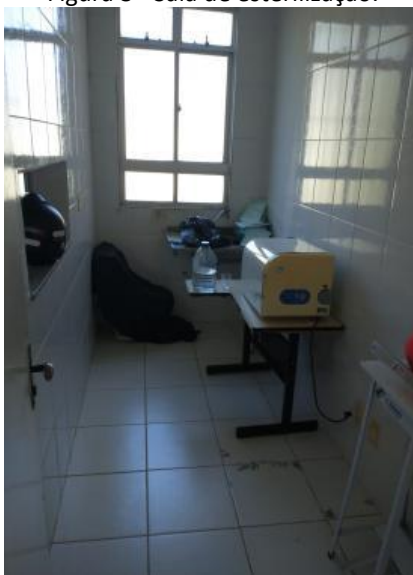
unidade padrão, que foi construída para ofertar os serviços que oferecem atualmente, situa-se bem localizada e centralizada entre a população adstrita, segundo as orientações do plano diretor, o que facilita o acesso da comunidade. Entretanto, por abranger uma área muito grande, certos clientes ficam relativamente distantes da Unidade.

Figura 2- Almojarifado



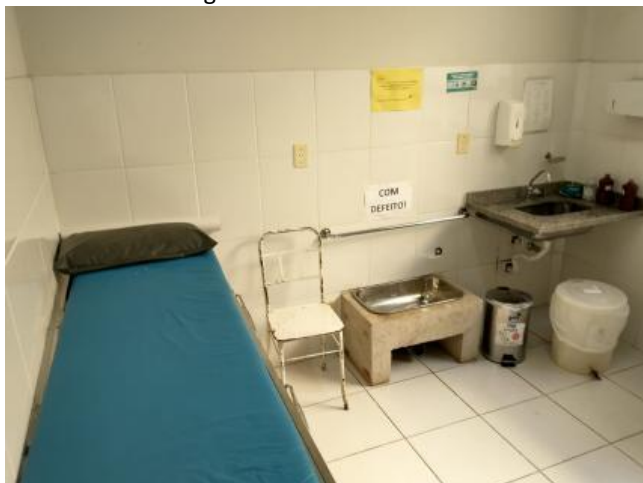
Fonte: Autoria própria.

Figura 3 - Sala de esterilização.



Fonte: Autoria própria.

Figura 4 - Sala de curativos



Fonte: Autoria própria.

A respeito do público-alvo atendido na UBS, pode-se relatar que muitos são envolvidos pela vulnerabilidade, seja econômica, social, escolar, territorial ou juvenil. Isso acontece porque, nos bairros atendidos (Cidade Nova, São José e Barrinha), há diversos indivíduos que não possuem capacidade de resposta a desastres ambientais, como enchentes, deslizamentos e alagamentos, que são fenômenos recorrentes na região (JATOBÁ, 2011); a maioria não apresenta altos índices de escolaridade; são pessoas marginalizadas no que se refere aos centros urbanos, podendo manifestar mais dificuldades para garantir seus direitos.

Devido à grande presença de tradições culturais, diversos clientes relatam utilizar plantas medicinais e implementar outros costumes para tratar doenças ao invés de procurar atendimento com um profissional de saúde. O estagiário mencionou, inclusive, que muitas vezes as lideranças religiosas da região são mais respeitadas do que os funcionários da saúde.

Tal território pode ser utilizado para coibir a resistência de algumas pessoas de serem assistidas a partir de procedimentos de saúde, bem como de procurarem ajuda especializada. Nesse sentido, algumas particularidades podem ser ressaltadas, como a presença de uma clínica de reabilitação para mulheres dependentes químicas, de um abrigo de crianças e uma escola municipal, locais que podem ser empregados para operar campanhas de conscientização e educação em saúde, as quais podem desenrolar-se, também, na academia de saúde (Figura 5) próxima à UBS São José, que, lamentavelmente, carece de cuidados.

Figura 5 - Academia de saúde.



Fonte: Autoria própria.

Dentro da prática vivenciada, uma das partes da visita embasou-se em uma caminhada pelas áreas próximas à UBS, com o objetivo absorver conhecimento sobre o território físico ao redor e entender como esse ambiente influencia diretamente na assistência e promoção de saúde no espaço percorrido. Durante o trajeto, um dos pontos que mais marcou foi a estrutura dos asfaltos e o quanto ela reduzia a acessibilidade à Unidade. Cabe dizer que eram asfaltos bem quebrados e mal planejados, com ruas mal traçadas e uma quantidade gritante de pedras e barro (Figura 6), além do alto risco de acidentes entre veículos e pessoas, visto que há uma rodovia com tráfego de veículos pesados próxima às residências.

Figura 6 - Condição do asfalto.



Fonte: Autoria própria.

Nessa perspectiva, foi interessante ver que o trajeto em que os pacientes percorrem para ter acesso ao atendimento possui grande importância na prestação da assistência. Porém, na região visualizada, esse percurso foi considerado um fator de

vulnerabilidade do território. Outrossim, uma ampla parte das pessoas que são assistidas pela UBS em questão vivem em áreas rurais as quais, em períodos chuvosos, ficam ilhadas, dado que certas estradas tornam-se totalmente inviáveis para a passagem dos pacientes e, até mesmo, dos profissionais com a intenção de prestar a assistência a domicílio.

Somado a tais fatores, é passível de ser dito que, no território ao redor, existe uma grande quantidade de lotes abandonados, o que pode aumentar os níveis de endemias, como a dengue, afetando a saúde da população da cidade inteira. Ademais, no que tange à qualidade de vida da população, mais especificamente, no acesso a transportes, à coleta de lixo, ao acesso à água potável e à segurança física e social, a região se mostrou com dificuldades na organização de horários para os ônibus e na prestação de serviços que garantem a segurança pública, como rondas e a existência de unidades policiais. Em contrapartida, o descarte e a coleta de resíduos ocorrem adequadamente, assim como a distribuição de água, por meio de encanamentos de origem pública. No que se refere à presença de situações que possam levar a insegurança social, como tráfico de drogas e prostituição, tais ocorrências não foram relatadas nem vistas, o que demonstra a baixa possibilidade de envolvimento da população com essas condições. Dentro desses caracteres, cabe dizer que é papel do enfermeiro conhecer o espaço físico e entender como ele afeta a saúde dos moradores e o quanto dificulta na prestação de seus serviços. Ademais, esses profissionais precisam buscar a eliminação de algumas vulnerabilidades e aproveitar das potencialidades daquele território, visto que medidas alternativas podem e devem ser ministradas para ampliar a garantia de saúde no local.

A visita, também, contou com a apresentação de dados epidemiológicos, os quais são indispensáveis para analisar o perfil dos usuários os quais frequentam e dependem da UBS. A partir de tais informações, foi relatado que o serviço de saúde consegue desenvolver formas de melhor atender o coletivo social, bem como estipular a quantidade de bens materiais que são empregados nos serviços de saúde, como kits direcionados para a realização de exames preventivos femininos. Os conteúdos informativos foram extraídos do e-SUS, plataforma virtual governamental a qual baseia-se na informatização de dados relacionados à saúde dos brasileiros. O relatório, confeccionado pela ferramenta virtual, constatou que a UBS em questão auxilia, no



total, 1.813 pessoas, sendo 938 homens e 875 mulheres. A partir disso, chega-se à conclusão de que tal instituição pública de saúde apresenta destaque na prestação de serviços para a população masculina, a qual requer maior atenção nas políticas públicas de saúde, principalmente aquelas que tratam de prevenção de doenças e tratamentos diante de adversidades clínicas. Ainda, o território conta com 403 jovens (de 0 a 19 anos), 1081 adultos (de 20 a 59 anos) e 329 idosos (a partir de 60 anos). Desses, 73 apresentam algum tipo de deficiência, sendo que 6 são auditivas, 15 físicas, 15 intelectuais e cognitivas, 32 visuais e 9 outras não classificadas pelo documento.

Ademais, 3 indivíduos estão acamados; nenhum cidadão apresenta hanseníase; 1 possui tuberculose; 4 estão domiciliados; 127 são fumantes; 14 mulheres são gestantes; 104 pessoas fazem uso de álcool; 8 fazem uso de drogas; 80 convivem com diabetes; 287 são hipertensos; 9 têm ou teve câncer; 4 contam com Práticas Integrativas e Complementares; 9 tiveram acidente vascular cerebral; 141 tiveram diagnóstico de algum problema de saúde mental por profissional de saúde; 1 já teve infarto; 13 foram internados nos últimos 12 meses (tendo por base o dia 15/02/2022) e 181 utilizam plantas medicinais. Ainda, 25 pessoas apresentam problemas respiratórios, sendo 11 asmáticas; 26 possuem doença cardíaca, sendo 5 em decorrência de insuficiência cardíaca e 19 apresentam problemas renais, sendo 5 por insuficiência renal. Ademais, nenhuma pessoa encontra-se em situação de rua, 4 estão abaixo do peso, 322 apresentam peso adequado, 51 estão acima do peso e, infelizmente, a condição do peso de 1.436 figuras não foi informada. Essas informações demonstram a relevância de se conhecer o público atendido, para que seja viável planejar e disponibilizar um atendimento regido pela equidade.

Por fim, no território em análise, foi possível constatar um pouco do perfil socioeconômico da população assistida. Sendo assim, mediante a experiência de percorrer o território e conhecer de perto sua realidade viva, percebe-se que as pessoas que procuram a unidade são menos favorecidas economicamente de modo que sua produção social de saúde é afetada por tal vulnerabilidade. Ademais, destaca-se que no território existem apenas duas escolas no local, de ensino fundamental, o que contribui para a grande quantidade de pessoas que não conseguem da continuidade ao percurso escolar, o que mobiliza um olhar sensível da equipe de saúde em relação a esta característica da população.



4. CONSIDERAÇÕES FINAIS

No Sistema Único de Saúde, entende-se por integralidade a assistência que garante ao indivíduo um atendimento amplo das suas necessidades, considerando todo o seu contexto social. Dessa forma, entender o território é compreender um dos aspectos que influenciam na saúde e, dessa forma, contribuir para que o cuidado seja produzido, a partir da relação entre o paciente e o espaço em que ele vive. Na experiência de visita à Unidade Básica de Saúde São José, a relação entre o território e o acesso à saúde é evidente, pois os desafios enfrentados na região, como a ausência de ação do poder público, resultam na falta de infraestrutura adequada; na inexistência de preocupação com a acessibilidade; na ausência de instituições de ensino e de lazer; além do agravamento dos imbrólios atrelados à distância das casas ao centro urbano e à própria UBS, posto que tal dificuldade espacial não é suprimida por políticas públicas de transporte eficientes.

Sendo assim, essas condições territoriais propiciam a vulnerabilidade dos moradores e a dificuldade de entrada e cadastro na rede de atenção à saúde que faz a cobertura da área. Isso é perceptível a partir da análise dos dados coletados no sistema e-SUS, que informatiza as características e condições dos usuários e que evidenciou, por exemplo, um grande número de moradores da região que fazem uso da medicina alternativa. Nesse contexto, tal situação é coerente ao que foi explicitado pelo estagiário, que relatou que as dificuldades de acesso à unidade e a forte influência de lideranças religiosas contribuem para que a população busque a saúde em conhecimentos religiosos e culturais, negligenciando a UBS. Em contrapartida, apesar dos empecilhos espalhados pelo território, as suas potencialidades podem ser aproveitadas, visando a promoção, a prevenção e a restauração da saúde. A presença da Unidade São José mostra-se como um potencial, uma vez que é uma instituição padrão, o que garante que ela siga os objetivos e as metas do plano diretor e do SUS.

Além disso, a região é contemplada pela ausência aparente de situações sociais graves, como o tráfico de drogas e a prostituição, o que torna o ambiente mais seguro aos moradores e aos profissionais da saúde, bem como é passível de ação dos agentes comunitários e da assistência social. Sendo assim, contornando-se os desafios impostos pelo ambiente à população, por meio de uma atuação profissional pautada na prática



social que vise mudanças na realidade do paciente, e, aproveitando-se das potencialidades que o contexto exhibe, o alcance dessa unidade, bem como de outras da atenção primária, seria amplificado. Dessa forma, adaptando a relação entre o território e a saúde, a geração de consequências positivas na vida dos indivíduos e a prestação de serviços pautados na integralidade tornam-se uma realidade.

AGRADECIMENTOS

Toda equipe editora do artigo agradece imensamente a integração ensino-serviço e a parceria entre a secretaria municipal de saúde e a universidade por meio da qual é possível produzir reflexões teóricas ancoradas na realidade do SUS. Cabe ainda agradecer aos estagiários João Vitor Castro e Mirele Pires, alunos da UFV, pela apresentação do território e da Unidade Básica de Saúde visitada.

REFERÊNCIAS

- ALVES, Selda Gomes de Sousa et al. Aproximação à subjetividade de enfermeiros com a vida: afetividade e satisfação em foco. **Escola Anna Nery**, v. 15, p. 511-517, 2011.
- BARROS, Aidil Jesus da Silveira; LEHFELD, Neide Aparecida de Souza. **Fundamentos de Metodologia Científica**. 3. ed. São Paulo: Pearson Prentice Hall, 2014.
- BENITO, Gladys Amelia Vélez et al. Desenvolvimento de competências gerais durante o estágio supervisionado. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 65, n. 1, p. 172-178, 2012.
- GOMES, Sarah Leite; COSTA-PINTO, Alessandra Buonavoglia; BARRETO, Paula Peixoto Messias. Educação ambiental no processo de territorialização em saúde:: apresentação de um método utilizado. **Saúde debate**, Rio de Janeiro, v. 43, ed. especial 5, p. 218/231, Dez 2019. DOI <https://doi.org/10.1590/0103-11042019S518>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sdeb/a/CjHnDR3yKCKvr8rzfDTHFys/?anformat=pdf&lang=pt>. Acesso em: 3 mar. 2022.
- JATOBÁ, Sérgio Ulisses Silva. Urbanização, meio ambiente e vulnerabilidade social. **Ipea: Boletim regional, urbano e ambiental**, Brasília, p. 141-148, 5 jun. 2011. Disponível em: http://repositorio.ipea.gov.br/bitstream/11058/5567/1/BRU_n05_urbanizacao.pdf. Acesso em: 3 mar. 2022.



JUSTO, Larissa Galas et al. A territorialização na Atenção Básica: um relato de experiência na formação médica. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, [S. l.], v. 21, p. 1345-1354, 2017. DOI <https://doi.org/10.1590/1807-57622016.0512>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/icse/a/G4rRVvny64R7HM9zfHkHQcc/abstract/?lang=pt#>. Acesso em: 3 mar. 2022.

PEIXOTO, Tiago André; PEIXOTO, Nuno Miguel. Pensamento crítico dos estudantes de enfermagem em ensino clínico: uma revisão integrativa. **Revista de Enfermagem Referência**, v. 4, n. 13, p. 125-138, 2017.

PENNA, Claudia Maria de Mattos. Realidade e imaginário no processo de viver de moradores em um distrito brasileiro. **Texto & Contexto-Enfermagem**, v. 16, p. 80-88, 2007.

UNIVERSIDADE FEDERAL DE VIÇOSA - UFV. **Programa Analítico de Disciplina: EFG 120 - Enfermagem, Saúde e Sociedade I**. Pró-Reitoria de Ensino, Departamento de Medicina e Enfermagem - Centro de Ciências Biológicas e da Saúde, p. 1-4, 2021. Disponível em: <https://www3.dti.ufv.br/dti/catalogo/programa-analitico/34547>. Acesso em: 3 mar. 2022

OS DESAFIOS DA GESTÃO DO SUS SOB A ÓTICA DOS GESTORES MUNICIPAIS DE SAÚDE DE UMA MICRORREGIÃO DE MINAS GERAIS

THE CHALLENGES OF SUS MANAGEMENT FROM THE PERSPECTIVE OF MUNICIPAL HEALTH MANAGERS IN A MICROREGION OF MINAS GERAIS

DOI: 10.51859/AMPLA.PPE2159-37

Amanda Morais Polati ¹

Vanessa de Souza Amaral ²

Edilaine Lopes de Freitas ³

Clayver Viktor Moreira de Azevedo ⁴

Tiago Ricardo Moreira ⁵

Deíse Moura de Oliveira ⁶

¹ Enfermeira. Instituto Capixaba de Ensino, Pesquisa e Inovação em Saúde (ICEPi). Vitória- Espírito Santo, Brasil.

² Enfermeira. Prefeitura Municipal de Ponte Nova- Minas Gerais e Docente na Escola de Medicina da Faculdade Dinâmica do Vale do Piranga (FADIP)- Minas Gerais, Brasil.

³ Nutricionista. Mestre em Ciências da Saúde pela Universidade Federal de Viçosa- Minas Gerais, Brasil.

⁴ Graduando em Enfermagem. Universidade Federal de Viçosa- Minas Gerais, Brasil.

⁵ Enfermeiro. Professor Adjunto no Departamento de Medicina e Enfermagem da Universidade Federal de Viçosa- Minas Gerais, Brasil.

⁶ Enfermeira. Professora Adjunta no Departamento de Medicina e Enfermagem da Universidade Federal de Viçosa- Minas Gerais, Brasil.

RESUMO

Objetivo: compreender os desafios inscritos na gestão do SUS sob a perspectiva dos gestores municipais de saúde de uma microrregião de saúde de Minas Gerais. **Métodos:** pesquisa qualitativa, descritiva-exploratória, com gestores municipais de saúde de uma microrregião de Minas Gerais. A coleta de dados ocorreu entre junho e dezembro de 2016, por meio de um roteiro de entrevista com questões abertas. Os dados foram analisados por meio da técnica de análise de conteúdo e em consonância com a literatura pertinente à temática. **Resultados:** os gestores afirmam que um dos maiores desafios inscritos na gestão municipal da saúde refere-se ao subfinanciamento e, em contraponto, à cobrança dos entes estadual e federal para o cumprimento de ações que cabem ao ente municipal custear. O repasse inadequado dos recursos financeiros ocasionam sobrecarga ao

ente municipal, desdobrando-se na ineficiência de serviços ofertados e em desafios no âmbito da gestão dos recursos humanos. A autonomia regulada dos gestores também é um dificultador, impossibilitando aos gestores deliberarem sobre o uso dos recursos disponíveis, ficando tal autonomia comumente centrada no prefeito do município. **Conclusão:** o presente estudo apontou que os desafios enfrentados pelos gestores municipais de saúde da microrregião estudada dificultam a operacionalização efetiva do SUS, o que reflete diretamente na assistência aos usuários. Tais resultados retrataram um contexto divergente dos objetivos da descentralização, sinalizando a necessidade de uma análise e revisão mais profunda acerca de como esta vem sendo operacionalizada no país, em especial no lócus municipal.

Palavras-chave: Saúde Pública. Sistema Único de Saúde. Gestão em Saúde. Pesquisa Qualitativa.

ABSTRACT

Objective: the objective of this study was to comprehend the challenges within the Brazilian Unified Health System (SUS) management from the perspective of municipal health managers of a health microregion of Minas Gerais. **Methods:** an exploratory-descriptive qualitative research was conducted with municipal health managers from a microregion of Minas Gerais. The data was collected between June and December of 2016 using an interview script with open-ended questions. The data were analyzed using the content analysis technique and according within the literature related to the theme. **Results:** the managers referred that one of the biggest challenges in the municipal health management was the underfunding and, in contrast, the requirements of state and federal entities for the fulfillment of actions that fall to the municipal entity to pay. The inadequate transfer

of financial resources causes overload to the municipal entity, unfolding in the inefficiency of the services offered and in challenges in the scope of human resources management. The regulated autonomy of municipal managers is also an obstacle, preventing managers to deliberate on the use of available resources, with such autonomy being commonly centered on the mayor of the municipality. **Conclusions:** the present study showed that the challenges faced by municipal health managers of the microregion hinder the effective operation of the SUS which directly reflects on the assistance to the patients. Such results portrayed a divergent context of the objectives of decentralization, signaling the need for a deeper analysis and review of how the decentralization has been operationalized in the country, especially in the municipal locus.

Keywords: Public Health. Unified Health System. Health Management. Qualitative Research.

1. INTRODUÇÃO

A Reforma Sanitária Brasileira, cujo ápice se deu na década de 1970 e 1980, culminou em um novo modelo de assistência à saúde no país, rompendo com princípios que ordenavam a política de saúde até então, entre eles o modelo biomédico, centralizador e pautado no paradigma flexneriano. Desse movimento nasceu um reordenamento no modo de pensar e produzir a saúde, norteados pelo paradigma da produção social, o qual pautou o arcabouço ideológico do Sistema Único de Saúde (SUS) (MENICUCCI, 2014).

A descentralização é um dos princípios organizacionais mais enfatizados na construção do SUS, pois rompe com o modelo centralizado na assistência e redistribui recursos e responsabilidades entre os entes federativos, passando a gestão do SUS ser responsabilidade da União, dos Estados e dos Municípios. Essa diretriz propõe aproximar o SUS das necessidades de saúde locais regionais, firmando assim uma descentralização político administrativa. Portanto, tendo em vista a dimensão territorial do país e as grandes singularidades regionais existentes, a descentralização torna-se uma exigência para práticas que de fato possam atender as especificidades de cada contexto (BREVILHERI; NARCISO; PASTOR, 2014).



Nessa perspectiva, em 1992, a IX Conferência Nacional de Saúde discutiu a municipalização como o melhor caminho para a descentralização, tendo em vista a possibilidade de aproximar a gestão da realidade da população local. Dessa forma foi conferida aos secretários municipais de saúde a possibilidade de assumirem-se como gestores, com repasse financeiro previsto para essa finalidade. Assim, a municipalização favoreceu a oferta de serviços, a ampliação do acesso à população e possibilitou ao gestor municipal contribuir com políticas públicas de forma congruentes com as necessidades de saúde da população sob a égide de sua gestão (CARVALHO, 2013).

No SUS, ao longo dos seus mais de 30 anos de existência, muito se tem debatido e refletido sobre o processo de descentralização e municipalização. Embora tenha avançado, ainda existem muitos nós críticos e inquietações que necessitam ser discutidos. Um desafio em destaque é a amplitude territorial brasileira, que abarca municípios com diversidade populacional, socioeconômica e cultural dentro de um mesmo estado, o que dificulta a coesão nas tomadas de decisões. Outra questão é que em muitos municípios pequenos o poder fica detido em poucas mãos, que muitas vezes, por interesses políticos, interferem negativamente na organização do sistema (RODRIGUES, 2014).

Ainda no tocante aos desafios encontrados na literatura destaca-se a descontinuidade político-administrativa, os problemas gerenciais ligados a governança e governabilidade, o clientelismo e os interesses políticos locais nas administrações municipais (MACHADO; COTTA; SOARES, 2015). A literatura reporta outros desafios ligados à gestão municipal, bem como ao mau uso e desvio de recursos financeiros, à fragilidade em articular e coordenar em rede, à indefinição do papel do gestor e à falta de diálogo entre as esferas municipal, estadual e federal (ANDRADE; CASTANHEIRA, 2011).

Muitos desses desafios são evidenciados empiricamente, o que suscitou a realização do presente estudo. Ante o exposto, as seguintes questões nortearam a pesquisa: Quais os desafios encontrados pelos gestores municipais de saúde na gestão do SUS? Como estes desafios impactam o cotidiano da gestão? Assim, esta investigação se propôs compreender os desafios inscritos na gestão do SUS sob a perspectiva dos gestores municipais de saúde de uma microrregião de saúde de Minas Gerais.



2. MATERIAIS E MÉTODOS

Trata-se de uma pesquisa de natureza qualitativa, do tipo descritiva-exploratória. Esta pretende compreender o universo de significados, motivos, crenças e valores dos sujeitos diante de uma determinada experiência vivida, contribuindo para a melhor compreensão da distância entre o conhecimento e a prática, na medida em que auxilia na compreensão dos sentimentos e ações das pessoas, explicando suas atitudes diante de uma dada situação (MINATO, 2010).

O estudo teve como cenário as Secretarias Municipais de Saúde de uma microrregião de saúde de Minas Gerais, composta por nove municípios. Foram incluídos no estudo sete dos nove secretários de saúde que compõem a referida microrregião de saúde, pois um secretário se negou a participar da pesquisa e um dos municípios encontrava-se sem secretário no momento de realização da coleta de dados.

A coleta de dados ocorreu entre junho e dezembro de 2016, por meio de um roteiro de entrevista com questões abertas, que foi realizada individualmente com cada secretário de saúde. Neste consta as seguintes perguntas: quais os desafios encontrados por você na gestão do SUS? Como estes desafios tem impactado a sua gestão?

Cabe ressaltar que anteriormente à realização destas perguntas foi realizada uma caracterização dos participantes, composta pelas seguintes informações: nome, idade, sexo, tempo em que atua como gestor municipal de saúde, escolaridade e formação (cursos, graduação e/ou pós-graduação) relacionada ao cargo que ocupa.

O primeiro contato com os participantes ocorreu por meio de ligação telefônica, ocasião em que a pesquisadora agendou um momento para apresentar pessoalmente a proposta da pesquisa, momento em que foi realizado o convite e agendadas as entrevistas individuais, nos locais e horários de preferência dos gestores. As entrevistas ocorreram nas dependências das secretarias de saúde e da Universidade proponente do estudo, sendo solicitada aos participantes a permissão do uso do gravador nas entrevistas, a fim de possibilitar o registro na íntegra de seus depoimentos, sua transcrição e posterior análise.

Os dados coletados foram organizados em categorias de estudo a partir das ideias principais contidas nos depoimentos dos entrevistados e analisados conforme a técnica de Análise de Conteúdo de Lawrence Bardin (BARDIN, 2016), composta pelas



seguintes etapas: pré-análise, exploração do material, tratamento dos resultados obtidos e interpretação.

Tais etapas constituem um método de organização e análise dos depoimentos, iniciada por meio de uma leitura repetida e atenta das transcrições das entrevistas realizadas. De acordo com os objetivos do estudo, foram definidos os trechos significativos para a posterior elaboração das categorias, constructo que revela a convergência dos aspectos significativos que emergiram dos depoimentos dos participantes. O tratamento dos resultados e sua interpretação diz respeito ao desvelamento do conteúdo subjacente manifestado na fala dos depoentes, somado à interface do mesmo com a literatura pertinente à temática.

Cabe ressaltar que o presente estudo foi realizado após a autorização da Gerência Regional de Saúde na qual se inscreve a microrregião estudada e da sua aprovação pelo Comitê de Ética e Pesquisa com Seres Humanos da Universidade proponente do estudo, inscrito sob o parecer n. 1.147.443/ CAAE 46255315.0.0000.5153. As normas éticas para pesquisas que envolvem seres humanos foram rigorosamente seguidas, conforme estabelecido pela Resolução n. 466/12 do Conselho Nacional de Saúde (CNS) (BRASIL, 2012).

Os participantes da pesquisa foram esclarecidos quanto ao objetivo e os procedimentos implicados na mesma e solicitados a assinar um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), manifestando a concordância em serem inseridos no estudo, feito em duas vias (sendo uma do pesquisador e outra do entrevistado).

Para preservação do anonimato os participantes foram identificados com a letra inicial E, de entrevistado, precedido do número correspondente à ordem em que forem realizadas as entrevistas, a saber: E1 a E7.

3. RESULTADOS

A partir da análise das entrevistas realizadas emergiram três categorias temáticas: “Recursos Insuficientes”, “Cobrança do Estado e da União” e “Autonomia Regulada”.



3.1. RECURSOS INSUFICIENTES

Os participantes afirmam uma insatisfação em relação ao não cumprimento adequado do acordo interfederativo por parte da União e Estados, o que gera uma sobrecarga para o município no que diz respeito ao financiamento do SUS, em especial à oferta de medicamentos e realização de procedimentos:

“[...] a gente acaba tendo que usar os recursos próprios para poder estar suprindo as necessidades da população. É, os exames, por exemplo, ressonância, a gente tem uma a cada dois meses. E, com esse corte de recursos, está ficando mais difícil ainda para a gente poder estar fazendo, estar atendendo as necessidades da população” (E1)

“O governo não repassa o que deveria repassar e a demanda está só aumentando, de exames, cirurgias e determinados procedimentos [...]. O dinheiro não está dando” (E2)

“[...]a lista só está aumentando, cada semana eles mandam uma lista para a gente de medicamento que está em falta, que não tem, que o governo não está comprando [...]. Mas o paciente precisa tomar a medicação e quando são essas medicações que vem da regional, que a gente tem que montar um processo, são medicamentos de alto custo. Se o governo não vai dar esse medicamento, como é que o paciente vai comprar?” (E4)

“[...] Eu não vejo nenhuma luz no fim do túnel com relação ao financiamento. O que eu vejo é necessidade de cortar custo. E a gente tentar ver se enxuga o máximo possível das atividades, de rotina, de tudo pra ver se a gente enquadra no orçamento que a gente tem. Não vejo, não tem dinheiro, não vai ter” (E6)

Foi pontuado também pelos participantes o impacto do subfinanciamento do SUS na contratação de recursos humanos necessários para garantir um funcionamento satisfatório dos serviços de saúde. Somado a isso, a baixa remuneração e o não pagamento dos profissionais inscritos no sistema refletem uma insatisfação destes para atuar na rede pública de saúde:

“[...] eu não posso contratar mais um profissional, sendo que não vai vir recurso. A minha modalidade (do NASF) é 2, mas eu não posso contratar o número da modalidade 3, que eu tenho justificativas para ter, porque eu vou ter que arcar com o meu recurso próprio. E isso não tem jeito” (E4)

“Os profissionais são muito mal remunerados. Quando eu fiquei sabendo do valor de uma histerectomia e de uma hérnia, eu quase caí de costa [...] 70 reais pelo SUS. No particular é 2mil, 3 mil, 4 mil reais. E outra coisa, os médicos fizeram cirurgia em setembro, outubro, novembro, dezembro, janeiro e fevereiro e não receberam até hoje” (E1)

“[...] a gente percebe que os profissionais ficam insatisfeitos com o salário e acabam não rendendo” (E1)

Foi mencionado por alguns participantes como uma das causas da insuficiência de recursos, além do repasse insuficiente, o ônus provocado pelo setor privado ao setor público:

“[...] o SUS mantém o hospital, o privado é lucro, o SUS mantém, o privado chega e usa tudo que é do SUS” (E3)

“[...]quem tem plano de saúde e que tem uma coparticipação de algum evento, eles estão utilizando isso do SUS para uso de procedimentos, para práticas e outras coisas, tipo oxigênio, ambulância e tudo, sabe?” (E6)

Além disso, foi afirmado pelos participantes a situação contraditória que os mesmos vivenciam na relação com os demais entes federativos, que impõem cobranças ao ente municipal, o que será apresentado na próxima categoria.

3.2. COBRANÇA DO ESTADO E DA UNIÃO

Foi mencionado pelos gestores situações contraditórias vivenciadas, frente ao não cumprimento do acordo interfederativo, em contraponto às cobranças feitas ao município pelo Estado e União:

“[...]o governo cortou, foi cortando e o município tem que se virar para manter” (E2)

“O governo federal e estadual, ele compromete uma coisa com a gente e não cumpre [...] o Estado e o governo Federal estão com muitas promessas, mas pedem para a gente fazer a nossa parte, mas não fazem a parte deles” (E4)

“Tanto o Federal assim como o Estado teria que ser um parceiro do município, porque o município que está na ponta. E eu acho que eles estão deixando muito a desejar” (E4)

“[...] a União tem cada vez mais deixado com que os municípios sejam responsabilizados pela saúde pública. É como se em uma casa de muitos irmãos o que tem menor salário (o município) fosse obrigado a pagar a despesa maior” (E7)

Além dos desafios encontrados na gestão do SUS relacionados ao subfinanciamento do sistema, outro desafio pontuado pelos participantes refere-se à autonomia limitada no âmbito municipal.

3.3. AUTONOMIA REGULADA

Os participantes relataram que, enquanto gestores municipais de saúde, não possuem autonomia para gerir o fundo municipal de saúde. Mesmo conhecendo as reais

necessidades da população, eles não deliberam a aplicação dos recursos no âmbito da saúde:

“[...] às vezes, a gente não consegue, você tem que seguir o que é determinado lá pela gestão municipal. Inclusive, hoje o fundo municipal é assinado em conjunto por mim, pela prefeita e pela secretária de finanças. Mas assim, para a gente conseguir determinadas coisas e, às vezes coisas básicas, a gente tem dificuldade [...] em qualquer coisa que você precisa, tem que passar pelo crivo da secretária de finanças. Faz levantamento disso, chega lá, corta-se a metade, entendeu?” (E1)

“[...]o gestor não tem autonomia. O dinheiro cai lá na conta e a gente precisa comprar, tem que ir lá consultar. Então, eu acho que gestor nenhum vê esse recurso, porque a gente vai lá, procura saber, briga, mas muitas vezes você chega lá e o contador fala assim ‘ah, não tem dinheiro na conta não, você não pode comprar isso, você não pode comprar aquilo” (E5)

Os participantes relataram que a questão política atravessa e, muitas vezes, impede a autonomia do gestor municipal de saúde, que se vê obrigado a atender as deliberações do prefeito no que tange à aplicação dos recursos financeiros no setor saúde:

“[...]prefeito te chama porque é nomeado, o prefeito que nomeia e ele te chama e fala: ‘você vai, te dou total autonomia’, mas não dá [...] assim te dão autonomia até certo ponto, depois você é taxado, todos os municípios pequenos giram em torno de política” (E2)

“[...]nos municípios pequenos, o gestor de saúde geralmente não é o secretário, o município pequeno ainda continua usando a lei antiga, onde o gestor é o prefeito, o ordenador de despesas é o prefeito [...] os municípios pequenos, pelo menos que eu tenha conhecimento, todos são os prefeitos que são os gestores do fundo [...] eu acho que deveria cumprir a lei, a ILC 141, que determina que o gestor seja o secretário de saúde. Eu sou o secretário de saúde? Sou! Eu sou o gestor? Diretamente não, indiretamente sim.” (E3)

Neste contexto, foi mencionado que os gestores se sentem excluídos dos processos decisórios, cabendo a eles realizar essencialmente a gestão de problemas e não de recursos:

“O pessoal (do município) deveria sentar com a gente para analisar o que é realmente necessário, porque eles acabam privando a gente de muitas coisas que são necessárias” (E1)

“[...] para mim, o gestor municipal de saúde está fazendo gestão de problemas, e muitas vezes é esquecido na hora de realizar a gestão dos recursos. Tenho percebido que poucas vezes somos incluídos, outras vezes não somos lembrados, mas isto é de município para município,

visto que está ligado ao perfil do gestor municipal (prefeito), e ao modo como o próprio gestor de Saúde se posiciona” (E7).

4. DISCUSSÃO

O objetivo da descentralização concentra-se em possibilitar uma maior proximidade entre governo e sociedade civil, para que assim ocorra uma maior participação dos cidadãos no planejamento e execução das políticas de saúde (PINAFO, CARVALHO, NUNES; 2016; RODRIGUES, 2014). Tal princípio organizativo do SUS é operacionalizado através da municipalização, que tem no ente municipal o foco principal para a tomada de decisões relacionadas à saúde da população (COTTA et al. 1998 apud COTTA et al., 2013).

A heterogeneidade do cenário nacional, caracterizado por municípios com diferentes competências administrativas e financeiras, além de governos locais com interesses específicos, reflete em um processo de descentralização que vem apresentando resultados distintos no país (PINAFO, CARVALHO, NUNES; 2016; RODRIGUES, 2014).

Os resultados da presente investigação retratam os desafios vivenciados na gestão do SUS em uma microrregião de saúde localizada no interior de Minas Gerais. Nesta, a insuficiência de recursos urge como um dos principais desafios enfrentados cotidianamente pelos municípios.

No que se refere à questão do financiamento e a responsabilidade de cada esfera do governo, a Emenda Constitucional n.º 29 de 13 de setembro de 2000 estabelece os percentuais mínimos a serem destinados para o setor saúde por cada esfera (Municípios – 15%; Estados – 12%; e União - o valor apurado no ano anterior, corrigido pela variação nominal do Produto Interno Bruto – PIB) (BRASIL, 2001). Entretanto, foi mencionado pelos participantes deste estudo um descumprimento deste acordo interfederativo por parte do Estado e União, resultando em uma sobrecarga para o município.

De acordo com Pinafo, Carvalho e Nunes (2016), um dos maiores desafios para a descentralização é esta falta de comprometimento dos Estados e União com a transferência de recursos acima citada, na medida em que isso reflete diretamente na oferta de serviços e insumos necessários para a saúde da população. Os autores revelam que a dificuldade na distribuição de medicamentos e na realização de procedimentos,



principalmente especializados, são exemplos clássicos desse dilema enfrentado pelo sistema de saúde, impossibilitando a oferta de uma assistência integral e de qualidade.

Isto vai ao encontro do que foi demonstrado em um estudo realizado por Viegas e Penna (2013), em que analisaram as práticas de integralidade em saúde no contexto da Atenção Primária à Saúde (APS) e da gestão municipal de municípios mineiros. Os autores evidenciaram como um dos obstáculos para a efetivação da integralidade das práticas, a insuficiência na disponibilidade dos serviços ofertados nos níveis de média e alta complexidade, criando assim um sistema de cotas em um sistema 'supostamente' universal. Deste modo, os autores destacam a necessidade de um sistema de regulação de serviços para orientar e otimizar os recursos públicos disponíveis, além da reorganização do sistema de referência e contrarreferência, para que o usuário tenha o seu acesso ao serviço de saúde garantido, para que assim sua assistência seja realizada de forma integral e equânime.

Segundo Paim et al (2011), o SUS vive em um estado de subfinanciamento crônico, possuindo uma quantidade de recursos públicos disponíveis inferior ao necessário para atender as demandas de saúde da população brasileira. Neste contexto, os participantes deste estudo apresentam como um dos desdobramentos deste subfinanciamento a dificuldade para contratação de recursos humanos, impossibilitando um desempenho satisfatório dos serviços de saúde. Ademais, os funcionários que já atuam no sistema apresentam-se descontentes e insatisfeitos devido à baixa remuneração e ao atraso no pagamento.

A realidade encontrada atualmente no complexo dos recursos humanos da saúde é marcada por condições precárias de serviço, deterioração dos contratos e relações de trabalho e diversidade de remuneração. Sob a ótica da implementação de políticas sociais que garantam o acesso universal aos serviços do SUS, os governos – principalmente estaduais e municipais – devem assumir compromissos referentes ao financiamento, com vistas à efetivação destas políticas (DEDECCA; TROVÃO, 2013), o que se mostra incipiente no presente estudo.

Os participantes da pesquisa afirmam ainda que entre os desafios para superar o subfinanciamento encontra-se a relação público-privado tecida no âmbito da saúde. Esta teia remete à utilização do setor privado pelo serviço público, onerando ainda mais o sistema de saúde, o que intensifica o dilema do subfinanciamento no SUS.



A Constituição de 1988 definiu que a atuação do sistema privado junto ao público deveria se dar como um sistema complementar. Apesar da existência do SUS, enquanto um sistema de saúde público que propõem um acesso universal a todos os indivíduos, o Brasil possui um dos maiores sistemas privados de saúde do mundo, contradizendo a atuação complementar do setor privado pré-estabelecida na Constituição. Entretanto, apenas 30% da população brasileira usufrui dos serviços ofertados pelo setor privado; o restante – ou seja, 70% da população – depende exclusivamente dos serviços do SUS. Este fato contribui para o estabelecimento de uma frágil sustentação social do sistema de saúde público brasileiro, uma vez que o setor privado se tornou um competidor com o setor público, seja por recursos humanos e financeiros, seja por captação da clientela (FERREIRA NETO; ARAÚJO, 2014; RODRIGUES, 2014; RODRIGUES, 2016).

Ademais, o sistema político brasileiro possui características de um sistema pretoriano que, de acordo com Huntington (1969) apud Machado, Cotta e Soares (2015), é um sistema onde a ambição por interesses individuais embasa as atitudes dos indivíduos que compõem esta população. Portanto, a utilização dos recursos pertencentes ao Estado a fim de subsidiar o sistema privado é visto como algo natural. Ferreira Neto e Araújo (2014) afirmam que isso contribui para a geração de um ônus pelo setor privado a ser custeado pelo sistema público, intensificando a situação de subfinanciamento em que o SUS se encontra. Neste sentido, é necessária uma regulação do funcionamento do sistema privado de saúde, enquanto sistema complementar, de modo que este não interfira no desempenho do sistema público.

Neste cenário de subfinanciamento, observa-se uma menor autonomia na esfera municipal para administrar os recursos dispostos ao município, deixando-os subordinados ao poder estadual e federal. E, muitas vezes, como foi evidenciado por Molesini et al (2010) em um estudo que analisou a Programação Pactuada Integrada (PPI) em dois municípios baianos, o Estado utiliza o seu poder decisório sobre o município através de imposições que não respeitam ou são pertinentes à realidade local, dificultando o cumprimento das tarefas pactuadas por meio da esfera municipal. Tal situação também foi apresentada pelos participantes deste estudo, onde os mesmos vivenciam situações contraditórias em relação às cobranças realizadas pelos entes superiores, que exigem da esfera municipal o cumprimento de responsabilidades e metas sem oferecer a eles o suporte financeiro e técnico necessários.



A falta de comunicação e responsabilidade entre os entes envolvidos na gestão do sistema público contradiz os princípios da gestão tripartite e solidária instalada na implementação do SUS. Esta sobrecarga financeira e técnica assumida involuntariamente pelo município restringe o seu desempenho na resolução de problemas complexos, como a contratação de recursos humanos evidenciada neste estudo, pois requer a parceria entre os três níveis de gestão (RIBEIRO; BEZERRA, 2013).

Além disso, é comum nos municípios de pequeno porte – como os que compõem a presente investigação – o processo de tomada de decisões ser centralizado no prefeito, inclusive acerca da aplicação dos recursos financeiros da saúde. A participação dos secretários municipais de saúde no direcionamento destes recursos depende das relações políticas e de trabalho que os mesmos mantêm com os gestores municipais (PINAFO et al., 2016). Sendo assim, muitas vezes os mesmos se sentem excluídos deste processo e não conseguem atender às reais necessidades da população, o que foi evidenciado na presente pesquisa.

De acordo com Silva, Souza e Barreto (2014), esta limitação da autonomia dos gestores municipais inibe o desenvolvimento da inovação e criatividade na gestão do município. Portanto, é essencial uma estabilização e esclarecimento da relação entre os entes federativos que possibilite a orientação do processo de descentralização. Isso permitirá aos gestores se reconhecerem enquanto sujeitos participantes do processo de gerir, podendo se apoiar em conhecimentos e evidências científicas nos processos decisórios para o desenvolvimento das políticas de saúde.

Estudo realizado por Ferreira Neto e Araújo (2014), evidenciou que a questão do financiamento, assim como foi apresentado pelos gestores envolvidos nesta pesquisa, é uma condição essencial para o fortalecimento e superação dos desafios instalados na gestão do SUS. Porém, os autores sustentam a ideia de que não basta um financiamento adequado para transcender as dificuldades encontradas na realidade da gestão do sistema público. Nesta perspectiva, salientam a necessidade de aprimoramento de uma gestão democrática, através da consolidação de um controle social efetivo, além da formação de subjetividades críticas, ativas e solidárias entre os envolvidos na produção de saúde (gestores, trabalhadores e usuários).

Importante destacar que a produção da saúde, ao localizar os gestores como um dos atores, prevê também que estes sejam solidários uns com os outros, em qualquer



posição que ocupem. Nesta direção, evidenciou-se na presente investigação que a superação dos desafios sinalizados pelos participantes passa necessariamente pela relação de cooperação e solidariedade entre os entes federal, estadual e municipal, em especial no tocante ao cumprimento do acordo interfederativo.

O presente estudo apresenta como limitação o fato de compreender os desafios da gestão municipal do SUS de uma determinada microrregião de saúde. Considerando a heterogeneidade de realidades e modos de se realizar a gestão do SUS no país os achados da presente investigação não retrataram os desafios apresentados pelos gestores municipais de saúde inscritos no cenário nacional, inviabilizando, desse modo, a generalização dos resultados.

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A presente investigação permitiu compreender os desafios inscritos na gestão municipal de saúde no âmbito do SUS, evidenciando que a posição assumida pelo gestor municipal de saúde é permeada por diversos nós críticos a serem enfrentados e superados no cotidiano do SUS. O subfinanciamento, que traz desdobramentos importantes para o ente municipal, apresenta-se como um dilema crônico e dorsal.

Considerando o atual cenário nacional, marcado por projetos e emendas constitucionais que tendem a acirrar o arroxo financeiro no sistema de saúde, há que se pensar assertivamente em estratégias que possam utilizar de modo mais otimista os recursos disponíveis para/no SUS, o que reforça a necessidade de um maior diálogo entre os entes federal, estadual e municipal.

No âmbito do município depreende-se que a descentralização na saúde ainda é atravessada por interferências do gestor municipal/prefeito, que regula ou não confere a autonomia ao secretário de saúde para deliberar sobre questões relacionadas a este setor. Isso sugere a necessidade de rearranjos municipais e participação mais efetiva do controle social no SUS, a fim de auxiliar, com seu poder deliberativo, na gestão democrática do sistema.

O presente estudo apontou que os desafios apresentados pelos gestores municipais de saúde dificultam a operacionalização efetiva dos princípios e diretrizes do SUS, o que reflete diretamente na assistência aos usuários. Tais resultados retrataram

um contexto divergente dos objetivos da descentralização, sinalizando a necessidade de uma análise e revisão mais aprofundada acerca de como esta vem sendo operacionalizada no país. Isso sinaliza a importância de outras investigações científicas que se dediquem a esses aprofundamentos, especialmente no contexto atual, marcado pela pandemia da Covid-19 e pelo agigantamento de desafios impostos ao SUS.

REFERÊNCIAS

- ANDRADE, M.C.; CASTANHEIRA, E.R.L. Cooperação e apoio técnico entre estado e municípios: a experiência do programa articuladores da atenção básica em São Paulo. **Saude soc**, v.20, n.4, p.980-990. 2011.
- BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. Lisboa: Edições 70. 2016.
- BRASIL. Ministério da Saúde (MS). Conselho Nacional de Saúde. **Resolução 466 de 12 de dezembro de 2012**. Dispõe sobre normas de pesquisa com seres humanos. Brasília; 2012.
- BRASIL. Ministério da Saúde (MS). Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2001. Regulamenta a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde - SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 29 jun. 2001.
- BREVILHERI, E.C.L.; NARCISO, M.A.S.; PASTOR, M. A lógica territorial na política de saúde brasileira. **Serv. Soc. Rev**, v.16, n.2, p.36-61. 2014.
- CARVALHO, G. A saúde pública no Brasil. **Estudos**, v.27, n.78, p.7-26. 2013.
- COTTA, R.M.M.; et al. **Políticas de saúde: desenhos, modelos e paradigmas**. Viçosa, MG: Editora UFV, 2013.
- DEDECCA, C.S.; TROVÃO, C.J.B.M. A força de trabalho no complexo da saúde: vantagens e desafios. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.18, n.6, p.1555-1567. 2013.
- FERREIRA NETO, J.L.; ARAÚJO, J.N.G. Gestão e subjetividade no SUS: o enfrentamento de impasses em tempos neoliberais. **Psicologia & Sociedade**, v.26, n.3, p.675-684. 2014.
- MACHADO, J.C.; COTTA, R.M.M.; SOARES, J.B. Reflexões sobre o processo de municipalização das políticas de saúde: a questão da descontinuidade político-administrativa. **Interface – Comunicação, Saúde, Educação**, v.19, n.52, p.159-170. 2015.



- MENICUCCI, T.M.G. História da reforma sanitária brasileira e do Sistema Único de Saúde: mudanças, continuidades e a agenda atual. **História, Ciências, Saúde**, v.21, n.1, p.77-92. 2014.
- MINATO, M.C. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. São Paulo: Hucitec, 2010.
- MOLESINI, J.A.; FOMRIGLI, V.L.A.; GUIMARÃES, M.C.L., MELO, C.M.M. Programação pactuada integrada e gestão compartilhada do SUS. **Rev. Baiana de Saúde Pública**, v.34, n.3, p. 623-638. 2010.
- PAIM, J.; TRAVASSOS, C.; ALMEIDA, C.; BAHIA, L.; MACINKO, J. O sistema de saúde brasileiro: história, avanços e desafios. **The lancet**, v.377, n.9779, p.1778-1797. 2011.
- PINAFO, E.; CARVALHO, B.G.; NUNES, E.F.P.A. Descentralização da gestão: caminho percorrido, nós críticos e perspectivas. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.21, n.4, p.1511-1524. 2016.
- PINAFO, E.; CARVALHO, B.G.; NUNES, E.F.P.A.; DOMINGOS, C.M.; BOMFIM, M.C.B. Gestor do SUS em município de pequeno porte no estado do Paraná: perfil, funções e conhecimentos sobre os instrumentos de gestão. **Espaço para a saúde – Rev Saú Públ do Paraná**, v.17, n.1, p. 130-137. 2016.
- RIBEIRO, J.D.T.; BEZERRA, A.F.B. O protagonismo dos gestores locais de saúde diante da emenda constitucional n.º 29: algumas reflexões. **Saúde Soc.**, v.22, n.4, p.1014-1023. 2013.
- RODRIGUES, P.H.A. Desafios políticos para a consolidação do sistema único de saúde: uma abordagem histórica. **História, Ciência, Saúdes – Manguinhos**, v.21, n.1, p.37-59. 2014.
- RODRIGUES, P.H.A. Os ‘donos’ do SUS. **RECIIS: Rev Eletron Comun Inf Inov Saúde**, v.10, n.4. 2016.
- SILVA, S.F.; SOUZA, N.M.; BARRETO, J.O.M. Fronteiras da autonomia da gestão local de saúde: inovação, criatividade e tomada de decisão informada por evidências. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.19, n.11, p.4427-4438. 2014.
- VIEGAS, S.M.F.; PENNA, C.M.M. O SUS é universal, mas vivemos de cotas. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.18, n.1, p.181-190. 2013.



SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM NOS SERVIÇOS DE SAÚDE: CONSTRUÇÃO DE UM GUIA PARA IMPLEMENTAÇÃO

SYSTEMATIZATION OF NURSING ASSISTANCE IN HEALTH SERVICES: CONSTRUCTION OF A GUIDE FOR IMPLEMENTATION

DOI: 10.51859/AMPLLA.PPE2159-38

Luiz Carlos Cretella Souza ¹
 Karla Crozeta Figueiredo ²
 Thaiane Almeida Silva Pol ³
 Carolina Poite de Siqueira ⁴

¹ Mestre em Enfermagem. Universidade Federal do Paraná – UFPR

² Professora Adjunta do Departamento de Enfermagem. Universidade Federal do Paraná – UFPR

³ Mestre em Enfermagem. Universidade Federal do Paraná – UFPR

⁴ Mestre em Enfermagem. Universidade Federal do Paraná – UFPR

RESUMO

Objetivo: Elaborar um guia de boas práticas para a implementação da Sistematização da Assistência de Enfermagem nos serviços de saúde. **Método:** Trata-se de uma pesquisa desenvolvida em um programa de pós-graduação, financiada com recursos do Edital nº 27/2016 Acordo CAPES/COFEN – Apoio a Programas de Pós-Graduação da área de Enfermagem – Modalidade Mestrado Profissional. O conteúdo do guia foi elaborado a partir dos achados de uma revisão de escopo, em diferentes bases de dados, entre outubro e novembro de 2018, atualizada em março, setembro e outubro de 2019, na Universidade Federal do Paraná, sendo extraído os pontos relevantes dos estudos incluídos para a elaboração do guia. **Resultados:** Após a análise dos estudos incluídos na revisão de escopo pode-se extrair quatro itens que compuseram o guia de boas práticas: elementos da Sistematização da Assistência de Enfermagem fluxograma do processo de implementação da Sistematização da Assistência de Enfermagem; roteiro para implementação e *checklist*. **Conclusão:** O guia de boas práticas é uma ferramenta gerencial que auxilia a implementação da Sistematização da Assistência de Enfermagem nos serviços de saúde, pois contempla de forma objetiva questões facilitadoras deste processo, embasadas em literatura de experiências exitosas.

Palavras-chave: Enfermagem. Guia. SAE. Gestão em saúde.

ABSTRACT

Objective: To develop a guide of good practices for the implementation of the Systematization of Nursing Care in health services. **Method:** This is a research developed in a graduate program, financed with resources from Public Notice No. 27/2016 CAPES/COFEN Agreement - Support for Graduate Programs in the Nursing Area - Professional Master's Modality. The content of the guide was prepared from the findings of a scoping review, in different databases, between October and November 2018, updated in March, September, and October 2019, at the Federal University of Paraná, extracting the relevant points of the studies included in the preparation of the guide. **Results:** After analyzing the studies included in the scope review, four items that made up the guide to good practices can be extracted: elements of the Systematization of Nursing Care flowchart of the implementation process of the Systematization of Nursing Care; roadmap for implementation and checklist. **Conclusion:** The good practice guide is a management tool that helps the implementation of the Systematization of Nursing Care in health services, as it objectively contemplates issues that facilitate this process, based on literature of successful experiences.

Keywords: Nursing. Guide. SAE. Health management.



1. INTRODUÇÃO

A Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) é regulamentada por resolução do conselho profissional de Enfermagem brasileiro e definida como a organização do processo de trabalho da enfermagem em relação ao método, pessoal e instrumentos (RESOLUÇÃO COFEN-358/2009), sendo uma terminologia utilizado no Brasil.

A SAE é um método que organiza e direciona o trabalho profissional, sistematizando e qualificando a assistência ao paciente, por meio de linguagem padronizada e da aplicação dos conhecimentos técnicos e científicos do enfermeiro, possibilitando organizar, planejar, executar ações e instrumentalizar a equipe responsável pelo cuidado de enfermagem, otimizando o tempo e sustentando a tomada de decisão (MENESES *et al.*, 2020). Para que a SAE ocorra é necessária a implantação de normas, rotinas, fluxos e processos (como por exemplo o Processo de Enfermagem), que possibilitem sua implementação (XAVIER *et al.*, 2018).

A SAE apresenta grande potencial de desenvolvimento da interdisciplinaridade e humanização, pois sua efetiva implementação tem como propósito organizar a prática, beneficiando o enfermeiro na redefinição do seu espaço de competência, ou seja, no gerenciamento do cuidado (JUNIOR *et al.*, 2017).

Nessa perspectiva, a SAE é a principal estratégia para melhorar a qualidade da assistência e fortalecer a enfermagem como profissão, uma vez que proporciona ao enfermeiro a definição do seu papel e direciona a avaliação crítica da pertinência e relevância do trabalho da enfermagem, possibilitando a aplicação de saberes e conhecimentos no gerenciamento do cuidado (MARCELO, 2018).

Dessa maneira, implementar a SAE pode ter como desafios: implementação da SAE de maneira correta, falta de impressos e protocolos, falta de tempo devido ao dimensionamento inadequado de enfermeiros, falta de conhecimento, falta de um ambiente para a passagem dos plantões, bem como registros de enfermagem incompletos (SOARES *et al.*, 2016).

Assim, com o intuito de superar esses desafios, sabe-se que a implementação da SAE nas instituições de saúde requer ações de diferentes naturezas, que impliquem na mudança dos processos de trabalho, fluxos e rotinas que envolvem os profissionais de



enfermagem, e que podem ser compartilhadas por experiências vivenciadas durante o processo de implementação (JUNIOR *et al.*, 2017).

A boa prática consiste no desenvolvimento do cuidado baseado nos melhores resultados advindos de pesquisas científicas, bem como na perícia clínica e nas necessidades de cada paciente (TOSO; PADILHA; BREDAS, 2019). Para seu desenvolvimento, é necessário, além das melhores evidências científicas e fundamentação teórica, compreender o contexto em que o cuidado é realizado, analisando-se as ações desenvolvidas nos serviços de saúde, por meio da reflexão sobre o que funciona bem em cada situação (GUTIERRES *et al.*, 2018).

Reconhecendo os desafios para a implementação da SAE e a superação desses por meio de aprendizado com base em experiências e boas práticas, desta maneira a iniciativa do Conselho Federal de Enfermagem para abertura de programas de mestrado profissionais na área da Enfermagem com foco na implementação da SAE e do processo de enfermagem, “oportuniza que tecnologias sejam construídas em diferentes formatos, seja como protótipos, modelos, programas e outros (DA SILVA *et al.*, 2020, p.8).

Assim, esta pesquisa é um dos produtos finais do projeto: “Tecnologias para qualificar e consolidar a SAE nos diferentes cenários da prática profissional no estado do Paraná”, financiado pelo Edital nº27/2016 referente ao Acordo Capes/Cofen nº 27/2016, para suporte gerencial de Enfermagem com a organização de informações relevantes, apoio e monitoramento das ações de implementação da SAE, com pesquisas voltadas para a produção de tecnologias para a qualificação e consolidação da SAE nos diferentes cenários da prática profissional de enfermagem no estado do Paraná.

Diante disto, percebe-se que para a superação das dificuldades citadas faz-se necessário a elaboração de estratégias para a efetiva realização da SAE nos cenários assistenciais, baseadas em evidências científicas, que resultem em ações assertivas. Para tanto, esta pesquisa objetivou elaborar um guia de boas práticas para a implementação da SAE nos serviços de saúde.



2. MÉTODO

Trata-se de uma pesquisa aplicada, de desenvolvimento de um guia, de abordagem qualitativa. A pesquisa aplicada tem como finalidade produzir conhecimentos que possam ser empregados na resolução de problemas específicos de uma prática (GIL, 2017).

Dessa forma, a pesquisa foi desenvolvida a partir da integração de conhecimentos da pesquisa básica (disponíveis na literatura) para o desenvolvimento de um produto que atenda a uma demanda específica (implementação da SAE nos serviços de saúde), em duas etapas: 1) revisão de escopo, e 2) elaboração do guia de boas práticas para implementação da SAE nos serviços de saúde.

A primeira etapa consistiu da realização de uma revisão de escopo, norteadas pelas orientações do Joanna Briggs Institute (JBI), vinculada a *The Brazilian Centre for Evidence-based Healthcare: A JBI Centre of Excellence* (AROMATARIS; MUNN, 2020).

O protocolo da revisão continha a definição dos objetivos e critérios que os revisores usaram para incluir e excluir fontes de evidência e identificar dados relevantes. Além disso, descrevia como os dados foram extraídos e apresentados, permitindo a transparência do processo.

Foram considerados para inclusão estudos disponibilizados na íntegra, independentemente do ano e estágio de publicação, em inglês, espanhol ou português, que se enquadrassem como relatos de experiências de implementação da SAE, baseado na premissa de que segundo as recomendações do JBI, as revisões de escopo podem incluir qualquer literatura existente, permitindo a inclusão de todo e qualquer tipo de fontes que seriam mais úteis e apropriadas para um determinado tópico (AROMATARIS; MUNN, 2020).

A revisão de escopo foi realizada em uma universidade da região sul do Brasil, no período de outubro a novembro de 2018, com atualizações em março, setembro e outubro de 2019. Para nortear a metodologia foram utilizadas as diretrizes PRISMA ScR (TRICCO *et al.*, 2018) e para a avaliação da qualidade metodológica dos estudos selecionados foram utilizadas as diretrizes do SQUIRE 2.0 (OGRINC *et al.*, 2016). Estas diretrizes são compostas por 18 itens que fornecem uma estrutura para relatar novos conhecimentos sobre como melhorar a assistência, qualidade, segurança e o valor dos



cuidados de saúde, e usaram métodos para estabelecer que os resultados observados foram devidos as intervenções (OGRINC *et al.*, 2016).

A pergunta de revisão foi baseada no acrônimo PCC (População, Conceito e Contexto): no qual população representa os serviços de saúde que prestam assistência de enfermagem, o conceito refere-se à SAE e o contexto a implementação da SAE, emergindo como pergunta da revisão: “Quais as boas práticas sobre implementação da SAE nos serviços de saúde disponíveis na literatura, que subsidiam a elaboração de um guia?”

As estratégias de busca foram elaboradas com apoio de uma bibliotecária da universidade, estão apresentadas de acordo com a base de dados consultada, nas quais utilizaram-se descritores do *Medical Subject Headings (MESH)* e Descritores em Ciências da Saúde (DECS) combinados com operadores booleanos:

1. *Public/Publisher Medical Literature Analysis and Retrieval System Online* (PubMed): ("Nursing Process") AND ("Organization and Administration") OR ("Nursing Process") AND ("Utilization").
2. Biblioteca Virtual em Saúde (BVS): “Processo de enfermagem” AND “Organização e Administração” OR “Processo de enfermagem” AND “Utilização”.
3. *Web of Science*: (("Nursing Process") AND ("Organization and Administration")) OR ("Nursing Process") AND ("Utilization").
4. *Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature* (CINAHL): ("Nursing Process" AND "Organization and Administration") OR ("Nursing Process" AND "Utilization").

Além destas bases de dados, a busca foi complementada no repositório *IBCT OASIS BR* por busca manual. Dois revisores independentes (LCCS e CPS) realizaram a seleção dos estudos, e os dissensos foram analisados por um terceiro revisor (KCF).

Todos os estudos selecionados foram numerados e analisados individualmente; os dados foram extraídos pelo pesquisador principal em um instrumento contendo os seguintes itens: autores, ano de publicação, título, cenário, tipo de estudo, local de publicação e descritores, organizados em planilha do Microsoft Excel®.

Esta pesquisa completa pode ser acessada em <https://acervodigital.ufpr.br/handle/1884/66602>.

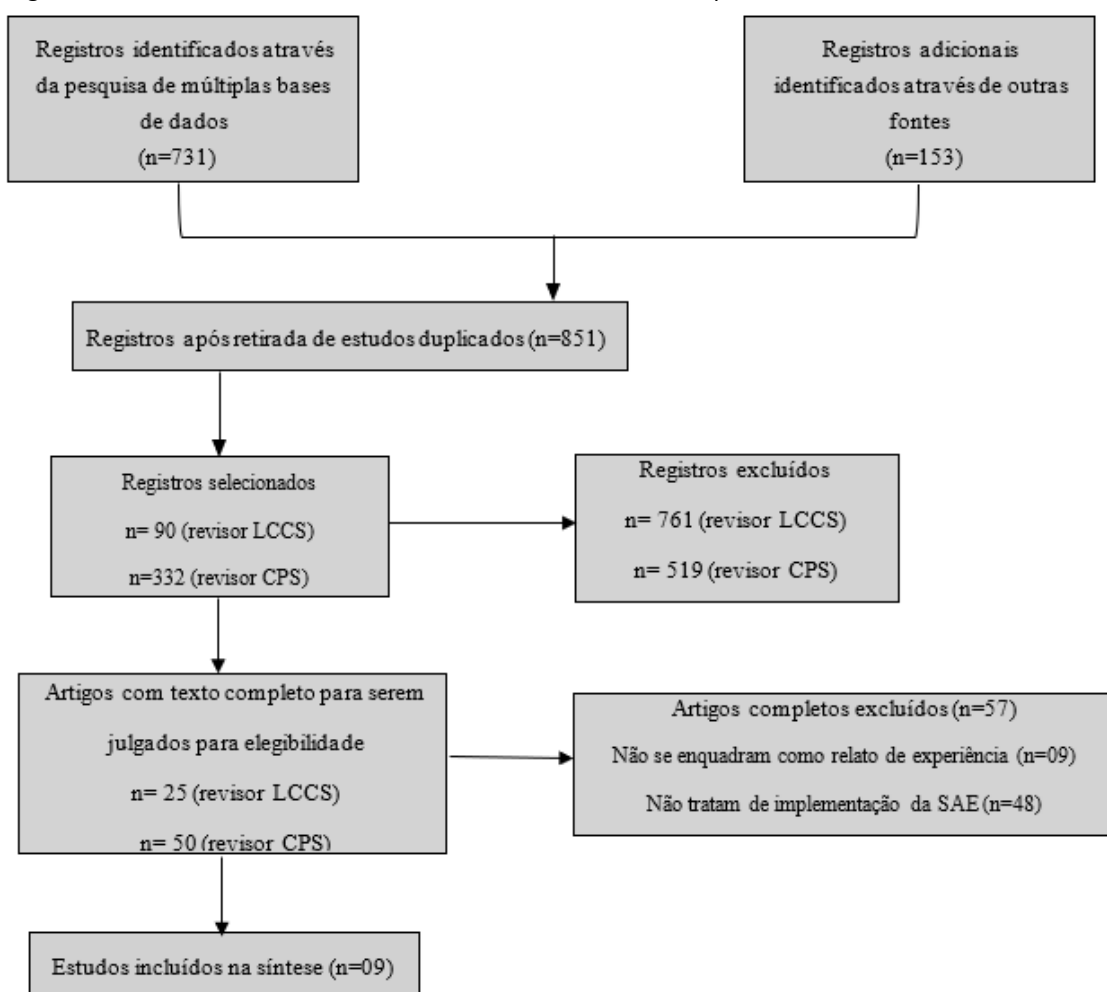


3. RESULTADOS

3.1. RESULTADOS DA SCOPING REVIEW

A busca nas bases de dados, repositório e busca manual resultou em 884 estudos (após a exclusão de 33 estudos duplicados). Após o processo de leitura dos títulos, resumos e texto na íntegra e respeitando os critérios de inclusão e exclusão foram selecionados nove estudos completos para a revisão (Figura 1).

Figura 1: Processo de busca dos estudos incluídos na revisão, adaptado¹², Curitiba, Paraná, Brasil, 2022.



Fonte: Autoria própria.

Em seguida, as informações quanto as experiências de implementação da SAE em instituições de saúde foram extraídas (Quadro 1), e possibilitaram a identificação dos fatores que contribuíram para o seu êxito, e que, portanto, configuraram-se como boas práticas.



Quadro 1: Informações sobre estudos incluídos e experiências das boas práticas descritas, Curitiba, Paraná, Brasil, 2020*.

Autores	Ano/País	Boas práticas relevantes para elaboração de um guia
María et al. ¹⁴	1987, Brasil	# Traz a reflexão em relação à filosofia do serviço e escolha da teoria de Wanda Horta. Foco no planejamento (metas) e nas reuniões com os grupos de trabalho para fortalecimento da equipe frente ao processo de implementação da SAE.
Silva SH; Takito C; Barbieri DL ¹⁵	1990, Brasil	# Revisão de crenças e valores. Criação de um grupo para acompanhamento do processo de implementação. Dimensionamento de recursos materiais e humanos, elaboração de instrumentos e avaliação do processo. Escolha de unidade piloto antes de implementar nas outras unidades.
Vaz AF, Macedo DD, Montagnoli ETL, Lopes MHB, Grion RC ¹⁶	2002, Brasil	# Planejamento rigoroso (metas) que considerou a implementação da SAE como prioridade, reforçando a necessidade do apoio institucional.
Sperandio DJM; Évora YDM ¹⁷	2004, Brasil	# A escolha de trabalhar com o Processo de Enfermagem (PE) segundo Horta. Promoção de encontro com os enfermeiros nos moldes dos grupos de discussão no processo de implementação da SAE e foco na elaboração de instrumentos que contribuíram para melhoria do PE. Desafios para implementação são elencados.
França et al. ¹⁸	2007, Brasil	# Foi realizada uma avaliação prévia, adotou-se o modelo conceitual de Horta e elaboração de novos instrumentos.
Gonçalves LLR, Nery IS, Nogueira LT, Bonfim EG ¹⁹	2007, Brasil	# A repercussão da experiência com a SAE na unidade piloto favoreceu a adesão de alunos interessados em realizar o Estágio Curricular II na maternidade, bem como o interesse das enfermeiras em ampliar a SAE para outros setores da instituição.
Azeredo LG, Silva RM, Giustina AVD, Lima AAA ²⁰	2009, Brasil	# Constituição de um Grupo de Trabalho da SAE que se responsabilizou por construir um modelo a ser adotado em toda a instituição.
Oliveira APC, Coelho MEAA, Almeida VCF, Lisboa KWSC, Macêdo ALS ²¹	2012, Brasil	# Diagnóstico situacional com identificação das fragilidades e a criação de instrumento de diagnósticos e prescrição de Enfermagem. Implementação de ferramentas tecnológicas.
Fuly, PSC, Leite JL, Stipp MAC, Erdmann AL, Souza CQS ²²	2013, Brasil	# Diagnóstico situacional motivou a busca pelo conhecimento das questões que envolvem a SAE.

* Delineamento, desfechos e intervenções não estão apresentados no quadro, pois estes elementos não constam nos estudos incluídos, por se tratar de relatos de experiência.

Fonte: Autoria própria.

3.2. ITENS DO GUIA PARA IMPLEMENTAÇÃO DA SAE

O Guia foi composto por quatro itens:

1. Elementos da SAE;
2. Fluxograma do processo de implementação da SAE;
3. Roteiro para implementação;
4. *Checklist*.

No primeiro item do Guia foram dispostos conceitos básicos e uma ilustração dos elementos da SAE.

Figura 2: Elementos da SAE

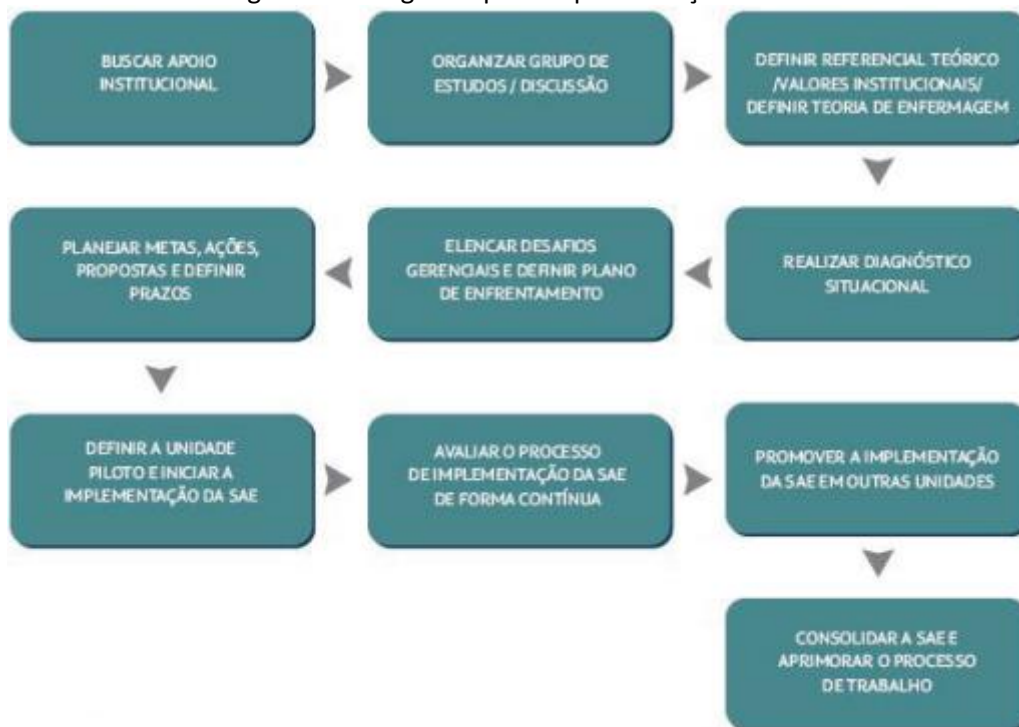


Fonte: Autoria própria.

No segundo item, há um fluxograma de processo de implementação da SAE, que elenca dez pontos extraídos dos estudos incluídos na revisão de escopo.



Figura 3: Fluxograma para implementação da SAE



Fonte: Autoria própria

O terceiro item do Guia, Roteiro para implementação da SAE, traz novamente os dez pontos do fluxograma (Figuras 4 e 5), com perguntas objetivas e orientações específicas que podem facilitar a tomada de decisões em cada fase do processo de implementação da SAE no serviço de saúde.



Figura 4 - Roteiro para implementação da SAE (1 a 5)



Fonte: Autoria própria.

Figura 5 - Roteiro para implementação da SAE (6 a 10)



Fonte: Autoria própria.

O quarto item do Guia é o *Checklist* (Figura 6), o qual possibilita que os propagadores da implementação da SAE no serviço tenham uma visão do caminho que já percorreram e uma noção do que ainda está por vir, permitindo uma análise do processo de forma singular e contínua.

Figura 6 - Checklist para implementação da SAE (6 a 10)

	SIM	NÃO	PARCIALMENTE
1- A Direção Geral apoia a implementação da SAE?			
2 - A Direção tem conhecimento do que é SAE?			
3 - Existe um grupo de discussão sobre a SAE?			
4 - A Instituição possui missão, valores e filosofia definidos?			
5 - A Instituição segue alguma Teoria de Enfermagem?			
6 - O diagnóstico situacional foi realizado?			
7 - Os enfermeiros apoiam o processo de implementação da SAE?			
8 - As dificuldades foram elencadas?			
9 - O plano de ação para enfrentamento de dificuldades já foi definido?			
10 - Foram definidas ações, metas e prazos?			
11 - Foi definida uma unidade para implementação?			
12 - Foram identificadas contribuições para a prática? (ex: formulários, impressos, tecnologias, fluxos de trabalho, contribuições organizacionais)			
13 - O processo de implementação já começou?			
14 - O processo foi avaliado?			
15 - Os resultados foram divulgados?			
16 - A proposta foi ampliada para outras unidades?			
17 - Foram criados grupos locais?			
18 - O grupo de discussão está fortalecido?			
19 - Os resultados foram avaliados?			
20 - Boas práticas que possam ser divulgadas e que contribuam para a implementação da SAE foram identificadas?			

A análise das respostas do checklist deve ser realizada pelo grupo de discussão formado na instituição, com objetivo de avaliar o processo de implementação da SAE.

Fonte: Autoria própria.

O Guia completo pode ser visualizado na íntegra em: <http://biblioteca.cofen.gov.br/guia-boas-praticas-implementacao-sae-servicos-saude/>, a partir da página 47.

4. DISCUSSÃO

Os estudos selecionados para a revisão de escopo tratam de relatos de experiências de implementação da SAE em serviços de saúde que contribuiram na elaboração de um guia de boas práticas, permitindo a discussão de pontos relevantes que compuseram o fluxograma de implementação.

Nesse contexto, é importante ressaltar que o conceito de boas práticas em saúde vai além da dimensão técnica, “requer a incorporação da dimensão teórica para descrever, explicar, prever ou prescrever realidades contextuais” (BRANDÃO *et al.*, 2019, p. 605).

Produtos oriundos de pesquisa, como o guia aqui proposto, visam aprimorar a prática profissional da enfermagem, tornando o cuidado mais seguro e organizado, baseados em modelos e com aplicabilidade em diferentes contextos, pois ao descrever as estratégias para determinada situação, orientam o trabalho da equipe (PADILHA *et al.*, 2020), auxiliando, assim, na tomada de decisão.

O guia foi elaborado a partir de boas práticas identificadas nos relatos de experiências obtidas na revisão de escopo e organizadas com objetivo de facilitar a implementação da SAE nos serviços de saúde. As boas práticas identificadas nos estudos selecionados também são corroboradas por outros autores, a seguir:

O apoio institucional entendido como um instrumento para a “reformular o modo tradicional de fazer gestão, ampliando a participação de gestores, trabalhadores e usuários na tomada de decisões” (SANTOS FILHO; SOUZA, 2021, p. 777), configura-se como um modo de fomentar a gestão participativa.

Realizar a SAE nas instituições de saúde é desafiador, e para alcançá-la, é preciso esforço da equipe de enfermagem e apoio da gestão para sistematizar as ações (SOUSA *et al.*, 2020).

Existem outras formas de organizar o trabalho de implementação da SAE, como por exemplo: a criação de comissões institucionais tem sido relatada como essencial, bem como a capacitação e sensibilização dos profissionais de enfermagem quanto à SAE e o processo de enfermagem (ALENCAR *et al.*, 2018).

Outra etapa importante é o diagnóstico situacional, que está presente na maioria dos estudos selecionados, o qual é definido como resultado de um processo de coleta, tratamento e análise dos dados colhidos no local em que se deseja realizá-lo. É uma ferramenta que auxilia conhecer os problemas e as necessidades organizacionais (SILVA; KOOPMANS; DAHER, 2016).

Outro ponto importante é a avaliação das intervenções (que possam resultar em boas práticas) no âmbito da saúde, que deve levar em consideração: problemas objetos de intervenção, necessidades identificadas como prioritárias, formulação de objetivos,



seleção das estratégias de intervenção e a relação entre os profissionais e a população-alvo (PADILLA; HERNÁNDEZ-PLAZA; ORTIZ, 2012).

A ação gerencial do enfermeiro pode ser alavancada se suas competências profissionais forem acompanhadas do uso racional de ferramentas instrumentais de gestão. Consequentemente, a utilização do guia de boas práticas pode contribuir para a implementação da SAE nos serviços de saúde (VASCONCELOS *et al.*, 2016), uma vez que está disponibilizado em um observatório em sítio próprio na web, facilitando o acesso e contribuindo para a instrumentalização dos enfermeiros na implementação (FRATIN *et al.*, 2020).

Dentre os fatores que dificultam a implementação da SAE, estão: sobrecarga de trabalho, quadro de pessoal insuficiente, despreparo profissional e fatores relacionados ao gerenciamento (NUNES *et al.*, 2019), portanto espera-se que o guia construído neste estudo auxilie a transpor estas dificuldades.

5. LIMITAÇÕES DO ESTUDO

Como limitação do estudo destaca-se o fato de que todos os estudos selecionados são brasileiros, questão possivelmente relacionada ao fato de que o termo “SAE” não é utilizado internacionalmente. Recomenda-se, portanto, que novos estudos sejam realizados com outros descritores e desenhos de estudo, que permitam analisar a implementação da assistência de enfermagem sistematizada em outros países.

6. CONSIDERAÇÕES FINAIS

O guia de boas práticas para implementação da SAE nos serviços de saúde foi elaborado a partir dos resultados de uma scoping review, servindo como estratégia de gerenciamento da assistência de enfermagem sistematizada como parte integrante do Observatório da SAE. Além disso, contribuirá para a divulgação dos resultados alcançados pelos serviços de saúde que implantaram a SAE, constituindo uma ferramenta gerencial de relevância, fomentando discussões de forma crítica e coletiva.

Por fim, reitera-se a relevância de projetos como o acordo entre a CAPES e o COFEN, bem como a necessidade de sua continuidade, pois oportunizam aos

profissionais o retorno à Academia com o olhar e experiência da prática, contribuindo para o desenvolvimento da Enfermagem e seu papel social.

Espera-se que o guia reforce entre os profissionais de enfermagem que SAE e Processo de Enfermagem são conceitos distintos (questão que gera controvérsias mesmo entre os profissionais da área), e que facilite o processo de implementação da SAE nos serviços de saúde, através da explicação didática de seus componentes, fluxograma de processo, roteiro de implementação e checklist, encorajando os enfermeiros e instituições de saúde a planejarem a sua utilização ou aprimoramento, com vistas à melhorias na qualidade do cuidado de enfermagem.

Ressalta-se que a proposta de utilização do guia como ferramenta gerencial através de recursos da informática, possibilitará o registro digital do andamento da implementação da SAE nos serviços de saúde, a partir dos itens do checklist.

AGRADECIMENTOS

À Prof.^a Dr.^a Aida Maris Peres pela contribuição neste trabalho.

REFERÊNCIAS

- ALENCAR, Isabele Gouveia Muniz de *et al.* Implementação e implantação da sistematização da assistência de enfermagem. **Revista de Enfermagem UFPE on line**, v. 12, n. 4, p. 1174, 4 abr. 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.5205/1981-8963-v12i4a231030p1174-1178-2018>.
- AROMATARIS, E.; MUNN, Z. **Manual for Evidence Synthesis**, Joanna Briggs Institute. 2020. DOI: <https://doi.org/10.46658/JBIMES-20-01>.
- AZEREDO, Lidiane Grutzmacher *et al.* Aspects concerning the implementation of the nursing care systematization: descriptive study. **Online Brazilian Journal of Nursing**, v. 8, n. 2, 2009. Disponível em: <https://doi.org/10.5935/1676-4285.20092392>.
- DA SILVA, Manoel Carlos Neri *et al.* MESTRADO PROFISSIONAL EM ENFERMAGEM ACORDO DE COOPERAÇÃO CAPES/COFEN: PROJETO INOVADOR E TRANSFORMADOR. **Enfermagem em Foco**, v. 10, n. 7, 13 fev. 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.21675/2357-707x.2019.v10.n7.3175>. Acesso em: 2 mar. 2022.
- FRANÇA, F. C. V. et al. Implementação do diagnóstico de enfermagem na unidade de terapia intensiva e os dificultadores para enfermagem – relato de experiência.



Rev. Eletr. Enf., v. 09, n. 02, p. 537 - 546, 2007. Disponível em: <https://doi.org/10.5216/ree.v9i2.7214>

MARÍA, Vera Lúcia Regina *et al.* SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM NO INSTITUTO "DANTE PAZZANESE" DE CARDIOLOGIA: RELATO DE EXPERIÊNCIA. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 21, n. spe, p. 77-87, jun. 1987. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0080-62341987021esp00077>. Acesso em: 2 mar. 2022.

MENESES, Lenilma Bento de Araújo *et al.* Validation of interventions for risk of impaired skin integrity in adult and aged patients. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 73, n. 4, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2019-0258>. Acesso em: 2 mar. 2022.

XAVIER, Lucélia Ferreira *et al.* Sistematização da assistência da enfermagem: o conhecimento de enfermeiros do município de JI-Paraná, Rondônia, Brasil. **Revista Nursing**, v. 21, n. 239, p. 2110-2013, 2018.

GIL, Antonio Carlos. **Como Elaborar Projetos de Pesquisa**. 6. ed. Brasil: Atlas, 2017. 192 p. ISBN 9788597012613.

GONÇALVES, Lucimar Ramos Ribeiro *et al.* O desafio de implantar a sistematização da assistência de enfermagem sob a ótica de discentes. **Escola Anna Nery**, v. 11, n. 3, p. 459-465, set. 2007. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/s1414-81452007000300010>.

GUTIERRES, Larissa de Siqueira *et al.* Good practices for patient safety in the operating room: nurses' recommendations. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 71, n. suppl 6, p. 2775-2782, 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2018-0449>. Acesso em: 2 mar. 2022.

JUNIOR, Deusdete Inacio de Souza *et al.* Impasses, condições e potencialidades à implementação do processo de enfermagem na prática hospitalar brasileira: revisão integrativa. **Revista de Enfermagem UFPE On Line**, v. 11, n. 2, 2017.

MARCELO, Chanes. **SAE DESCOMPLICADA: SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM**. 1. ed. [S. l.]: Guanabara Koogan, 2018. 136 p. ISBN 9788527732666.

OGRINC, Greg *et al.* SQUIRE 2.0 (Standards for QUality Improvement Reporting Excellence). **Journal of Nursing Care Quality**, v. 31, n. 1, p. 1-8, 2016. Disponível em: <https://doi.org/10.1097/ncq.000000000000153>. Acesso em: 2 mar. 2022.

OLIVEIRA, Ana Paula Cândido de *et al.* SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM: IMPLEMENTAÇÃO EM UMA UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA. **Revista Rene**, v. 13, n. 3, p. 601-12, 2012.

RESOLUÇÃO COFEN-358/2009. Disponível em: http://www.cofen.gov.br/resoluo-cofen-3582009_4384.html. Acesso em: 2 mar. 2022.

SOARES, Mirelle Inácio *et al.* Gerenciamento de recursos humanos e sua interface na sistematização da assistência de enfermagem. **Enfermería Global**, v. 15, n. 2, p. 341, 30 mar. 2016. Disponível em: <https://doi.org/10.6018/eglobal.15.2.214711>. Acesso em: 2 mar. 2022.

TRICCO, Andrea C. *et al.* PRISMA Extension for Scoping Reviews (PRISMA-ScR): Checklist and Explanation. **Annals of Internal Medicine**, v. 169, n. 7, p. 467, 4 set. 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.7326/m18-0850>. Acesso em: 2 mar. 2022.

SILVA, Sandra Honorato da; TAKITO, Clarinda; BARBIERE, Doroty Leite. IMPLANTAÇÃO E DESENVOLVIMENTO DO PROCESSO DE ENFERMAGEM NO HOSPITAL-ESCOLA. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 24, n. 1, p. 93-99, abr. 1990. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0080-6234199002400100093>. Acesso em: 2 mar. 2022.

SPERANDIO, Dircelene Jussara; MARTINEZ ÉVORA, Yolanda Dora. Proposta para a implementação da sistematização da assistência de enfermagem em unidade de terapia semi-intensiva. **Ciência, Cuidado E Saúde**, v. 3, n. 1, p. 099-104, 2008.

VAZ, Ana Francisca *et al.* Implementação do processo de enfermagem em uma unidade de radioterapia: elaboração de instrumento para registro. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 10, n. 3, p. 288-297, jun. 2002. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/s0104-11692002000300004>. Acesso em: 2 mar. 2022.

FULY, Patrícia dos Santos Claro *et al.* Interconexões entre SAE e a engenharia de softwares: teoria fundamentada nos dados. **Online Brazilian Journal of Nursing**, v. 12, n. 1, 2013.

FRATIN, GIOVANA *et al.* Implementação do Observatório de Sistematização da Assistência de Enfermagem. **Enfermagem em Foco**, v. 10, n. 6, 25 maio 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.21675/2357-707x.2019.v10.n6.2453>. Acesso em: 2 mar. 2022.

BRANDÃO, Marcos Antônio Gomes *et al.* Nursing theories in the conceptual expansion of good practices in nursing. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 72, n. 2, p. 577-581, abr. 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2018-0395>.

PADILLA, Beatriz; HERNÁNDEZ-PLAZA, Sonia; ORTIZ, Alejandra. Avaliando as boas práticas em saúde e migrações em Portugal: teoria, prática e política1. **Forum Sociológico**, n. 22, p. 33-41, 1 dez. 2012. Disponível em: <https://doi.org/10.4000/sociologico.550>. Acesso em: 2 mar. 2022.



PADILHA, Maria Itayra *et al.* Professional master program: Preparing the nurse of the future. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 73, n. suppl 5, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2020-0007>.

SANTOS FILHO, Serafim Barbosa dos; SOUZA, Kleyde Ventura de. Rede Cegonha e desafios metodológicos de implementação de redes no SUS. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 26, n. 3, p. 775-780, mar. 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232021263.21462020>.

SOUSA, Brendo Vitor Nogueira *et al.* Benefícios e limitações da sistematização da assistência de enfermagem na gestão em saúde / Benefits and restrictions of systematization of nursing assistance in health management. **Journal of Nursing and Health**, v. 10, n. 2, 31 mar. 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.15210/jonah.v10i2.15083>.

SILVA, Carine Silvestrini Sena Lima da; KOOPMANS, Fabiana Ferreira; DAHER, Donizete Vago. O Diagnóstico Situacional como ferramenta para o planejamento de ações na Atenção Primária a Saúde. v. 7, n. 2, p. 30-33, 2016.

VASCONCELOS, Raissa Ottens *et al.* MEANS FOR NURSING MANAGEMENT USED IN CRITICAL HOSPITAL UNITS. **Enfermagem em foco**, v. 7, n. 3/4, 2016.



UTILIZAÇÃO DO PROCESSO DE ENFERMAGEM NO ATENDIMENTO HUMANIZADO AS URGÊNCIAS E EMERGÊNCIAS

USE OF THE NURSING PROCESS IN HUMANIZED CARE OF URGENCES AND EMERGENCIES

DOI: 10.51859/AMPLA.PPE2159-39

Victoria Sophia Alves Silva ¹
 Rozângela Alves de Araújo ²
 Débora Karoline Almeida Silva ³
 Kelly Anne Freitas Soares ⁴
 Sanara Oliveira Porto ⁵
 Messias de Jesus Sérgio de Lima ⁶

¹ Pós Graduanda em Enfermagem em Ginecologia e Obstetrícia. Faculdade Integrada da Amazônia - FINAMA

² Especialista em Urgência e Emergência. Centro Universitário Venda Nova do Imigrante - FAVENI

³ Pós Graduanda em Enfermagem em Ginecologia e Obstetrícia. Faculdade Integrada da Amazônia – FINAMA

⁴ Especialista em Urgência e Emergência. Centro Universitário Internacional – UNINTER

⁵ Acadêmica de Enfermagem. Faculdade Uninassau Belém

⁶ Especialista em Urgência e Emergência Pré-Hospitalar. Centro Universitário Venda Nova do Imigrante - FAVENI

RESUMO

INTRODUÇÃO: Este artigo descreve a utilização do Processo de enfermagem no atendimento as urgências e emergências como também sua importância do atendimento para com o paciente na unidade de urgência e emergência, no âmbito de atuação da equipe de enfermagem, ela vem sendo ressaltada em diversos momentos na discussão sobre a promoção da saúde e práticas do serviço no ambiente hospitalar. A atenção do atendimento qualificado e humanizado ao paciente neste estudo é compreendida como um novo campo de práticas que se baseia em novos aspectos sobre intervenções individuais e coletivas nas interfaces da Sistematização da Assistência de Enfermagem.

METODOLOGIA: Adotou-se desenvolver uma revisão integrativa narrativa, de característica descritiva qualitativa de finalidade básica estratégica com relação a utilização do processo de enfermagem no atendimento às urgências e emergências. Foram reunidos dois aspectos pertinentes ao tema proposto: relevância do processo de enfermagem na unidade de urgência e emergência e importância da equipe de enfermagem humanizada no atendimento ao paciente na unidade de urgência e emergência. **CONCLUSÃO:** o atendimento individualizado e humanitário com agilidade e com um olhar voltado para a fragilidade do paciente que neste momento necessita de cuidados urgentes ou emergentes para recuperar sua saúde, neste cenário a equipe de enfermagem deve atender com empatia.

Palavras-chave: Processo de Enfermagem. Urgência e Emergência. Pronto Atendimento. Humanização.

ABSTRACT

INTRODUCTION: This article describes the use of the nursing process in the care of urgencies and emergencies as well as its importance of care to the patient in the urgency and emergency unit, in the scope of action of the nursing team, it has been highlighted at various times in the discussion on health promotion and service practices in the hospital environment. The attention of qualified and humanized care to the patient in this study is understood as a new field of practice that is based on new aspects about individual and collective interventions in the interfaces of Nursing Care Systematization. **METHODOLOGY:** It was adopted to develop a narrative integrative review, of qualitative descriptive characteristic of strategic basic purpose regarding the use of the nursing process in urgencies and emergencies care. Two aspects pertinent to the proposed theme were gathered: the relevance of the nursing process in the urgency and emergency unit, and the importance of a humanized nursing team in patient care in the urgency and emergency unit. **CONCLUSION:** individualized and humanitarian care with agility and with an eye toward the fragility of the patient who at this moment needs urgent or emergent care to recover his health, in this scenario the nursing team must attend with empathy.

Keywords: Nursing Process. Urgency and Emergency. Emergency Care. Humanization.

1. INTRODUÇÃO

Neste artigo abordaremos a utilização do processo de enfermagem no atendimento humanizado as urgências e emergências, tal processo é essencial para um bom atendimento frente aos pacientes que procuram as unidades de saúde e por não ressaltar o hospital como um todo, é nele que se dá o atendimento de forma humanizada e individualizada este processo começa pela equipe de enfermagem seguida da equipe médica.

O presente artigo ressalta como objetivo demonstrar que através da Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) essa equipe deverá oferecer melhor qualidade de atendimento ao paciente, como também defender que a sistematização da assistência de enfermagem que é de suma importância no atendimento ao paciente na unidade de urgência e emergência e evidenciar argumentos admissíveis descritos na literatura que contribuem para um melhor atendimento humanizado na unidade de urgência e emergência.

De acordo com Oguisso, Campos e Moreira (2011) no período republicano, a enfermagem cresceu profissionalmente buscando embasamentos científicos, para aprimorar no processo de tratamento e cura, o que levou ao desenvolvimento de novos modelos de prestação de serviços na área da saúde e ao surgimento de um novo perfil de enfermeiros, a partir da qualificação e sistematização dos conhecimentos e técnicas praticadas nessa área.

O Processo de enfermagem é um método e estratégia de trabalho científico que orienta a prática do enfermeiro na identificação das situações de saúde, subsidiando a prescrição e implementação das ações de cuidado, que possam contribuir para a promoção, prevenção, recuperação e reabilitação em saúde do indivíduo, família e comunidade (COFEN, 2009).

A Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) requer do enfermeiro relevância em conhecer o paciente como indivíduo, utilizando para isto seus conhecimentos e habilidades, além de orientação e treinamento da equipe de enfermagem para a implementação das ações sistematizadas (MARQUES et al., 2008).

Desta forma a sistematização do cuidado prestado vem sendo definida como uma prontidão do enfermeiro na qual planeja, supervisiona, executa e avalia os cuidados de enfermagem mais complicados. Portanto existe a necessidade da avaliação e reavaliação do cuidado prestado para planejar nova assistência e implementá-las. Desta forma PIRES, (2007). afirma que “o enfermeiro poderá planejar a assistência a ser implementada. ele precisa antes examinar e diagnosticar os problemas de os pacientes responsabilizar-se pelo processo”.

O uso deste método de urgências e emergências requer do profissional raciocínio clínico e amplo conhecimento sobre os processos de saúde-doença. No qual o reconhecimento do serviço prestado pelo profissional decorre da aplicação das etapas da SAE (SILVA et al., 2011). Apresenta que o cuidado de enfermagem é essencial para a recuperação do paciente.

Portanto este estudo é de suma importância para o enfermeiro, pois os pacientes atendidos em Unidades de Urgência e Emergência necessitam de um cuidado específico e totalizante de enfermagem, pois se trata de um período de cuidado crítico ou semicrítico destes indivíduos. Nessa intensidade, ao analisar o processo de enfermagem dentro dessa situação, pode-se estabelecer condutas específicas para que esse processo seja realmente inserido com dinamismo e receber o reconhecimento que a ele deve ser atribuído.

2. METODOLOGIA

Adotou-se desenvolver uma revisão integrativa narrativa, de característica descritiva qualitativa de finalidade básica estratégica com relação a utilização do processo de enfermagem no atendimento às urgências e emergências, organizada em forma de artigo com seus conteúdos pesquisados no portal Biblioteca Virtual de Saúde (BVS), utilizando como base de dados a Literatura Latino-americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS) e Sistema Online de Busca e Análise de Literatura Médica (MEDLINE).

Utilizou-se como critério de inclusão artigos, revistas científicas, e estudo de caso publicadas na língua portuguesa, que abordam temas como enfermeiros de urgências e emergências, sistematização de enfermagem nas urgências e emergências, e

atendimento de enfermagem humanizado. Excluiu-se casos clínicos, carta ao editor, e artigos que não abordem o tema proposto, não ter como objeto de estudo o Brasil e que não estejam nas bases de dados LILACS e MEDLINE.

A coleta de dados se deu por meio da extração de artigos científicos indexados nas bases de dados LILACS e MEDLINE, através dos descritores supracitados, utilizando como critério de inclusão a afinidade do tema com o objetivo geral do presente estudo, baseado em um instrumento de coleta de dados validado por Ursi 2006.

3. RESULTADOS E DISCUSSÃO

Após a análise dos artigos, foram selecionados 5 artigos para compor a versão final desse estudo, conforme expresso no quadro 01. A partir disso, obtivemos 02 artigos da base de LILACS e 03 artigos da base de dados MEDLINE. Quanto aos idiomas dos estudos selecionados, todos tinham versões em português.

Quadro 1- Resultados de Pesquisa

Nº	ANO	TÍTULO	AUTOR
01	2021	. A visão da enfermagem sobre o atendimento humanizado no setor de urgência e emergência	CEZAR, S.V; SOUZA, J.S.M.
02	2020	Processo de enfermagem em práticas de urgência e emergência: relato de experiência.	CRUZ A.B; WANZELER, K.M; BASTOS, D.A.S et al
03	2019	Atuação da Enfermagem em urgência e emergência	SILVAL E. G., OLIVEIRA, V. C., NEVES, G. B. et al
04	2017	Processo de enfermagem em unidades de atendimento de urgência e emergência: uma revisão integrativa	COSTA, E.S; SILVA, M.J; KUROBA, L.S et al.
05	2016	Competência legal do enfermeiro na urgência/ emergência	FILHO, Luiz Alves Moreira et al.

Fonte: Elaborada pelos autores.

3.1. HUMANIZAÇÃO NOS SERVIÇOS DE ENFERMAGEM EM URGÊNCIAS E EMERGÊNCIAS

A assistência de enfermagem em urgência e emergência, assim como em qualquer setor da área hospitalar não deve ser fragmentada, pois, desta forma torna-se um atendimento desumanizado, e não atende as necessidades esperadas para com o paciente. Assim sendo, Silval et al., (2019) afirma que a humanização e o cuidado



sistematizado, requer um espaço ético, com profissionais saudáveis, qualificados munido de investimento na informação humana nos quais integram as instituições.

A unidade de urgência e emergência é o setor pelo qual o indivíduo é atendido quando entra em desequilíbrio homeostático, por enfrentar obstáculos que se antecedem a sua finalidade de vida, ou seja, é o meio pelo qual as alterações anormais, no organismo humano, resultam em drástico transtorno da saúde o que exige medidas terapêuticas imediatas. Então é correto afirmar que no serviço de urgência e emergência hospitalar são esperados conhecimento e domínio relevante dos profissionais sobre o processo de trabalho sobre as situações de saúde que envolve o cotidiano assistencial (SILVAL et al., 2019).

Segundo FILHO (2016) com a vivência do enfermeiro nos atendimentos de Urgência e Emergência, ele se depara com o dilema sobre suas condutas e margens legais de atuação, fazendo com que ele repense sua responsabilidade e autonomia profissional em contraponto com outras categorias profissionais. O autor ainda enfatiza que este profissional que atua nas mais diversas frentes, e tem como seu cliente o usuário grave, que se submete a procedimentos complexos, por este fato o enfermeiro precisa estar preparado para uma assistência rápida e segura.

Portanto, o momento no qual se dá o atendimento de emergência exige destreza, rapidez, ausência de dúvidas e o enfermeiro precisa estar amparado legalmente para a sua realização. Deste modo o enfermeiro deve buscar qualificação profissional sempre e está atualizado sobre as novas condutas que sempre surgem ao longo da sua trajetória profissional.

Ressaltamos ainda que todo profissional de saúde é perfeitamente capaz de prestar um cuidado humanizado desde que tenha conhecimento científico, habilidade e visão holística a respeito do processo doença-saúde, mesmo em se tratando de unidade de emergência.

Para Filho (2016) a unidade de urgência e emergência é um local de grande importância por assistir indivíduos de alta complexidade, que se submetem a intervenções para promover o melhoramento no processo doença e saúde. Tendo em vista que toda a situação do paciente é analisada, buscando, além de recuperar sua saúde física no momento, identificar suas emoções, suas frustrações e seus desejos na ânsia de sair do caráter emergencial vivo e do hospital saudável, deste modo a equipe



de saúde não deve cometer negligência, imprudência ou imperícia frente aos obstáculos encontrados.

Diante do abordado a assistência humanizada em unidade de urgência e emergência vem sendo cada vez mais procurada por variadas patologias e por consequência a demanda torna-se cada vez maior. Nesse ambiente, depara-se também, com os familiares, geralmente ansiosos, solicitantes e sempre na busca do melhor atendimento ao seu paciente.

Por ser uma unidade de urgência e emergência, os serviços tornam-se uma rotina acelerada de atendimento, o que acometem nas queixas que são observadas na mídia que denunciam aspectos negativos dos atendimentos prestados à população. Sabe-se que as especificidades deste ambiente induzem os trabalhadores desse serviço a se posicionarem de maneira impessoal, com dificuldade de atuação de forma humanizada (CEZAR e SOUZA, 2021).

Ainda segundo Cezar e Souza (2021) o processo de humanização do cuidar orienta acerca dos princípios da prática profissional, sobre o tratamento digno, solidário e acolhedor. Portanto as atividades profissionais referentes ao atendimento, procuram melhorias que lhes assegurem a dimensões das condições humanas. É notório que a doença desarticula a dignidade do paciente que, por sua vez são infringidas por profissionais da área da saúde que parecem gradativamente desumanizar-se, favorecendo a desumanização de sua prática.

Portanto é de suma importância prevalecer o atendimento qualificado e individualizado aos pacientes além de seguir as normas, rotinas e protocolo da unidade hospitalar na utilização do processo de enfermagem no atendimento as urgências e emergências.

3.2. PROCESSO DE ENFERMAGEM EM URGÊNCIA E EMERGÊNCIA

O Processo de Enfermagem (PE) é uma forma sistemática e dinâmica de prestar cuidados de enfermagem, que é realizado por meio de cinco etapas interligadas: avaliação, diagnóstico, planejamento, implementação e evolução. Este processo destaca-se pela necessidade de investigação contínua dos fatores de risco e de bem-estar, mesmo quando não houver problemas (CRUZ et al., 2020).

Cruz et al., (2020) identifica em sua obra três tipos de ocorrências clínicas mais frequentes: Emergências Hipertensivas, Infecções Respiratórias Agudas (IRA) e Ocorrências Traumatológicas. Os atendimentos a pacientes em quadro de picos hipertensivos, em sua maioria já diagnosticados com Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS), iniciava-se com a coleta de dados de enfermagem, história da ocorrência e simultaneamente a aferição da pressão arterial.

Segundo Silval et al., (2019) é fundamental a atuação do enfermeiro em seu ambiente de trabalho, munido de conhecimento em procedimentos técnicos e ainda tecnológicos. Além disso, os serviços hospitalares do setor de urgência e emergência exige que o profissional tenha um conhecimento em relação às diversas situações que envolvem a saúde, é preciso que este profissional possua algumas características, como agilidade sagacidade, pensamento rápido, cautela, pois o tempo que ele tem para solucionar os problemas assistenciais.

Neste sentido, o processo de enfermagem deve se fazer presente, sendo de total responsabilidade do enfermeiro atuante na Unidade de Urgência e Emergência prestar a devida assistência ao paciente execute o devido tratamento, atuar no exercício das funções burocráticas, liderar a sua equipe de enfermagem.

Costa et al., (2017) expõe em sua obra que mesmo diante das mudanças significativas na forma de organização do trabalho, com base nos princípios e diretrizes do SUS, os estudos no Campo da Saúde flagram situações como: violência no cotidiano do trabalho hospitalar, liberdade exacerbada dos trabalhadores, dificuldade do Acesso, acolhimento e vínculo de usuários e Centralidade no trabalho do profissional médico.

Diante disso, observa-se que os processos de trabalho ainda estão centrados nas demandas e necessidades dos trabalhadores e muito pouco nas dos usuários, visto que, essa centralidade, não garante trabalhadores e serviços qualificados e acolhedores.

No âmbito no sistema de Classificação de risco do processo de trabalho em unidades de urgência e emergência, Cruz et al., (2020) mostra a necessidade de uma melhor gestão de trabalho nestas unidades, devido a constante procura de atendimentos buscados nas unidades de emergências serem casos não agudos e não urgentes, dificultando o atendimento as necessidades daqueles que realmente possuem problemas graves.



Estes reforçam a necessidade na melhoria das estratégias e estruturação do acolhimento com classificação de risco, estabelecendo um equilíbrio entre a demanda dos pacientes e os recursos disponíveis para atender suas necessidades, por meio da classificação dos casos.

Atualmente a assistência de enfermagem é baseada em conhecimento científico e não apenas em cuidados generalizados e subsidiados pelo pensamento médico como era há alguns séculos. Os enfermeiros estão buscando destruir essa visão de submissão através da aplicação da SAE, desenvolvendo o planejamento da sua assistência, garantindo responsabilidades junto aos pacientes e norteando-se na tomada de decisões em diversas situações vivenciadas enquanto gerente da equipe de enfermagem.

4. CONCLUSÃO

Concluimos que o tema contido neste artigo aborda com clareza a forma como se executa o processo assistencial de enfermagem, no ambiente hospitalar. Enfatiza-se que através desta mesma pesquisa pôde perceber como o atendimento aos pacientes nas unidades de urgência e emergência vem sendo agravante.

Sabemos que a cada dia se busca novas formas de aprendizado, mas a cada dia percebemos que precisamos cada vez mais nos aperfeiçoar na tentativa de melhorias destes atendimentos, partindo-se do contexto do objeto de estudo, que é a execução do Processo assistencial de enfermagem em unidades de atendimento de urgência e emergência, neste contexto, os profissionais de enfermagem são fundamentais na gestão e no processo de trabalho.

Assim, o enfermeiro, como responsável pela equipe de enfermagem e detentor de conhecimento clínico, deve ser o responsável pelo fluxo de atendimento dos usuários de acordo com acolhimento e classificação de risco e com um olhar voltado também para a segurança dos pacientes. Porém, encontramos campo de atendimento que merecem destaque maior e uma atenção mais voltada na estruturação deste atendimento, tais como: necessidade de protocolos direcionado ao controle e tratamento de demandas, efetivação do acolhimento com classificação de risco,

atendimento aos pacientes com uma maior segurança e distante de iatrogenias e uma reorganização mais eficiente da rede de atendimento a urgências e emergências.

Uma reorganização no processo trabalho e atendimento neste campo, seguindo protocolos estabelecidos e priorizando o atendimento dos casos graves, poderá contribuir para a diminuição do risco de morte e para o aumento da expectativa de vida, sendo assim destaca-se a relevância da presente pesquisa no campo da saúde pública e sente-se ainda a necessidade de mais estudo diante da temática em questão para trazer melhores evidências científicas para o campo de atuação profissional voltado para o processo assistencial das urgências e emergências.

REFERÊNCIAS

- BRASIL. Ministério da Saúde. **Resolução COFEN-358/2009, de 15 de outubro de 2009:** dispõe sobre a Sistematização da Assistência de Enfermagem e a implementação do Processo de Enfermagem em ambientes públicos ou privados, em que ocorre o cuidado profissional de Enfermagem. Brasília, Df, 2009.
- BRASIL. Ministério da Saúde (BR). **Portaria nº. 2048/GM em 05 de novembro de 2002:** Regulamento Técnico dos Sistemas Estaduais de Urgência e Emergência. Brasília, 2002.
- CEZAR, S.V; SOUZA, J.S.M. **A visão da enfermagem sobre o atendimento humanizado no setor de urgência e emergência.** Semina: Ciências Biológicas e da Saúde, Londrina, v. 42, n. 1, p. 81-90, jan./jun. 2021.
- COSTA, E.S; SILVA, M.J; KUROBA, L.S et al. Processo de enfermagem em unidades de atendimento de urgência e emergência: uma revisão integrativa. **Revista UNINGÁ.** Vol.53, n.1,pp.90-95 (Jul – Set) 2017.
- CRUZ, A.B; WANZELER, K.M; BASTOS, D.A.S et al. Processo de enfermagem em práticas de urgência e emergência: relato de experiência. **Revista Eletrônica Acervo Saúde.** Vol.Sup.n.38. 2020.
- DUARTE, S. C. M.; STIPP, M. A. C.; MESQUITA, M. G. R. et al. O cuidado de enfermagem no pós-operatório de cirurgia cardíaca: um estudo de caso. **Esc. Anna Nery [online].** v.16, n.4, p. 657-665, 2012.
- FILHO, Luiz Alves Moreira et al. Artigo 03, Competência legal do enfermeiro na urgência/emergência. **Revista Enfermagem em Foco,** 2016.

MARQUES, S. M.; BRITO, K. C. G.; FERNANDES, C. M. et al. Sistematização da assistência de enfermagem na UTI: perspectivas dos enfermeiros da cidade de Governador Valadares. Reme – **Rev. Min. Enferm.** v.12, n.4, p. 469-476, 2008.

OGUISSO, T; CAMPOS, P. F. S; MOREIRA, A. Enfermagem pré-profissional no Brasil: questões e personagens. **Enfermagem em Foco**, 2(supl):68-72. 2011.

SILVA, E. G., OLIVEIRA, V. C., NEVES, G. B. et al. O conhecimento do enfermeiro sobre a Sistematização da Assistência de Enfermagem: da teoria à prática. **Rev Esc Enferm USP.** v.45, n.6, p.1380-6, 2011.

SILVAL, L.A.S; DIAS, A.K; GONÇAVES, J.G; PEREIRA, N.R.P; PEREIRA, R.A. Atuação da Enfermagem em urgência e emergência. **Revista Extensão**, v.3, n.1, 2019.

ESTÁGIO CURRICULAR DE ENFERMAGEM EM UMA UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA: RELATO DE EXPERIÊNCIA

NURSING CURRICULAR INTERNSHIP IN A INTENSIVE CARE UNIT: EXPERIENCE REPORT

DOI: 10.51859/AMPLA.PPE2159-40

Laylla Meireles de Souza ¹

Luana Vieira Toledo ²

Lídia Miranda Brinati ³

Camila Santana Domingos ⁴

Luciene Muniz Braga Daskaleas ⁵

Gabriela Tavares Boscarol ⁶

¹ Graduada em Enfermagem Universidade Federal de Viçosa, Viçosa, MG, Brasil

² Docente do Departamento de Medicina e Enfermagem, Universidade Federal de Viçosa, Viçosa, MG, Brasil

³ Docente do Centro Universitário UNIFAMINAS, Muriaé, MG, Brasil

⁴ Docente do Departamento de Medicina e Enfermagem, Universidade Federal de Viçosa, Viçosa, MG, Brasil

⁵ Docente do Departamento de Medicina e Enfermagem, Universidade Federal de Viçosa, Viçosa, MG, Brasil

⁶ Mestranda em Enfermagem Universidade Federal de Viçosa, Viçosa, MG, Brasil

RESUMO

Objetivo: descrever a experiência vivenciada por uma acadêmica de Enfermagem em uma unidade de terapia intensiva adulto durante o estágio curricular. **Relato:** trata-se de um relato de experiência, sobre a vivência da estagiária de enfermagem no ano de 2020 em uma unidade de terapia intensiva adulto. A experiência da estagiária foi categorizada em três etapas: reconhecimento do setor e equipe de trabalho, que envolveu a apresentação da estrutura física, dos profissionais e da rotina de trabalho; ambientação com o setor e equipe de trabalho, que incluiu a aproximação da acadêmica e equipe e a apropriação dos instrumentos que norteiam o processo de trabalho; e a integração com a equipe e pertencimento ao setor, em que estabeleceu-se um vínculo com os profissionais da unidade, sendo fundamental para o aprendizado. **Considerações Finais:** A experiência propiciou o desenvolvimento de habilidades profissionais e pessoais à acadêmica.

Palavras-chave: Enfermagem; Unidades de Terapia Intensiva. Educação em Enfermagem. Cuidados de Enfermagem.

ABSTRACT

Objective: To describe the experience of an undergraduate student in Nursing in an adult intensive care unit during the curricular internship. **Report:** Experience report on the perception of a nursing intern in 2020 in an adult intensive care unit. The experience of the nursing student was categorized into three stages: recognition of the sector and the work team, with an understanding of the physical structure, the work team and the work routine; ambience with the sector and work team, which included bringing the nursing student closer to the team and appropriating the instruments that guide the work process; integration with the work team and build a sense of community regarding the sector, creating a bond that was fundamental for learning. **Conclusion:** The experience provided the development of professional and personal skills to the nursing student.

Keywords: Nursing. Intensive Care Units. Nursing Education. Nursing Care.

1. INTRODUÇÃO

No Brasil, o processo de formação do enfermeiro está em constante modificação, sendo atualmente referenciado pelas Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN's) para os cursos de graduação em Enfermagem. As DCN's visam uma reestruturação na formação do profissional, para além da formação técnica, almejando formar profissionais com competências e habilidades para dar resposta às situações de saúde-doença e às demandas do mercado de trabalho. Preconiza em seu bojo o aprender a aprender, aprender a ser, aprender a fazer e aprender a conviver, fomentando uma formação crítico-reflexiva (MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO, 2014; OLIVEIRA et al., 2019)

Admite-se que a incorporação de competências e habilidades por parte de enfermeiros e acadêmicos de Enfermagem, sejam movimentos particulares e individuais, associados à trajetória acadêmica e profissional vivenciada. O que reforça a importância de aprofundar os estudos, fazer cursos, estágios, ter diferentes experiências e buscar a devida qualificação (GALINDO et al., 2019a).

Dentre as propostas da DCN's, o Estágio Curricular Supervisionado (ECS) possibilita ao graduando a inserção no mundo real de trabalho, construindo uma práxis que contribui para reflexões possibilitando mudanças nas situações de saúde (MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO, 2014; OLIVEIRA et al., 2019).

Enquanto parte dos campos para ECS, tem-se as Unidades de Terapia Intensiva (UTI's) que são ambientes destinados aos cuidados de pacientes críticos, com potencial risco de morte, que necessitam de atendimento ininterrupto e interdisciplinar. Portanto, são locais que apresentam alto custo, com necessidade de espaço físico diferenciado, equipamentos de alta complexidade e de uma equipe multidisciplinar qualificada (TEIXEIRA et al., 2017).

A complexidade tecnológica existente no ambiente de cuidados intensivos, requer do profissional de enfermagem constante aprimoramento para garantir ao paciente uma assistência segura. Os profissionais que atuam nesses ambientes devem possuir competência técnica-científica e habilidades práticas para a utilização dos recursos tecnológicos, visando o reestabelecimento do processo saúde-doença do paciente (OLIVEIRA et al., 2019).

Nesse contexto, a UTI, configura-se como um ambiente propício ao aperfeiçoamento das habilidades, conhecimentos e atitudes, aspectos fundamentais para o desenvolvimento das competências profissionais. Este ambiente da UTI nem sempre é espaço para aulas práticas pelos acadêmicos durante a sua formação, haja vista a sua complexidade e consequente restrição da circulação de alunos. Contudo, tem sido uma unidade para a realização do estágio curricular, que ocorre no último ano da graduação em enfermagem.

Assim, objetivamos descrever a experiência vivenciada por uma acadêmica de Enfermagem em uma UTI adulto durante o estágio curricular.

2. RELATO

Trata-se de um relato de experiência de uma acadêmica de Enfermagem em uma UTI destinada ao atendimento de pacientes adultos, durante a disciplina de estágio curricular, em 2020.

A referida UTI está inserida em um hospital filantrópico conveniado como hospital de ensino. Dispõe de seis leitos, para atendimento de pacientes críticos de origem clínica ou cirúrgica. Do total de leitos, cinco estão em área comum, separados por biombo e localizados de frete para o posto de enfermagem. O sexto leito está em quarto fechado privativo, localizado ao final do corredor central e direcionado à admissão de pacientes em isolamento. Todos os leitos são equipados com monitor multiparamétrico, ventilador mecânico, bombas de infusão contínua, cama, bancada auxiliar, estetoscópio, termômetro axilar e dispenser de álcool, além de possuírem tomadas elétricas com voltagens de 110v e 220v, saídas de oxigênio, ar comprimido e vácuo.

A equipe de profissionais que presta assistência aos pacientes da UTI é constituída por médicos, fisioterapeutas, psicólogos, nutricionistas, enfermeiros, técnicos de enfermagem e administrativos, além dos auxiliares de serviços gerais. O processo de trabalho da equipe de enfermagem segue as etapas do Processo de Enfermagem (PE), considerado um instrumento metodológico que orienta o cuidado profissional de enfermagem e a documentação da prática profissional (COFEN, 2009). As duas primeiras etapas do PE estão implementadas integralmente e parcialmente as

demais etapas. A coleta de dados é orientada pela Teoria das Necessidades Humanas Básica de Wanda de Aguiar Horta.

A UTI adulto recebe estagiários dos cursos de medicina, enfermagem, nutrição e fisioterapia. A seleção do estagiário de enfermagem para a UTI ocorre a partir da manifestação de interesse do aluno pelo campo, por meio de sorteio. A carga horária do Estágio Curricular Obrigatório é de 900 horas, divididas em dois semestres de 450 horas, cursados no último ano do curso de graduação em Enfermagem, tanto na atenção primária/secundária à saúde, quanto na atenção terciária.

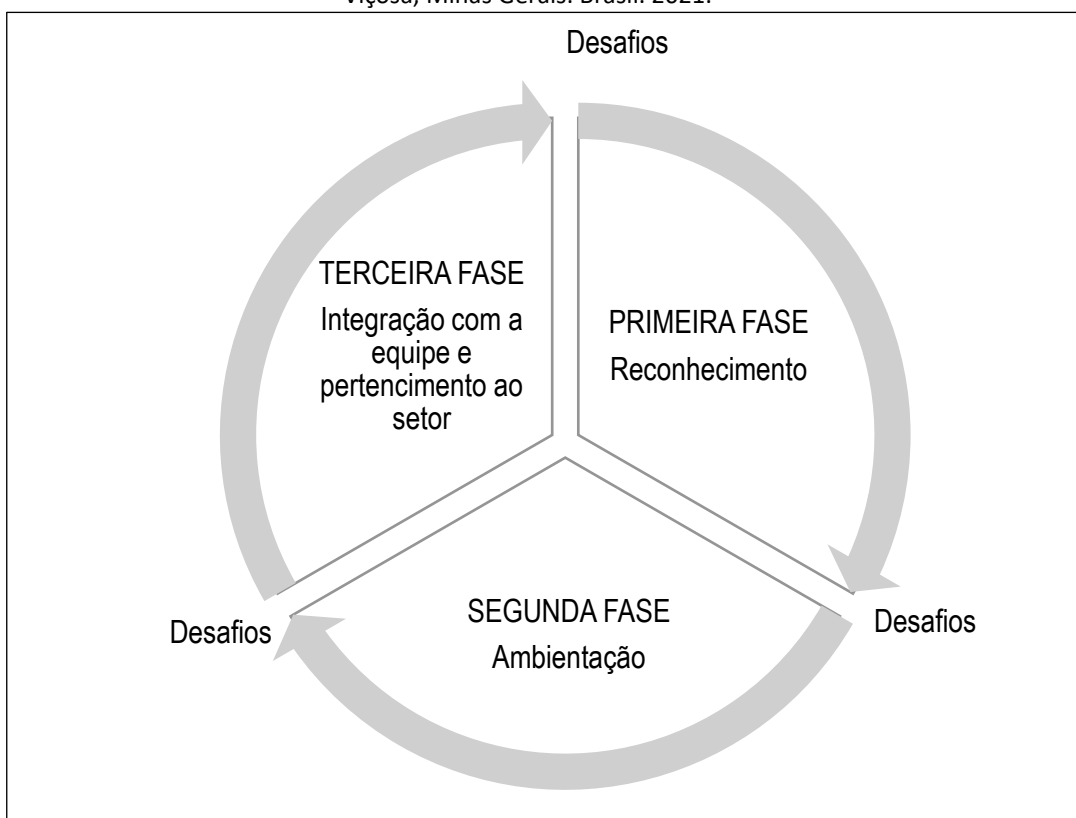
O objetivo principal do estágio consiste em desenvolver e aperfeiçoar as competências e habilidades do acadêmico. Além disso, o estágio fornece ao aluno a oportunidade de integrar os conhecimentos adquiridos durante a graduação, estimulando o raciocínio clínico, a análise crítico-reflexiva da assistência e fomentando a capacidade de reconhecer e intervir em problemas de saúde de forma integral, holística e resolutiva.

O estagiário atua perfazendo uma carga horária semanal de 30 horas, tendo o enfermeiro plantonista e o enfermeiro coordenador da UTI como preceptor direto, além da supervisão indireta de uma enfermeira vinculada à instituição de ensino. Desta forma, todos os procedimentos são realizados sob supervisão direta e indireta de enfermeiros.

O estudo cumpre com os requisitos éticos, sendo garantido o sigilo e anonimato da instituição, dos profissionais e acadêmicos envolvidos.

O estágio curricular obrigatório teve início em março/2020, porém com a suspensão das aulas devido a pandemia do novo Coronavírus, as atividades foram retomadas em outubro/2020. As atividades foram realizadas de segunda às sextas-feiras no horário de 07 às 13 horas, totalizando 30 horas semanais. A inserção da estagiária de Enfermagem na UTI e as atividades realizadas em cada momento foram didaticamente agrupadas pelos autores em três fases, em que houveram inúmeros desafios, conforme a figura 1.

Figura1 – Fases de atuação do estagiário de Enfermagem na Unidade de Terapia Intensiva Adulto. Viçosa, Minas Gerais. Brasil. 2021.



Fonte: próprios pesquisadores.

A primeira fase teve início no primeiro dia de estágio e durou aproximadamente uma semana. Nesse período foi realizada a apresentação do estagiário ao serviço e à equipe da UTI, para reconhecimento da estrutura física do setor, dos profissionais e da rotina de trabalho. Foram apresentadas as escalas de trabalho e realizadas orientações sobre as medidas de prevenção e controle de infecções executadas na unidade. Verificou-se rigoroso controle de fluxo de pessoas no setor, especialmente à beira dos leitos dos pacientes. Além disso, a coordenadora do setor informou sobre a necessidade de correta paramentação dos profissionais e estagiários, sendo fornecidos os equipamentos de proteção individual (EPI) para todos os dias de estágio, a fim de prevenir a ocorrência de infecções.

Entre a segunda e quarta semana de estágio, já na fase de ambientação, houve maior aproximação do estagiário com a equipe. Além disso, iniciou-se a apresentação dos instrumentos teóricos e administrativos que norteiam o processo de trabalho na UTI: Diagnóstico Administrativo e Situacional (DAS) do setor, atualizado anualmente pelos estagiários, regimento do serviço de enfermagem, Procedimentos Operacionais Padrão (POP's), indicadores assistenciais, escalas de folgas e férias, histórico de

enfermagem, evolução diária, diagnósticos de enfermagem, escalas assistenciais utilizadas no setor, como a *Richmond Agitation Sedation Scale* (RASS), Morse, Braden, escore de Pádua, escala de Flebite e Escala de Coma de Glasgow (ECG).

Com o passar dos dias e maior convívio com os profissionais, especialmente os enfermeiros do setor, e a estagiária passou a assumir diariamente funções administrativas, que têm impacto direto na assistência de enfermagem. Conforme rotina do serviço, a estagiária ao chegar no setor, acompanhava a passagem de plantão da equipe de Enfermagem, realizava a conferência dos lacres dos carrinhos de atendimento urgência e emergência, testagem do aparelho cardioversor e do laringoscópio, bem como o preenchimento dos cilindros de oxigênio utilizado em transporte de pacientes e verificação da temperatura da geladeira utilizada para armazenamento de fármacos. O PE direcionado aos pacientes críticos foi realizado de maneira gradual, apoiado pelo preceptor e supervisora de estágio.

Ainda na fase de ambientação, a estagiária de Enfermagem coletava os dados sobre os indicadores assistenciais da UTI: pacientes internados no dia, uso de ventilação mecânica invasiva, uso de cateter vesical de demora; uso de cateter nasoentérico, uso de cateter venoso periférico e central, uso de nutrição parenteral, pacientes com lesão por pressão, remoção acidental e obstrução de cateter nasoentérico, flebite em cateter venoso periférico e central, incidência de pneumonia associada à ventilação mecânica, incidência de infecção do trato urinário associada ao uso de cateter vesical de demora, infecção de corrente sanguínea associada ao uso de cateteres venoso central e quedas.

Conforme as atividades eram assimiladas e realizadas com autonomia, outras atividades eram inclusas na rotina, principalmente assistenciais, privativas ou não da enfermagem, como cateterismo vesical de alívio e demora, cateterismo nasoentérico e nasogástrico, eletrocardiograma, avaliação de lesão por pressão e discussão de conduta, montagem de Pressão Arterial Invasiva e Pressão Venosa Central, ressuscitação cardiopulmonar, aspiração de vias aéreas, curativo de acesso central e cuidados de enfermagem com tubo orotraqueal, traqueostomia, bolsa de Bogotá e dreno de tórax. Desses procedimentos, muitos não foram realizados nenhuma vez ou apenas uma única vez durante as aulas práticas no hospital, sendo a experiência adquirida com a realização do procedimento nos laboratórios de aulas práticas e simulações realizadas ao longo das disciplinas. Assim, realiza-los pela primeira vez em um ambiente de terapia intensiva

provocou medo e insegurança, principalmente de executar a técnica de forma incorreta e assim aumentar o risco de infecção do paciente, expondo-o a outras complicações e agravamento de seu estado de saúde. No entanto, a insegurança era desfeita pela presença do enfermeiro orientando e acompanhado o procedimento, além de uma rotina de estudo constante. O medo por outro lado, foi dissipando aos poucos, conforme os procedimentos eram realizados outras vezes e a confiança era estabelecida. Ao longo do estágio buscou-se, a partir da realização desses procedimentos, estimular o desenvolvimento da competência técnica, marcada pelo saber fazer.

Aos poucos o que era uma fase de ambientação, em que ainda permaneciam o medo e inseguranças, deu lugar a uma fase cujo sentimento predominante era o de pertencimento. Após o primeiro mês de estágio, já havia um estreitamento na relação entre a estagiária e a equipe do setor, o que contribuiu significativamente para o aprendizado e fortaleceu o desenvolvimento da competência relacional, caracterizada pela valorização da prática interdisciplinar e pelo trabalho em equipe. A estagiária passou a se sentir parte integrante da equipe e vinculada ao setor, organizava as suas ações de maneira coordenada durante o seu turno de estágio, intercalando as atividades administrativas e assistenciais, conforme as prioridades identificadas, o que demonstra um amadurecimento profissional.

Antes de iniciar a avaliação minuciosa dos pacientes, como primeira etapa do PE, era realizada uma avaliação rápida e geral à beira de cada leito. Nessa primeira avaliação eram registrados os parâmetros obtidos pelo ventilador mecânico e monitor multiparamétrico, conferidas as datas de inserção dos cateteres, curativos, e demais dispositivos invasivos instalados nos pacientes. O objetivo era acompanhar a necessidade de trocas que são protocoladas pela instituição e, assim, orientar o técnico de enfermagem responsável por aquele leito durante o plantão. Ao final do horário de estágio, todos os dias, realizava-se passagem de plantão para o estagiário do turno da tarde.

Durante a avaliação dos pacientes, era evidente a utilização do raciocínio clínico, ao passo que a estagiária analisava e sintetizava os dados clínicos dos pacientes, identificando o comprometimento de suas necessidades humanas básicas e os diagnósticos de enfermagem presentes. A partir dessa identificação, era realizado o



planejamento da assistência com foco na melhoria do problema identificado e, para tal, eram realizadas as intervenções necessárias e avaliados os resultados alcançados.

As três fases vivenciadas pela estagiária foram marcadas por superações. Apesar da alta densidade tecnológica e elevada complexidade assistencial presente na UTI, o maior desafio durante o estágio não foi manusear os equipamentos ou cuidar de pacientes totalmente dependentes da equipe de Enfermagem, mas sim lidar com os pacientes e familiares durante o processo de morte. Aprender a aceitar a finitude da vida sem receio e, durante esse processo, oferecer ao paciente um cuidado que ultrapasse a técnica e que possibilite, em certa medida, uma morte mais respeitosa não foi uma tarefa fácil.

Vivenciar experiências tal como a morte, estando à beira do leito do paciente, vendo-o partir, é, sem sombra de dúvidas, um momento que marca não só a vida acadêmica/profissional, mas também a vida pessoal. Poder cuidar de alguém que está esvaindo-se aos poucos é uma forma de garantir que esse processo seja menos pesado e mais humano.

Por outro lado, viver a alegria de ver cada avanço e melhoria diária de um paciente é como um sopro de esperança no meio dessa rotina por vezes tão exaustiva e complexa que envolve o setor. Ao poder compartilhar da admissão e da alta de um paciente, pode-se refletir e aprender muito com o processo de cuidar que foi desenvolvido durante os dias de estágio.

3. DISCUSSÃO

A partir da experiência relatada pode-se perceber a importância da vivência prática no campo de estágio como a UTI para a formação de futuros enfermeiros. A acadêmica de Enfermagem, ao passar pelas três fases de atuação na Unidade de Terapia Intensiva: reconhecimento, ambientação e pertencimento, obtém um amadurecimento pessoal e profissional, ao mesmo tempo que barreiras ao aprendizado, como inseguranças e medos, são deixadas de lado.

O ECS é um dos momentos de encontro entre teoria e prática estabelecidos ao longo da formação acadêmica e os conteúdos e práticas de estágio proporcionados durante a graduação são, na maioria dos casos, as únicas experiências que os egressos

do curso de Enfermagem têm antes de ingressar na prática profissional (GALINDO et al., 2019b). Um estudo realizado com estudantes de Enfermagem da Bahia evidenciou que as atividades de origem práticas são marcadas por medos, expectativas e desafios que precisam ser enfrentados para se chegar a um objetivo final. Além de ser considerada um espaço de construção de maturidade frente à profissão escolhida (SILVA et al., 2018). Nesse contexto, destaca-se a importância da presença assertiva de um enfermeiro acompanhando e orientando o estagiário, de modo a transmitir segurança e tranquilidade.

Considerando que a aprendizagem e o preparo exigido diante das demandas cotidianas no exercício de suas funções são construídos diariamente, a figura do enfermeiro preceptor e do supervisor de estágio é fundamental para o fortalecimento das potencialidades, bem como apoio para superar fragilidades ainda subsistentes no processo de formação individual. Dentre as atribuições do preceptor de estágio incluem-se: demonstrar como funciona a atuação profissional; tornar familiar o ambiente do graduando; materializar o conhecimento de sala de aula; complementar o conhecimento dos graduandos a partir da prática hospitalar; instigar o pensamento crítico dos graduandos e fomentar um saber interdisciplinar que permita enxergar o paciente de forma holística (LACERDA; TELES; OMENA, 2019).

Além da interação estagiário-preceptor-supervisor, verificou-se que a boa relação com a equipe da UTI contribuiu significativamente para o aprendizado, maior ambientação e aquisição de sensação de pertencimento da graduanda. Um estudo realizado com enfermeiros, técnicos e auxiliares de enfermagem que recebiam acadêmicos de enfermagem para o estágio, destacou que os enfermeiros reconhecem que possuem papel importante na formação do acadêmico, evidenciando que espaços coletivos de aprendizado colaboram para o crescimento profissional. No entanto, o estudo também ressalta necessidade da equipe estar disposta a orientar e receber o estagiário, assim como há necessidade de o estagiário empenhar-se em desenvolver as atividades que lhe são propostas (OLIVEIRA, 2014).

A insegurança, foi apontado como principal dificultador para realização de técnicas de enfermagem em um estudo realizado com acadêmicos de enfermagem que realizaram o estágio curricular em uma UTI (SANTOS; NAZIAZENO, 2017). Esse



sentimento pode estar relacionado às inúmeras atividades e técnicas executadas na terapia intensiva, ambiente visto, na maioria das vezes, apenas em sala de aula.

Além disso, destaca-se que na UTI, determinados conteúdos vão além das técnicas e procedimentos, como é o caso do lidar com o processo de morte dos pacientes. Essa experiência vivenciada na prática, auxilia no crescimento pessoal, tomada de decisão, no gerenciamento da equipe e no cuidado ao paciente de forma humanizada e ética (GALINDO et al., 2019b). Torna-se fundamental que os profissionais de Enfermagem promovam o seu cuidado baseado em evidências científicas que garantam não só qualidade na assistência, mas também uma assistência holística e humanizada.

4. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Acredita-se que a principal contribuição desse relato se refere ao fato de permitir aos leitores o conhecimento da vivência da figura do estagiário de Enfermagem inserido em uma UTI, a fim de reduzir os estigmas sobre o setor, bem como subsidiar e estimular a atuação de acadêmicos e profissionais de Enfermagem neste setor.

Além disso, a experiência da estagiária frente ao processo de morrer, a fez perceber como é pequeno seu conhecimento diante da morte, ao passo que este processo está além de habilidades técnicas. Como profissionais, tendemos a encarar a morte como uma falha no processo de cuidado, no entanto, precisamos aprender olhá-la como um evento natural e imprescindível à experiência humana. Só assim, nos despidendo de todo nosso desejo de evitar a morte a qualquer custo, estaremos prontos a cuidar com respeito de um corpo que esta prestes a completar seu ciclo de vida, buscando, como profissionais, um morrer menos traumático e dolorido, tanto para o paciente como também para seus familiares.

A experiência vivenciada na UTI enquanto acadêmica de enfermagem propiciou o desenvolvimento de habilidades profissionais e pessoais. A prática cotidiana na unidade fomentou o raciocínio clínico, a aquisição de competência técnica e relacional. Acredita-se que os reflexos dessa vivência poderão ser percebidos para além da formação, com impacto positivo na carreira profissional, subsidiando o

desenvolvimento de uma assistência mais segura e humanizada, sobretudo ao lidar com pacientes em risco iminente de morte.

REFERÊNCIAS

- COFEN. **Resolução COFEN 358/2009**, 2009.
- GALINDO, I. DA S. et al. Enfermeiro intensivista: processo de formação profissional. **Revista de Enfermagem da UFSM**, v. 9, p. e49, 2019a.
- GALINDO, I. DA S. et al. Enfermeiro intensivista: processo de formação profissional. **Revista de Enfermagem da UFSM**, v. 9, p. e49, 23 out. 2019b.
- LACERDA, L. C. A.; TELES, R. B. DE A.; OMENA, C. M. B. DE. Estágio supervisionado: percepção do preceptor sobre o processo de ensino-aprendizagem em um hospital de ensino. **Revista e-Curriculum**, v. 17, n. 2, p. 574–591, 28 jun. 2019.
- MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO. **Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Enfermagem**, 2014.
- OLIVEIRA, A. P. DE. **Percepções de profissionais de enfermagem de um hospital universitário sobre a integração de estagiários na equipe**, 2014.
- OLIVEIRA, P. V. N. DE et al. Formação do enfermeiro para os cuidados de pacientes críticos na Unidade de Terapia Intensiva. **Nursing (São Paulo)**, v. 22, n. 250, p. 2751–2755, 2019.
- SANTOS, M. R. R.; NAZIAZENO, S. D. DOS S. Relato de experiência de acadêmicos de enfermagem frente ao estágio em unidade de terapia intensiva. **Ciências Biológicas e de Saúde Unit**, v. 4, n. 2, p. 91–100, 2017.
- SILVA, I. C. et al. Ser Estudante De Enfermagem Durante a Primeira Prática Hospitalar: Significados E Mudanças. **Revista Baiana de Saúde Pública**, v. 42, p. 272–283, 2018.
- TEIXEIRA, A. K. S. et al. Incidência de lesões por pressão em Unidade de Terapia Intensiva em hospital com acreditação. **Revista Estima**, v. 15, n. 2, p. 152–160, 2017.



A IMPORTÂNCIA DA VISITA EM UNIDADES DE TERAPIA INTENSIVA FRENTE A ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM HUMANIZADA: UMA REVISÃO INTEGRATIVA DE LITERATURA

THE IMPORTANCE OF VISIT TO INTENSIVE CARE UNITS IN THE FACE OF HUMANIZED NURSING CARE: AN INTEGRATIVE LITERATURE REVIEW

DOI: 10.51859/AMPLLA.PPE2159-41

Victoria Sophia Alves Silva ¹
 Rozângela Alves de Araújo ²
 Leandro Guimarães Ribeiro ³
 Kennia Rodrigues Tassara ⁴
 Fabiana Damacena Carvalho ⁵
 Patrícia Medeiros Cavalcante ⁶

¹ Pós Graduada em Gestão Hospitalar e Gestão Pública. Centro Universitário Venda Nova do Imigrante - FAVENI

² Especialista em Unidade de Terapia Intensiva. Centro Universitário Venda Nova do Imigrante - FAVENI

³ Pós Graduando em Urgência e Emergência. Centro Universitário do Norte - UNINORTE

⁴ Mestranda do PPGAS. Universidade Estadual de Morrinhos

⁵ Mestranda em Enfermagem em Gestão Sanitária. Fundação Universitária Ibero Americana - FUNIBER

⁶ Mestranda em Enfermagem em Gestão Sanitária. Fundação Universitária Ibero Americana - FUNIBER

RESUMO

Introdução: A visita em recinto hospitalar é um período importante para o paciente, pois esse momento permite o contato com o parente e isso contribui na recuperação da pessoa enferma. Devido essa influência o Programa Nacional de Humanização e o Projeto UTI Visitas estimulam a expansão do horário de visita nas unidades de terapia intensivas. Estudos científicos demonstram os benefícios para pacientes e familiares quando se tem um horário de visita maior, no qual podem dialogar um pouco falando dos seus medos e inseguranças, como também da melhora do seu quadro clínico. **Metodologia:** Esse trabalho foi elaborado a partir de uma revisão da literatura, de caráter descritiva e qualitativa, em relação a importância das visitas em Unidade de terapia Intensiva, contribuindo para a assistência de enfermagem humanizada. Tendo seus artigos pesquisados nas bases de dados: Sistema Online de Busca e Análise de Literatura Médica (MEDLINE), Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS) e Scientific Electronic Library Online (SCIELO), publicados no período entre 2017 e 2021. **Conclusão:** Foi percebido que as visitas trazem muitos pontos positivos para recuperação dos pacientes enfermos UTI, apoio, afeto, atenção e ajuda na recuperação do paciente, por outro lado foi percebido também os pontos negativos principalmente quando o paciente ainda continua desorientado e como seu familiar não entende a situação, o tempo de permanência é muito pouco e restrito o que causa desconforto em ambos.

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

ABSTRACT

Introduction: The hospital visit is an important period for the patient, because this moment allows contact with the relative and this contributes to the recovery of the sick person. Due to this influence, the National Humanization Program and the ICU Visits Project encourage the expansion of visiting hours in intensive care units. Scientific studies show the benefits for patients and family members when they have longer visiting hours, in which they can talk a little about their fears and insecurities, as well as the improvement of their clinical condition. **Methodology:** This work was developed from a descriptive and qualitative literature review, regarding the importance of visits in Intensive Care Units, contributing to humanized nursing care. The articles were searched in the following databases: Online System for Search and Analysis of Medical Literature (MEDLINE), Latin American and Caribbean Literature on Health Sciences (LILACS) and Scientific Electronic Library Online (SCIELO), published between 2017 and 2021. **Conclusion:** It was perceived that visit bring many positive points for the recovery of sick ICU patients, support, affection, attention and help in the recovery of the patient, on the other hand it was also perceived the negative points mainly when the patient still remains disoriented and as his family does not understand the situation, the length of stay is very little and restricted which causes discomfort in both.

Keywords: Intensive care unit. visitors. Nursing Assistance. Humanization.

1. INTRODUÇÃO

A visita em recinto hospitalar é um período importante para o paciente, pois esse momento permite o contato com o parente e isso contribui na recuperação da pessoa enferma. Devido essa influência o Programa Nacional de Humanização e o Projeto UTI Visitas estimulam a expansão do horário de visita nas unidades de terapia intensivas (WRZESINSKI, BENINCÁ e ZANETTINI, 2019).

As Unidades de Terapia Intensiva (UTI) foram criadas a partir da necessidade de aperfeiçoamento e concentração de recursos materiais e humanos para o atendimento à pacientes graves, em estado crítico e semi-críticos, a partir da assistência multidisciplinar contínua e direcionada as causas da enfermidade, por profissionais especializados, em conjunto com o mesmo objetivo, em um mesmo espaço físico, todavia separados através de divisórias garantindo assim a integridade física, moral e social de cada indivíduo (BRASIL, 2010).

Segundo Pessini (2016) a Unidade de Terapia Intensiva é evidenciada pela prestação de cuidados a vida humana em situações críticas, oferecendo o Suporte Avançado de Vida (SAV), e possui equipamentos de alta complexidade e específicos a pacientes que demandam de cuidados e observação integral.

Sendo assim, BRASIL (2010) preconiza que as Unidades de Terapia Intensiva serão divididas em: adulto, pediátrico e neonatais, que devem ocupar espaços diferentes e exclusivos. Sendo a UTI adulto atribuída a pacientes com alguma condição severa como: cardiopatas, neurológicas, cirúrgicas, dentre outras.

Em decorrência da complicação dos pacientes internados na UTI, esse local precisa de grande número de equipamentos e profissionais de saúde capacitados, que contribuem para um ambiente menos pessoal e mais adverso. A internação em uma unidade de tratamento intensivo é uma circunstância que causa muito estresse, tanto no paciente como também em seus familiares, despertando sentimentos como: angústia, insegurança, medo da perda e sofrimento (MAGALHÃES et al., 2020).

Para Pessini (2016) o ambiente e a rotina da Unidade de Terapia Intensiva requerem do profissional de enfermagem atuante, atenção e dedicação integral ao paciente e a monitorização contínua do mesmo, como também na sua evolução do quadro clínico, o que pode influenciar na qualidade de uma assistência humanizada,



através do acolhimento, escuta, companhia, e do diálogo, seja do paciente e/ou do familiar prestando informações claras e verídicas.

Adentrando nesta circunstância, os familiares dos pacientes enfermos em estado grave, que, além da tensão de ter um ente querido hospitalizado, vivenciam dor e incertezas a respeito da evolução clínica o que gera desconforto em todos os familiares. Ter um parente internado em UTI sempre é motivo de mais ansiedade e incertezas, uma vez que, normalmente, a presença dos familiares é permitida por curtos períodos e os enfermos ficam, integralmente, sob os cuidados da equipe multiprofissional de saúde (MAGALHÃES et al., 2020).

Por este motivo, é indispensável que o profissional da enfermagem faça o acolhimento da família do paciente internado nessas áreas, observando sua insegurança, medos e angústias, no intuito de reduzi-los por meio de um cuidado diferenciado e humanizado. Diante do exposto, Fontes et al., (2017) sugere que tenha um maior tempo de visitas por parte dos familiares nas UTIs.

Ainda segundo Fontes et al., (2017) o enfermeiro é responsável por fornecer cuidados ao paciente através de um plano assistencial de enfermagem 24 horas, mantendo sempre uma comunicação direta com os familiares. Além de coordenar a equipe de enfermagem que é composta por enfermeiros e técnicos, que por sua vez, recebe treinamento e capacitação, com intuito de gerar uma assistência de qualidade e mais ativa.

Na atualidade, com o uso das tecnologias, foram criadas redes de apoio que enfatizam o papel que a família tem um grande papel como fonte de apoio entre seus membros. Além disso, demonstram como a visita é muito curta durante o período de internação em UTI podendo trazer benefícios nesse sentido (PADILHA et al., 2015).

Este trabalho tem como objetivo descrever através das literaturas, a importância das visitas em Unidade de Terapia Intensiva, enfatizando os benefícios desta prática na assistência de enfermagem, a partir da hipótese de que a UTI é um ambiente inadequado para a permanência de visitantes, "frio, desagradável e traumatizante".

Esta crença precisa ser superada, abrindo-se as portas da unidade de terapia intensiva para que os visitantes possam participar, do seu jeito, do tratamento ao paciente que se encontra em estado grave e em processo de recuperação, e que



também recebam os cuidados de acordo com seu quadro clínico como também as suas necessidades.

2. METODOLOGIA

Esse trabalho foi elaborado a partir de uma revisão da literatura, de caráter descritiva e qualitativa, em relação a importância das visitas em Unidade de terapia Intensiva, contribuindo para a assistência de enfermagem humanizada. Tendo seus artigos pesquisados nas bases de dados: Sistema Online de Busca e Análise de Literatura Médica (MEDLINE), Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS) e Scientific Electronic Library Online (SCIELO), publicados no período entre 2017 e 2021.

Foram critérios de inclusão artigos que abordassem sobre visitas em Unidade de terapia intensiva, assistência de enfermagem humanizada, publicações que tinham como objeto de estudo a equipe multiprofissional atuante em UTI, além de artigos que foque os profissionais da enfermagem intensivistas.

Sendo assim, utilizou-se artigos científicos e trabalhos de conclusão de curso. Foram excluídos artigos publicados anteriormente a 2017, que não tinham como tema principal a Unidade de Terapia Intensiva, além de cartas ao editor e resenhas.

Somando-se todas as bases de dados, foram encontradas 231 literaturas. Após a leitura dos títulos dos artigos, notou-se que alguns deles se repetiram nas diferentes bases e outros não preenchiam os critérios deste estudo.

3. RESULTADOS E DISCUSSÕES

Foram selecionados para análise 57 (cinquenta e sete) artigos para a leitura do resumo e excluídos os que não diziam respeito ao propósito deste estudo. Dentre esses, excluíram-se 47 (quarenta e sete) artigos por não haver ligação direta com a importância da visita em Unidade de terapia intensiva. Sendo assim, foram utilizados nesta pesquisa 10 (dez) artigos para compor a versão final desta obra, como descritos na tabela 1, a seguir:



Tabela 1- Resultados de Pesquisa

Nº	ANO	TÍTULO	AUTOR
01	2021	Representações sociais de conforto para familiares de pacientes em cuidados paliativos na terapia intensiva	PERÃO, O.F NASCIMENTO, E.R.P PADILHA, M.I.C et al.
02	2021	Tecnologia virtual como ferramenta de visita familiar a pacientes com COVID-19 internados em Unidade de Terapia Intensiva Coronariana: construção e validação de um procedimento operacional padrão	GODÓI, H.P
03	2020	A visita em Unidade de Terapia Intensiva adulto: perspectiva da equipe multiprofissional.	GOULARTE, P.N; GABARRA, L.M; MORÉ, C.L.O.O.
04	2020	Visita ampliada em Unidade de Terapia Intensiva: a percepção da equipe de saúde	LUZ, V.S.P STEIN, M
05	2019	Projeto UTI Visitas: ideias e percepções de familiares sobre a visita ampliada	WRZESINSKI, A BENINCÁ, C.B.S ZANETTINI, A.
06	2019	Unidade de terapia intensiva adulto: Percepção da equipe de enfermagem sobre o cuidado ao paciente grave	BEZERRA, J.M FONSECA, I.A.C
07	2018	Vivência de familiares sobre visita de crianças e adolescentes em UTI adulto	NUNES, M.E.P GABARRA, L.M
08	2018	A perspectiva do paciente sobre a experiência de internação em UTI: revisão integrativa de literatura	GOMES, A.C.A CARVALHO, M.F.O
09	2017	Visita aberta em uti adulto: utopia ou realidade?	EUGENIO, C.S; FILHO, M.C.B; SOUZA, E.N
10	2017	Equipe Multiprofissional de Terapia Intensiva: humanização e fragmentação do processo de trabalho.	EVANGELISTA, V.C DOMINGOS, T.S SIQUEIRA, F.P.C BRAGA, E.M

Fonte: Elaborada pelos autores

Segundo Perão et al., (2021) a humanização vem sendo um assunto muito debatido, todavia muitos hospitais ainda são resistentes a pôr em prática, haja vista, a mudança de rotina hospitalar e adaptação da equipe multiprofissional. Existem muitos estudos teóricos e políticas para apoiar a garantia dos direitos dos pacientes do sistema de saúde no âmbito hospitalar.

Goularte, Gabarra e Moré (2020) destaca em sua obra que os visitantes sofrem porque se separam do paciente, pela angústia em relação a gravidade da doença e pelo que possa acontecer em relação a pouca informação e contato, tais como horário de visita pré estabelecido e limitado com pouca disponibilidade de conversa com a equipe que realiza o atendimento, como também para com o enfermo internado.

Para Luz e Stein (2020) a proposta de ampliação da visita hospitalar para a UTI é muito relevante, pois ao ser admitido nesse ambiente o paciente vivência um momento de grande estresse e fragilidade, ocasionados, principalmente, pela internação, mobilização restrita ao leito, emissão de ruídos sonoros por dispositivos assistenciais, dificuldade de repouso e de privacidade, somados a privação do familiar próximo ao leito. Esses fatores contribuem para o aumento da insegurança e ansiedade tanto do paciente, quanto do familiar.

Uma das condições para se prestar uma assistência humanizada é tornar mais efetiva a atuação enfermeiro e da equipe de enfermagem junto à família, pois esses são profissionais que têm um contato contínuo com o paciente internado e com a equipe multiprofissional, possuindo assim informações detalhadas a respeito do mesmo (EVANGELISTA et al., 2017).

Por outro lado, segundo Bezerra e Fonseca (2019) o enfermeiro, na maioria das vezes, é o primeiro profissional de saúde com quem o familiar e paciente têm contato, fortalecendo a sua importância no acolhimento e orientação desses indivíduos. A prática do histórico de enfermagem (HE) encara e apoia a restauração da saúde do indivíduo e do coletivo em especial do avanço da enfermagem como ciência do cuidado com o aprimoramento do atendimento e o fortalecimento da enfermagem.

O HE ademais é notado como um instrumento de boa prática no serviço almejado. Para tal, nota-se nos bons serviços de enfermagem, a utilização de métodos especialmente no ambiente de UTI por meio de experiência e ou investigação. A fundação do HE é importante ferramenta à frente das vivências diárias da unidade (BEZERRA E FONSECA, 2019).

De acordo com Eugênio, Filho e Souza (2017) percebe-se que a visita é uma extensão do paciente e cuidar dele também requer cuidar das pessoas queridas. De várias formas os visitantes sofrem as mesmas crises que os pacientes internados na UTI, e frequentemente mostram-se ansiosos, temerosos e sentem-se muito desamparados em suas capacidades de intervir e ajudar o enfermo.

Perante a hospitalização de um ente querido na UTI, os visitantes geralmente sofrem junto ao paciente, sentindo uma desestruturação em níveis psíquicos, sociais e espirituais, inicialmente marcado por um nível de desconforto causado, principalmente pelo risco de perda e incompreensão do que está acontecendo e pelos vários momentos



de espera, tais como, espera pelo horário de visita, por um diagnóstico, por uma solução, por informação e ainda por uma palavra de apoio (EUGÊNIO, FILHO E SOUZA, 2017).

A equipe de enfermagem deve estar sempre alerta, para prestar o cuidado também aos visitantes na UTI, mas devido a um número reduzido de profissionais e a demanda de internamento principalmente em fase terminais, o tempo fica muito limitado, sendo assim, fica muito difícil identificar as necessidades sentidas pelos visitantes diante da hospitalização do seu familiar na UTI (NUNES E GABARRA, 2018).

Godoi (2021) explica em sua obra que o uso de tecnologias pode servir como um grande instrumento nesse sentido, fazendo com que as visitas sejam voltadas para vídeos chamadas por exemplo. Sendo assim, o paciente teria contato direto com seus familiares mesmo estando em locais distintos, contato esse que enche de certezas e confiança de uma recuperação mútua.

Ainda de acordo com Godoi (2021) uma boa assistência de enfermagem em UTI deve preocupar-se com a humanização no sentido de encontrar um equilíbrio entre a tecnologia da saúde e o cuidado mais sensível, solidário, ético e estético. Sendo assim, o autor cita em sua obra a utilização de vídeos chamada para que o paciente se sinta confortável e apoiado pelo familiar, mesmo cada um estando separado pela distância e circunstâncias e ao mesmo tempo sentindo-se próximos e acolhidos pelo próprio aparelho eletrônico, o que facilita a informação em tempo real.

Frente a esta realidade, recomenda-se que a equipe de enfermagem da UTI privilegie novos métodos de cuidar voltados não só para a enfermidade e aparatos tecnológicos, como também aos visitantes dando apoio e assistência a essas pessoas que também estão passando por um momento difícil.

Para Bezerra e Fonseca (2019) é importante ainda valorizar cada vez mais a humanização da assistência aos visitantes e a adoção de um sistema de informação eficaz, bem como incentivar a criação de espaços, como sala de espera com melhor acomodação para que sejam promovidos encontros rotineiros entre a equipe de enfermagem e os visitantes, e ainda repensar a necessidade de evitar procedimentos no horário da visita.

Gomes e Carvalho (2018) sugere em seu estudo a organização de grupos de reflexão junto a equipe de enfermagem, a fim de discutir a importância de integrar esses

visitantes como parte do cuidado, subsidiando-os para prestarem um cuidado mais humanizado tanto ao enfermo, quanto a seus familiares.

Percebendo a importância da visita hospitalar a Política Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar (PNHAH-2001) propôs a visita aberta, com o propósito de ampliar o acesso dos visitantes às unidades de internação, a fim de garantir um contato maior entre o paciente e sua rede social (WRZESINSKI, BENINCÁ e ZANETTINI, 2019).

De acordo com Goularte, Gabarra e Moré (2020) a equipe multiprofissional contribui para a diminuição da ansiedade vivenciada pelos familiares ao oferecer informações completas e frequentes, mas para isto a equipe deve estar preparada para receber e comunicar-se de forma adequada com os familiares, tranquilizando-os, apoiando e respeitando o estado emocional de cada um.

Neste sentido, Goularte, Gabarra e Moré (2020) encontraram diversas dúvidas e incertezas por parte dos visitantes, familiares agressivos, sem educação e profissionais sobrecarregados diante de plantões exaustivos, o que dificulta muitas vezes uma comunicação prazerosa e amigável.

Em contrapartida, estudos científicos mostrados por Wrzesinski, Benincá e Zanettini (2019) demonstram os benefícios para pacientes e familiares quando se tem um horário de visita maior, no qual podem dialogar um pouco falando dos seus medos e inseguranças, como também da melhora do seu quadro clínico.

Evangelista et al., (2017) destaca que a implementação de políticas de visita abertas ou mais flexíveis ainda está distante de ser uma realidade na maioria das UTIs, no entanto, acredita-se que a reflexão sobre a temática possa contribuir para o desenvolvimento de novas práticas em unidade de terapia intensivas.

Concorda-se com Luz e Stein (2020) quando aborda a possibilidade de flexibilidade no horário e no número de visitantes da UTI, também surge como uma boa estratégia de receptividade, pois os familiares mostram-se mais amparados, ajudados, compreendidos e confortados. Assim, pelo menos parte das suas necessidades afetadas é atendida com esta estratégia, sendo que, neste momento de muita angústia e de muita ansiedade, esse tempo a mais ao lado do seu familiar internado representa respeito aos vínculos afetivos.

A principal dificuldade encontrada para realização desse estudo, foi o número reduzido de publicações e literaturas que abordassem essa temática da visita hospitalar na ala da UTI adulto. Todavia, apesar dessas dificuldades foi possível alcançar os objetivos propostos nesse estudo e com isso falar um pouco acerca da importância da visita em UTI, que contribui para uma assistência de enfermagem mais humanizada e para a recuperação do paciente ali acometido ao internamento.

4. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Durante as pesquisas foram observados que o ato do cuidar por parte da equipe de enfermagem torna-se indispensável também aos visitantes dos pacientes internados na UTI, a equipe deve levar em consideração necessidades tanto do paciente quanto de seus visitantes, o que reforça a importância de incluir, verdadeiramente essas pessoas como parte dos cuidados da equipe intensivista.

Neste contexto foi percebido que as visitas trazem muitos pontos positivos para recuperação dos pacientes enfermos UTI, apoio, afeto, atenção e ajuda na recuperação do paciente, por outro lado foi percebido também os pontos negativos principalmente quando o paciente ainda continua desorientado e como seu familiar não entende a situação, o tempo de permanência é muito pouco e restrito o que causa desconforto em ambos.

A equipe de enfermagem, por sua vez, deve ter um bom diálogo com o visitante para acalmar e explicar da melhor maneira o estado do paciente, criando um laço de solidariedade e afetividade entre ambos.

Com elo ao impacto dos visitantes ao chegarem na UTI para visitar o paciente ali hospitalizado, a angústia, o desespero e o medo da morte devem ser levados em consideração pela equipe de enfermagem, buscando assim, uma aproximação com estas pessoas como parte da maneira de cuidar humanizado.

Neste estudo foram encontrados alguns aspectos relacionados a experiência dos visitantes diante da aflição da UTI, o cuidado dispensado aos visitantes, no qual tratou-se a recepção e interação, comunicação e o horário de visitantes, e as necessidades dos visitantes, o que fez revelar suas mais sinceras aflições, medos e incertezas.



Foi evidenciado que a equipe de enfermagem vem cada vez mais reconhecendo os visitantes como pessoas de cuidado, porém, o cuidado dispensado a eles apresenta-se equivocado na medida em que o valor dominante é uma assistência fragmentada e técnica, por isso é preciso introduzir a humanização neste cuidado e perceber que o visitante está tão vulnerável quanto o paciente enfermo.

Deste modo vale salientar que é necessário, além da equipe de enfermagem uma equipe multidisciplinar para dar suporte psicológico e apoio moral aos visitantes destas unidades, deste modo foi percebido que é muito importante e indispensável a visita aos enfermos nas UTI, mesmo que seja por um curto período, mas seu efeito é prolongado na recuperação do ente querido.

Por fim, sugerimos novos estudos no intuito de avaliar os aspectos positivos e negativos da ampliação da visita na situação do paciente internado em UTI, bem como obras que englobam os demais envolvidos nesse processo, tais como os profissionais de saúde, o próprio paciente e seus visitantes, sendo necessários para o aprofundamento desta temática.

REFERÊNCIAS

- BEZERRA, J.M; FONSECA, I.A.C. Unidade de terapia intensiva adulto: Percepção da equipe de enfermagem sobre o cuidado ao paciente grave. **Revista Eletrônica Acervo Saúde**, (31), 2019.
- BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Resolução n 7, de 24 de fevereiro de 2010**. Disponível em: www.bvs.saude.gov.br/bvs/saudelegis/anvisa/2010/res0007_24_02_2010.html. Acesso em: 26/02/2022.
- EUGENIO, C.S; FILHO, M.C.B; SOUZA, E.N. Visita aberta em UTI adulto: utopia ou realidade?. **Rev. enferm. UFSM** ; 7(3): 1-11, jul.-set.2017.
- EVANGELISTA VC, DOMINGOS TS, SIQUEIRA FPC, BRAGA EM. Equipe Multiprofissional de Terapia Intensiva: humanização e fragmentação do processo de trabalho. **Rev Bras Enferm**. v.69, n,6, p.1095-107; 2017.
- FONTES CMB, MENEZES DV, BORGATO MH, LUIZ MR. Comunicação de más notícias: revisão integrativa de literatura na enfermagem. **Rev Bras Enferm**. v70, n 5, p.1148-54; 2017.
- GODÓI, H.P. **Tecnologia virtual como ferramenta de visita familiar a pacientes com COVID-19 internados em Unidade de Terapia Intensiva Coronariana:**



construção e validação de um procedimento operacional padrão. Tese de mestrado. Universidade Federal de Santa Catarina. 2021

GOMES, A.C.A; CARVALHO, M.F.O. A perspectiva do paciente sobre a experiência de internação em UTI: revisão integrativa de literatura. **Rev. SBPH** vol.21 no.2 Rio de Janeiro jul./dez. 2018.

GOULARTE, P.N; GABARRA, L.M; MORÉ, C.L.O.O. A visita em Unidade de Terapia Intensiva adulto: perspectiva da equipe multiprofissional. **Revista Psicologia e Saúde**, vol. 12, núm. 1, 2020.

LUZ, V.S.P; STEIN, M. **Visita ampliada em Unidade de Terapia Intensiva**: a percepção da equipe de saúde. Trabalho de conclusão de curso. Universidade do Sul de Santa Catarina. 2020.

MAGALHÃES, J.M; MESQUITA, L.F; CARVALHO, A.C.V et al. Conhecimento de enfermeiros sobre promoção da saúde na Unidade de Terapia Intensiva. **Revista de Pesquisa Cuidado fundamental on line**, vol 12, p.999-1003; 2020

NUNES, M.E.P; GABARRA, L.M. Vivência de familiares sobre visita de crianças e adolescentes em UTI adulto. **Rev. Psicol. Saúde**; 10(3): 109-125, set.-dez. 2018.

PADILHA, K.G; BARBOSA, R.L; OLIVEIRA, E.M; ANDOLHE, R; DUCCI A.J; SECOLLI S.R. Segurança do paciente em Unidades de Terapia Intensiva: desenvolvimento de um projeto de pesquisa. **Rev Esc Enferm USP**. v.49, p.157-163; 2015.

PERÃO, O.F; NASCIMENTO, E.R.P; PADILHA, M.I.C et al. Representações sociais de conforto para familiares de pacientes em cuidados paliativos na terapia intensiva. **Rev. Gaúcha Enferm**. 42, 2021

PESSINI L. Vida e morte na UTI: a ética no fio da navalha. **Rev. Bioét**. v.24, n.1, p. 54-63; 2016.

WRZESINSKI, A; BENINCÁ, C.B.S; ZANETTINI, A. Projeto UTI Visitas: ideias e percepções de familiares sobre a visita ampliada. **Rev. SBPH** vol.22 no.2 São Paulo jul./dez. 2019.



AUDITORIA DE ENFERMAGEM E A QUALIDADE DA ASSISTÊNCIA À SAÚDE: REVISÃO DE LITERATURA

NURSING AUDIT AND THE QUALITY OF HEALTH CARE: LITERATURE REVIEW

DOI: 10.51859/AMPLA.PPE2159-42

Victoria Sophia Alves Silva ¹

Fabiana Damacena Carvalho ²

Leandro Xavier de Almeida ³

Félia Horodenski ⁴

Moysés Thiago Buso ⁵

Mônica Caroline Borges Trapasso Mafra ⁶

Alessandra Michelle Monteiro Navegantes ⁷

¹ Pós Graduada em Gestão Hospitalar e Gestão Pública. Centro Universitário Venda Nova do Imigrante - FAVENI

² Mestranda em Enfermagem em Gestão Sanitária. Fundação Universitária Ibero Americana - FUNIBER

³ Mestrando em Enfermagem com especialização em vigilância sanitária. Fundação Universitária Ibero Americana - FUNIBER

⁴ Mestrando em Enfermagem com especialização em vigilância sanitária. Fundação Universitária Ibero Americana - FUNIBER

⁵ Mestranda em Enfermagem em Gestão Sanitária. Fundação Universitária Ibero Americana - FUNIBER

⁶ Especialista em Enfermagem Oncológica. Faculdade Unyleia.

⁷ MBA Gestão em organização de saúde, hospitais e clínicas. Escola de Líderes - DALMASS

RESUMO

Introdução: A auditoria de enfermagem é um instrumento de gestão capaz de auxiliar na melhoria da qualidade da assistência, através de sua análise assistencial e intelectual. Além disso, é utilizada na avaliação dos processos de trabalho e na análise das contas hospitalares. Observa-se que a enfermagem tem um papel importante, uma vez que trabalha diretamente com o paciente, com os processos assistenciais e o enfermeiro como líder da equipe deve ter uma visão holística do cuidado, de gestão e quântico-econômico-financeira, isto é, a visão não deve ser apenas para a quantidade de gastos que são gerados, mas ainda deve-se atentar ao impacto dos mesmos na qualidade da assistência de enfermagem **Metodologia:** Foi realizada uma revisão de literatura com abordagem qualitativa dos dados, utilizando as bases de dados BIREME ou BVS (Biblioteca Virtual em Saúde) e BDEFN (Base de Dados de

Enfermagem). Para a busca, empregaram-se os descritores em Ciências da Saúde (DeCS), sendo eles: Enfermagem; gestão em saúde; auditoria em saúde; qualidade da assistência na língua portuguesa. **Conclusão:** Foi observado que a auditoria auxilia na melhoria dos processos desenvolvidos pela equipe em saúde e, sobretudo ao profissional enfermeiro, uma vez que auxilia a exercer suas atividades de forma, seguras garantindo uma assistência livre de danos ao paciente.

Palavras-chave: Enfermagem. Gestão em saúde. Auditoria em saúde. Qualidade da assistência.

ABSTRACT

Introduction: Nursing audit is a management tool capable of helping to improve the quality of care, through its assistance and intellectual analysis. Moreover, it is used in the evaluation of work processes and in the analysis of hospital

accounts. It is observed that nursing has an important role, since it works directly with the patient, with care processes and the nurse as a team leader must have a holistic view of care, management and quantum-economic-financial, that is, the view should not be only for the amount of expenses that are generated, but should also pay attention to their impact on the quality of nursing care. **Methodology:** A literature review was carried out with a qualitative approach to the data, using the BIREME or VHL (Virtual Health Library) and BDEF (Nursing Database) databases. For the

search, the descriptors in Health Sciences (DeCS) were employed, being them: Nursing; health management; health audit; quality of care in the Portuguese language. **Conclusion:** It was observed that the audit helps to improve the processes developed by the health team and especially the professional nurse, since it helps to exercise their activities safely ensuring care free of harm to the patient.

Keywords: Nursing. Health management. Health audit. Assistance quality.

1. INTRODUÇÃO

Com as transformações ocorridas no cenário mundial na área da saúde, surge à necessidade de uma saúde mais assistida e que proporcione qualidade em seus procedimentos e serviços. Logo, amplia também a inquietação de conservar o controle e de constituir medidas que garantam o cuidado à saúde, sem que essas ações ofereçam danos financeiros às instituições (IBIAPINA; RIBEIRO et al, 2015).

Nesse sentido, os gestores dos serviços de saúde inserem a auditoria nas práticas institucionais, sobretudo a Auditoria de Enfermagem, da qual produz padrões mais meticulosos de controle e avaliação continuada de suas ações, avaliando a qualidade da assistência (BLANK; SANCHES, 2013).

Para Scarparo (2013) a auditoria de enfermagem é um instrumento de gestão capaz de auxiliar na melhoria da qualidade da assistência, através de sua análise assistencial e intelectual. Objetiva à melhor forma de assistir o paciente com gasto adequado e na eficiência das cobranças hospitalares, podendo ser realizada de maneira concorrente, isto é, enquanto o paciente recebe o atendimento, podendo ele estar internado, em ambiente ambulatorial ou em Home Care.

No entanto, Val e Almeida et al. (2018) salientam que a auditoria se constitui em uma atividade capaz de verificar a qualidade da assistência de enfermagem prestada aos pacientes, contribuindo para sua constante melhoria. Além disso, é utilizada na avaliação dos processos de trabalho e na análise das contas hospitalares.

Contudo, observa-se que a enfermagem tem um papel importante, uma vez que trabalha diretamente com o paciente, com os processos assistenciais e o enfermeiro como líder da equipe deve ter uma visão holística do cuidado, de gestão e quântico-

econômico-financeira, isto é, a visão não deve ser apenas para a quantidade de gastos que são gerados, mas ainda deve-se atentar ao impacto dos mesmos na qualidade da assistência de enfermagem (SIQUEIRA, 2014).

Esta pesquisa justifica-se pela importância do assunto, uma vez que auditoria possibilita reconhecer meios de contribuir para a qualificação do serviço sem agregar custos ao atendimento, cooperando, principalmente para que entendam a verdadeira importância da auditoria de enfermagem para a qualidade do serviço. Com isso, o objetivo desse estudo é compreender a importância da auditoria de enfermagem para a qualidade de assistência à saúde.

2. METODOLOGIA

Para tanto, foi realizada uma revisão de literatura com abordagem qualitativa dos dados, utilizando as bases de dados BIREME ou BVS (Biblioteca Virtual em Saúde) e BDEF (Base de Dados de Enfermagem). Para a busca, empregaram-se os descritores em Ciências da Saúde (DeCS), sendo eles: Enfermagem; gestão em saúde; auditoria em saúde; qualidade da assistência na língua portuguesa.

Realizou-se as pesquisas de artigos na base de dados BVS, foram critérios de inclusão artigos que abordassem publicados a partir do ano de 2018 até 2022, obras que tivessem como tema principal a auditoria em enfermagem e a tendo relação com a qualidade da assistência, tendo como objeto de estudo os enfermeiros auditores

Sendo assim, utilizou-se artigos científicos e trabalhos de conclusão de curso. Foram excluídos artigos publicados anteriormente a 2017, que não tinham como tema principal a auditoria de enfermagem e a qualidade da assistência, além de artigos que abordassem outros profissionais da auditoria, além de cartas ao editor e resenhas.

Somando-se todas as bases de dados, foram encontradas 6043 (seis mil e quarente e três) literaturas. Após a leitura dos títulos dos artigos, notou-se que alguns deles se repetiram nas diferentes bases e outros não preenchiam os critérios deste estudo.

3. RESULTADOS E DISCUSSÕES

Foram selecionados para análise 67 (sessenta e sete) artigos para a leitura do resumo e excluídos os que não diziam respeito ao propósito deste estudo. Dentre esses, excluíram-se 51 (cinquenta e um) artigos por não apresentarem a importância da auditoria em enfermagem relacionado a qualidade da assistência. Sendo assim, foram utilizados nesta pesquisa 16 (dezesesseis) artigos para compor a versão final desta obra, como descritos na tabela 1, a seguir:

Tabela 1- Resultados de Pesquisa

Nº	ANO	TÍTULO	AUTOR
1	2022	Auditoria de Enfermagem e sua Importância para Gestão de Qualidade no Serviço de Saúde.	SOUZA, C.C; JESUS, E.S; BARRETO, G.M.N.
2	2022	Ferramentas de gestão para enfermeiros auditores.	WERLE, T. S. da S.; ANDRADE, A. R.
3	2021	A atuação do enfermeiro auditor na qualidade da assistência à saúde: revisão bibliográfica integrativa	ALMEIDA, T.S; MIURA, C.R; AZZOLIN, CG.M.C; OLIVEIRA, N.A.
4	2021	O uso da auditoria como instrumento de melhoria para a assistência de enfermagem.	ALVES, W.F.P; BANASZESKI, C.L.
5	2021	Auditoria em enfermagem na qualidade e cuidado ao paciente	COSTA, D.A; SANTOS, E.G; BARBOSA, J.J.R; NUNES, R.L.
6	2021	Auditoria dos registros de enfermagem e qualidade da assistência à saúde: uma revisão narrativa de literatura	RIOS, A.D.R.T; BANASZESKI, C.L.
7	2020	O papel da auditoria de enfermagem no ambiente hospitalar	ARAUJO J. DO N. S., CARVALHO A. H. DOS S., DOS REIS L. M., DO LAGO P. N., & NOBRE V. N. N.
8	2020	Auditoria e a prática do enfermeiro auditor: uma revisão integrativa da literatura.	MONTEIRO, M. B. DA S., & PAULA, M. A. B
9	2020	O papel da auditoria em enfermagem na assistência à saúde.	SANTOS, T.O
10	2019	Auditoria de Enfermagem: a contribuição dos registros de enfermagem para uma boa avaliação da qualidade dos serviços prestados	BIASUTTI, L.D; LAURETT, L.T.
11	2019	Auditoria de enfermagem e os registros de enfermagem: uma revisão de literatura.	SANTOS, L.L
12	2019	Auditoria da qualidade dos registros de enfermagem em prontuários em um hospital universitário	SILVA, V.A; MOTA, R.S; OLIVEIRA, L.S; JESUS, N et al.

Nº	ANO	TÍTULO	AUTOR
13	2018	. Auditoria em enfermagem como ferramenta de qualidade para saúde: uma revisão integrativa.	FONTES, S.V.M.; SANTOS, Y.J. et al
14	2018	Auditoria frente ao gerenciamento do cuidado em enfermagem: revisão integrativa.	PEREIRA, F.N.M.; BARRETO, R.O. et al.
15	2018	A importância dos registros de enfermagem no faturamento hospitalar.	PERTILLE, F.; ASCARI, R.A. et al.
16	2018	Auditoria de enfermagem: fragilidade e potencialidade para melhoria da qualidade da assistência em saúde	VAL, L.F.; ALMEIDA, P.S.C. et al.

Fonte: Elaborada pelos autores

A auditoria tem sua origem do latim *audire*, que significa ouvir, porém, na língua inglesa, *audit* traz como significado examinar, corrigir e certificar. Então, a auditoria é a avaliação sistemática e formal de uma atividade, sendo realizada conforme seus objetivos. Trata-se de uma área da contabilidade, utilizada com várias vertentes por diversas profissões (SOUZA, JESUS e BARRETO, 2022).

Dentro das organizações, a auditoria surge como importante ferramenta na transformação dos processos de trabalho, em hospitais e operadoras de serviços. Na enfermagem, é considerada como avaliação da qualidade na assistência, melhorando assim, os registros e possibilitando maior fidedignidade nos prontuários (ALMEIDA et al, 2021).

Em concordância, Santos (2020) acrescenta que a auditoria em saúde surge com o intuito de melhorar a qualidade da assistência ao paciente, proporcionar melhor atendimento ao usuário e permitir a identificação das ineficiências do serviço para que se possa intervir.

Silva et al (2019) conceitua a auditoria como um sistema de revisão e controle, com o objetivo de informar a administração sobre a efetividade e eficácia dos programas e atividades por ela desenvolvidas. A sua função não é só indicar falhas e padrões deficitários, como ainda indicar ações e sugestões para melhoria da assistência de enfermagem, a auditoria não pondera uma pessoa e sim um conjunto de ações sistêmicas realizadas pela equipe.

Já para Monteiro e De Paula (2020) a auditoria pode ser entendida como uma avaliação sistemática da assistência de enfermagem, verificada através das anotações de enfermagem nos prontuários dos pacientes e ou próprias condições destes. Santos (2019) ainda assegura que a auditoria permite uma avaliação dos aspectos qualitativos e quantitativos relacionados à assistência à saúde.

Segundo Alves e Banaszkeski (2021) ambas as auditorias possuem áreas específicas de atuação, uma vez que a característica do serviço em saúde designará o papel do auditor e notando que seus objetivos são sempre os mesmos, ou seja, garantir a qualidade do atendimento ao cliente, evitar desperdícios e auxiliar no controle dos custos. Biasutti e Laurett (2019) salientam que “o princípio da auditoria na área da saúde focalizou-se na avaliação da qualidade assistencial prestada ao paciente, visto que esta é a essência para a prática dos profissionais desta área”.

Ainda nesse sentido, Biasutti e Laurett (2019) enfatizam que a auditoria é um importante instrumento administrativo e, de acordo com o modo o qual é empregado, pode ser de grande valia às instituições de saúde para analisar as necessidades e realizar melhorias visando aumentar a qualidade da atenção em saúde prestada pela enfermagem.

Já Pereira e Barreto (2018) afirmam que a auditoria de enfermagem refere-se à análise das atividades realizadas pela equipe, através do prontuário, principalmente das anotações, visando à qualidade no serviço prestado. A qualidade dos serviços de enfermagem inclui, entre os demais processos, o resultado do produto hospitalar, medido por meio da qualidade da documentação e do registro de todas as ações de enfermagem. E, com base nesses registros pode-se permanentemente construir melhores práticas assistenciais, além de implementar ações que visem melhorias nos resultados operacionais.

De acordo com Val e Almeida (2018) esses registros são fontes de documentação das ações e atividades exercidas pela equipe de enfermagem, tornando-se uma forma de garantir e comprovar a prestação do cuidado e a qualidade da assistência prestada pela equipe de enfermagem. Eles também fornecem informações específicas para continuidade do cuidado, além de subsidiar a elaboração de um plano assistencial e individualizado.

Segundo Pertille e Ascari et al., (2018) tais registros abrangem vários aspectos e fornecem respaldo ético e legal ao profissional responsável pelo cuidado, fato que merece destaque quanto à qualidade das informações que devem estar contidas nos registros de enfermagem capazes de revelar todo o cuidado prestado pautado em uma linguagem formal, exatidão de informações, legibilidade, identificação e terminologia técnica.

Entretanto, Costa et al., (2021) aponta diversos erros nos registros de enfermagem referentes aos aspectos éticos e legais, entre outros, a saber: letra ilegível, rasuras, uso de corretor gráfico, anotações por turno e não por horário, ausência de datas, registros incompletos, identificação incorreta de profissionais, ausência de checagem de medicamentos e procedimentos, que são considerados os elementos

responsáveis pelo maior número de glosas relacionadas aos registros de enfermagem que foram identificados por meio de auditoria.

Conforme explica Silva et al., (2019) a glosa é considerada como o cancelamento parcial ou total do orçamento apresentado pela instituição após a prestação de seus serviços, mas, considerado pela fonte pagadora, como ilegal ou indevido, aplicada quando qualquer situação gera dúvida em relação e à prática adotada pela instituição auditada.

Nesse seguimento, Silva et al., (2019) ressaltam que boa parte das glosas hospitalares é justificada por ausência de anotações, principalmente ações das equipes multidisciplinares, estas poderiam ser melhores delineadas através do uso de protocolos assistenciais de contas hospitalares, que também evitariam glosas.

Logo Araújo et al., (2020) enfatiza que há necessidade de acompanhamento dos registros de forma contínua e diária e aplicação da educação em serviço aos membros da equipe de forma a sensibilizá-los sobre a importância dos registros que reflitam as condições do paciente além das atividades.

Rios e Banaszkeski (2021) destacam que toda anotação deve ser feita logo após a verificação da ocorrência do fato ou do cuidado prestado, já que isso evita o esquecimento de acontecimentos e detalhes relevantes para o planejamento de cuidados do paciente, está sendo assistido de forma permanente.

Entretanto, a não realização dos registros de enfermagem ou a realização do registro de forma inadequada, específica uma assistência descomprometida com o cuidado, além de trazer danos para a instituição de saúde e dificuldade para constatar a assistência pelo enfermeiro e sua equipe (RIOS E BANASZESKI, 2021).

Neste contexto, Almeida et al., (2021) afirma que a relevância dos registros e as principais distorções e não conformidades mais encontradas interferem diretamente na qualidade da assistência, tendo em vista que o prontuário é um documento legal e deve conter as informações mais pertinentes da internação do paciente.

Santos (2019) enfatiza em seu estudo que é necessária a criação e padronização de instrumentos práticos, ou até informatizados para realizar os registros como uma possível solução para melhorar a qualidade da assistência. Para isso a equipe deve ser orientada e os instrumentos devem ser claros e concisos de forma que não gere dúvidas para os profissionais que irão utilizá-los.

Contudo, Val e Almeida (2018) a auditoria na área de saúde tem o grande desafio de manter a qualidade da assistência versus reduzir os custos da assistência prestada nas instituições de saúde. O enfermeiro auditor é essencial para contribuir uma redução de gastos desnecessários, não com o simples intuito de reduzir custos, mas sim da importância de evitar a má qualidade da assistência de enfermagem prestada.

De acordo com Werle e Andrade (2022) a atuação do enfermeiro auditor repercute, principalmente no quesito qualidade assistencial em serviços de saúde, já que as equipes de enfermagem representam os profissionais que acompanham o paciente por maior tempo durante a internação hospitalar.

Para Werle e Andrade a realização de auditoria “in loco”, isso é, acompanhando diretamente a assistência, permite ao enfermeiro auditor identificar fragilidades e propor, em momento oportuno, adequações para minimizar essas inconsistências, tais como, os registros e anotações de enfermagem incompletos ou ausentes, a falta de prescrição de enfermagem, a compatibilidade de registro entre o cuidado prescrito e realizado, entre tantas outras dificuldades vivenciadas no processo de auditoria dos serviços de saúde.

Já Fontes e Santos et al. (2018) destacam que através da auditoria é possível desenvolver indicadores assistenciais que auxiliarão na melhoria da assistência, sabendo que estes servem como base para gestores avaliarem o desempenho e desenvolvimento da sua empresa frente aos cuidados ao paciente.

No entanto, Biasutti e Laurett (2019) salientam que a auditoria tem o intuito de identificar das áreas deficientes no serviço de enfermagem, relacionadas à assistência prestada, fornecendo dados que visem a melhoria de programas e da qualidade dos cuidados de enfermagem. Além disso, obtém dados para a realização de programas de reciclagem e atualização de enfermagem.

Logo, a auditoria de enfermagem vem tomando novas grandezas ao longo dos anos e evidenciando sua relevância dentro das instituições de saúde operadoras de planos de saúde. Assim, a aplicação da auditoria de enfermagem favorece os clientes que terão uma assistência de melhor qualidade através dos serviços ofertados com mais eficiência (RIOS E BANASZESKI, 2021).

Os benefícios abrangem ainda a equipe de enfermagem que revendo as atividades exercidas e os resultados que se deseja impetrar obtém elementos que



instigam a reflexão profissional, permitindo uma enfermagem científica. E a instituição recebe um reforço significativo pelo fato de averiguar o alcance dos seus objetivos, compondo base para prováveis mudanças internas (WERLE e ANDRADE, 2022).

Assim, a auditoria é um dos pilares mais relevante para uma assistência de qualidade, ponderando-a se é proporcionada ao cliente coerente com as normas, regras e protocolos assistenciais, impetrando-se uma assistência satisfatória, como ainda se observa o cuidado promovido com segurança, avalizando uma redução de custos hospitalares (FONTES; SANTOS et al. 2018).

4. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Diante do contexto apresentado foi possível notar a relação da auditoria de enfermagem com a qualidade da assistência em saúde. A auditoria é um processo de avaliação sistemática da qualidade dos cuidados da assistência prestada, averiguada através dos registros em prontuário dos profissionais e/ou das próprias condições observadas aos clientes.

Foi observado que a auditoria auxilia na melhoria dos processos desenvolvidos pela equipe em saúde e, sobretudo ao profissional enfermeiro, uma vez que auxilia a exercer suas atividades de forma, seguras garantindo uma assistência livre de danos ao paciente. Assim, a auditoria de enfermagem é relevante nos serviços de saúde, uma vez que por meio dela que pode avaliar qualidade da assistência de enfermagem, proporcionando auxílios aos profissionais para nortear suas atividades.

Portanto, este artigo não esgota o assunto, muito menos a temática, sendo sugeridos então estudos que possam contribuir para acadêmicos e profissionais da área de saúde sobre a auditoria de enfermagem e a qualidade da assistência à saúde.

REFERÊNCIAS

- ALMEIDA, T.S; MIURA, C.R; AZZOLIN, CG.M.C; OLIVEIRA, N.A. A atuação do enfermeiro auditor na qualidade da assistência à saúde: revisão bibliográfica integrativa. **Revista de Administração em Saúde**. v. 21, n. 85, 2021.
- ALVES, W.F.P; BANASZESKI, C.L. **O uso da auditoria como instrumento de melhoria para a assistência de enfermagem**. Caderno Saúde e Desenvolvimento, Curitiba, v. 10, n. 18, p. 63-77, 2021.

ARAUJO J. DO N. S., CARVALHO A. H. DOS S., DOS REIS L. M., DO LAGO P. N., & NOBRE V. N. N. O papel da auditoria de enfermagem no ambiente hospitalar. **Revista Artigos.Com.** vol. 24, 2020.

BIASUTTI, L.D; LAURETT, L.T. **Auditoria de Enfermagem:** a contribuição dos registros de enfermagem para uma boa avaliação da qualidade dos serviços prestados. Editora Milifontes, 2019.

BLANK, C.Y.; SANCHES, E.N. et al. A prática do enfermeiro auditor hospitalar na região do Vale do Itajaí. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, v. 15, n. 1, p. 233- 242, 2013.

COSTA, D.A; SANTOS, E.G; BARBOSA, J.J.R; NUNES, R.L. Auditoria em enfermagem na qualidade e cuidado ao paciente. **Rev. Bras Interdiscip Saúde - ReBIS**; 3(3):60-8, 2021.

FONTES, S.V.M.; SANTOS, Y.J. et al. **Auditoria em enfermagem como ferramenta de qualidade para saúde:** uma revisão integrativa. Cadernos de Graduação Ciências Biológicas e de Saúde, Aracaju, v. 5, n. 1, p. 113-24, out. 2018.

IBIAPINA, A.R.S.; RIBEIRO, I.A.P. et al. Auditoria de enfermagem: instrumento para qualidade da assistência à saúde. **Revista UNINGÁ**, v. 24, n. 3, pp. 125-132, out.-Dez., 2015.

MONTEIRO, M. B. DA S., & PAULA, M. A. B. Auditoria e a prática do enfermeiro auditor: uma revisão integrativa da literatura. **Rev. gest. sist. saúde.**, São Paulo, 9(1), 71-93. 2020.

PEREIRA, F.N.M.; BARRETO, R.O. et al. **Auditoria frente ao gerenciamento do cuidado em enfermagem:** revisão integrativa. Journal of Health Connections, v. 6, n. 5, p. 13-27, 2018.

PERTILLE, F.; ASCARI, R.A. et al. A importância dos registros de enfermagem no faturamento hospitalar. **Revista de Enfermagem UFPE on line**, Recife, v. 12, n. 6, p. 1717-26, jun. 2018.

RIOS, A.D.R.T; BANASZESKI, C.L. **Auditoria dos registros de enfermagem e qualidade da assistência à saúde:** uma revisão narrativa de literatura. Caderno Saúde e desenvolvimento. v. 10 n. 19, 2021.

SANTOS, L.L. **Auditoria de enfermagem e os registros de enfermagem:** uma revisão de literatura. Trabalho de Conclusão de curso. Centro Universitário de Brasília, 2019.

SANTOS, T. DE O. **O papel da auditoria em enfermagem na assistência à saúde.** Caderno De Graduação - Ciências Biológicas E Da Saúde - UNIT - SERGIPE, 6(1), 99, 2020.

SCARPARO, A. F.; FERRAZ, C.A. Auditoria em enfermagem: identificando sua concepção e métodos. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 61, n. 3. P. 302-3025, 2013.

SILVA, V.A; MOTA, R.S; OLIVEIRA, L.S; JESUS, N et al. Auditoria da qualidade dos registros de enfermagem em prontuários em um hospital universitário. **Revista Enfermagem em Foco**. v. 10, n. 3, 2019.

SIQUEIRA, P. L.F. **Auditoria em saúde e atribuições do enfermeiro auditor**. Caderno Saúde e Desenvolvimento, v.3, n.2, jul./dez, 2014.

SOUZA, C.C; JESUS, E.S; BARRETO, G.M.N. **Auditoria de Enfermagem e sua Importância para Gestão de Qualidade no Serviço de Saúde**. Epitaya E-Books, 1(1), 153-165, 2022.

VAL, L.F.; ALMEIDA, P.S.C. et al. **Auditoria de enfermagem: fragilidade e potencialidade para melhoria da qualidade da assistência em saúde**. Científic@ Multidisciplinary Journal, v. 5, n. 3, p. 15-25, 2018.

WERLE, T. S. da S.; ANDRADE, A. R. Ferramentas de gestão para enfermeiros auditores. **Research, Society and Development**, v. 11, n. 3, 2022.

CONHECIMENTO DA ENFERMAGEM EM RELAÇÃO ÀS INFECÇÕES RELACIONADAS À ASSISTÊNCIA A SAÚDE EM PACIENTES CRÍTICOS: REVISÃO INTEGRATIVA DA LITERATURA

NURSING KNOWLEDGE IN RELATION TO HEALTH CARE-RELATED INFECTIONS IN CRITICAL PATIENTS: INTEGRATIVE LITERATURE REVIEW

DOI: 10.51859/AMPLLA.PPE2159-43

Ana Clara Brambila de Carvalho¹
 Luana Vieira Toledo²
 Soraya Lucia do Carmo da Silva Loures³
 Igor Guerra Cheloni⁴
 Wallan Mcdonald Soares Souza⁵
 Lídia Miranda Brinati⁶

¹ Enfermeira. Graduada pelo Centro Universitário FAMINAS.

² Professor Adjunto do curso de Enfermagem. Universidade Federal de Viçosa.

³ Professor Adjunto do curso de Enfermagem. Centro Universitário FAMINAS.

⁴ Professor Adjunto do curso de Enfermagem. Centro Universitário FAMINAS.

⁵ Professor Adjunto do curso de Enfermagem. Centro Universitário FAMINAS.

⁶ Professor Adjunto do curso de Enfermagem. Centro Universitário FAMINAS.

RESUMO

As Infecções Relacionadas à Assistência à Saúde são infecções que os pacientes contraem enquanto recebem tratamento para condições médicas ou cirúrgicas, e muitas são evitáveis. Este estudo tem como objetivo identificar nas literaturas nacionais e internacionais o conhecimento dos enfermeiros sobre as ações e cuidados necessários na prevenção das infecções relacionadas assistência à saúde. Trata-se de um estudo do tipo de revisão integrativa da literatura. Enfermeiros podem contribuir significativamente na prevenção de infecção, assumindo total responsabilidade por medidas de melhoria de qualidade, como prevenção de infecção baseada em evidências e protocolos de controle. Ressalta-se a importância de incentivar programas de capacitação e ampliação do conhecimento dos enfermeiros, melhorando assim a qualidade da assistência e reduzindo o número de infecções.

Palavras-chave: Unidades de Terapia Intensiva. Infecção hospitalar. Conhecimento. Enfermagem.

ABSTRACT

Health Care Related Infections are infections that contracted patients receive treatment for medical or medical conditions or many are preventable. This study aims to identify in national and international literature the knowledge of nurses about the actions and care needed to prevent infections related to health care. This is an integrative literature review type study. Nurses can significantly contribute to infection prevention by taking full responsibility for quality improvement measures such as evidence-based infection prevention and control protocols. The importance of encouraging training programs and expanding the knowledge of nurses is highlighted, thus improving the quality of care and reducing the number of infections.

Keywords: Intensive Care Units. Cross Infection. Knowledge. Nursing.

1. INTRODUÇÃO

As Infecções Relacionadas a Assistência à Saúde (IRAS), são infecções que os pacientes contraem enquanto recebem tratamento para condições médicas ou cirúrgicas, e muitas IRAS são evitáveis. A saúde moderna emprega muitos tipos de dispositivos e procedimentos invasivos para tratar pacientes e ajudá-los a se recuperar, e esses são uma fonte significativa de complicações em todo o processo de tratamento, estando associadas a procedimentos (como cirurgia) e podem ser transmitidas entre os dispositivos usados em procedimentos médicos, como cateteres ou ventiladores e entre diferentes unidades de saúde (RODRIGUES et al., 2018).

As Unidades de Terapia Intensiva (UTIs) têm contribuído muito para a sobrevivência de pacientes com trauma, estado de choque e outras condições com risco de vida, mas estão associadas a um risco muito maior de infecção nosocomial. As taxas de infecção nosocomial em pacientes que requerem mais de uma semana de suporte avançado de vida em uma UTI, são três a cinco vezes maiores do que em pacientes hospitalizados que não requerem cuidados na UTI (AZEVEDO FILHO; RODRIGUES; CIMIOTTI, 2018).

Os fatores de risco para IRAS podem ser agrupados em três categorias gerais: procedimentos médicos e uso de antibióticos, fatores organizacionais e características do paciente. Os comportamentos dos profissionais de saúde e suas interações com o sistema de saúde também influenciam a taxa de IRAS. Cada vez mais, a prestação de cuidados de saúde, incluindo procedimentos complexos, está sendo transferidas para ambientes ambulatoriais, como centros cirúrgicos ambulatoriais, instalações para doenças renais em estágio terminal e instalações de cuidados de longo prazo (FERREIRA et al., 2019).

O ambiente de cuidado requer a criação de condições favoráveis à saúde, promovendo um ambiente saudável e construtivo, com relações interpessoais harmoniosas e vitalizantes que potencializem energias positivas para uma vida melhor. Nessa perspectiva o cuidado de enfermagem precisa ser mais conhecido e compreendido para que alcance uma dimensão sistêmica. Deve ser apreendido como um processo circular que leva em consideração tanto o indivíduo que necessita do cuidado, como as condições em que este é prestado, os recursos humanos e materiais



disponíveis, as relações interpessoais, as interações entre profissionais de saúde, pacientes e familiares, bem como interações com o meio ambiente (HESPANHOL et al., 2019).

Este trabalho tem por objetivo identificar as produções científicas nacionais e internacionais sobre o conhecimento dos enfermeiros em relação às ações e cuidados necessários na prevenção das infecções relacionadas assistência à saúde.

2. METODOLOGIA

Trata-se de um estudo do tipo de revisão integrativa da literatura. Para a realização desse estudo, propõe-se a utilização da metodologia de revisão integrativa de literatura. A revisão integrativa de literatura consiste em resumir de forma sistemática, metódica e integral os resultados atingidos em pesquisa sobre uma determinada questão ou tema, abrangendo estudos experimentais e não experimentais que permite uma melhor compreensão acerca do objeto estudado. Para isso é necessário seguir seis etapas metodológicas, sendo elas: identificação da questão norteadora da pesquisa e objetivos, determinação dos critérios de inclusão e exclusão de estudos, seleção dos artigos a serem utilizados, análise e compreensão dos resultados alcançados (GIL, 2006).

Este estudo foi guiado pela seguinte questão norteadora: O que se tem publicado na literatura nacional e internacional acerca das ações e cuidados na prevenção das infecções relacionadas assistência à saúde?

O levantamento bibliográfico foi realizado no período de 17 a 20 de outubro de 2021, nas seguintes bases de dados: Literatura Latino-Americana em Ciências da Saúde (LILACS), Base de Dados de Enfermagem (BDENF) e *Medical Literature Analysis and Retrieval System Online* (MEDLINE). Para a busca utilizou-se os descritores controlados contidos nos Descritores em Ciência da Saúde (DeCS) da Biblioteca Virtual em Saúde (BVS) “Unidades de Terapia intensiva”, “enfermeiros”, “infecção hospitalar”, “conhecimento”. O “and” será utilizado como o operador booleano de escolha para a combinação dos descritores.

O quadro 1 apresenta um panorama dos artigos encontrados separados por base de dados.



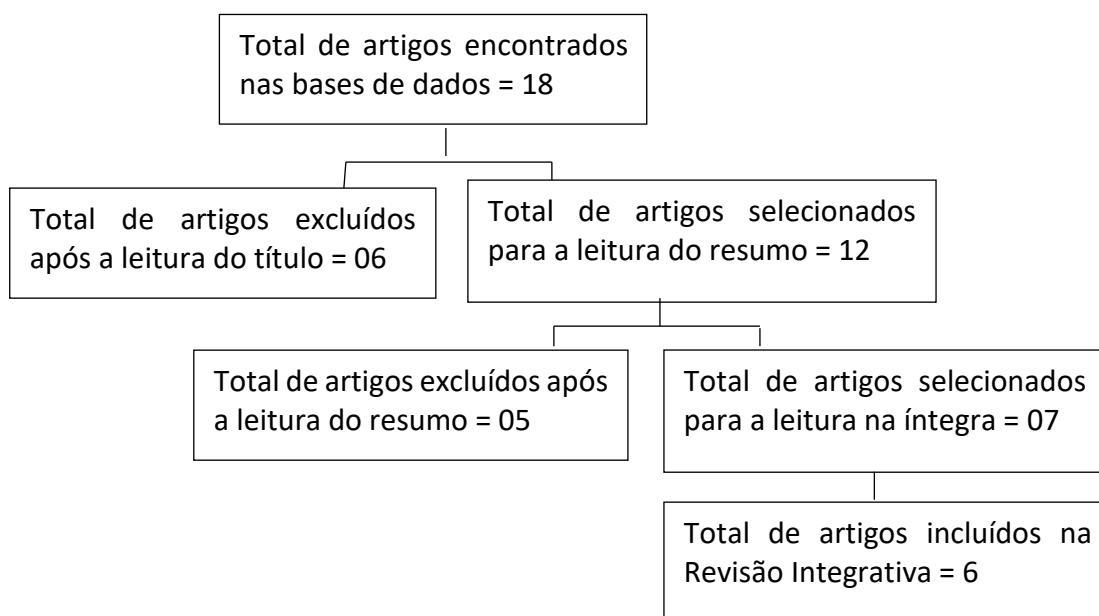
Quadro 1: Sistematização da busca eletrônica nas diferentes bases de dados científicas.

Base de Dados	“DeCs”	Número de Artigos
LILACS	“unidades de terapia intensiva” and “enfermeiros” and “infecção hospitalar” and “conhecimento”	08
BDEF	“unidades de terapia intensiva” and “enfermeiros” and “infecção hospitalar” and “conhecimento”	14
MEDLINE	“unidades de terapia intensiva” and “enfermeiros” and “infecção hospitalar” and “conhecimento”	02

Fonte: Autoria própria.

Os critérios de inclusão utilizados para a seleção da amostra foram: artigos publicados na literatura nacional e internacional nos últimos dez anos, cujo foco tenha sido o conhecimento da enfermagem sobre as IRAS em pacientes críticos, escritos no idioma português, inglês ou espanhol. Foram excluídos da pesquisa os estudos no formato de editoriais, opiniões ou comentários. O fluxograma abaixo ilustra o processo de seleção dos artigos que compuseram a amostra deste estudo (Figura 1).

Figura 1 - Processo de seleção amostral nas bases de dados nacionais e internacionais.



Fonte: Autoria própria.

3. RESULTADOS

O *corpus* de análise baseou-se em 6 artigos dos quais foram publicados entre os anos de 2017 a 2020, todos na língua portuguesa. Quanto ao nível de evidência, 83,3% foram estudos descritivos.

Para fins de análise, os artigos foram didaticamente organizados em um quadro, apresentando o que tem se publicado sobre os dispositivos utilizados pela equipe de enfermagem para prevenção de lesão por pressão. O quadro 2 apresenta a síntese dos resultados encontrados.

Quadro 2 - Resultado da busca acerca dos artigos sobre o conhecimento dos enfermeiros sobre as ações e cuidados necessários na prevenção das infecções relacionadas assistência à saúde.

Autor/ Ano	Objetivo/Delineamento do Estudo	Nível de evidência	Conclusão
COSTA, Camila Adriana Barbosa Costa et al./2020.	Avaliar o conhecimento e o comportamento dos profissionais de Unidade de Terapia Intensiva no que se refere às ações recomendadas em bundles de prevenção de IPCS associada ao uso do CVC./ Estudo transversal.	VI	O conhecimento e comportamento dos profissionais em relação ao bundle de cateter venoso central apresentam fragilidades, revelando a importância de incentivar programas de capacitação nesta área do conhecimento.
DANTAS, Gisele Dias et al./ 2017.	Avaliar o conhecimento e adesão da equipe de enfermagem às medidas de prevenção de infecções de corrente sanguínea relacionadas ao cateter venoso central (ICSR-CVC) em Unidade de Terapia Intensiva; Estudo descritivo, exploratório, de abordagem quantitativa	VI	Adesão às medidas de prevenção de ICSR-CVC deve ser incentivada através de educação continuada.
DUTRA, Ligiane Aparecida et al./ 2019.	Apreender a percepção dos profissionais de Enfermagem sobre a segurança do paciente sob ventilação mecânica com vistas à prevenção da PAV; estudo qualitativo, descritivo e Exploratório.	VI	Os participantes reconheceram os riscos de PAV e referiram implementar medidas protocolares para a prevenção. Contudo, não mencionaram a notificação do evento adverso, o conhecimento dos indicadores ou a participação em

Autor/ Ano	Objetivo/Delineamento do Estudo	Nível de evidência	Conclusão
			estratégias educacionais, fatores fundamentais para o gerenciamento dos riscos e o fortalecimento da segurança do paciente.
FERNANDES, Marianna Saba et al./ 2019	Verificar o conhecimento dos profissionais intensivistas sobre o bundle para a prevenção de infecção de corrente sanguínea relacionada ao cateter venoso central e sobre os cuidados no manejo deste dispositivo; estudo quantitativo, de corte transversal.	IV	Embora a maior parte dos entrevistados tenha mostrado um conhecimento satisfatório em relação ao bundle e aos cuidados no manejo dos cateteres, um percentual significativo demonstrou fragilidades ainda existentes.
DOURADO, Cynthia Angélica Ramos de Oliveira et al./ 2017.	Identificar o Conhecimento, Atitude e Prática dos profissionais de enfermagem que atuam em Unidades de Terapia Intensiva em relação à higiene das mãos; estudo transversal analítico.	VI	Apesar da higienização das mãos ser reconhecida como prática simples e importante na prevenção e controle das infecções hospitalares quando associada ao desenvolvimento na prática, apresenta queda nos índices satisfatórios.
MELO, Mariane Menezes et al./ 2019.	Avaliar o conhecimento dos profissionais de saúde sobre a prevenção da Pneumonia Associada à Ventilação Mecânica (PAVM) em pacientes críticos internados nas Unidades de Terapia Intensiva (UTIs) e, promover educação permanente (EP) para profissionais das UTIs sobre prevenção de PAVM; Estudo transversal, quanti-qualitativo.	VI	Evidenciou-se que existe uma fragilidade no conhecimento dos profissionais relativo à prevenção de PAVM.

Fonte: Autoria própria.

4. DISCUSSÃO

Os estudos presentes nesta revisão enfatizam que o conhecimento dos profissionais de saúde em relação às diretrizes ou recomendações nacionais e internacionais sobre os cuidados de prevenção das IRAS é extremamente necessária.

Mudanças no perfil do paciente e no ambiente de saúde, alterando as condições socioeconômicas e os avanços da ciência e da tecnologia da informação desafiam a profissão de enfermagem, em particular a enfermagem em terapia intensiva. Para Batista et al. (2017), a compreensão abrangente desses fatores é essencial para a enfermagem enfrentar os desafios apresentados pelo ambiente de cuidados intensivos. A enfermagem deve ser centrada no cuidado baseado em evidências, com capacidade de entregar com segurança e alta qualidade o atendimento prestado ao paciente crítico (DOURADO et al., 2017).

Em particular, habilidades e conhecimentos básicos de enfermagem continuam sendo um pré-requisito fundamental na prevenção de infecções nosocomiais, que é uma complicação e ameaça contínuas para os pacientes de Terapia Intensiva. De acordo com Fernandes et al. (2019), o conhecimento dos enfermeiros de cuidados intensivos sobre as recomendações consensuais baseadas em evidências para prevenção e controle de infecções foi considerado satisfatório, no entanto, foi demonstrado que uma implementação meticulosa de pacotes preventivos pode resultar em resultados significativamente melhores para o paciente.

Enfermeiros que atuam em UTIs podem dar uma contribuição significativa na prevenção de infecções nosocomiais, assumindo total responsabilidade por medidas de melhoria de qualidade, como prevenção de infecção baseada em evidências e protocolos de controle (BATISTA et al., 2017). No entanto, como o conhecimento geral das medidas preventivas tem se mostrado insatisfatório em alguns casos (FERNANDES et al., 2019), a educação dos enfermeiros deve incluir suporte suplementar de recomendações baseadas em evidências (VANDIJCK et al., 2010).

Além disso, muitas estratégias preventivas são consideradas fáceis e de baixo custo para serem implementadas. Habilidades e conhecimentos básicos de enfermagem continuam a ser um pré-requisito fundamental na prevenção de IRAS. Como tal, uma primeira e crítica etapa deve ser aumentar a adesão dos enfermeiros de cuidados



intensivos às recomendações dos Centros de Controle e Prevenção de Doenças (CDC) (DOURADO et al., 2017).

Os enfermeiros geralmente fornecem mais horas de atendimento à beira do leito do que outros profissionais de saúde, portanto, suas práticas clínicas podem ter um impacto substancial na prevenção das IRAS (DUTRA et al., 2019). Dentre as IRAS destacam-se as pneumonias (geralmente associada a ventilação mecânica), infecções do trato urinário (associada a dispositivos intravesicais), as bacteremias (associada a cateter venoso central) e as infecções de feridas operatórias, perfazendo mais de 80% de todas as IRAS (COSTA et al., 2019).

A Pneumonia Associada à Ventilação Mecânica (PAVM) é a infecção hospitalar mais comum entre os pacientes em ventilação mecânica em uma UTI. Diferentes iniciativas para a prevenção da pneumonia têm sido desenvolvidas e recomendadas (EL-KHATIB et al., 2010; MELO et al., 2019). Dentre as ações, destaca-se que embora a o conhecimento das diretrizes não garanta a implementação e adesão, a falta de conhecimento pode ser uma barreira para aderir e implementar as diretrizes de prevenção de PAVM. Estudos mostram que o enfermeiro tem o papel crítico na implementação da maioria das medidas preventivas, sendo de grande importância seu conhecimento sobre o assunto. Na determinação de estratégias clínicas para prevenir a pneumonia, tem havido considerável ênfase em medidas simples (lavagem das mãos, remoção adequada de secreções respiratórias, uso de luvas, etc.) que podem prevenir essa colonização (KHAN; BOKHAMSIN; CAROL, 2011).

Em uma pesquisa de 22 países europeus realizada por Labeau et al. (2009) a pontuação média do conhecimento dos enfermeiros sobre as diretrizes do CDC para a prevenção de infecções relacionadas aos cateteres urinários e venosos centrais foi baixa. Sendo assim, programas educacionais com treinamento de higiene e protocolos escritos relativos à inserção do cateter, manipulação do cateter e cuidados com o cateter são eficazes quando os membros da equipe estão envolvidos na concepção das medidas preventivas (DANTAS et al., 2017).

A higienização das mãos é o passo inicial para o sucesso dos procedimentos de prevenção e controle de infecção e ainda continua sendo a medida básica e mais eficaz para prevenir a transmissão e infecção dos patógenos. Quando bem realizada, pode reduzir substancialmente a prevalência de IRAS (DOURADO et al., 2017).



Os *bundles* de prevenção de infecção com base em evidências podem ser implementados individualmente após a identificação de uma lacuna nas melhores práticas, ou aumento da prevalência de resultados ruins em uma área específica. Os elementos do *bundle* não devem ser estáticos, mas devem se adaptar às mudanças nas evidências e nas melhores práticas à medida que novas evidências surgem (COSTA et al., 2020).

No desenvolvimento deste estudo, ressalta-se a importância de incentivar programas de capacitação e ampliação do conhecimento dos enfermeiros, melhorando assim a qualidade da assistência e reduzindo o número de infecções.

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

No presente estudo, percebe-se uma fragilidade no conhecimento dos enfermeiros sobre as medidas recomendadas para prevenção das IRAS. As práticas de enfermagem devem ser avaliadas a fim de desenvolver intervenções direcionadas para melhorar a adesão às medidas de controle de infecção.

Ressalta-se a importância de inculcar conhecimentos adequados e boas práticas no momento de formação dos profissionais, bem como serem capacitados constantemente, para a atualização do conhecimento de acordo com as mudanças nas evidências.

REFERÊNCIAS

- ADAMS, Claire Emma. et al. Examining the association between superficial bioburden and sites frequently touched in intensive care. **Journal of Hospital Infection**, v. 95, n. 1, pág. 76-80, 2017.
- AZEVEDO FILHO, Francino Machado de; RODRIGUES, Maria Cristina Soares; CIMIOTTI, Jeannie P. Nursing practice environment in intensive care units. **Acta Paulista de Enfermagem**, v. 31, n. 2, p. 217-223, 2018.
- BARBOSA, Fábio Santos. Hand hygiene: Monitoring the adherence of health professionals in a public institution in the state network of Rio de Janeiro: a challenge to the administration of the hospital infection control service. **Brazilian Journal of Health Review**, v. 2, n. 2, p. 1323-1355, 2019.

- BATISTA, Josielma Cavalcante de Lima. et al. Conhecimento da equipe de centro cirúrgico e unidade de terapia intensiva sobre centro de esterilização. **Rev. enferm. UFPE on line**, p. 1664-1670, 2017.
- CAI, Yiyang. et al. Prevalence of infections associated with health care and use of antimicrobials among adult patients admitted to Singapore acute care hospitals: results of the first national survey on the prevalence of stitches. **Clin Infect Dis.**, v. 64, n. 02, p. S61-S67. 2017.
- CASSINI, Alessandro. et al. Burden of six infections associated with health care in the health of the European population: Estimated disability-adjusted life years based on incidence through a population-based modeling study. **PLoS Med.**, v. 13, n.10, p. e1002150. 2016.
- COSTA, Camila Adriana Barbosa. et al. Bundle de Cateter Venoso Central: conhecimento e comportamento de profissionais em Unidades de Terapia Intensiva adulto. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 54, n. 1, p. 1-8, 2020.
- COSTA, Milce. et al. Principais micro-organismos responsáveis por Infecções Relacionadas a Assistência Em Saúde (IRAS) em UTIs: uma Revisão Integrativa. **Revista Eletrônica da Faculdade Evangélica de Ceres**, v. 8, n. 54, 2019.
- DANTAS, Gisele Dias. et al. Adesão da equipe de enfermagem às medidas de prevenção de infecções de corrente sanguínea. **Revista de enfermagem UFPE on line**, v. 11, n. 10, p. 3698-3706, 2017.
- DIEGEL-VACEK, Lauren; RYAN, Catherine. Promoting hand hygiene with a lighting prompt. **HERD: Health Environments Research & Design Journal**, v. 10, n. 1, p. 65-75, 2016.
- DOURADO, Cynthia Angélica Ramos de Oliveira. et al. Inquérito sobre conhecimento, atitude e prática de higiene das mãos pelos profissionais da enfermagem. **Rev. enferm. UFPE on line**, p. 1136-1145, 2017.
- DUTRA, Ligiane Aparecida et al. Pneumonia associada à ventilação mecânica: percepção dos profissionais de enfermagem. **Rev. enferm. UFPE on line**, p. 884-892, 2019.
- EL-KHATIB, Mohamad Fall. et al. Intensive care clinicians' knowledge of evidence-based guidelines for the prevention of ventilator-associated pneumonia. **American Journal of Critical Care**, v. 19, n. 3, p. 272-276, 2010.
- FERNANDES, Haggeas da Silveira; PULZI JÚNIOR, Sérgio Antônio; COSTA FILHO, Rubéns. Qualidade em terapia intensiva. **Rev. Soc. Bras. Clín. Méd**, v. 8, n. 1, p. 37-45. 2010.

- FERNANDES, Marianna Saba. et al. Bundle para a prevenção de infecção de corrente sanguínea. **Rev enferm UFPE on line [Internet]**, v. 13, n. 1, p. 1-8, 2019.
- FERREIRA, Larissa Lima. et al. Cuidado de enfermagem nas Infecções Relacionadas à Assistência à Saúde: Scoping review. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 72, n. 2, p. 476-483, 2019.
- GALVÃO, Cristina Maria. Níveis de evidências [editorial]. **Acta Paulista de Enfermagem**, v.19, n. 2, p. 49-59, 2006.
- GIL, Antônio Carlos. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 5. ed. São Paulo: Atlas, 2006.
- HAQUE, Mainul. et al. Healthcare-associated infections - an overview. **Infection and drug resistance**, v. 11, n. 2, p. 2321, 2018.
- HARRIS, Anthony. Damis. et al. Use of gloves and universal aprons and acquisition of antibiotic-resistant bacteria in the ICU: a randomized study. **Jama**, v. 310, n. 15, p. 1571-1580, 2013.
- HAYDEN, Mary. Kate. et al. Risk of contamination of hands or gloves after contact with patients colonized with vancomycin-resistant enterococci or with the environment of colonized patients. **Infection Control & Hospital Epidemiology**, v. 29, n. 2, p. 149-154, 2008.
- HESPANHOL, Luiz Antônio Bergamin. et al. Infection related to health care in an adult intensive care unit. **Enfermería Global**, v. 18, n. 1, p. 242-254, 2019.
- JANOTTI, Letícia; MENDES JUNIOR, Walter Vieira. Adequação de um instrumento de monitoramento de higienização das mãos de um hospital do Rio de Janeiro. **Revista de Epidemiologia e Controle de Infecção**, v. 8, n. 3, p. 195-203, 2018.
- LABEAU, Sonia. et al. Intensive care nurses' knowledge of evidence-based guidelines for the prevention of ventilator-associated pneumonia: an assessment questionnaire. **American Journal of Critical Care**, v. 16, n. 4, p. 371-377, 2007.
- LABEAU, Sonia. et al. Centers for Disease Control and Prevention guidelines for the prevention of central venous catheter-related infection: results of a knowledge test among 3405 European intensive care nurses. **Crit Care Med.**, v. 37, n. 1, p. 320-323, 2009.
- LI, Meg; SUN, Yang; CHEN, Hui. The decoy effect as a nudge: Boosting hand hygiene with a worse option. **Psychological science**, v. 30, n. 1, p. 139-149, 2019.
- MELO, Mariane Menezes. et al. Pneumonia Associated with Mechanical Ventilation: Knowledge of Health Professionals About Prevention and Educational Measures. **Rev. fundam. care**, v. 11, p. 377-382, 2019.



- MENDES, Karina Dal Sasso; SILVEIRA, Renata Cristina de Campos Pereira; GALVÃO, Cristina Maria. Revisão integrativa: método de pesquisa para a incorporação de evidências na saúde e na enfermagem. **Texto & contexto-enfermagem**, v. 17, n. 4, p. 758-764, 2008.
- MONTERO, José Garnacho. et al. Fighting resistance in intensive care: the multimodal approach of the “Zero Resistance” program in the Spanish ICU. **Critical Care**, v. 19, n. 1, p. 114, 2015.
- MORGAN, Daniel. J. et al. Transfer of multidrug-resistant bacteria to healthcare workers’ gloves and gowns after patient contact increases with environmental contamination. **Critical care medicine**, v. 40, n. 4, p. 1045, 2012.
- OMS, Organização Mundial da Saúde. **My 5 Moments for Hand Hygiene**. Prevenção e controle de infecções. 2009.
- PINA, Rosângela Zampieri; LAPCHINSK, Luciane Ferrira; PUPULIM, Jussara Simone Lenzi. Percepção de pacientes sobre o período de internação em unidade de terapia intensiva. **Ciência, Cuidado e Saúde**, v. 7, n. 4, p. 503-508, 2008.
- PETER, Daniel. et al. Strategies to promote infection prevention and control in acute care hospitals with the help of infection control nurses: a systematic review of the literature. **American Journal of Infection Control**, v. 46, n. 2, p. 207-216, 2018.
- RODRIGUES, Maria Cristina Soares. et al. Ambiente da prática de enfermagem em unidades de terapia intensiva. **Acta Paul Enferm.**, v. 31, n. 2, p. 217-223, 2018.
- RUSSOTTO, Vincenzo. et al. Bacterial contamination of inanimate surfaces and equipment in an intensive care unit. **Intensive Care Journal**, v. 3, n. 1, p. 54, 2015.
- SARANI, Hamed. et al. Knowledge, attitude and practice of nurses about standard precautions for nosocomial infection in university hospitals affiliated to Zabol University of Medical Sciences (2014). **Global Journal of Health Sciences**, v. 8, n. 3, p. 193, 2016.
- SASAHARA, Teppei. et al. Comparison of hand hygiene procedures for removing *Bacillus cereus* spores. **Biocontrol science**, v. 19, n. 3, p. 129-134, 2014..
- SELLERA, Paulo Eduardo Guedes. et al. Monitoramento e avaliação dos atributos da Atenção Primária à Saúde em nível nacional: novos desafios. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 25, n. 2, p. 1401-1412, 2020.
- SILVA, Tauana Wazir Mattar. **Configuração das práticas de saúde entre médicos e enfermeiros no ambiente hospitalar na perspectiva das relações de poder**. 2018. 174p. Dissertação de Mestrado do Programa de Pós-graduação em Enfermagem, da Universidade Federal de Minas Gerais. Belo Horizonte, 2018.



VANDIJCK, Dominique M. et al. Prevention of nosocomial infections in intensive care patients. **Nurs Crit Care**, v. 15, n. 5, p. 251-256, 2010.

VIGNOCHI, Luciano. et al. Como gestores hospitalares utilizam indicadores de desempenho?. **Rev. adm. empres.**, São Paulo , v. 54, n. 5, p. 496-509, 2014 .

WAHEED, Ann; BHAT, Sill; PARVEZ, Mary. Introduction of the care package and effect on surgical site infections in patients taken for elective surgical procedures. **Crit Care**, v. 18, n. 1, p. 31, 2014.

YU, Zhiliang et al. Antimicrobial mechanisms of polymyxin and bacterial resistance. **Biomed Res Int**, v. 2015, n. 6, p.79-109, 2015.

CONHECENDO A PREVALÊNCIA DE DOENÇAS OCUPACIONAIS RELACIONADAS A EXPOSIÇÃO A MATERIAIS BIOLÓGICOS: UMA REVISÃO DE LITERATURA

KNOWING THE PREVALENCE OF OCCUPATIONAL DISEASES RELATED TO EXPOSURE TO BIOLOGICAL MATERIALS: A LITERATURE REVIEW

DOI: 10.51859/AMPLLA.PPE2159-44

Aline dos Santos Duarte¹

Bibiana Fernandes Trevisan²

Mari Ângela Victoria Lourenci Alves³

Michelle Batista Ferreira⁴

Rodrigo D Ávila Lauer⁵

Tábata de Cavata Souza⁶

Denise de Oliveira Vedotto⁷

¹ Enfermeira do Hospital de Clínicas de Porto Alegre. Especialista em Prática em Terapia Intensiva - Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul. Especialista em Auditoria e Gestão de Serviços de Saúde - Faculdade Dom Alberto. Especialista em Enfermagem em Oncologia - Faculdade Dom Alberto. Especialista em Enfermagem em Saúde Pública - União Brasileira de Faculdades. Especialista em Enfermagem em Saúde do Trabalhador - Faculdade Dom Alberto.

² Enfermeira do Hospital de Clínicas de Porto Alegre. Especialista em Enfermagem em Oncologia - Hospital Moinhos de Vento.

³ Enfermeira do Hospital de Clínicas de Porto Alegre. Especialista em Enfermagem em Nefrologia - Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Especialista em Acupuntura Faculdade Einstein. Especialista em Enfermagem em Neurologia - Dom Alberto. Especialista Auditoria em Enfermagem - Faculdade Dom Alberto. Especialista em Enfermagem em Estética - Faculdade Dom Alberto.

⁴ Enfermeira do Hospital de Clínicas de Porto Alegre. Especialista em Enfermagem em Neurologia - Faculdade Dom Alberto. Especialista em Enfermagem em Enfermagem em Geriatria e Gerontologia - Faculdade Dom Alberto. Especialista em Enfermagem em UTI Neonatal e Pediátrica - Faculdade Dom Alberto.

⁵ Enfermeiro do Hospital de Clínicas de Porto Alegre. Mestre em Enfermagem - Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Especialista em Urgência e Emergência adulto e pediátrica - Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Especialista em Gerenciamento e Auditoria em Enfermagem - Universidade de Santa Cruz do Sul. Especialista em Terapia Intensiva - Faculdade Dom Alberto. Especialista em Psiquiatria e Saúde Mental - Faculdade Dom Alberto. Especialista em Docência em Enfermagem - Rede Futura.

⁶ Enfermeira do Hospital de Clínicas de Porto Alegre. Especialista em Urgência, Emergência e Trauma - Sistema Educacional Galileu. Especialista em Gestão Hospitalar - Faculdade Dom Alberto. Especialista em Saúde Hospitalar do Adulto - Faculdade Dom Alberto.

RESUMO

Como resultado de sua ocupação, os colaboradores de Instituições de Saúde estão expostos a riscos significativos incluindo doenças infecciosas. É necessária uma maior compreensão de barreiras, de recursos, dos procedimentos de trabalho de alto risco e o treinamento disponível que podem afetar a organização e o processo de trabalho no ambiente de saúde. O presente estudo teve como objetivo conhecer, através de Revisão Bibliográfica, os achados da literatura sobre a prevalência de doenças ocupacionais relacionadas a exposição a materiais biológicos. Realizou-se busca de estudos na base de dados PUBMED. Foram utilizados os descritores padronizados do DECS: Accidents, Occupational, and Hazardous Substances and Morbidity. A partir desta busca, os estudos recuperados foram avaliados de acordo com a relevância ao tema proposto. Estudos documentaram a prevalência de doenças ocupacionais em hospitais incluindo tuberculose, vírus da hepatite C (HCV), vírus da hepatite B (HBV), vírus da imunodeficiência humana (HIV). Os colaboradores de Instituições de Saúde trabalham em condições vulneráveis que podem afetar sua saúde física e mental. O presente estudo evidenciou a relação entre a exposição a materiais biológicos e agravos à saúde. Futuras pesquisas devem focar em intervenções baseadas em evidências, a fim de prevenir e minimizar as consequências de acidentes em local de trabalho.

Palavras-chave: Acidentes de trabalho. Substâncias Perigosas. Morbidade.

1. INTRODUÇÃO

Como resultado de sua ocupação, os colaboradores de Instituições de Saúde estão expostos a riscos significativos, incluindo exposições a doenças infecciosas, tensão musculoesquelética, produtos de látex, estresse no local de trabalho, violência e substâncias perigosas (TIPAYAMONGKHOLGUL, *et al.*, 2016).

A avaliação e gestão do risco biológico sempre foi um objetivo primordial para o qual a medicina do trabalho direcionou os seus esforços, em particular nos locais de trabalho de saúde. Essa preocupação é justificada pelo elevado número de trabalhadores expostos (FENGA, *et al.*, 2015).

É necessária uma maior compreensão de barreiras e recursos, dos procedimentos de trabalho de alto risco e o treinamento disponível que podem afetar a organização e o desenho do trabalho no ambiente de saúde. Além disso, um melhor sistema de vigilância para doenças e lesões ocupacionais dos profissionais de saúde forneceria dados para motivar mudanças nos sistemas de prevenção e compensação (TIPAYAMONGKHOLGUL, *et al.*, 2016).

O principal fator de risco para contrair infecção por HBV para profissionais de saúde é o contato direto com material infectado (PELLISSIER, *et al.*, 2012). Em particular, o reencape de agulhas parece aumentar o risco de ferimentos (SALEHI, *et al.*, 2010).

Os profissionais de saúde podem ter um risco até quatro vezes maior de adquirir infecção pelo vírus B da hepatite (HBV) (JHA, *et al.*, 2012). A vacinação preventiva contra o HBV para profissionais da área da saúde é padrão em muitos países, mas ainda não é implementada em muitos locais com poucos recursos (NOUBIAP, *et al.*, 2013).

Vários são os motivos para vacinar os profissionais de saúde, inclusive para prevenir o adoecimento entre eles, a fim de reduzir o absenteísmo, garantir um serviço de saúde eficaz aos usuários e reduzir os custos sociais. Recentemente, a questão das vacinas tem sido objeto de muitos debates. A vacinação nem sempre é apreciada pelos profissionais de saúde, e os motivos para a baixa cobertura vacinal são diversos e heterogêneos. No geral, prevenir doenças infecciosas significa reduzir custos, casos e surtos, mostrar responsabilidade para com terceiros e melhorar o bem-estar geral (COSTA, *et al.*, 2019).



Diante do exposto, o presente estudo teve como objetivo conhecer, através de Revisão Bibliográfica, os achados da literatura sobre a prevalência de doenças ocupacionais relacionadas à exposição a materiais biológicos. Realizou-se busca de estudos na base de dados PUBMED. Foram utilizados os descritores padronizados do DECS: Accidents, Occupational, and Hazardous Substances and Morbidity.

A partir desta busca, os estudos recuperados foram avaliados de acordo com a relevância ao tema proposto. Desta seleção fez leitura analítica para resumir as informações significativas neles contempladas apresentadas a seguir.

2. REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

Estudos documentaram a prevalência de doenças ocupacionais em hospitais incluindo tuberculose, vírus da hepatite C (HCV), vírus da hepatite B (HBV), vírus da imunodeficiência humana (HIV), asma ocupacional e dermatite de contato, encontrando uma associação entre riscos ocupacionais e estas doenças (SENTHIL, *et al.*, 2014).

Um revisão sistemática de literatura apontou que a prevalência de infecção latente de tuberculose (ILTB) entre os profissionais de saúde foi, em média, 54%. As estimativas do risco anual de ILTB variaram de 0,5% a 14,3%, e a incidência anual de tuberculose em profissionais de saúde variou de 69 a 5.780 por 100.000 (JOSHI, *et al.*, 2006).

O risco atribuível para tuberculose em profissionais de saúde, em comparação com o risco na população em geral, variou de 25 a 5.361 por 100.000 por ano. Um maior risco de adquirir tuberculose foi associado a determinados locais de trabalho (unidade de internação para TB, laboratório, medicina interna e unidades de emergência) e categorias ocupacionais (JOSHI, *et al.*, 2006).

Um estudo incluiu 60 casos de pacientes e 204 indivíduos de controle. Todos os casos de pacientes foram expostos a fluidos infectados com vírus C da hepatite (HCV) por meio de lesões percutâneas. Neste estudo, a transmissão ocupacional do HCV ocorreu após exposições percutâneas (YASDANPANA, *et al.*, 2005).

O risco de transmissão do HCV após a exposição percutânea aumentou com lesões profundas e procedimentos envolvendo a colocação de agulha de orifício oco na veia ou artéria do paciente-fonte. Esses resultados destacam a necessidade de adoção



generalizada de dispositivos de prevenção de acidentes com agulha em ambientes de saúde, juntamente com outras medidas preventivas (YASDANPANA, *et al.*, 2005).

Uma análise de regressão logística com base em 33 casos de pacientes e 665 controles mostrou os fatores de risco significativos para soroconversão de HIV tais como: lesão profunda, lesão com um dispositivo que estava visivelmente contaminado com o sangue do paciente de origem, procedimento que envolve uma agulha colocada na artéria ou veia do paciente fonte e exposição a um paciente fonte que morreu de síndrome de imunodeficiência adquirida dentro de dois meses (CARDO, *et al.*, 1997).

Este estudo concluiu que o risco de infecção pelo HIV após a exposição percutânea aumenta com um maior volume de sangue e, provavelmente, uma maior titulação de HIV no sangue do paciente-fonte. A profilaxia pós-exposição com zidovudina parece ser protetora (CARDO, *et al.*, 1997).

Para estimar o risco de infecção pelo vírus da hepatite B (HBV) entre colaboradores hospitalares, um estudo mediu a prevalência de infecção por HBV em funcionários em cinco hospitais em diferentes partes do país e examinou o efeito de fatores ocupacionais e não ocupacionais na prevalência de HBV. Entre 5.697 pessoas estudadas, marcadores sorológicos de infecção por HBV foram encontrados em 807 (HADLER, *et al.*, 1985).

O risco relacionado à ocupação, foi mais fortemente correlacionado com a frequência de contato com sangue durante o trabalho. Os colaboradores com contato frequente com sangue tiveram a maior taxa de infecção estimada (1,05 por 100 pessoas-ano) e aqueles com contato moderado, uma taxa de infecção intermediária, em comparação com uma taxa de infecção insignificante em colaboradores sem contato com sangue (HADLER, *et al.*, 1985). A frequência de acidentes com agulhas teve um efeito positivo independente nas taxas de infecção por HBV, enquanto o grau de contato com o paciente não teve efeito. O risco de infecção foi uniforme entre todos os hospitais para grupos com contato frequente de sangue. Entre os diferentes grupos ocupacionais, o risco de infecção por HBV também se correlacionou intimamente com o grau de contato da agulha com sangue durante o trabalho diário (HADLER, *et al.*, 1985).



Em um estudo realizado pela OMS (2003) a proporção de infecções por HBV, HCV e HIV entre profissionais de saúde que poderiam ser atribuídas a ferimentos por materiais cortantes ocupacionais era alta na maioria das regiões estudadas.

Para determinar as percepções dos profissionais de saúde sobre o risco de exposição a doenças infecciosas respiratórias, realizou-se uma meta-análise. Os resultados indicaram que os profissionais de saúde percebiam riscos de saúde pessoal e familiar e estigmatização de sua exposição a doenças infecciosas respiratórias, mas a maioria estava aceitando esses riscos (KOH, *et al.*, 2011).

Segundo este estudo, a percepção de risco dos profissionais de saúde podem influenciar seu comportamento em relação a pacientes com doenças infecciosas respiratórias, bem como o uso de estratégias de diminuição de risco. As instituições precisam garantir que as estratégias de controle de infecção estejam em vigor para proteger os trabalhadores e suas famílias. As instituições também podem oferecer incentivos para incentivar os profissionais de saúde a cumprir as políticas e procedimentos introduzidos para minimizar o risco (KOH, *et al.*, 2011).

As instituições e o governo precisam garantir que as políticas e procedimentos sejam comunicados e medidas institucionais adequadas (ou seja, equipamentos de proteção individual; educação e treinamento; e apoio pessoal) sejam implementadas para proteger os profissionais (KOH, *et al.*, 2011).

3. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os colaboradores de Instituições de Saúde trabalham em condições vulneráveis que podem afetar sua saúde física e mental. O presente estudo evidenciou a relação entre a exposição a materiais biológicos e agravos à saúde. Futuras pesquisas devem focar em intervenções baseadas em evidências, a fim de prevenir e minimizar as consequências de acidentes em local de trabalho.

REFERÊNCIAS

Cardo, D. *et al.* A case-control study of HIV seroconversion in health care workers after percutaneous exposure. Centers for Disease Control and Prevention Needlestick Surveillance Group. **N Engl J Med**, Boston, v. 20, n. 21, p. 1485-90, Nov. 1997.



DOI: 10.1056/NEJM199711203372101. Disponível em:
<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/9366579/>. Acesso em: 20/09/2021.

Costa, C. *et al.* Biological risk for healthcare workers: current Italian law and guidelines on vaccination strategies. **Future Microbiol**, London, v. 14, p. 21-25. Jun. 2019. DOI: 10.2217/fmb-2018-0264. Disponível em: https://www.futuremedicine.com/doi/10.2217/fmb-2018-0264?url_ver=Z39.88-2003&rfr_id=ori:rid:crossref.org&rfr_dat=cr_pub%20%20pubmed. Acesso em: 21/02/2022.

Fenga, C. *et al.* Seroprevalence and occupational risk survey for *Coxiella burnetii* among exposed workers in Sicily. **Southern Italy. Int. J. Occup. Med. Environ. Health**, Lodz, v. 28, n. 5, p. 901-907. 2015. Disponível em: <http://ijomeh.eu/SEROPREVALENCE-AND-OCCUPATIONAL-RISK-SURVEY-FOR-COXIELLA-BURNETII-AMONG-EXPOSED-WORKERS-IN-SICILY-SOUTHERN-ITALY,58537,0,2.html>. Acesso em: 21/02/2022.

Hadler, S. *et al.* Occupational risk of hepatitis B infection in hospital workers. **Infect Control**, Thorofare, v. 6, n. 1, p. 24-31. DOI: 10.1017/s0195941700062457. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/3871428/>. Acesso em: 20/09/2021.

Jha, A. *et al.* Hepatitis B infection in microbiology laboratory workers: prevalence, vaccination, and immunity status. **Hepat Res Treat**, New York, Dez. 2012. DOI: 10.1155/2012/520362. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3529463/>. Acesso em: 21/02/2022.

Joshi, R. *et al.* Tuberculosis among health-care workers in low- and middle-income countries: a systematic review. **PLoS Med**, San Francisco, v. 3, n. 12, DOI: 10.1371/journal.pmed.0030494. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/17194191/>. Acesso em: 20/09/2021.

Koh, Y. *et al.* Comprehensive systematic review of healthcare workers' perceptions of risk and use of coping strategies towards emerging respiratory infectious diseases. **Int. J. Evid. Based Healthcare**, Carlton South, v. 9, n. 4, p. 403-419, Dez. 2011. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/22093389/>. Acesso em: 21/02/2022.

Noubiap, J. *et al.* Occupational exposure to blood, hepatitis B vaccine knowledge and uptake among medical students in Cameroon. **BMC Med Educ**, London, v. 8, n. 13, Nov. 2013. DOI: 10.1186/1472-6920-13-148. Disponível em: [ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3874660/](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3874660/). Acesso em: 21/02/2022.

Pellissier, G. *et al.* Is universal HBV vaccination of healthcare workers a relevant strategy in developing endemic countries? The case of a university hospital in Niger. **PLoS One**, San Francisco, 2012. DOI: 10.1371/journal.pone.0044442. Disponível em:



<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3436880/>. Acesso em: 21/02/2022.

Pru"ss-U" stu"n, A. *et al.* Sharp's injuries: global burden of disease from sharps injuries to health-care workers. Geneva: World Health Organisation; 2003. WHO Environmental Burden of Disease, Serie n. 3. Disponível em: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/42743/9241562463.pdf?sequence=1&isAllowed=y>. Acesso em: 20/09/2021.

Salehi, A. *et al.* Occupational injury history and universal precautions awareness: a survey in Kabul hospital staff. **BMC Infect Dis**, v. 10, n. 19, Jan. 2010. DOI: 10.1186/1471-2334-10-19. Disponível em: <https://bmcinfectdis.biomedcentral.com/articles/10.1186/1471-2334-10-19> Acesso em: 21/02/2022.

Senthil, A. *et al.* Perception and prevalence of work-related health hazards among health care workers in public health facilities in southern India. **Int J Occup Environ Health**, Philadelphia. v. 21, n. 1, p. 74-81, Dez. 2014. DOI: 10.1179/2049396714Y.0000000096. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25482656/>. Acesso em: 20/09/2021.

Tipayamongkholgul, M *et al.* Occupational Hazards in the Thai Healthcare Sector. **New Solut**, Denver. v. 26, n. 1, p. 83-102, Mai. 2016. DOI: 10.1177/1048291116633871. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26956017/>. Acesso em: 20/09/2021.

Yazdanpanah, Y. *et al.* Risk factors for hepatitis C virus transmission to health care workers after occupational exposure: a European case-control study. **Clin Infect Dis**, Chicago, v. 41, n. 10, p. 1423-30, Out. 2005. DOI: 10.1086/497131. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/16231252/>. Acesso em: 20/09/2021.





AMPLLA
EDITORA



9 786553 810259