

Edson Silva
(Organizador)

Atena
Editora
Ano 2022

Serviços e cuidados **NAS CIÊNCIAS DA SAÚDE**



Edson Silva
(Organizador)

Atena
Editora
Ano 2022

Serviços e cuidados

NAS CIÊNCIAS DA SAÚDE



Editora chefe

Prof^a Dr^a Antonella Carvalho de Oliveira

Editora executiva

Natalia Oliveira

Assistente editorial

Flávia Roberta Barão

Bibliotecária

Janaina Ramos

Projeto gráfico

Bruno Oliveira

Camila Alves de Cremo

Daphynny Pamplona

Luiza Alves Batista

Natália Sandrini de Azevedo

Imagens da capa

iStock

Edição de arte

Luiza Alves Batista

2022 by Atena Editora

Copyright © Atena Editora

Copyright do texto © 2022 Os autores

Copyright da edição © 2022 Atena Editora

Direitos para esta edição cedidos à Atena

Editora pelos autores.

Open access publication by Atena Editora



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

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

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

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

Conselho Editorial**Ciências Biológicas e da Saúde**

Prof^a Dr^a Aline Silva da Fonte Santa Rosa de Oliveira – Hospital Federal de Bonsucesso

Prof^a Dr^a Ana Beatriz Duarte Vieira – Universidade de Brasília

Prof^a Dr^a Ana Paula Peron – Universidade Tecnológica Federal do Paraná

Prof. Dr. André Ribeiro da Silva – Universidade de Brasília

Prof^a Dr^a Anelise Levay Murari – Universidade Federal de Pelotas

Prof. Dr. Benedito Rodrigues da Silva Neto – Universidade Federal de Goiás



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



Serviços e cuidados nas ciências da saúde

Diagramação: Camila Alves de Cremo
Correção: Yaiddy Paola Martinez
Indexação: Amanda Kelly da Costa Veiga
Revisão: Os autores
Organizador: Edson da Silva

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)

S491 Serviços e cuidados nas ciências da saúde / Organizador
Edson da Silva. – Ponta Grossa - PR: Atena, 2022.

Formato: PDF
Requisitos de sistema: Adobe Acrobat Reader
Modo de acesso: World Wide Web
Inclui bibliografia
ISBN 978-65-258-0168-1
DOI: <https://doi.org/10.22533/at.ed.681220305>

1. Saúde. I. Silva, Edson da (Organizador). II. Título.
CDD 613

Elaborado por Bibliotecária Janaina Ramos – CRB-8/9166

Atena Editora
Ponta Grossa – Paraná – Brasil
Telefone: +55 (42) 3323-5493
www.atenaeditora.com.br
contato@atenaeditora.com.br



Atena
Editora
Ano 2022

DECLARAÇÃO DOS AUTORES

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



DECLARAÇÃO DA EDITORA

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



APRESENTAÇÃO

A coletânea '*Serviços e cuidados nas ciências da saúde*' é uma obra composta por 50 capítulos, organizados em dois volumes. O volume 1 foi constituído por 26 capítulos e o volume 2, por 24.

O foco da coletânea é a discussão científica por intermédio de trabalhos multiprofissionais desenvolvidos por autores brasileiros e estrangeiros.

Temas atuais foram investigados pelos autores e compartilhados com a proposta de fortalecer o conhecimento de estudantes, de profissionais e de todos aqueles que, de alguma forma, estão envolvidos na estrutura do cuidado mediado pelas ciências da saúde. Além disso, conhecer as inovações e as estratégias desses atores é essencial para a formação e a atualização profissional em saúde.

Dedico essa obra aos estudantes, professores, profissionais e às instituições envolvidas com os estudos relatados ao longo dos capítulos. Gratidão aos autores que tornaram essa coletânea uma realidade ao partilhar suas vivências.

A você...desejo uma ótima leitura!

Edson da Silva

SUMÁRIO

CAPÍTULO 1.....	1
CUIDADOS PALIATIVOS NO PROCESSO SAÚDE-DOENÇA DE PACIENTES CRÔNICOS	
Fernanda Caliman Curbani	
Thamiris Chiabai Furlan	
Jacqueline Damasceno de Castro Barros	
 https://doi.org/10.22533/at.ed.6812203051	
CAPÍTULO 2.....	11
SUPERVISÃO CLÍNICA EM ENFERMAGEM E QUALIDADE DOS CUIDADOS: UMA REFLEXÃO	
Regina Maria Pires	
Maria Margarida Reis Santos	
Margarida Ferreira Pires	
Maria Madalena Cunha	
Maria Manuela da Silva Martins	
Rui Paulo Asseiro Alferes	
Luísa Paula da Silva Pires Alferes	
Catarina Porfírio	
 https://doi.org/10.22533/at.ed.6812203052	
CAPÍTULO 3.....	20
GESTÃO DE ENFERMAGEM A IDOSOS COM DOR EM CUIDADOS PALIATIVOS	
Erika de Barros Costa	
Ana Claudia de Souza Leite	
Tainá da Silva Carmo	
Thayná Émille Colares da Silva	
Sarah Karoline Ribeiro da Silva	
Sadi Antonio Pezzi Junior	
Tiago da Silva Leal	
Amanda Alves Sousa	
Josiane Nascimento da Silva	
Rayane Rodrigues Oliveira	
 https://doi.org/10.22533/at.ed.6812203053	
CAPÍTULO 4.....	31
MENSURAÇÃO DA DOR ONCOLÓGICA EM IDOSOS PELA ENFERMAGEM	
Ana Claudia de Souza Leite	
Thayná Émille Colares da Silva	
Ana Vitória Ribeiro de Lima	
Bruna Silva Lima	
Erika Bastos da Costa	
Taina da Silva Carmo	
Letícia Maria Castelo Branco Moraes	
Tiago da Silva Leal	
Maria Clara Passos Araújo	

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.6812203054>

CAPÍTULO 5.....43

COMPLICAÇÕES DA IMPLANTAÇÃO DE MARCA- PASSO EM PACIENTES DIABÉTICOS

Geovanna Bandeira de Brito Cavalcanti
Amanda Lima Souza
Anna Virna Neves Bomfim
Ranya Mirelle Santos de Medeiros
Vládia Emanuelle Dias Soares
Maria das Mercês da Silva Carvalho
Keity Helen Alves Teixeira Lima
Cássia Gabriela Assunção Moraes
Alessandra Brum Paim
Myrlla Karoline Almeida Medeiros
Amanda Anita de Carvalho Pinto
Júlia Barreto Costa
Maria Carolina Furlan Lopera

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.6812203055>

CAPÍTULO 6.....52

A APLICABILIDADE DA CRIOLIPÓLISE NO TRATAMENTO DE LIPODISTROFIA LOCALIZADA: UMA REVISÃO SISTEMÁTICA DE LITERATURA

Bruna Sthefanny da Cunha Ferreira
Caroline Rocha Machado
Thais Azevedo Benites

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.6812203056>

CAPÍTULO 7.....63

PERCEPÇÃO DOS GESTORES EM UM HOSPITAL DE REABILITAÇÃO SOBRE OS IMPACTOS DA IMPLANTAÇÃO DA METODOLOGIA DIAGNOSIS RELATED GROUPS (DRG) BRASIL PARA A MELHORIA DA EFICIÊNCIA OPERACIONAL E ENTREGA DE VALOR

Wilson Almeida
Ana Maria Cristina Beltrami Sogayar
Fabiana Lopes dos Santos
Mauro da Cruz Assad Monteiro
Raimundo Nonato Diniz Rodrigues Filho
Lídia Guimarães Morais

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.6812203057>

CAPÍTULO 8.....85

CEFALÉIA PÓS-RAQUIANESTESIA: CAUSAS E TRATAMENTO

Carina Galvan
Rosane Maria Sordi
Liege Segabinazzi Lunardi
Terezinha de Fátima Gorreis
Flávia Giendruczak da Silva

Andreia Tanara de Carvalho
Adelita Noro
Paula de Cezaro
Rozemy Magda Vieira Gonçalves
Ana Paula Narcizo Carcuchinski

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.6812203058>

CAPÍTULO 9.....94

PACIENTES GRAVES COM TRAUMATISMO CRÂNIO ENCEFÁLICO CAUSADO POR ACIDENTE DE TRÂNSITO NO DISTRITO FEDERAL

Júlia Fernandes Álvares da Silva
Cibelle Antunes Fernandes
Fabiana Xavier Cartaxo Salgado

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.6812203059>

CAPÍTULO 10.....103

ESTRATÉGIAS DE ESTUDOS CIENTÍFICOS DO GRUPO DE PESQUISA TECDOR: RELATO DE EXPERIÊNCIA

Raiane Ferreira de Barros
Ana Claudia de Souza Leite
Julia França Torres
Sadi Antonio Pezzi Junior
Carla Viviane de Meneses Oliveira
Lucas Melo Matos
Edson da Silva Ribeiro
Dalila Sousa Freitas
Drissia Ferreira
Francisco Savio Machado Lima Gabriel

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.68122030510>

CAPÍTULO 11.....115

TELECEDEBA: AMPLIANDO O ACESSO AO CUIDADO ÀS PESSOAS COM DIABETES E DOENÇAS ENDÓCRINAS PARA TODO O ESTADO DA BAHIA

Gladys R. de Oliveira
Flávia Reseda Brandão
Daiana C.M. Alves
Érica L. C. de Menezes
Mariângela C. Vieira
José Cristiano Soster
Reine Chaves Fonseca
Maria das Graças V. de Faria

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.68122030511>

CAPÍTULO 12.....121

EXPANDINDO O CONHECIMENTO EM GENÉTICA MÉDICA EM TEMPOS DE COVID-19 E ERA INFORMACIONAL: UM RELATO DE EXPERIÊNCIA

Luana Mendonça Arrais

Maria Denise Fernandes Carvalho de Andrade

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.68122030512>

CAPÍTULO 13.....125

PROTAGONISMO DA ENFERMAGEM NA PREVENÇÃO DE INFECÇÕES DE SÍTIO CIRÚRGICO

Rayane Menezes Coelho Pereira Lopes

Maicon Costa de Moraes

Wevilin Luiz Inácio Casimiro de Oliveira

Larissa Christiny Amorim dos Santos

Wanderson Alves Ribeiro

Carla de Souza Couto

Enimar de Paula

Bruna Porath Azevedo Fassarella

Keila do Carmo Neves

Ana Lúcia Naves Alves

Caroline Oliveira Nascimento Barroso

Richardson Lemos de Oliveira

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.68122030513>

CAPÍTULO 14.....141

CONHECIMENTO DOS PROFISSIONAIS DE ENFERMAGEM SOBRE O MANEJO DA DOR EM IDOSOS NOS CUIDADOS PALIATIVOS

Ana Claudia de Souza Leite

Tainá da Silva Carmo

Erika de Barros Costa

Julia França Torres

Thayná Émille Colares da Silva

Vitória Régia Santos Alves

Nathalia Maria Lima de Souza

Caren Cristine Oliveira Gomes

Ana Alicia Braz Gomes

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.68122030514>

CAPÍTULO 15.....155

VACINAÇÃO CONTRA A HEPATITE B: RESPOSTA VACINAL EM TRABALHADORES DA SAÚDE NA ATENÇÃO BÁSICA

João Felipe Tinto Silva

Felipe Santana e Silva

Ana Claudia Koproski

Robson Feliciano da Silva

Giuliano Araújo Henrique

Anderson Fernandes de Carvalho Farias

Emanueli Larice Costa Araújo

Bruno Ricardo Leite Barboza

Liliane Maria da Silva

Klecia Nogueira Máximo

Cássio Moura de Sousa
Caroline Kronting Feijó
Joelma Maria dos Santos da Silva Apolinário

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.68122030515>

CAPÍTULO 16.....166

INTOXICAÇÃO POR AGROTÓXICO E ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

Adriane Karal
Dara Montag Portaluppi
Kéuri Zamban Branchi
Micheli Bordignon
Arnildo Korb
Denise Antunes de Azambuja Zocche
Leila Zanatta

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.68122030516>

CAPÍTULO 17.....188

TECNOLOGIAS DE CUIDADO PARA PREVENÇÃO DE PÉ DIABÉTICO NA ATENÇÃO PRIMÁRIA A SAÚDE

Fernanda Matheus Estrela
Karoline Vasconcelos Campos
Nayara Silva Lima
Juliana Bezerra do Amaral
Rose Ana Rios David
Priscila Araújo Grisi
Sostenes Hermano Virgolino Missias
Carleone Vieira dos Santos Neto
Ana Carla Barbosa de Oliveira
Josenira Nascimento Silva
Dilmara Pinheiro Carvalho
Dailey Oliveira Carvalho
Barbara Sueli Gomes Moreira
Rosenildes Santos Almeida
Georgia Neves da Silva
Fabiana Vanni Brito
Renata da Silva Schulz
Tania Maria de Oliveira Moreira
Emanuelle de Oliveira Moreira
Sheyla Santana de Almeida
Ana Ligia Martins Sousa
Amanda Cibele Gaspar dos Santos

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.68122030517>

CAPÍTULO 18.....200

URGÊNCIA E EMERGÊNCIA NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE: UM OLHAR SOBRE A REALIDADE

Lucas Alves Gontijo

Keli Cristina da Silva

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.68122030518>

CAPÍTULO 19.....213

HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA EM IDOSOS: FALTA DE ADESÃO AO TRATAMENTO MEDICAMENTOSO

Josiane Priscila Sales Rocha

Afonso Pedro Guimarães Pinheiro

Aimê Mareco Pinheiro Brandão

Naiara Miranda Barboza

Gabriel Luan Campos Albuquerque

Ana Cláudia Paiva Cardoso

Vencelau Jackson da Conceicao Pantoja

Giovanni Paulo Ventura Costa

Camila Rodrigues Barbosa Nemer

Rubens Alex de Oliveira Menezes

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.68122030519>

CAPÍTULO 20.....231

INCORPORAÇÃO DE FERRAMENTA TECNOLÓGICA PARA O MONITORAMENTO DAS AÇÕES DE TUBERCULOSE NA REDE DE ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE DO MUNICÍPIO DE MANAUS-AM

Adriane Farias Valentin

Ericle Luna Costa

Sanay Souza Pedrosa

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.68122030520>

CAPÍTULO 21.....237

EPIDEMIOLOGIA DO COVID-19 EM UMA CIDADE NO OESTE DO PARÁ: IMPACTOS NEGATIVOS A QUALIDADE DE VIDA

Adriele Pantoja Cunha

Lívia de Aguiar Valentim

Sheyla Mara Silva de Oliveira

Tatiane Costa Quaresma

Yara Macambira Santana Lima

Franciane de Paula Fernandes

Maria Goreth da Silva Ferreira

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.68122030521>

CAPÍTULO 22.....249

ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM A PACIENTES COM COVID-19 BASEADA NA TEORIA DAS NECESSIDADES HUMANAS BÁSICAS: UMA REVISÃO INTEGRATIVA DA LITERATURA

Mylena Carolina Gonçalves

Renata de Paula Faria Rocha

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.68122030522>

CAPÍTULO 23.....	266
“VARANDA DE ESPERAS”: NOVOS POSICIONAMENTOS DA FAMÍLIA NOS DISPOSITIVOS DA REFORMA PSIQUIÁTRICA	
João Camilo de Souza Junior	
Anamaria Silva Neves	
 https://doi.org/10.22533/at.ed.68122030523	
CAPÍTULO 24.....	279
A IMPORTÂNCIA DA EDUCAÇÃO SOBRE O MANEJO EM SURTOS PSICÓTICOS NA EMERGÊNCIA	
Isabella Caroline Leventi Vasconcelos	
Gabrielly Jack Frizon	
 https://doi.org/10.22533/at.ed.68122030524	
CAPÍTULO 25.....	281
DESAFIOS E PERSPECTIVAS DE UMA LIGA ACADÉMICA DE PSIQUIATRIA NO CONTEXTO PANDêmICO: RELATO DE EXPERIÊNCIA	
Luiz Alfredo Roque Lonzetti	
Emily Meireles	
Ricardo Berti	
Maria Eduarda Chiquetti	
Patrick Poloni	
 https://doi.org/10.22533/at.ed.68122030525	
CAPÍTULO 26.....	291
POSSÍVEIS IMPACTOS DA DOUTRINA E TERAPÊUTICA ESPÍRITA NA SAÚDE MENTAL	
Tiago Medeiros Sales	
Raimunda Hermelinda Maia Macena	
 https://doi.org/10.22533/at.ed.68122030526	
SOBRE O ORGANIZADOR.....	304
ÍNDICE REMISSIVO.....	305

CAPÍTULO 1

CUIDADOS PALIATIVOS NO PROCESSO SAÚDE-DOENÇA DE PACIENTES CRÔNICOS

Data de aceite: 01/04/2022

Data de submissão: 11/03/2022

Fernanda Caliman Curbani

Centro Universitário São Camilo
Cachoeiro de Itapemirim – Espírito Santo
<http://lattes.cnpq.br/2837479854391082>

Thamiris Chiabai Furlan

Centro Universitário São Camilo
Cachoeiro de Itapemirim – Espírito Santo
<http://lattes.cnpq.br/0859682000174776>

Jacqueline Damasceno de Castro Barros

Centro Universitário São Camilo
Cachoeiro de Itapemirim – Espírito Santo
<http://lattes.cnpq.br/5709874864940241>

RESUMO: Cuidado paliativo é uma abordagem que previne e alivia o sofrimento de pacientes e familiares que estão enfrentando problemas associados a doenças terminais ou que ameaçam a continuidade da vida, mesmo que não imediata, garantindo qualidade de vida, através de avaliações apuradas, tratamento da dor e das repercussões físicas, psicossociais e espirituais que podem surgir. Objetivou-se demonstrar a necessidade do cuidado paliativo a toda e qualquer condição de cronicidade, através da compreensão do profissional de saúde e dos usuários acerca do processo de diagnóstico e terapias propostas conforme progride a doença, bem como as etapas que o compõem. Trata-se de uma revisão bibliográfica, realizada entre os meses de Julho e Novembro de 2018, através de

busca ativa em artigos científicos de bibliotecas virtuais, revistas eletrônicas e consulta ao acervo virtual da Organização Mundial da Saúde também como base estatística. A paliação inicia a partir do momento que é constatada a impossibilidade da cura. Existem diversas alternativas de linhas de cuidados a serem oferecidas aos pacientes crônicos e estas devem ser esclarecidas aos familiares quando o enfermo se encontra inapto de realizar suas escolhas. São atitudes que abrangem medidas terapêuticas, desde o diagnóstico da cronicidade ao óbito, visando uma atenção individualizada e contínua, com o intuito de atenuar os sintomas provocados pelas patologias. Portanto, a percepção sobre todo o processo, desde implementação até o fim da vida, é uma dificuldade presente no âmbito profissional, visto que este tema é pouco conhecido e abordado relacionando às doenças crônicas, criando um impasse na abordagem ao usuário quanto a este processo.

PALAVRAS-CHAVE: Cuidados Paliativos, Doenças Crônicas, Diagnóstico, Processo de Cuidado.

PALLIATIVE CARE IN THE HEALTH-DISEASE PROCESS OF CHRONIC PATIENTS

ABSTRACT: Palliative care is an approach that prevents and relieves the suffering of patients and families who are facing problems associated with terminal illnesses or that threaten the continuity of life, even if not immediate, guaranteeing quality of life through accurate assessments, pain management and the physical, psychosocial and spiritual repercussions that may arise. This

studying aims to demonstrate the need of palliative care for each one chronicity condition, through the understanding of the health professional and the patients about the diagnostic process and proposed therapies as the disease progresses, as well as the steps that make it up. It is a bibliographical review, produced between July and November 2018, through active search in scientific articles of virtual libraries, electronic journals and consultation of the virtual collection of the World Health Organization as a statistical basis. The palliation starts from the moment that it is verified the impossibility of the cure. There are several alternatives of care lines to be offered to chronic patients and these should be clarified to relatives when the patient is unable to make their choices. These are attitudes that cover therapeutic measures, from the diagnosis of chronicity to death, aiming at an individualized and continuous attention, in order to attenuate the symptoms provoked by the pathologies. Therefore, the perception about the whole process, from implementation to the end of life, is a difficulty present in the professional scope, since this theme is little known and approached relating to chronic diseases, creating a deadlock in the user's approach to this process.

KEYWORDS: Palliative Care, Chronic Diseases, Diagnosis, Care Process.

INTRODUÇÃO

A ideologia paliativista começou na antiguidade com as primeiras definições sobre o cuidar. Durante o século IV a.C. era considerado antiético tratar o enfermo durante o seu processo de morte, logo os profissionais tinham receio de cuidar dos doentes, pelo risco de serem castigados ao estarem desafiando as leis da natureza. Após a disseminação do Cristianismo, observou-se a necessidade de ajudar estas pessoas (VASCONCELOS; PEREIRA, 2018).

No decorrer dos séculos, na Idade Média, casas de apoio surgiram devido as Cruzadas e apoiadores da causa paliativista, como Jeanne Garnier e Mary Aikenhead observaram a necessidade de criar novas Instituições de prestação de cuidados a doentes no final da vida. Portanto, amenizar os sintomas era o objetivo principal do tratamento clínico. Porém, no século XX a medicina destinou as suas prioridades para a descoberta das causas e cura das doenças, deixando para segundo plano o controle dos sintomas (VASCONCELOS; PEREIRA, 2018).

A evolução dos cuidados paliativos (CP) iniciou-se em Londres com Cicely Saunders, pioneira do movimento moderno dos Hospices, fundando o hospital St. Christopher's Hospice em 1967, que se dedicou a gerenciar a dor e demais sintomas acerca da patologia, visando oferecer cuidado integral aos pacientes e a família, surgindo uma nova ideia de cuidado ao paciente terminal (HERMES; LAMARCA, 2013).

No Brasil, a filosofia de Cuidados Paliativos iniciou em 1962 e desde então o movimento vem crescendo e buscando estratégias juntamente com ao Ministério da Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS através de Portarias, a fim de obter maior integralidade na linha de cuidados (ATTY; TOMAZELLI, 2018). A prática dos cuidados paliativos no país, ainda é oculta para a maior parte da população e inclusive pelos

profissionais de área da saúde (FERREIRA, 2013).

A Organização Mundial da Saúde (OMS) define cuidado paliativo como uma abordagem que previne e alivia o sofrimento de pacientes e familiares, que estão enfrentando problemas associados a doenças terminais ou que ameaçam a continuidade da vida, mesmo que não imediata, garantindo qualidade de vida, através de avaliações apuradas, tratamento da dor e das repercussões físicas, psicossociais e espirituais que podem surgir (WHO, 2018).

Logo, os princípios dos cuidados paliativos visam considerar a morte como um processo natural, afirmando a vida, sem adiantar ou prolongar a morte, promovendo alívio da dor e de outros sintomas integrando os aspectos psicológicos, emocionais e espirituais, condicionando o paciente a viver com qualidade e proporcionando aos familiares auxílio acerca do progresso da doença e do luto (ANDRADE et al., 2012).

O CP é necessário a uma grande variedade de doenças. A maioria dos adultos que precisam desses cuidados possuem doenças crônicas cardiovasculares (38,5%), câncer (34%), doenças crônicas respiratórias (10,3%), AIDS (5,7%) e diabetes (4,6%). Muitos outros agravos também podem requerer cuidados paliativos, incluindo falência renal, doenças hepáticas, esclerose múltipla, Parkinson, artrite reumatoide, doenças neurológicas, demência, anomalias congênitas e tuberculose resistente ao tratamento (WHO, 2018).

A OMS relata ainda que o cuidado paliativo deve ser iniciado quando a doença crônica é diagnosticada, devendo caminhar simultaneamente com o tratamento curativo. Porém, atualmente, o CP vem sido trabalhado somente quando a medicina tradicional não consegue resgatar a vida do doente, como ocorre na oncologia (ALMEIDA; SALES; MARCON, 2013; VALADARES; MOTA; OLIVEIRA, 2013).

Desta forma, o delinear da presente pesquisa, fomentou a busca por respostas às seguintes questões: *O cuidado paliativo é compreendido pelos profissionais e usuários como um processo longo e gradativo? É visualizado que este se inicia a partir do diagnóstico e evolui conforme a progressão da doença? Entende-se que a paliação é compatível e indispensável a toda e qualquer condição crônica?*

É inegável, portanto, a necessidade do profissional de saúde ser capacitado quanto ao processo dos cuidados paliativos, sabendo identificar suas etapas, de forma a aplicar as condutas ideias em cada uma delas. Assim como, incluir o doente crônico como um usuário permanente e irrevogável desta assistência, desde o momento do diagnóstico da doença, até o fim de sua vida, juntamente com seus familiares, que necessitam desta abordagem durante o processo de paliação e inclusive após o óbito do paciente.

Neste trabalho, objetivou-se descrever a necessidade do cuidado paliativo a toda e qualquer condição de cronicidade, por meio da compreensão do profissional e do usuário da saúde e dos usuários acerca do processo de diagnóstico e terapias propostas conforme progride a doença, bem como as etapas que o compõem.

METODOLOGIA

Trata-se de uma revisão bibliográfica, realizada entre os meses de Julho e Novembro de 2018, através de busca ativa em artigos científicos de bibliotecas virtuais, revistas eletrônicas e consulta ao acervo virtual da Organização Mundial da Saúde também como base estatística.

A seleção de artigos foi realizada a partir da pesquisa de um descritor individual e de seis descritores cruzados que resultaram em 2.117 referencias; a seguir, selecionamos 66 exemplares após leitura do título; seguidamente, 25 após leitura do resumo; e então foram selecionados 21 após leitura completa dos artigos, conforme mostra a tabela a seguir:

BUSCA DE DESCRIPTORES FILTRO: IDIOMA PORTUGUÉS; ARTIGO		TOTAL
Cuidados Paliativos		1580
BUSCA APÓS CRUZAMENTO DE DESCRIPTORES FILTRO: IDIOMA PORTUGUÉS; ARTIGO		TOTAL
Cuidados Paliativos <i>And</i> Doenças Crônicas		60
Cuidados Paliativos <i>And</i> Alzheimer		6
Cuidados Paliativos <i>And</i> Parkinson		1
Cuidados Paliativos <i>And</i> Cuidados de Enfermagem		415
Cuidados Paliativos <i>And</i> Pediatria		45
Cuidados Paliativos <i>And</i> Geriatria		10
SELEÇÃO APÓS LEITURA DOS TÍTULOS		TOTAL
Cuidados Paliativos		30
Cuidados Paliativos <i>And</i> Doenças Crônicas		14
Cuidados Paliativos <i>And</i> Alzheimer		2
Cuidados Paliativos <i>And</i> Parkinson		0
Cuidados Paliativos <i>And</i> Cuidados de Enfermagem		12
Cuidados Paliativos <i>And</i> Pediatria		4
Cuidados Paliativos <i>And</i> Geriatria		4
SELEÇÃO APÓS LEITURA DO RESUMO		TOTAL
Cuidados Paliativos		5
Cuidados Paliativos <i>And</i> Doenças Crônicas		5
Cuidados Paliativos <i>And</i> Alzheimer		2
Cuidados Paliativos <i>And</i> Parkinson		0
Cuidados Paliativos <i>And</i> Cuidados de Enfermagem		8
Cuidados Paliativos <i>And</i> Pediatria		3
Cuidados Paliativos <i>And</i> Geriatria		2
SELEÇÃO APÓS LEITURA INTEGRAL DO ARTIGO		TOTAL
Cuidados Paliativos		5
Cuidados Paliativos <i>And</i> Doenças Crônicas		4

Cuidados Paliativos <i>And</i> Alzheimer	1
Cuidados Paliativos <i>And</i> Parkinson	0
Cuidados Paliativos <i>And</i> Cuidados de Enfermagem	7
Cuidados Paliativos <i>And</i> Pediatria	2
Cuidados Paliativos <i>And</i> Geriatria	2

Tabela 1 – ESTRATÉGIA DE BUSCA E SELEÇÃO DE ARTIGOS

O conteúdo produzido, foi referenciado por 4 livros publicados entre 2006 e 2018, acervo virtual da OMS publicado em 2018, e por 15 artigos com embasamento científico, publicados entre 2005 a 2018, sendo que durante a produção da pesquisa, ainda foram excluídos 6 artigos, quando visualizada a discrepância entre as abordagens, por não agregarem ao tema e objetivo propostos.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os avanços tecnológicos e científicos contribuíram no decorrer do século XX para o desenvolvimento de tratamentos, fazendo com que muitas doenças agudas se convertessem em crônicas, levando a maior durabilidade da vida dos pacientes, sendo assim necessário a implementação dos cuidados paliativos em todas as áreas de cuidado da saúde, modificando, inclusive, o perfil dos pacientes e não somente das doenças (ANDRADE et al., 2012; VALADARES; MOTA; OLIVEIRA, 2013).

Desta forma, vislumbra-se a oferta dos cuidados paliativos nas diversas faixas etárias, compreendendo desde a pediatria à geriatria. Em cada especialidade o cuidado é direcionado de uma forma, a fim de garantir uma assistência individualizada, minimizando o sofrimento com foco na manutenção da qualidade de vida, visto que um simples toque, a escuta ou um momento de brincadeira e distração podem promover conforto e bem estar a esses pacientes (MONTEIRO et al., 2014).

No entanto, como demonstra o histórico dos cuidados paliativos, até pouco tempo atrás, esta prática era aplicada somente nos momentos que antecediam a morte, vinculando, inclusive, a idade avançada como indicador dessa necessidade. O que contradiz a incidência de doenças crônico-degenerativas em todas as idades, mudando a visão da palição, tornando-a acessível a todas as faixas etárias (PIVA; GARCIA; LAGO, 2010).

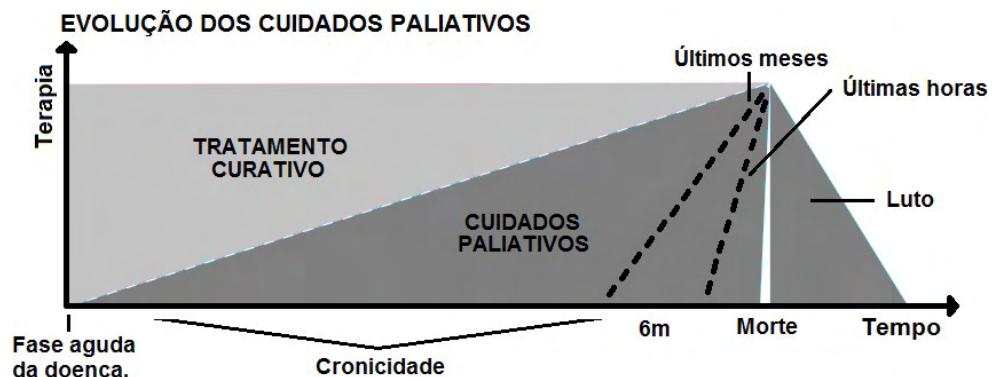
A palição inicia a partir do momento que se constata a impossibilidade da cura. É uma atitude que abrange medidas terapêuticas, desde o diagnóstico ao óbito, visando uma atenção individualizada e contínua, com o intuito de atenuar os sintomas provocados pelas patologias (RODRIGUES; LIGEIRO; SILVA, 2015).

(...) Os cuidados paliativos não estão só indicados para os pacientes com câncer, esse tratamento pode ajudar qualquer pessoa com qualquer doença sem possibilidade de cura. Várias doenças degenerativas se encaixam, como a esclerose múltipla, a esclerose lateral amiotrófica e outras doenças

neurológicas progressivas, os pacientes com bronquite crônica (doença pulmonar obstrutiva crônica) que são dependentes de oxigênio, os quadros de demências (independente da doença de base), os pneumatas crônicos com quadro de hipoxemia grave, pacientes com insuficiência cardíaca terminal sem indicação de transplante e pacientes com HIV positivo e outras. (RODRIGUES; LIGEIRO; SILVA, 2015, p. 3).

A inclusão no programa de CP é definida através da percepção de que, além da intervenção curativa, possuem requisitos que implicam na qualidade de vida do indivíduo e que necessitam ser discutidos com competência e sensatez, por uma equipe esclarecida sobre a paliação. No entanto, o recomendável é que todos os serviços de saúde, seja ele no ESF, através de busca ativa mediante as visitas domiciliares, ou nos hospitais que se habilitem a atender os pacientes suscetíveis de inclusão, ou até no serviço de acompanhamento no domicílio, estejam capacitados, possibilitando a qualquer momento, uma intervenção ou ação paliativa, de acordo com a necessidade do paciente (MACIEL et al., 2006).

A equipe médica após identificar a irreversibilidade da doença, inicia uma abordagem com os familiares a fim de instalar os cuidados paliativos como conduta primordial na assistência desse paciente. Vale se atentar que o cuidado paliativo deve ser realizado concomitante ao cuidado curativo quando diagnosticado precocemente as doenças crônicas (PIVA; GARCIA; LAGO, 2010; VALADARES; MOTA; OLIVEIRA, 2013). A sincronia entre essas duas vertentes, pode ser observada no gráfico a seguir:



Fonte: (CONSELHO REGIONAL DE ENFERMAGEM/SC, 2016); (SOCIEDADE BRASILEIRA DE GERIATRIA E GERONTOLOGIA, 2015).

À medida que a doença progride e as necessidades do paciente vão modificando, o foco e o objetivo da assistência também se alteram, de modo a diminuir progressivamente a medida curativa e aumentar gradativamente a abordagem paliativista, até que somente esta seja utilizada (SOCIEDADE BRASILEIRA DE GERIATRIA E GERONTOLOGIA, 2015).

Existem diversas possibilidades de linhas de cuidados a serem oferecidas aos

pacientes crônicos e estas devem ser esclarecidas ao paciente e familiares quando o mesmo se encontra impossibilitado de realizar suas escolhas. As informações opostas e perspectivas incompatíveis por parte da equipe, podem vir a trazer dúvidas e aumentar a ansiedade dos familiares, influenciando no processo de aceitação desse modelo de cuidado (RODRIGUES; LIGEIRO; SILVA, 2015; PIVA; GARCIA; LAGO, 2010).

Desse modo, é primordial que a equipe empregue a comunicação de forma ideal e desenvolva conhecimentos, habilidades e sensibilidade no relacionamento interpessoal, fortalecendo o vínculo e fornecendo suporte para o paciente e seus familiares, adquirindo confiança e adesão ao plano de cuidado oferecido (ANDRADE; COSTA; LOPES, 2013; ARAÚJO; SILVA, 2007).

Durante todo esse processo, o paciente e o familiar apresentam diferentes manifestações do luto, e desta forma, necessitam de abordagens especializadas de paliação em cada uma das situações. Estas abordagens devem ser enfatizadas após o óbito, que habitualmente ocorre em ambiente hospitalar, por uma tendência histórica à medicalização, onde a equipe interdisciplinar consegue atuar efetivamente e prestar a assistência ao familiar, que está incluso em todo o processo de paliação (SOCIEDADE BRASILEIRA DE GERIATRIA E GERONTOLOGIA, 2015).

Para nortear o desenvolvimento das linhas de cuidados com os processos paliativos, a Academia Nacional de Cuidados Paliativos do Brasil elaborou um documento para implantar os serviços de qualidade em três níveis de atenção, obedecendo às diferenças regionais e considerando os diversos níveis de cuidados de acordo com a complexidade do paciente (HENRIQUES et al., 2018).

A assistência prestada no nível I é direcionada aos pacientes clinicamente estáveis, sem prognóstico de cura, que queixam dores, diversos sintomas e sofrimento amenizado. Os cuidados prestados pela equipe multiprofissional especializada em CP são permanentes, visando à educação continuada, tanto em regime domiciliar, ambulatorial ou de internação hospitalar (HENRIQUES et al., 2018; MACIEL et al., 2006).

Entretanto, os cuidados oferecidos no nível II são conduzidos a pacientes hemodinamicamente estáveis, mas que apresentem estimativa de morte em médio prazo, necessitando assim submeter-se a procedimento de média complexidade devido ao quadro clínico (HENRIQUES et al., 2018; MACIEL et al., 2006).

Já no nível III, a assistência é oferecida aos pacientes instáveis que apresentam problemas que não conseguem ser controlados nos níveis I e II, o que torna necessário a realização de procedimentos para manejo da dor e demais sintomas que precisam de internação em estrutura hospitalar de alta complexidade e recursos para os cuidados de final de vida, favorecendo a adaptação e prevenção do luto complicado (HENRIQUES et al., 2018; MACIEL et al., 2006).

Mediante a classificação dos níveis de complexidade anteriormente descritos, é possível distinguir os diferentes graus de assistência paliativa das quais necessitarão os

pacientes e seus familiares, permitindo de acordo com as suas condições clínicas, o melhor planejamento do cuidado pela equipe multidisciplinar de CP (HENRIQUES et al., 2018).

Quando a possibilidade de morte se aproxima de forma inevitável e previsível, sendo impossível revertê-la, a terminalidade é estabelecida. Nesse contexto, há uma grande possibilidade de ações que envolvem humanização, empatia, respeito, amor e solidariedade que podem gerar uma assistência de excelente qualidade, buscando um cuidado holístico e centrado no paciente, e não apenas em sua patologia, pois, segundo Silva e Caldas (2009, p. 79), “[...] existe um limite para a cura e o tratamento; mas não para os cuidados.” (ANDRADE; COSTA; LOPES, 2013).

Ressalta-se a dificuldade da implementação dos programas de cuidados paliativos no Brasil devido à baixa disponibilização de recursos financeiros e humanos, que pode ser evidenciado pela carência de ensino especializado nas universidades nesta área. Em consequência, os profissionais não se sentem preparados para abordar os familiares e os pacientes, logo a adesão ao cuidado torna-se falha, mesmo quando estes recebem uma assistência humanizada (HERMES; LAMARCA, 2013; HENRIQUES et al., 2018).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Existe um equívoco ao pensar que os Cuidados Paliativos devem ser designados ao paciente sem possibilidade de cura somente a partir do momento em que se esgotam as medidas curativas, ou quando o paciente se encontra em suas últimas horas de vida. Infelizmente, esta é uma realidade ainda enfrentada, que exige grande esforço dos profissionais da saúde para modificá-la.

O entrave determina-se através de inúmeras dificuldades que são encontradas ao implementar o CP, como a baixa disponibilização de recursos, falta de conhecimento por parte dos profissionais, o que gera um impasse na abordagem ao usuário quanto ao processo do cuidado paliativo, e também, resistência por parte do mesmo e dos familiares, em acreditar que esta prática somente é necessária próxima a morte.

A maior dificuldade, no entanto, é entender o cuidado paliativo como um processo longo, que tem início desde o diagnóstico da cronicidade e que progride conforme a doença evolui, sendo necessário as intervenções desde o primeiro o momento, ressaltando a importância da paliação em pacientes crônicos de baixa complexidade visando amenizar os danos psicossociais do mesmo e seus familiares durante o curso da doença.

No desenvolver da presente pesquisa, tornou-se desafiadora a busca por referenciais científicos que abordavam a implementação dos cuidados paliativos nas doenças crônicas, reafirmando a necessidade de maior estudo e pesquisa relativo ao tema.

Portanto, mesmo com o grande avanço nos estudos acerca do CP, como demonstra seu histórico no Brasil, ainda há muito para se desenvolver, visto que é um tema tão rica e necessária, porém, pouco discutida.

REFERÊNCIAS

- ALMEIDA, Carla Simone Leite de; SALES, Catarina Aparecida; MARCON, Sônia Silva. **O existir da enfermagem cuidando na terminalidade da vida: um estudo fenomenológico.** Revista Escola de Enfermagem/USP, São Paulo, v48, n1, 34-40p, 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v48n1/pt_0080-6234-reeusp-48-01-34.pdf>. Acesso em: 28 out. 2018.
- ANDRADE, Cristiani Garrido de et al. **Cuidados Paliativos ao Paciente Idoso: uma Revisão Integrativa da Literatura.** Revista Brasileira de Ciências da Saúde, Paraíba, v16, n3, 411-418p, 2012. Disponível em: <<http://periodicos.ufpb.br/index.php/rbcs/article/viewFile/12587/7883>>. Acesso em: 28 out. 2018.
- ANDRADE, Cristiani Garrido de; COSTA, Solange Fátima Geraldo da; LOPES, Maria Emilia Limeira. **Cuidados paliativos: a comunicação como estratégia de cuidado para o paciente em fase terminal.** Ciência e Saúde Coletiva, v18, n9, 2523-2530p, 2013. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v18n9/v18n9a06.pdf>>. Acesso em: 08 nov. 2018.
- ARAÚJO, Monica Martins Trovo de; SILVA, Maria Júlia Paes da. **A comunicação com o paciente em cuidados paliativos: valorizando a alegria e o otimismo.** Revista Escola de Enfermagem/USP, v41, n4, 68-74, 2007. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v41n4/17.pdf>>. Acesso em: 28 out. 2018.
- ATTY, Adriana Tavares de Moraes; TOMAZELLI, Jeane Glacia. **Cuidados paliativos na atenção domiciliar para pacientes oncológicos no Brasil.** Saúde Debate, Rio de Janeiro, v42, n116, 225-236p., Jan-Mar 2018. Disponível Em: <<https://www.scielosp.org/pdf/sdeb/2018.v42n116/225-236/pt>>. Acesso em: 28 out. 2018.
- CONSELHO REGIONAL DE ENFERMAGEM DE SANTA CATARINA. **Enfermagem em Cuidados Paliativos.** Florianópolis: Letra Editorial, 2016. 4 v, 60p.
- FERREIRA, Sônia Maria Dorta. **Cuidados Paliativos: o necessário para o idoso com acidente vascular encefálico.** Revista Kairós Gerontologia, São Paulo, v16, n5, 293- 308p, setembro, 2013. Disponível em: <<https://revistas.pucsp.br/index.php/kairos/article/view/18649/13837>>. Acesso em: 05 nov. 2018.
- HENRIQUES, Alexandre Annes et al. **Dor e Cuidados Paliativos.** Rio de Janeiro: Sérgio Luiz do Logar Mattos, Mauro Pereira de Azevedo, Mirlane Guimarães de Melo Cardoso, Rogean Rodrigues Nunes, 2018. 240 p.
- HERMES, Hélida Ribeiro; LAMARCA, Isabel Cristina Arruda. **Cuidados paliativos: uma abordagem a partir das categorias profissionais de saúde.** Ciência e Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, v18, n9, 2577-2588p, 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232013000900012>. Acesso em: 28 out. 2018.
- MACIEL, Maria Goretti Sales et al. **Critérios de Qualidade para os Cuidados Paliativos no Brasil.** Academia Nacional de Cuidados Paliativos. Rio de Janeiro: Diagraphic Editora Ltda, 2006. 64 p.
- MONTEIRO, Ana Claudia Moreira et al. **A atuação do enfermeiro junto à criança com câncer: cuidados paliativos.** Revista de Enfermagem/UERJ, Rio de Janeiro, v22, n6, 78-83p, nov/dez, 2014. Disponível em: <<http://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/enfermagemuerj/article/view/15665/12267>>. Acesso em: 05 out. 2018.

PIVA, Jefferson Pedro; GARCIA, Pedro Celiny Ramos; LAGO, Patrícia Miranda. **Dilemas e dificuldades envolvendo decisões de final de vida e oferta de cuidados paliativos em pediatria.** *Revista Brasileira de Terapia Intensiva*, Porto Alegre, v23, n1, 78-86p, 2010. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rbti/v23n1/a13v23n1.pdf>>. Acesso em: 28 out. 2018.

RODRIGUES, Ligia Adriana; LIGEIRO, Cristiane; SILVA, Michele da. **Cuidados paliativos, diagnósticos e terminalidade: indicação e início do processo de palição.** Cuidart, São Paulo, v9, n1, 104p, jan/jun, 2015. Disponível em: <<http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?isisScript=iah/iah.xis&src=google&base=BDENF&lang=p&extAction=lnk&exprSearch=26952&indexSearch=ID>>. Acesso em: 28 out. 2018.

SILVA, Giliane Carvalho e; CALDAS, Célia Pereira. **Aspectos éticos da abordagem contemporânea do envelhecimento. Arquivos de Ciência da Saúde**, Rio de Janeiro, v16, n2, 72 – 82, abr/jun, 2009. Disponível em: <http://repositorio-racs.famerp.br/racs_ol/vol-16-2/ID318.pdf>. Acesso em: 28 out. 2018.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE GERIATRIA E GERONTOLOGIA. **Vamos falar de Cuidados Paliativos.** Brasil: Sbgg, 2015. 24 p.

VALADARES, Maria Thereza Macedo; MOTA, Joaquim Antônio César; OLIVEIRA, Benigna Maria de. **Cuidados paliativos em pediatria: uma revisão. Revista Bioética**, Belo Horizonte, v21, n3, 86-93p, 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-80422013000300013>. Acesso em: 28 out. 2018.

VASCONCELOS, Gabriella Belém; PEREIRA, Patrícia Mora. **Cuidados paliativos em atenção domiciliar: uma revisão bibliográfica. Revista de Administração em Saúde**, São Paulo, v18, n70, jan/mar, 2018. Disponível em: <<http://www.cqh.org.br/ojs-2.4.8/index.php/ras/article/view/85/110>>. Acesso em: 28 out. 2018.

WORLD HEALTHY ORGANIZATION (Org.). **Palliative Care.** 2018. Disponível em: <<http://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/palliative-care>>. Acesso em: 28 out.

CAPÍTULO 2

SUPERVISÃO CLÍNICA EM ENFERMAGEM E QUALIDADE DOS CUIDADOS: UMA REFLEXÃO

Data de aceite: 01/04/2022

Data de submissão: 20/02/2022

Luísa Paula da Silva Pires Alferes

Hospital de Magalhães Lemos

Porto, Portugal

<https://orcid.org/0000-0001-5562-6228>

Regina Maria Pires

Escola Superior de Enfermagem do Porto
Porto, Portugal
<https://orcid.org/0000-0003-1610-7091>

Maria Margarida Reis Santos

Escola Superior de Enfermagem do Porto
I Instituto de Ciências Biomédicas de Abel
Salazar
Porto, Portugal
<https://orcid.org/0000-0002-7948-9317>

Margarida Ferreira Pires

Administração Regional de Saúde LVT
Torres Vedras, Portugal
<https://orcid.org/0000-0001-6254-5610>

Maria Madalena Cunha

Instituto Politécnico de Viseu, Escola Superior
de Saúde de Viseu
Viseu, Portugal
<https://orcid.org/0000-0003-0710-9220>

Maria Manuela da Silva Martins

Escola Superior de Enfermagem do Porto
I Instituto de Ciências Biomédicas de Abel
Salazar
Porto, Portugal
<https://orcid.org/0000-0003-1527-9940>

Rui Paulo Asseiro Alferes

Hospital de Magalhães Lemos
Porto, Portugal
<https://orcid.org/0000-0003-2106-4786>

Catarina Porfírio

Hospital Pedro Hispano
Porto, Portugal
<https://orcid.org/0000-0001>

RESUMO: O desenvolvimento global a que temos assistido na sociedade tem colocado a qualidade dos cuidados de saúde no centro das suas preocupações. As alterações demográficas e consequente aumento das necessidades em saúde e o aumento das exigências relativas à qualidade do atendimento têm conduzido à procura de estratégias que satisfaçam simultaneamente as necessidades e exigências dos clientes e a sustentabilidade dos sistemas de saúde, num quadro em que é fundamental pugnar pela competência e satisfação dos profissionais, designadamente dos enfermeiros. O objetivo deste trabalho consiste em analisar o conceito de Supervisão Clínica em Enfermagem a sua aplicação no contexto das políticas de qualidade. Como metodologia recorreu-se a uma revisão da literatura. Constatou-se que a Supervisão Clínica em Enfermagem, enquanto processo formal de apoio profissional e aprendizagem que permite aos profissionais desenvolverem conhecimentos e competências, e assumirem as responsabilidades pelo seu desempenho profissional, tem vindo a ser integrada nas políticas de saúde como resposta à consolidação

dos desafios da qualidade.

PALAVRAS-CHAVE: Supervisão Clínica; Enfermagem; Capacitação Profissional; Garantia da Qualidade dos Cuidados de Saúde.

CLINICAL SUPERVISION IN NURSING AND QUALITY OF CARE: A REFLECTION

ABSTRACT: The global development that we have witnessed in society has placed the quality of health care at the center of its concerns. Demographic changes and the consequent increase in health needs and the increase in demands related to the quality of care have led to the search for strategies that simultaneously satisfy the needs and demands of clients and the sustainability of health systems, in a context in which it is essential to fight for the competence and satisfaction of professionals, namely nurses. The objective of this work is to analyze the concept of Clinical Supervision in Nursing and its application in the context of quality policies. As a methodology, was used a literature review. It was found that Clinical Supervision in Nursing, as a formal process of professional support and learning that allows professionals to develop knowledge and skills, and to assume responsibilities for their professional performance, has been integrated into health policies as a response to the consolidation of quality challenges.

KEYWORDS: Clinical Supervision; Nursing; Professional Training; Quality Assurance of Health Care.

1 | INTRODUÇÃO

Os grandes desenvolvimentos a que temos assistido em todo o tecido da atividade humana, decorrentes da evolução socioeconómica, científica e tecnológica, têm conduzido a rápidas e profundas transformações nas diferentes áreas de atividade, originando novas exigências e desafios, nomeadamente no setor da saúde.

Desde logo, os desenvolvimentos técnicos e científicos trouxeram novas necessidades em saúde, resultantes das alterações sociodemográficas, com o aumento da esperança média de vida.

Também o aumento da literacia em saúde, decorrente da mudança de paradigmas educacionais, da acessibilidade aos cuidados de saúde e à informação em saúde, por via do desenvolvimento das tecnologias de informação, permite que, atualmente, a população esteja mais informada a nível da saúde, tornando-se mais exigente relativamente à qualidade do atendimento. Estes progressos têm conduzido à mudança de práticas e à procura de estratégias que satisfaçam simultaneamente as necessidades e exigências dos clientes e a sustentabilidade dos sistemas de saúde, num quadro em que é fundamental pugnar pela competência e satisfação dos profissionais.

2 | DESENVOLVIMENTO DA SUPERVISÃO CLÍNICA EM ENFERMAGEM

Tem sido grande a tentativa de coordenação de esforços globais em busca de

medidas e estratégias de melhoria do atendimento e segurança do paciente, obrigando os decisores políticos a centrar uma significativa parte da sua atenção nas políticas de saúde, o que assumiu uma expressão nunca antes vista em busca de estratégias para enfrentar a pandemia COVID-19 (*Coronavirus Disease*), doença provocada pelo novo coronavírus SARS-CoV-2, (*Severe Respiratory Acute Syndrom*, i.e., Síndrome Respiratória Aguda Grave).

O incremento da qualidade no setor de saúde evoluiu significativamente nas últimas décadas, sendo, atualmente, uma das mais complexas e problemáticas atividades sociopolíticas das sociedades modernas.

A qualidade em saúde tem vindo a ser discutida de forma mais profunda e consistente desde a década de 80 do séc. vinte, existindo vasta literatura e relatórios de investigação que descrevem uma variedade de intervenções e métodos para melhorar, nomeadamente, a qualidade dos cuidados (WHITE; WINSTANLEY, 2014; BISHOP, 2016).

A Organização Mundial de Saúde [OMS], enquanto autoridade diretora e coordenadora de saúde dentro do sistema das Nações Unidas, responsável pela liderança em questões de saúde global e moldando a agenda de investigação em saúde, determinou que a melhoria da qualidade dos cuidados de saúde seria uma das metas estabelecidas pela Região Europeia “Saúde para Todos no ano 2000”. Esta meta constituiu-se como um desafio e obrigação no sentido de reduzir as desigualdades no sector, salientando a necessidade de se ir para além do estabelecimento do nível das evoluções técnicas para assegurar que os serviços de saúde satisfaçam, de um modo integrado, uma diversidade de necessidades (KEMP; RICHARDSON, 1995). As recomendações da OMS sugeriam que a partir de 1990, todos os Estados membros tivessem constituído mecanismos eficazes no sentido de assegurar a qualidade de cuidados aos clientes, dentro dos respetivos sistemas de cuidados de saúde (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 1983).

A OMS fez ainda referência aos cuidados de saúde prestados e ao modo como os programas de garantia da qualidade devem proporcionar aos profissionais um constante aperfeiçoamento de si próprios, em função das respostas que vão recebendo, incluindo uma componente educacional nos programas dos trabalhadores da área, que se relacionem especificamente com as questões da qualidade dos serviços que prestam e a sua aceitação pelos clientes (KEMP; RICHARDSON, 1995).

Diferentes países têm vindo a desenvolver soluções diferentes para responder ao desafio da qualidade em saúde, tendo vindo a ser criada legislação para regular a qualidade dos serviços (WHITE; WINSTANLEY, 2014; BISHOP, 2016). Algumas das políticas de qualidade e segurança dos cuidados têm-se concretizado com recurso à implementação de políticas de Supervisão Clínica (SC), nomeadamente a Supervisão Clínica em Enfermagem (SCE) (DRISCOLL *et al.*, 2019; ROTHWELL *et al.*, 2021), por exemplo, em países como os Estados Unidos da América, Reino Unido, Finlândia, Suécia, Austrália e Nova Zelândia.

O Departamento da Saúde do Reino Unido, no documento “Uma Visão para o

“Futuro”, apresenta uma definição de SC, que é uma das mais referidas e transversalmente aceites na área da saúde, considerando-a como um processo formal de apoio profissional e aprendizagem que permite aos profissionais desenvolverem conhecimentos e competências, e assumirem as responsabilidades pelo seu desempenho profissional, assegurando a qualidade dos cuidados e a segurança dos clientes (DEPARTMENT OF HEALTH, 1993).

Brigid Proctor (1986) expõe um modelo de Supervisão Clínica com três funções interativas: função formativa; função restaurativa; e função normativa. A função formativa/educativa proporciona o desenvolvimento de competências, de compreensão e de habilidades no supervisado, com base na reflexão da sua prática clínica (KOIVU *et al.*, 2012; VIEIRA *et al.*, 2021). A função restaurativa/suporte prevê o apoio ao supervisado, preparando-o para lidar com as emoções resultantes das situações com que é confrontado e gerir o stresse intrínseco à prática de enfermagem (KOIVU *et al.*, 2012; VIEIRA *et al.*, 2021). A função normativa enfatiza a importância do rigor, da competência e responsabilidade profissional, a exigência dos padrões de qualidade de cuidados, com vista ao cumprimento de *guidelines*, protocolos e procedimentos, e desenvolvimento de *standards* com vista à garantia da qualidade e segurança dos cuidados (KOIVU *et al.*, 2012; VIEIRA *et al.*, 2021).

A pesquisa tem vindo a demonstrar que a SCE é um processo de apoio ao desenvolvimento profissional com efeitos muito positivos na prática de enfermagem (EVANS; MACROFT, 2015; SNOWDON; LEGGAT; TAYLOR, 2017).

Quanto à função restaurativa, a evidência comprova que a SCE fornece suporte emocional que facilita o alívio do stresse e a prevenção do *burnout*, capacitando os profissionais para lidarem com situações e ambientes complexos, para aumentarem a resiliência por meio da exploração de emoções, gerenciamento de expectativas e desenvolvimento de estratégias de enfrentamento (FRANCIS; BULMAN, 2019; KUHNE *et al.*, 2019; MARKEY *et al.*, 2020).

Também se tem vindo a confirmar efeitos positivos da SCE na aprendizagem e treinamento profissional. Incentiva a prática baseada em evidências, a reflexão sobre as práticas, o pensamento crítico, a tomada de decisão, a autocritica, o desenvolvimento de habilidades e atitudes, capacitando os enfermeiros para assumirem a responsabilidade pelas suas práticas (TOMLINSON, 2015).

Quanto à função normativa, continua-se a advogar que está ainda pouco estudada e que não há evidência concreta que comprove os efeitos, inclusive, do impacte da SCE na melhoria da qualidade dos cuidados e resultados nos clientes, considerando-se uma área que tem sido difícil de investigar. Inclusive, White e Winstanley (2009) argumentam que é difícil avaliar intervenções complexas implementadas em contextos naturais, também estes de alta complexidade.

O Reino Unido é um exemplo do amplo incremento das práticas de SCE, através das políticas de saúde do Sistema Nacional de Saúde (National Health System [NHS]), principalmente a partir da década de noventa do século passado. A SCE, enquanto processo

facilitador do apoio profissional e aprendizagem, permite aos profissionais desenvolverem conhecimentos e competências, assumirem responsabilidades pelo próprio desempenho, assegurando a qualidade dos cuidados e a segurança dos clientes em situações clínicas complexas.

A gestão clínica coloca a tônica da responsabilidade pela qualidade do atendimento nos cuidados de saúde sobre as organizações e sobre os indivíduos dentro das mesmas. Neste sentido, desde cedo, o Conselho Central do Reino Unido (United Kingdom Central Council [UKCC]) considera que a SCE é necessária na prática clínica, pois proporciona aos profissionais o desenvolvimento de conhecimentos e competências na reflexão sobre as práticas e aprendizagem pela experiência, permitindo-lhes estabelecer, manter e promover padrões de qualidade e inovação, no sentido de responder aos interesses e necessidades dos clientes (WHITE; WINSTANLEY, 2014).

Numa perspetiva mais vasta, a SCE destina-se a identificar soluções para diferentes tipos de problemas da prática de enfermagem, melhorar a prática e aumentar a compreensão de questões do âmbito profissional, aumentando a proteção dos consumidores e a segurança dos cuidados em situações clínicas complexas (WHITE; WINSTANLEY, 2014; HULL, 2016).

Em Portugal a Enfermagem não tem ficado indiferente a estes desenvolvimentos. Tal como em outros países, a discussão sobre a temática da SCE tem vindo a atrair a atenção de investigadores, educadores e, mais recentemente, da comunidade da prática, tendo-se aprofundado as reflexões neste âmbito, quer por via dos contextos académicos quer por via dos aspectos estatutários da profissão.

A Ordem dos Enfermeiros [OE] tem desempenhado um papel determinante neste âmbito, com base na filosofia estruturante da promoção e garantia da qualidade em saúde, através do Enunciado Descritivo da Qualidade do Exercício Profissional dos Enfermeiros.

Desde o início do novo milénio que no nosso país se tem vindo a desenvolver investigação na área da SCE, podendo dizer-se que esta tem sido feita essencialmente no âmbito dos contextos e percursos académicos. Apesar dos desenvolvimentos, ainda se está numa fase embrionária, pelo que a investigação e evidências produzidas ainda necessitam de maior incremento.

Em países onde estas políticas estão mais avançadas, tem-se desenvolvido investigação em contexto hospitalar e em contexto da comunidade. Contudo, foi em hospitais que foram desenvolvidos alguns dos trabalhos mais conhecidos, relacionados com o impacte da SCE na qualidade dos cuidados de enfermagem. O mesmo se tem verificado em Portugal, pois nas últimas duas décadas desenvolveu-se alguma investigação na área hospitalar, salientando-se os trabalhos de Garrido (2004), Pires (2004), Soares (2004), Cruz (2012). Contudo, em contexto da comunitário apenas se refere o estudo de Pires (2019).

A SCE é uma das temáticas com elevada notoriedade na atualidade, sendo

objeto de grande atenção e interesse dos enfermeiros, académicos e investigadores que se têm vindo a debruçar com alguma profundidade sobre esta temática, na medida em que é uma ferramenta ao dispor das políticas de governação clínica que pode contribuir significativamente para a qualidade e segurança dos cuidados.

Desde cedo que a relação entre a governação clínica e SC tem sido muito enfatizada, inclusivamente por Butterworth e Woods (1998), referindo que participar na CS de uma forma ativa é uma demonstração do exercício individual da responsabilidade profissional sob a governação clínica e que a SC deve ser vista como parte integrante de um quadro de atividades que são projetados para gerir, monitorizar e melhorar a prestação de serviços de alta qualidade (WINSTANLEY; WHITE, 2003).

White e Winstanley (2006) defendem que as políticas de SCE devem ser integradas em programas de gestão da qualidade e de governação clínica, garantindo que a implementação de práticas de supervisão dentro das organizações permaneça sustentável a longo prazo. As estratégias para garantir que isso aconteça incluem o apoio ativo dos quadros de gestão/governação clínica e o desenvolvimento de uma política de supervisão congruente com a ecologia organizacional, sendo da responsabilidade de todas as partes envolvidas a implementação e envolvimento no processo.

Neste sentido, Te Pou (2009) refere que sejam considerados os seguintes aspectos essenciais à sustentação da SCE: apoio ativo da SCE por parte dos quadros de gestão e governação clínica; desenvolvimento de uma política de SCE incorporada na cultura da organização, onde as partes envolvidas devem contribuir para a sua coordenação e avaliação, bem como para o desenvolvimento de todas as estratégias e procedimentos subsequentes.

É importante salientar que a decisão de implementar a SCE implica grandes mudanças na prática e cultura organizacional, exigindo dos líderes visão, coragem, criatividade, comunicação eficaz e um plano claro da mudança (LYNCH; HAPPEL, 2008), o que exige *um esforço bem pensado e deliberado para que a SCE aconteça de forma consistente*.

3 I CONCLUSÃO

É entendimento global que é necessário promover a qualidade dos serviços de saúde, em geral, e do exercício profissional dos enfermeiros, em particular, sob uma perspetiva integrada, que tenha em conta o desenvolvimento simultâneo das instituições de saúde, das pessoas e das práticas. A qualidade dos cuidados de saúde e de enfermagem, enquanto conceitos mais vastos, “*são necessariamente influenciados pela qualidade do exercício profissional dos enfermeiros*”, o que leva a sublinhar a ideia de que a qualidade em saúde não se atinge apenas com o exercício profissional dos enfermeiros, nem este pode ser negligenciado, ou deixado invisível, nos esforços para obter qualidade em saúde

(ORDEM DOS ENFERMEIROS, 2004).

Neste sentido a implementação da SCE pode constituir um contributo inestimável para a sedimentação da qualidade em saúde, por via do desenvolvimento profissional dos enfermeiros e do incremento da qualidade do seu exercício profissional.

Para que a apropriação da SCE se efetive e se difunda nas organizações, em primeira instância, esta deve fazer parte da agenda de governação clínica que garanta cuidados seguros e de alta qualidade aos clientes, que promova o desenvolvimento profissional e o diálogo multiprofissional, o que exige apoio de todos os níveis de gestão da organização, e reconhecimento como uma característica dominante da cultura organizacional.

REFERÊNCIAS

- BISHOP, V. **Clinical Supervision in Practice: Some Questions, Answers and Guidelines for Professionals in Health and Social Care**. Essentials of Nursing Management. 2. ed. Palgrave, 2016.
- BUTTERWORTH, T.; WOODS, D. **Clinical Governance and Clinical Supervision Working Together to Ensure Safe and Accountable Practice**. University of Manchester, School of Nursing, Midwifery and Health Visiting, Manchester, 1998.
- CRUZ, S. **Do ad hoc a um modelo de supervisão clínica em enfermagem em uso**. 2012. Tese (Doutoramento em Enfermagem) - Universidade Católica Portuguesa, Porto, 2012.
- DoH - DEPARTMENT OF HEALTH. **A Vision for the Future. Report of the Chief Nursing Officer**. London: The Stationery Office, 1993.
- DRISCOLL, J., STACEY, G., HARRISON-DENING, K., BOYD, C.; SHAW T. Enhancing the quality of clinical supervision in nursing practice. **Nursing Standard**, v. 34, n. 5, p. 43-50, 2019.
- EVANS, C.; MACROFT, E. Clinical supervision in a community setting. **Nurse Times**, v. 111, n. 22, p. 16-18, 2015.
- FRANCIS, A.; BULMAN, C. In what ways might group clinical supervision affect the development of resilience in hospice nurses? **International Journal of Palliative Nursing**, v. 25, n. 8, p. 387-396, 2019.
- GARRIDO, A. **A supervisão clínica e a qualidade de vida dos enfermeiros**. 2004. Dissertação (Mestrado em Supervisão) - Universidade de Aveiro, Aveiro, 2004.
- HULL, P. **Clinical supervision policy. A statement of good practice. Version: 3**. Clinical Supervision Policy, Southern Health, NHS Foundation Trust, 2016.
- KEMP, N.; RICHARDSON, E. **A garantia da qualidade no exercício de enfermagem**. Lisboa: Artes Gráficas, 1995.
- KOIVU, A.; SAARINEN, P.; HYRKÄS, K. Who benefits from clinical supervision and how? The association between clinical supervision and the work-related well-being of female hospital nurses. **Journal of Clinical Nursing**, v. 21, p. 2567-2578, 2012.

KUHNE, F.; MAAS, J.; WIESENTHAL, S.; WECK, F. Empirical research in clinical supervision: a systematic review and suggestions for future studies. **BMC Psychology**, v. 7, n. 54, 2019.

LYNCH, L.; HAPPEL, B. Implementing clinical supervision: Part 1: Laying the ground work. **International Journal of Mental Health Nursing**, v. 17, p. 57-64, 2008.

MARKEY, K.; MURPHY, L.; O'DONNELL, C.; TURNER, J.; DOODY, O. Clinical supervision: A panacea for missed care. **Journal of Nurse Management**, v. 28, n. 8, 2113-2117, 2020.

OE - ORDEM DOS ENFERMEIROS. **Reflexões. Padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem**. Lisboa: OE, 2004. Disponível em: http://www.ordemenermeiros.pt/?pg=eventos_comp&id=10&ev=Reflexões. Acesso em: 19 jan. 2022.

PEREIRA, F. **Informação e Qualidade do exercício profissional dos Enfermeiros. Estudo empírico sobre um Resumo Mínimo de Dados de Enfermagem**. 2009. Tese (Doutoramento em Enfermagem) - Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar, Universidade do Porto, Porto, 2009.

PIRES, R. **Acompanhamento da actividade clínica dos enfermeiros: contributos para a definição de uma política organizacional**. 2004. Dissertação (Mestrado em Supervisão) - Universidade de Aveiro, Aveiro, 2004.

PIRES, R. **Supervisão clínica em enfermagem: contributos para a conceção de um programa em contexto de cuidados de saúde primários**. 2019. Tese (Doutoramento Em Enfermagem) - Universidade Católica Portuguesa, Lisboa, 2019.

PROCTOR, B. Supervision: a co-operative exercise in accountability. In MARKEN, M.; PAYNE, M. **Enabling and ensuring supervision in practice**. Leicester: National Youth Bureau, Council for Education and Training in Youth and Community Work, 1986. p. 21-34.

ROTHWELL, C.; KEHOE, A.; FAROOK, S.; ILLING, J. Enablers and barriers to effective clinical supervision in the workplace: a rapid evidence review. **BMJ Open**, v. 11, n. 9, p. 1-10, 2021.

SNOWDON, D.; LEGGAT, S.; TAYLOR, N. Does clinical supervision of healthcare professionals improve effectiveness of care and patient experience? A systematic review. **BMC Health Services Research**, v. 17, n. 1, p. 786-792, 2017.

SOARES, S. **Supervisão e formação profissional: um estudo em contexto de trabalho**. 2004. Dissertação (Mestrado em Supervisão) - Universidade de Aveiro, Aveiro, 2004.

TE POU. **National Guidelines for the Professional Supervision of Mental Health and Addiction Nurses**. Te Pou, The National Centre of Mental Health Research, Information and Workforce Development, Auckland, 2009.

TOMLINSON, J. Using clinical supervision to improve the quality and safety of patient care: a response to Berwick and Francis. **BMC Medical Education**, v. 15, n. 1, p. 103-110, 2015.

VIEIRA, J.; SANTOS, M. R.; PIRES, R.; PEREIRA, F. Quality indicators of professional practice of nurses: the caregiver role. **Millenium**, v. 2, n. 16, p. 41-48, 2021.

WHITE, E.; WINSTANLEY, J. Cost and resource implications of clinical supervision in nursing: an Australian perspective. **Journal of Nursing Management**, v. 14, p. 628–636, 2006.

WHITE, E.; WINSTANLEY, J. Implementation of Clinical Supervision: educational preparation and subsequent diary accounts of the practicalities involved, from an Australian mental health nursing innovation. **Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing**, v. 16, n. 10, p. 895-903, 2009.

WHITE, E.; WINSTANLEY, J. Clinical Supervision and the Helping Professions: An Interpretation of History. **The Clinical Supervisor**, v. 33, n. 1, p. 3-25, 2014.

WINSTANLEY, J.; WHITE, E. Clinical supervision: models, measures and best practice. **Nurse Researcher**, v. 10, n. 4, p. 7-32, 2003.

WHO - WORLD HEALTH ORGANIZATION. **The Principles of Quality Assurance**. Report on a WHO meeting, World Health Organization Copenhagen: WHO, 1983.

CAPÍTULO 3

GESTÃO DE ENFERMAGEM A IDOSOS COM DOR EM CUIDADOS PALIATIVOS

Data de aceite: 01/04/2022

Data de submissão: 07/02/2022

Amanda Alves Sousa

Universidade Estadual do Ceará (UECE)

Fortaleza – Ceará

<https://orcid.org/0000-0001-5273-3108>

Erika de Barros Costa

Universidade Estadual do Ceará (UECE)

Fortaleza – Ceará

<https://orcid.org/0000-0003-2923-9587>

Josiane Nascimento da Silva

Universidade Estadual do Ceará (UECE)

Fortaleza – Ceará

<https://orcid.org/0000-0002-3053-7103>

Ana Claudia de Souza Leite

Universidade Estadual do Ceará (UECE)

Fortaleza – Ceará

<https://orcid.org/0000-0003-1407-7634>

Rayane Rodrigues Oliveira

Universidade Estadual do Ceará (UECE)

Fortaleza – Ceará

<https://orcid.org/0000-0002-5787-6359>

Tainá da Silva Carmo

Universidade Estadual do Ceará (UECE)

Fortaleza – Ceará

<https://orcid.org/0000-0001-7118-794X>

Thayná Émille Colares da Silva

Universidade Estadual do Ceará (UECE)

Fortaleza – Ceará

<https://orcid.org/0000-0003-1659-7932>

Sarah Karoline Ribeiro da Silva

Universidade Estadual do Ceará (UECE)

Fortaleza – Ceará

<https://orcid.org/0000-0002-3399-764X>

Sadi Antonio Pezzi Junior

Universidade Estadual do Ceará (UECE)

Fortaleza – Ceará

<https://orcid.org/0000-0001-6606-5112>

Tiago da Silva Leal

Universidade Estadual do Ceará (UECE)

Fortaleza – Ceará

<https://orcid.org/0000-0002-6025-1229>

RESUMO: Analisar as evidências científicas da literatura sobre a gestão de enfermagem no manejo da dor de idosos em cuidados paliativos. Estudo do tipo revisão integrativa da literatura entre os anos de 2016 a 2021 nos idiomas inglês, espanhol e português, com os seguintes descritores: (palliative care) AND (aged) AND (pain) AND (nursing) AND (management), nas bases de dados BioMed Central, Sage Journals, Science Direct, Cinahl e Wiley, obtendo como amostra final 7 estudos. A partir da análise do material empírico evidenciou-se que os profissionais de enfermagem possuem dificuldades de comunicação com os idosos em palição, além disso apresentaram conhecimento inadequado em relação ao manejo da dor e palição. Concluiu-se que há desafios como o da comunicação e conhecimento dos profissionais de enfermagem na gestão do cuidado de idosos nos cuidados paliativos.

PALAVRAS-CHAVE: Gestão. Enfermagem.

NURSING MANAGEMENT FOR ELDERLY WITH PAIN IN PALLIATIVE CARE

ABSTRACT: Analyze the scientific evidence in the literature on nursing management in the management of pain in the elderly in palliative care. Study of the integrative literature review between the years 2016 to 2021 in English, Spanish and Portuguese, with the following descriptors: (palliative care) AND (aged) AND (pain) AND (nursing) AND (management), in the BioMed Central, Sage Journals, Science Direct, Cinahl and Wiley databases, obtaining 7 studies as a final sample. From the analysis of the empirical material, it was shown that nursing professionals have difficulties in communicating with the elderly in palliation, in addition to having inadequate knowledge regarding pain management and palliation. It was concluded that there are challenges such as communication and knowledge of nursing professionals in the management of care for the elderly in palliative care.

KEYWORDS: Management. Nursing. Aged. Palliative care. Pain.

1 | INTRODUÇÃO

A humanidade perpassa por todo um processo de evolução que se sucede em diferentes planos, como exemplo a expectativa de vida populacional, destacando-se com um significativo progresso ao longo das décadas. O Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (2015) estima que cerca de 33,7% da população brasileira será composta de idosos até o ano de 2060. Esse aumento da longevidade reflete, entre outras conjunturas, uma melhoria significativa na saúde global. (LIMA, 2021)

Todavia, o fenômeno do aumento da expectativa de vida não é sinônimo de um envelhecimento saudável, segundo relata a Organização Pan-Americana da Saúde(OPAS). A Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia (2018) aponta que entre as adversidades mais comuns, a dor pode ser observada em cerca de 20 a 50% nos idosos em domicílio e 45 a 80% nos institucionalizados. Conforme a Associação Internacional para Estudos da Dor - IASP, trata-se de uma experiência sensorial ou emocional desagradável, podendo ser associada a um dano de tecido real ou potencial, subjetiva e pessoal. Tal sintoma incapacitante causa intenso desconforto ao cliente, gerando um grande impacto negativo na qualidade de vida. Uma vez que, essa experiência dolorosa resulta da interação sensitivas e físico-químicas, possuindo a capacidade de interferir na integralidade do indivíduo quanto a ser biopsicossocial.

Nesse contexto, é indubitável a importância de se oferecer uma maior atenção a esse grupo. Diante ao exposto, Cicely Saunders por meio da busca pela promoção do alívio da dor de seus pacientes em paliação, fez observações acerca desse sintoma, concluindo que não abrange apenas o campo físico, denominando-a de “dor total”, pois, comprehende, também, a dor psicológica, emocional e espiritual (DOBSON, 2017).

Neste panorama, o(a) profissional enfermeiro(a) tem a gestão do cuidado integral ao idoso incluído como fonte de estudos e pesquisa desde a sua formação até o exercício

profissional. Tal profissional, como explica estudioso Cecilio (2011), é instruído às práticas gerenciais e assistenciais no âmbito da gestão do cuidado em saúde, provendo tecnologias para o bem-estar, segurança e autonomia de cada indivíduo, considerando suas necessidades individuais, com vistas a garantia da qualidade de vida (QV).

Considerando seu importante papel como gerenciador, dentre suas atribuições na assistência, o enfermeiro é peça fundamental na avaliação e mensuração dos principais sinais de seus pacientes, entre eles a dor. Dentre as abordagens que envolvem o comprometimento desse profissional no gerenciamento da dor, estão os cuidados paliativos (CP), que propõem a promoção da QV aos pacientes e familiares que estão enfrentando uma doença que ameaça a vida, assim, prevenindo e buscando aliviar o sofrimento físico, psicológico, social e espiritual (WHO, 2021).

Ademais, leva-se em consideração que a categoria de enfermagem é composta pelos profissionais que estão mais próximos junto aos usuários que demandam desse tipo de assistência, em virtude de sua formação ser baseada no exercício do cuidar e, em vista disso, os profissionais devem estar bem capacitados para lidar de forma humanizada e ética, buscando reduzir a dor e sofrimento desses indivíduos e seus familiares (AYALA, 2021).

Nessa perspectiva, este estudo teve como objetivo analisar evidências científicas da literatura sobre a gestão de enfermagem de idosos com dor em cuidados paliativos.

2 | METODOLOGIA

Estudo metodológico do tipo revisão integrativa da literatura, norteado pelas etapas de Mendes, Silveira e Galvão (2014): 1) Elaboração da questão de pesquisa e descritores; 2) Definição dos critérios de inclusão e exclusão das publicações, busca nas fontes de dados, organização do banco de referências e seleção dos estudos para o corpus de análise; 3) Extração dos dados; 4) Análise crítica dos estudos incluídos; 5) Interpretação e discussão dos resultados, 6) Apresentação dos resultados e síntese.

Desse modo, utilizando a estratégia PICO (P=População, I=Interesse ou Intervenção, C=Comparação e O=Desfecho/Avaliação), guiando a coleta de dados e qualidade dos resultados, considerando assim, P – Enfermeiros(as), I – Gestão de idosos com dor em cuidados paliativos, C – Não houve, O – Otimização do cuidado integral ao idoso com dor em cuidados paliativos, encontrando-se a seguinte questão: quais as evidências científicas da literatura sobre gestão de enfermagem a idosos com dor em cuidados paliativos?

Para os critérios de inclusão foram considerados estudos publicados nos últimos 5 anos, em inglês, espanhol e português, com textos de livre acesso, disponíveis na íntegra e que respondessem à pergunta problema, excluindo estudos duplicados, revisões de literatura e os que não se enquadram nos critérios de inclusão. Com levantamento entre agosto e outubro de 2021, sendo realizada uma busca de revisões integrativas da literatura

na base de dados COCHRANE não havendo resultados de duplicações, definindo assim, após teste e reteste os descritores (DeCS e MeSH): Palliative Care, Aged, Pain, Nursing e Management, com o booleano AND, para extração das respostas da questão deste estudo nas bases de dados BioMed Central, Sage Journals, Science Direct, Cinahl e Wiley, acessadas a partir dos periódicos CAPES.

Foi utilizada a Classificação de Oxford Centre for Evidence-Based Medicine (2009), delimitando a partir de estudos de nível “1a” a “5”, tendo objetivo de verificar os níveis das evidências (NE) selecionadas para o estudo. Dessa forma, entende-se que os estudos de nível “1a” são relacionados às revisões sistemáticas de ensaios clínicos controlados e randomizados, possuindo assim o maior nível de evidência. Já o nível “5”, é classificado como menor nível.

Análise dos estudos ocorreu em pares, por meio da leitura e releitura do levantamento com a produção de fichamentos na planilha do software Excell segundo variáveis elencadas. Os resultados foram analisados e sintetizados criticamente por convergência de ideias, e discutidos segundo literatura pertinente ao tema. As etapas da seleção estão indicadas no fluxograma abaixo (**Figura 1**), sendo de finalidade organizacional, garantindo um bom entendimento da seleção.

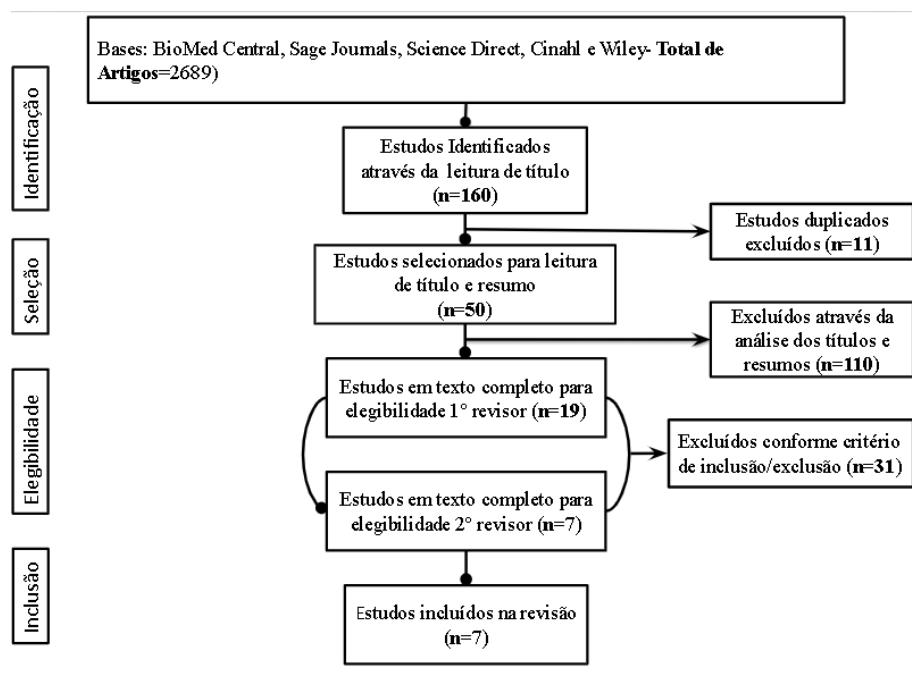


Figura 1 - Fluxograma de identificação dos estudos incluídos e excluídos

Fonte: Autores, 2022.

3 | RESULTADOS

A elaboração dos fichamentos com as informações obtidas dos estudos incluídos pelo levantamento de dados resultou na criação dos seguintes quadros.

Título/ Ano/ código	Metodologia/NE	Objetivos	Resultado
End-of-life care for people with advanced dementia and pain: a qualitative study in Swedish nursing homes. 2021 (A1)	Exploratório descritivo/ População: 46 enfermeiros. Amostra: 13 enfermeiros. instrumento: entrevista semi estruturada qualitativa/ 3a	Descrever as experiências de enfermeiros no cuidado de pessoas com demência avançada e dor no final da vida.	Dificuldades de comunicação com a pessoa com demência avançada, acabam gerando interferências nos resultados de mensuração de dor. A boa comunicação, experiência profissional e o conhecimento prévio da pessoa com demência avançada, resultam no bom manejo da dor.
A Survey of Knowledge and Attitudes of Nurses About Pain Management in End-Stage Liver Disease in a Geriatric Palliative Care Unit. 2018 (A2)	Descritivo e transversal/ População: Enfermeiros. Amostra: 416 enfermeiros Instrumento: Formulário/ 3a	Determinar o nível basal de conhecimento e atitudes de enfermeiros de UBS em relação ao manejo da dor em pacientes com ESLD.	Os achados deste estudo fornecem informações a respeito do conhecimento e atitudes inadequadas dos enfermeiros no manejo da dor de pacientes com ESLD. Sugere-se que programas educacionais direcionados e iniciativas de melhoria da qualidade no manejo da dor para pacientes com ESLD.
The palliative care knowledge of nursing home staff: The EU FP7 PACE cross-sectional survey in 322 nursing homes in six European countries. 2018 (A3)	Transversal/ População: Idosos internados em asilos. Amostra: 49.172 indivíduos registrados 60 anos e mais velhos que morreram em asilos durante 86,7 anos. Instrumento: Análise de registro de Cuidados Paliativos da Suécia/ 3a	Avaliar o conhecimento sobre cuidados paliativos da equipe de NHs na Europa.	População de 3.392 funcionários do NH no qual, 2.275 responderam. Os fatores associados ao conhecimento foram país, função profissional e ter realizado treinamento formal em cuidados paliativos.
Auditing Palliative Care Provided by Nurses for Chronic Pain Management in the Elderly. 2017 (A4)	Descritivo/ População: Enfermeiros(as) atuantes em dor e CP; Amostra: 210; Instrumento: Checklist e formulário da do em McGill/ 3a	Verificar quais os padrões de cuidado de saúde para o controle da dor.	As principais atividades realizadas pela enfermagem foram completas (60%) e incompletas (41,9%), usando sedativos e examinando/ registrado o termo de dor, respectivamente. Na avaliação da dor, onde eram examinadas as atividades no momento em que a dor começava. A atividade principal que não foi realizada para o tratamento da dor foi relacionada às atividades físicas de idosos no momento da dor. A comunicação e inclusão do paciente na decisão sobre a redução e controle da dor não era realizada.

Opioids, pain management, and palliative care in a Norwegian Nursing Home from 2013 to 2018. 2019 (A5)	Longitudinal/ Amostra: 210 idosos com dor crônica. Instrumento: Lista de verificação de cuidados de saúde padrão para controle da dor e questionário de dor McGill foram usados para a coleta de dados/ 2b	Descrever o uso de opioides em um NH durante um período de 5 anos.	Na primeira avaliação, 19% dos residentes usavam 1 ou mais tipos de opioides. No dia do óbito, 55% tinham prescrição ativa de opioides, principalmente como injeções subcutâneas. Os resultados ilustram os diferentes usos dos opioides, incluindo o controle da dor, dispneia, sedação, para conforto, como um profilaxia, ou uma combinação de razões.
Nursing Staff Needs in Providing Palliative Care for Persons With Dementia at Home or in Nursing Homes: A Survey. 2020 (A6)	Transversal e Descritivo/ Amostra: 35 enfermeiros de UBS que atuam em um de cuidados crônicos contínuos em Toronto, Ontário, Canadá/ 3b	Comparar as necessidades da equipe de enfermagem com diferentes níveis de escolaridade e que atuam em home care ou em asilos.	As necessidades de suporte melhor classificadas eram para lidar com desacordo da família na tomada de decisões de fim de vida, lidando com comportamentos desafiadores, reconhecer e controlar a dor. A forma de apoio com classificação mais elevada foi a aprendizagem entre pares.
Palliative care during the final week of life of older people in nursing homes: A register-based study. 2017 (A7)	Exploratório baseado em registros/ População: 3392 funcionários do NH. Amostra: 2275 respondentes. Instrumento: Formulário com questões básicas em Cuidados Paliativos/ 2b	Explorar a presença de sintomas, alívio de sintomas e outros aspectos-chave dos cuidados paliativos durante a última semana de vida entre idosos residentes em lares de idosos.	As causas básicas de morte mais comuns entre os 49.172 lares de idosos falecidos residentes eram doenças do aparelho circulatório e demência. O sintoma mais prevalente era de dor, seguido por chocalhos, ansiedade, confusão, falta de respiração e náusea. A dor foi o sintoma com maior grau de alívio total, enquanto falta de ar e confusão foram totalmente aliviadas em 6,1 e 4,3% de todos os indivíduos, respectivamente.

Quadro 1: título/ano, metodologia/nível de evidência, objetivo e resultados.

Fonte: Autores, 2022.

O quadro 1 apresenta o fichamento dos 7 estudos incluídos, contando com seus títulos, anos de publicação que variou de 2017 a 2021, os tipos dos estudos com seus respectivos níveis de evidência, objetivos de cada um e por fim os seus resultados. O quadro 2 contou com a síntese de cada um dos estudos, evidenciando um panorama geral sobre cada um; os dois fichamentos foram essenciais para a construção da discussão deste estudo.

Codificação	Síntese do Estudo
A1	Descreve as experiências de enfermeiros no cuidado de pessoas com demência avançada e dor no final da vida, por meio do estudo exploratório e descritivo com NE 3a. Evidenciou-se dificuldades de comunicação com o indivíduo que possui demência avançada, interferindo diretamente na oferta do cuidado e assim havendo manejo da dor inadequado. Portanto, há necessidade dos enfermeiros serem treinados e possuir conhecimento para ofertar o cuidado aos idosos com demência avançada.
A2	Determina o nível basal de conhecimento e atitudes de enfermeiros de UBS em relação ao manejo da dor em pacientes com ESLD, por meio do estudo descritivo e transversal com NE 3a. Os resultados deste estudo fornecem informações sobre o conhecimento e atitudes insuficientes dos enfermeiros no manejo da dor em pacientes com ESLD. Portanto, programas educacionais direcionados e programas de melhoria de qualidade são recomendados para o manejo da dor em pacientes com ESLD.
A3	Avalia o conhecimento sobre cuidados paliativos da equipe de NHs na Europa, por meio do estudo transversal com NE 3a. Os resultados obtidos foram que os funcionários da NH totalizaram 3.392, dos quais 2.275 responderam. Os fatores relacionados ao conhecimento foram os pais, papel profissional e formação formal em cuidados paliativos.
A4	Verifica quais os padrões de cuidado de saúde para o controle da dor, por meio do estudo descritivo com NE 3a. As principais atividades de enfermagem foram completas (60%) e incompletas (41,9%), usando sedativos e examinando/documentando períodos de dor, respectivamente. Na avaliação da dor, a atividade é verificada no início da dor. As atividades primárias que não foram tratadas para dor foram relacionadas à atividade física em idosos quando estavam com dor. Portanto, não houve comunicação e envolvimento do paciente nas decisões quanto ao alívio e controle da dor.
A5	Descreve o uso de opioides em um NH durante um período de 5 anos, por meio do estudo longitudinal com NE 2b. Evidenciou-se na primeira avaliação, 19% dos moradores faziam uso de um ou mais opioides. No dia do óbito, 55% tinham prescrição válida de opioides, principalmente injeções subcutâneas. Os resultados ilustram diferentes usos de opioides, incluindo controle da dor, dispneia, sedação, conforto, profilaxia ou causas múltiplas.
A6	Compara as necessidades da equipe de enfermagem com diferentes níveis de escolaridade e que atuam em home care ou em asilos, por meio do estudo transversal e descritivo com NE 3b. Evidenciou-se que as necessidades de apoio mais bem classificadas foram lidar com desacordos familiares na tomada de decisões de fim de vida, lidar com comportamentos desafiadores, reconhecer e controlar a dor. Destacando que a forma de apoio mais bem avaliada é a aprendizagem entre pares.
A7	Explora a presença de sintomas, alívio de sintomas e outros aspectos-chave dos cuidados paliativos durante a última semana de vida entre idosos residentes em lares de idosos, por meio de um estudo com nível de evidência 2a. Evidenciou-se que as causas básicas de morte mais comuns entre os 49.172 lares de idosos falecidos residentes eram doenças do aparelho circulatório e demência. O sintoma mais prevalente era de dor, que foi o sintoma com maior grau de alívio total, enquanto falta de ar e confusão foram totalmente aliviadas em 6,1 e 4,3% de todos os indivíduos.

Quadro 2: síntese dos estudos incluídos

Fonte: Autores, 2022.

4 | DISCUSSÃO

Após análise do material empírico dos estudos, foram identificados diferentes aspectos sobre o manejo da dor de pacientes idosos em paliação, como a comunicação e conhecimento para a avaliação da dor desse grupo em cuidados paliativos e a própria educação, atitudes e práticas na gestão dessa dor pelos(as) Enfermeiros(as):

A inspeção dos estudos apontou desafios que o profissional de enfermagem pode se deparar no gerenciamento da dor, como as evidências de Lundin & Godskesen (2021) e Bolt et al (2020) que descrevem a experiência de enfermeiras que cuidam de idosos com demência em estágio de fim de vida, entre as diversas dificuldades encontradas, destacou-se a má comunicação, que ocasionava em uma avaliação incerta da dor. Outro desafio analisado e predominante em todas as evidências, foi a educação insuficiente em cuidados paliativos desses profissionais, os resultados do estudo de Smets et al (2018) feito em lares de idosos de 6 países da Europa, apresentou que o conhecimento sobre questões importantes de cuidados paliativos foi insuficiente em todos os países.

No âmbito da comunicação, entende-se que é fundamental para a aplicação das individualidades comportamentais, humanas. Na enfermagem, a comunicação é estrategicamente essencial para o planejamento e por consequência, da eficácia da prática dos cuidados paliativos, pois ela acaba impulsionando a relação entre a equipe de enfermagem para com o paciente, juntamente com sua família (ANDRADE, 2013).

Portanto, para que haja um respaldo total ao paciente e seus familiares, no que tange às suas necessidades não realizadas, como as medicações e intervenções médicas, torna-se fundamental a comunicação nos cuidados paliativos. Dessa forma, o acolhimento proposto, tem como finalidade um reconhecimento holístico do ser humano, levando em consideração seu sofrimento e permitir-lhe, com técnicas adequadas, um compartilhamento de suas angústias. Sendo assim, difunde-se assim maneiras de enfrentar a atual condição, promovendo a redução dos sintomas de ansiedade e depressão e proporcionando a autonomia do paciente em momento de mudanças e perdas significativas (CAMPOS, 2019).

Para Mota et al (2020) a gestão da dor é uma das partes principais no que diz respeito ao papel do enfermeiro, é importante compreender quais conhecimentos existem na comunidade científica que podem auxiliar esses profissionais na identificação, avaliação, diagnóstico, monitorar e tratar a dor. Assim, mostrando os conhecimentos e barreiras relacionados à prática de enfermagem na gestão da dor.

Para desenvolver intervenções com o intuito de aliviar a dor em clientes em fim de vida, há a necessidade de conhecimento acerca do cuidado, diminuindo casos de atitudes inadequadas no controle da dor. Para isso, torna-se necessário indicar às instituições o desenvolvimento de programas educacionais direcionados, além das iniciativas de melhoria da qualidade no manejo da dor para pacientes terminais, a fim de melhorar o conhecimento e as atitudes dos enfermeiros das Unidades de Cuidados Paliativos. (PERRI,

2018; SMEDBÄCK, 2017) Entre as intervenções realizadas pela enfermagem, Ebrahimi et al (2017) expõem a utilização de sedativos como prática mais usada para o tratamento da dor na palição. Em consonância com Wergeland Sorbye et al (2019), no qual a intervenção medicamentosa torna-se a opção mais indicada para o alívio da dor desses pacientes.

Ademais, os cuidados paliativos devem ser incluídos no processo formativo dos profissionais da saúde, contudo, na questão do ensino. Sarmento (2021) evidencia que esta prática vem sendo pouco oferecida nas instituições de graduação, principalmente devido à ausência de disciplinas específicas e formando enfermeiros pouco especializados em palição.

5 I CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os resultados obtidos apontaram desafios existentes no gerenciamento da dor de idosos em cuidados paliativos pela enfermagem, estando a comunicação e o conhecimento sobre o assunto como destaques para o seu controle ineficaz, já que estão diretamente ligados à sua boa avaliação e mensuração. Dentre as principais intervenções, o uso de métodos farmacológicos foi predominante.

Ademais, evidencia-se que, a partir do levantamento de dados, há escassez de informações voltadas para essa temática. Portanto, torna-se necessário que os profissionais de enfermagem que atuam com o manejo da dor em Cuidados Paliativos, registrem à comunidade científica, mais informações, tendo em vista a importância do acesso desse tipo de informação para o desenvolvimento de novos estudos.

REFERÊNCIAS

AYALA, A. L.; SANTANA, C. H.; LANDMANN, S. G. **Cuidados paliativos: conhecimento da equipe de enfermagem.** Semina: Ciências Biológicas e da Saúde, Londrina, v. 42, n. 2, p. 155-166, jul./dez. 2021. Disponível em: <https://www.uel.br/revistas/uel/index.php/seminabio/article/view/37823>.

ANDRADE, C. G.; COSTA, S. F. G. L.; MARIA, E. L. **Cuidados paliativos: a comunicação como estratégia de cuidado para o paciente em fase terminal.** Ciência & Saúde Coletiva [online], v. 18, n. 9, pp. 2523-2530.2013. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S1413-81232013000900006>>.

BOLT, S. R. *et al.* **Nursing Staff Needs in Providing Palliative Care for Persons With Dementia at Home or in Nursing Homes: A Survey.** Journal of Nursing Scholarship, v. 52, n. 2, p.164-173, Mar. 2020. Disponível em: DOI:[10.1111/jnu.12542](https://doi.org/10.1111/jnu.12542).

BRASIL, ANCP - Academia Nacional de Cuidados Paliativos. **Manual de Cuidados Paliativos ANCP.** 2012. Disponível em: <http://biblioteca.cofen.gov.br/wp-content/uploads/2017/05/Manual-de-cuidados-paliativos-ANCP.pdf>.

BRASIL, IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Síntese de indicadores sociais: uma análise das condições de vida da população brasileira.** Brasil, 2015. Disponível em: <https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv95011.pdf>.

BRASIL, SBGG - Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia. Dor: o quinto sinal vital abordagem prática no idoso. 2018. Disponível em: https://sbgg.org.br/wp-content/uploads/2018/08/SBGG_-_Guia_de_Dor_-_final_site.pdf

CAMPOS, V. F.; SILVA, J. M.; SILVA, J. J. Comunicação em cuidados paliativos: equipe, paciente e família. Revista Bioética [online]., v. 27, n. 4, p. 711-718, 2019. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/1983-80422019274354>>.

CECÍLIO, L. C. O. Apontamentos teórico-conceituais sobre processos avaliativos considerando as múltiplas dimensões da gestão do cuidado em saúde. Interface - Comunicação, Saúde, Educação, v. 15, n. 37, p. 589-599, jun. 2011. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/s1414-32832011000200021>.

DOBSON, Jill. An Inspirational Nursing Theorist-Dame Cicely Saunders. Cancer Nursing Practice, v. 16, n. 7, p. 31-31, 2017. Disponível em : <http://clok.uclan.ac.uk/21363/1/Dobson%20J%20-%20Nursing%20Theorist.pdf> .

EBRAHIMI, N. et al. Auditing Palliative Care Provided by Nurses for Chronic Pain Management in the Elderly. Adv Nurs Midwifery, v. 27, n. 1, p. 45-49. 2017. Disponível em: DOI: 10.21859/ANM-027038.

Envelhecimento saudável. Organização Pan-Americana de Saude, 2021 (15 de junho de 2021). Disponível em: <https://www.paho.org/pt/envelhecimento-saudavel>.

IASP - International Association for the Study of Pain. Terminology, Washington, D.C. Disponível em: <https://www.iasp-pain.org/Education/Content.aspx?ItemNumber=1698#Pain>.

LIMA, W.R.; GIUSTI B.B.; NIWA L.M.S, AANHOLT D.P.J.; CIOSAK S.I. Idosos muito velhos: perfil sociodemográfico, de saúde e longevidade. Rev Enferm UFPE on line [Internet],p. [1-14]. 2021 jan; 15 (1): 1-14. Disponível em: <https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/view/245207/37513>

LUNDIN, E.; GODSKESEN, T. E. End-of-life care for people with advanced dementia and pain: a qualitative study in Swedish nursing homes. BMC Nursing, v. 20, n. 48. 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.1186/s12912-021-00566-7>.

MENDES, K.D.S.; SILVEIRA, R.C.C.P.; GALVÃO, C.M. Revisão integrativa: métodos de pesquisa para a incorporação de evidências na saúde e na enfermagem. Texto Contexto Enferm. São Paulo, v. 17, n. 4, p. 1-7, out./dez. 2008. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0104-07072008000400018>

MOTA, M. et al. Gestão da dor na prática de enfermagem no serviço de urgência. Millenium, p. 269-279. 2020. Disponível em: DOI: <https://doi.org/10.29352/mill0205e.29.00257>.

Oxford Centre For Evidence-Based Medicine. **Levels of Evidence** (Internet),2009

PERRI, G-A. et al. A Survey of Knowledge and Attitudes of Nurses About Pain Management in End-Stage Liver Disease in a Geriatric Palliative Care Unit. American Journal of Hospice and Palliative Medicine®, v. 35, n. 1, p. 92-99, Toronto, jan. 2018. Disponível em: <DOI:10.1177/1049909116684765>.

SARMENTO, W. M. et al. **Formação acadêmica e qualificação profissional dos enfermeiros para a prática em Cuidados Paliativos.** Enfermagem em Foco, v. 12, n. 1, p.33-39, jun. 2021. Disponível em: <<http://revista.cofen.gov.br/index.php/enfermagem/article/view/3805/1092>>.

SMEDBÄCK, J. et al. **Palliative care during the final week of life of older people in nursing homes: A register-based study.** Palliative and Supportive Care, v. 15, n. 4, p. 417-424. 2017. Disponível em: DOI:10.1017/S1478951516000948.

SMETS, T. et al. **The palliative care knowledge of nursing home staff: The EU FP7 PACE cross-sectional survey in 322 nursing homes in six European countries.** Palliative Medicine, v. 32, n. 9, p. 1487-1497, European. 2018. Disponível em: DOI: 10.1177/0269216318785295.

WERGELAND SØRBYE, L. et al. **Opioids, pain management, and palliative care in a Norwegian Nursing Home from 2013 to 2018.** Health services insights, v. 12, p. 1-8, 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.1177%2F1178632919834318>.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. (2021). **WHO divulga recursos para serviços de cuidados paliativos.** Disponível em: <<https://brasil.un.org/pt-br/150287-oms-divulga-recursos-para-servicos-de-cuidados-paliativos>>.

CAPÍTULO 4

MENSURAÇÃO DA DOR ONCOLÓGICA EM IDOSOS PELA ENFERMAGEM

Data de aceite: 01/04/2022

Data de submissão: 07/02/2022

Tiago da Silva Leal

Universidade Estadual do Ceará (UECE)

Fortaleza - Ceará

<https://orcid.org/0000-0002-6025-1229>

Ana Claudia de Souza Leite

Universidade Estadual do Ceará (UECE)

Fortaleza - Ceará

<https://orcid.org/0000-0003-1407-7634>

Thayná Émille Colares da Silva

Universidade Estadual do Ceará (UECE)

Fortaleza - Ceará

<https://orcid.org/0000-0003-1659-7932>

Ana Vitória Ribeiro de Lima

Universidade Estadual do Ceará (UECE)

Fortaleza - Ceará

<https://orcid.org/0000-0001-8802-6798>

Bruna Silva Lima

Universidade Estadual do Ceará (UECE)

Fortaleza - Ceará

<https://orcid.org/0000-0001-6122-0013>

Erika Bastos da Costa

Universidade Estadual do Ceará (UECE)

Fortaleza - Ceará

<https://orcid.org/0000-0003-2923-9587>

Taina da Silva Carmo

Universidade Estadual do Ceará (UECE)

Fortaleza - Ceará

<https://orcid.org/0000-0001-7118-794X>

Letícia Maria Castelo Branco Moraes

Universidade Estadual do Ceará (UECE)

Fortaleza - Ceará

<https://orcid.org/0000-0001-5452-9143>

RESUMO: A dor oncológica tem o potencial de modificar a qualidade de vida dos pacientes, uma vez que pode afetar o ser humano por completo. Desse modo, para que os pacientes possam viver melhor, é preciso que a equipe de enfermagem conheça profundamente as tecnologias utilizadas para a avaliação e mensuração da dor, uma vez que isso proporcionará intervenções mais eficazes no tratamento. O objetivo deste estudo foi descrever as Escalas de dor utilizadas na prática clínica de Enfermagem no manejo da Dor Oncológica em Idosos. Trata-se de uma revisão integrativa da literatura, onde o levantamento da questão foi obtido por meio da estratégia PICO e a pesquisa inicial foi feita pelo Portal de Periódicos da Capes/MEC. Algumas escalas que foram descritas e são utilizadas na prática foram: Escala visual analógica (EVA) e Escala visual numérica (EVN), o Questionário de McGill, a Escala faciais de dor (EFD), a Escala Pain Assessment in Advanced Dementia (PAINAD), as escalas de barreiras da dor, as Escalas de sintomas de câncer, a Multidimensional QOL ScaleYCancer, a Escala Pain Intensity Number Scale (PINS) e a Escala Symptom Distress

Scale (SDS). Cada uma delas possui a sua particularidade, portanto é responsabilidade do enfermeiro saber manusear bem para obter uma correta mensuração da intensidade da dor oncológica.

PALAVRAS-CHAVE: Dor oncológica; Escalas; Enfermagem;

MEASUREMENT OF ONCOLOGICAL PAIN IN THE ELDERLY BY NURSING

ABSTRACT: Cancer pain has the potential to change patients' quality of life, as it can affect the human being completely. Thus, for clients to live better, the nursing team must have a deep knowledge of the technologies used for pain assessment and measurement, as this will provide more effective interventions in the treatment. The objective of this study was to describe the Pain Scale used in clinical nursing practice in the management of Oncological Pain in the Elderly. This is an integrative literature review, where the survey of the question was obtained through the PICO strategy and the initial research was carried out through the Portal of Periodicals of Capes/MEC. Some scales that have been described and are used in practice were: Visual Analog Scale (VAS) and Visual Numerical Scale (VNS), the McGill Questionnaire, the Pain Facies Scale (EFD), the Pain Assessment in Advanced Dementia Scale (PAINAD), the pain barriers scales, the cancer symptom scales, the Multidimensional QOL ScaleYCancer, the Pain Intensity Number Scale (PINS) and the Symptom Distress Scale (SDS). Each of them has its particularity, so it is the nurse's responsibility to know how to handle it well to obtain a correct measurement of the intensity of cancer pain.

KEYWORDS: Cancer pain; Scales; Nursing.

1 | INTRODUÇÃO

A Organização Mundial da Saúde (WHO, 2002) define a pessoa idosa como indivíduos a partir de 60 anos de idade, sendo que esse fator está relacionado ao nível socioeconômico de cada país. Neste sentido, o processo de envelhecimento populacional está ocorrendo de forma acelerada e constante em todo mundo, principalmente no Brasil. De acordo com os dados apresentados pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE, 2016), a partir do ano de 2047, a população deverá parar de crescer, mantendo o processo de envelhecimento populacional, quando os grupos mais idosos ficaram em proporção maior que os mais jovens.

Neste contexto, à medida que a idade avança acontecem diversos danos às células e consequentemente, uma perda gradual das reservas fisiológicas, ocasionando o aumento do risco de contrair doenças e um declínio considerável na capacidade geral do indivíduo (OMS, 2015). Assim, o processo de envelhecimento é considerado uma das principais causas para o desenvolvimento de câncer (CA), onde a incidência de novos casos é superior em indivíduos com mais de 65 anos, representando cerca de 70% dos casos (ANTUNES *et al.*, 2015).

Ador é um dos sintomas mais predominantes e inabilitantes em pacientes oncológicos geriátricos, pois está relacionada aos efeitos direto do tumor, ao tratamento da neoplasia

maligna ou a outros distúrbios não relacionados à doença. (PINTO e MAGALHÃES, 2020). De acordo com a International Association for the Study of Pain (IASP), a dor é uma “experiência sensitiva e emocional desagradável associada, ou semelhante àquela associada, a uma lesão tecidual real ou potencial” (RAJA *et al.*, 2020).

Mesmo não podendo ser objetificada, a dor é considerada como 5º sinal vital e pode ser mensurada, avaliada e tratada, bem como deve haver uma postura e um cuidado holístico por parte dos profissionais diante dos pacientes e familiares. (CASTRO *et al.*, 2021). Cicely Saunders, pioneira no Movimento Hospice moderno, em 1970, já pesquisava e refletia sobre a multidimensionalidade do conceito de dor, caracterizando-a não apenas como um fenômeno físico, mas também como sintoma que se estende às dimensões emocionais, sociais e espirituais, introduzindo, desse modo, o conceito de “Dor Total”. (TAVARES *et al.*, 2021)

Diante do exposto, avaliar a dor oncológica torna-se essencial para a oferta de uma assistência qualificada aos idosos. Uma das formas de avaliação é a mensuração da dor, na qual existem dois tipos de instrumentos, sendo eles: unidimensional e multidimensional. Os instrumentos unidimensionais são aqueles que mensuram apenas a intensidade da dor, já os multidimensionais avaliam as diversas dimensões da dor como a psicológica, social e espiritual (PINTO e MAGALHÃES, 2020).

Neste sentido, a enfermagem como a categoria de saúde mais próxima ao paciente precisa empoderar-se do seu papel e assim avaliar a dor oncológica nas suas diversas dimensões. Desse modo, a enfermagem precisa investigar a queixa de dor daquele paciente, buscar dados que identifique a motivação do surgimento desse sintoma e assim realizar a mensuração com as escalas unidimensionais e multidimensionais para guiar o plano de cuidado humanizado com intervenções acertadas baseada naquele caso (FALLER *et al.*, 2016). Logo, este estudo objetivou identificar os instrumentos de dor utilizados na prática clínica de enfermagem no manejo da dor oncológica em idosos.

2 | METODOLOGIA

Estudo do tipo Revisão Integrativa da Literatura científica com seis etapas para o seu processo de elaboração: 1) Identificação da questão norteadora, 2) Estabelecimento de critérios para inclusão e exclusão dos estudos definição das informações a serem extraídas dos estudos selecionados; avaliação dos estudos incluídos; interpretação dos resultados e apresentação da revisão (MENDES *et al.*, 2008).

Para a elaboração da questão de pesquisa, foi-se utilizado a estratégia PICO (acrônimo para P de população, I de intervenção, C de comparação e O para desfecho. A estratégia ajuda a construir uma pergunta de pesquisa adequada (bem construída) que possibilita a definição correta de informações (evidências), que são necessárias para a resolução da questão clínica de pesquisa (SANTOS *et al.*, 2007).

Desse modo, o primeiro elemento da estratégia consiste em enfermagem (P); o segundo, escalas multidimensionais (I); para o terceiro, não houve comparações (C); o quarto, manejo da dor oncológica em idosos (O). Assim, a questão de pesquisa delimitada foi: “Quais são as escalas de dor usadas na prática clínica de enfermagem no manejo da dor oncológica em idosos?”.

A busca dos estudos primários ocorreu de janeiro de 2016 a outubro de 2021, foi realizada a partir do acesso no Portal de Periódicos da Capes/MEC, com área de conhecimento em ciências da saúde e subáreas, sendo enfermagem, nas seguintes fontes de dados: Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), Wiley Online Library, Medline, Embase, CINAHL with full text, Sciedirect, e Academic Search Premier.

Os descritores controlados selecionados nos Descritores em Ciência da Saúde (DeCS) da Biblioteca Virtual em Saúde (BVS) foram: Multidimensional scale, Cancer pain, Aged, Nursing e Escala multidimensional, Dor oncológica, Idoso, Enfermagem. Empregou-se a seguinte estratégia de busca para seleção das evidências científicas com os seguintes operadores booleanos: Multidimensional scale AND Cancer pain AND aged AND Nursing AND Escala multidimensional AND Dor oncológica AND idoso AND Enfermagem.

Os critérios de inclusão foram: estudos publicados nos últimos 5 anos (2016 - 2021), que respondem à pergunta norteadora do estudo, artigos de pesquisas primárias, gratuitos e disponíveis na íntegra, nos idiomas inglês, espanhol e português. Já os critérios de exclusão foram: estudos de revisão de literatura (integrativa, narrativa, sistemática e escopo), diretrizes, capítulos de livros e estudos duplicados nas bases de dados.

A análise dos estudos ocorreu em pares de forma qualitativa por meio da leitura e releitura dos artigos. Os achados iniciais foram de 1.418 artigos, filtrando com base nos critérios de inclusão e exclusão foram excluídos 1.260. Na segunda fase da coleta ficaram 158 artigos, mas feita a leitura dos títulos e resumos foram excluídos 141 artigos que não condizem com o tema proposto, não tinham enfermeiro como população, não falava de escalas ou outra estratégia para intervenção. Na terceira fase restou 17 artigos, feita a leitura completa foram excluídos 12 por não responderam à pergunta problema. O resultado foi 5 artigos selecionados, revelando uma escassez sobre esse assunto na íntegra. Utilizamos o prisma na figura 1 abaixo (MOHER et al, 2009).

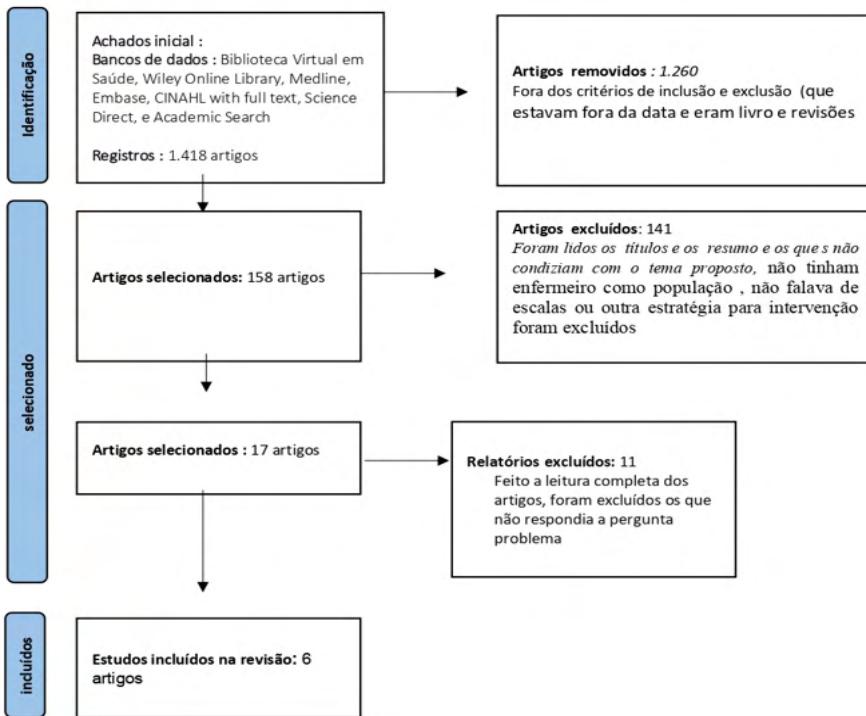


Figura 1: Fluxograma dos artigos incluídos no estudo.

Os resultados foram apresentados em quadros analíticos de fichamentos, cuja função é organizacional, além de um levantamento de características dos estudos. As informações coletadas durante os fichamentos foram: título, ano de publicação, objetivos, desenho do estudo e níveis de evidência e resultados. Por fim, realizou-se a interpretação do material empírico através dos quadros analíticos com as informações pertinentes de cada estudo.

O nível de evidência foi baseado nos autores Polit & Beck (2011), no qual o nível I: Ia - Revisão sistemática de Ensaio Clínico Randomizado- ECR e Ib - Revisão sistemática de ensaios não randomizados; nível II: IIa - Revisão sistemática de Ensaio Clínico Randomizado-ECR individual e IIb - Ensaio não randomizado; nível III: Revisão sistemática de estudos de correlação/observação; nível IV: Estudo de correlação/observação; nível V: Revisão sistemática de estudos descritivos, qualitativos, fisiológicos; nível VI: Estudo descritivo, qualitativo, fisiológico individual; nível VII: Opiniões de autoridades, comitês de especialista.

3 | RESULTADOS E SÍNTESE

Título/Ano	Objetivos	Tipos do Estudo e Nível de evidência (NE)	Resultados
(A1) Cancer Pain and Quality of Life / 2019	Identificar a intensidade, angústia, frequência ou constância da dor em pacientes tratados com câncer ou sintomas de câncer, e para compreender melhor as barreiras do paciente para o controle da dor.	Transversal. População de pacientes com qualquer diagnóstico de câncer em tratamento ou com apenas sintomas de câncer de 2 Centros de câncer locais. Foram aplicados os instrumentos: Questionário de Barreiras de Dor (QBD) e a Escala de Câncer Multidimensional (ECM) em uma amostra de 234 pacientes. Nível de evidência: IV	Amostra relatou dor atual que interferiam em suas atividades de vida diária com intensidade de moderada a intensa em 69%. Com aplicação do QMDQ, houveram muitos relatos da importância do oncologista. E, com o ECM 100% da amostra relatou que a dor interfere na sua qualidade de vida.
(A2) Spiritual Wellbeing of Cancer Patients: What Health-Related Factors Matter?/2020	Determinar os preditores de bem-estar espiritual de pacientes em estágios não terminais com câncer hospitalizados em unidades de oncologia na Lituânia.	Exploratório, descritivo e correlacional em uma população de pacientes com câncer internados em Unidades de Oncologia em amostra de 180 pacientes. Aplicou-se a Escala Oxford Happiness (EOH). Nível de evidência: IV	Amostra relatou satisfação de nível superior ao moderado de felicidade durante o tratamento paliativo pela EOH. Também com a vida e o bem-estar espiritual pela escala de bem-estar espiritual SHALOM. O Índice de Barthel apresentou pontuações de média para mais alta.
(A3) Pain, symptom distress, and pain barriers by age among patients with cancer receiving hospice care: Comparison of baseline data / 2021	Analizar as diferenças de idades relatadas para apresentações de dor e sintomas em pacientes oncológicos ambulatoriais.	Transversal à população de pacientes atendidos em Cuidados Paliativos. Aplicou-se a versão eletrônica do McGill Pain Questionnaire, do PAIN Report It® na amostra de 3.533 pacientes. Nível de evidência: IV	Em análises de regressão múltipla, as diferenças relacionadas à idade permaneceram significativas após o ajuste para gênero, raça, câncer, pontuação de desempenho paliativo e comorbidades. Pacientes com câncer mais velhos relataram menos dor e sintomas do que os pacientes mais jovens. Todos os grupos relataram barreiras semelhantes para o manejo da dor.
(A4) Coping Strategies, Pain, and Quality of Life in Patients with Breast Cancer / 2021	Avaliar o impacto do enfrentamento às estratégias na qualidade de vida (QV) em pacientes com câncer de mama.	Prospectivo em população de mulheres submetidas a tratamento cirúrgico para câncer de mama. Foram aplicados o Questionário de Câncer (EORTC QLQ-C30), Módulo (EORTC QLQ-BR23), Escala Mental Adjustment to Cancer (Mini-MAC) em amostra de 250 pacientes. Nível de evidência: IV	Amostra relatou pelas Escalas dor intensa causada pela doença e tratamentos diminuíram significativamente a QV dos pacientes em vários domínios.

(A5) Saúde do idoso: percepções dos profissionais de enfermagem perante o manejo clínico da dor / 2018 2018	Identificar a percepção da equipe de enfermagem quanto à avaliação e mensuração da intensidade da dor em idosos	Exploratória e descritiva, com abordagem qualitativa. A População foi constituída pela Equipe de Enfermagem do Pronto Atendimento (PA). Aplicou-se questionário semiestruturado em amostra de 10 Enfermeiros(as). Nível de evidência: VI	Verificou-se que apesar da maioria dos profissionais considerar importante avaliar e mensurar a dor, todos eles realizam este processo de forma não sistematizada e possuem saberes incipientes quanto às novas tecnologias utilizadas para o manejo da sensação algica em idosos.
(A6) Comparative Evaluations of Single-Item Pain-Intensity Measures in Cancer Patients: Numeric Rating Scale vs. Verbal Rating Scale / 2020	Avaliar comparativamente a qualidade psicométrica de duas medidas de intensidade da dor de um único item: a Numeric Rating Scale (NRS) e a Verbal Rating Scale (VRS).	Descritivo correlacional. População de pacientes em tratamento de câncer em um Hospital Universitário. Aplicou-se o Brief Pain Inventory (BPI) para avaliar as duas medidas de intensidade de dor (NRS e VRS), em amostra de 249 pacientes. Nível de evidência: VI.	NRS apresentou níveis estatisticamente mais elevados de correlação com as limitações funcionais do que o VRS (0,55 vs. 0,42), comparável à validade concorrente do BPI. O NRS mostrou maior validade do que o VRS ao avaliar a intensidade geral da dor na última semana. A avaliação da dor é um papel vital do enfermeiro no cuidado de pacientes com câncer. Os resultados do estudo atual apoiam o uso da medida de dor NRS de item único para avaliar a intensidade global da dor durante a semana anterior.

Tabela 1: Características dos estudos segundo o título/ano, objetivos, desenho do estudo e nível de evidência (ne) e seus resultados, 2022.

Fonte: Primária (autores)

Cod.	Síntese dos artigos
A1	Identificaram a intensidade, a angústia, a frequência/constância da dor em 105 pacientes em 2 centros médicos ambulatoriais, tratados por câncer ou sintomas de câncer para entender melhor as barreiras do paciente ao manejo da dor, por meio de um estudo transversal com NE= IV. Evidenciou-se que 69 % das pessoas relataram dor com intensidade moderada a intensa que causava angústia, era frequente/constante ou interferia em sua vida. Dessa forma, concluiu-se que o sofrimento, a frequência/constância e as interferências nas atividades diárias estão estreitamente relacionadas à dor causada pelo câncer.
A2	Determinaram os preditores de bem-estar espiritual de 226 pacientes com câncer em estágio não terminal internados em unidades de oncologia na Lituânia, por meio de um estudo transversal exploratório, descritivo e correlacional, com NE= IV. Evidenciou-se que o bem-estar espiritual influencia positivamente o bem-estar emocional, e essa influência é mais forte do que a influência negativa da dor física no bem-estar emocional. Além disso, a felicidade, assim como a satisfação com a vida, foi predita negativamente pela intensidade da dor, mas não teve influência direta no bem-estar espiritual dos pacientes com câncer. Concluiu-se que os níveis de educação, funcionamento físico e tempo de internação predizem o bem-estar espiritual de pacientes com câncer não terminal.
A3	Analisaram as diferenças de idades relatadas para apresentações de dor e sintomas em 230 pacientes oncológicos ambulatoriais entre três grupos etários (20-64 anos, 65-84 anos e 85+), por meio de um estudo transversal com NE= IV. Evidenciou-se em análises de regressão múltipla que as diferenças relacionadas à idade permaneceram significativas após o ajuste para sexo, raça, câncer, pontuação de desempenho paliativo e comorbidades. Concluiu-se que os pacientes mais velhos relataram menos dor e sintomas do que pacientes mais jovens, mas todos os grupos relataram barreiras semelhantes ao manejo da dor. Além disso, esses achados sugerem a necessidade de intervenções sensíveis à idade e à raça para reduzir os níveis de dor e desconforto dos sintomas no final da vida.

A4	Avaliaram o impacto das estratégias de enfrentamento na qualidade de vida em 202 mulheres com câncer de mama, por meio de um estudo prospectivo com NE= IV. Evidenciou-se que a dor intensa causada pela doença e seu tratamento diminuíram significativamente a QV das pacientes em múltiplos domínios. Dessa forma, concluiu-se que as pacientes que optaram por estratégias construtivas obtiveram escores de QV mais altos, enquanto a maior dependência de estratégias de enfrentamento destrutivas foi associada a uma QV significativamente pior.
A5	Identificaram a percepção da equipe de enfermagem (quatro enfermeiros e seis técnicos) quanto à avaliação e mensuração da intensidade da dor em idosos, por meio de um estudo exploratório-descritivo, de abordagem qualitativa com NE= VI. Evidenciou-se que apesar da maioria dos profissionais considerar importante avaliar e mensurar a dor, todos eles realizam este processo de forma não sistematizada e possuem saberes superficiais quanto às novas tecnologias utilizadas para o manejo da dor em idosos. Concluiu-se que é necessário a reorganização da assistência de enfermagem oferecida aos idosos com dor que procuram atendimento hospitalar, apontando o manejo desta como ponto fundamental para a humanização e qualidade do atendimento.
A6	Avaliaram a qualidade psicométrica de duas medidas de intensidade de dor de um único item: a Numeric Rating Scale (NRS) e a Verbal Rating Scale (VRS), com 249 pacientes tratados em um Hospital Universitário Coreano para avaliar a intensidade da dor ao longo de 1 semana, por meio de um estudo descritivo correlacional com NE= VI. Evidenciou-se que o NRS apresentou níveis estatisticamente mais elevados de correlação com as limitações funcionais do que o VRS (0,55 vs. 0,42), comparável à validade concorrente do BPI. Concluiu-se que o NRS apresentou maior validade do que o VRS ao avaliar a intensidade geral da dor em uma semana, ou seja, os achados do estudo atual apoiam o uso dessa medida de dor para avaliar a intensidade da dor global em uma semana.

Quadro 2 - Síntese dos estudos

Fonte: Primária (autores)

4 | DISCUSSÃO

As evidências científicas sobre mensuração da dor oncológica em idosos utilizadas na prática clínica de enfermagem levaram a construção de três (03) temáticas: 1) Uso das escalas na assistência de enfermagem para manejo da dor, 2) Escalas unidimensionais no manejo da dor pela Enfermagem, 3) Escalas multidimensionais na assistência de enfermagem para manejo da dor.

Uso das escalas na assistência de enfermagem para manejo da dor

A dor é retratada como um fenômeno subjetivo, por isso é fundamental que ela seja avaliada e mensurada no atendimento do paciente, para que este possa ter uma orientação terapêutica direcionada, assistência humanizada e focada no bem-estar. Além disso, é considerada como quinto sinal vital, podendo afetar não apenas o estado físico do indivíduo, mas também mental, influenciando também nas relações familiares e sociais (LIMA *et al.*, 2020).

A equipe de enfermagem como uma das profissões mais próxima dos pacientes, pode utilizar as escalas de dor como ferramenta para mensurar a intensidade da dor do indivíduo, entretanto, os profissionais devem estar atentos para a indicação de cada escala. Neste contexto, as escalas de dor podem ser unidimensionais, que são vantajosas por sua rápida e fácil aplicabilidade ou multidimensionais, estas possuem a vantagem de conseguir avaliar a dor em toda a sua complexidade (MOCCELIN *et al.*, 2018).

Corroborando Silva & Monteiro (2018), afirmam que o enfermeiro tem o papel

fundamental no planejamento da assistência ao paciente com dor, onde através do processo de enfermagem, o profissional avalia o paciente de forma individual e em sua totalidade. Essa mensuração é importante e deve vir acompanhada de perguntas como início da queixa, localização, qualidade, frequência. Vários métodos são utilizados para mensurar a intensidade da dor. São instrumentos de mensuração: Escala Numérica; Escala Analógica Visual; Escala de Faces e Questionário de McGill. Deve-se utilizar a que melhor atender a necessidade do paciente, levando em consideração fatores influenciadores como raça, cor, cultura, sociedade e família, que podem interferir na expressão dela.

Escalas unidimensionais: usos no manejo da dor pela Enfermagem

Os achados científicos dessa categoria evidenciam que a utilização das escalas unidimensionais para medir a intensidade da dor em idosos é considerada como o principal instrumento na prática clínica de enfermagem, no qual as duas escalas mais citadas nos estudos foram: escala visual analógica (EVA) e escala visual numérica (EVN). Neste sentido, os estudiosos Osmialowska, *et al.*, 2021; El-Aqoul *et al.*, 2018; Riklikiené, *et al.*, 2020 e Kim & Jung, (2020) relataram que o uso dessas escalas auxilia diretamente na assistência aos pacientes idosos como um direcionamento aos profissionais para a escolha do tratamento e plano de cuidado mais eficaz para o alívio da dor e uma melhor qualidade de vida aos pacientes oncológicos.

Nessa perspectiva, os estudiosos Oliveira, Roque & Maia (2019) evidenciam que são instrumentos que norteiam as ações, objetivando melhorar a condição do paciente oncológico, ainda explanam que o profissional de enfermagem deve estar treinado para aplicar as escalas e interpretá-las. Além disso, relatam que as escalas unidimensionais mais usadas na mensuração da dor na oncológica pela enfermagem em pacientes conscientes são a escala visual analógica (EVA), escala verbal numérica (EVN) e o Questionário de McGill. Além desses, os autores mencionam que para pacientes que apresentem alguma alteração neurológica há outras escalas apropriadas, tais como: escala de fáries de dor (EFD) e Escala Pain Assessment in Advanced Dementia (PAINAD).

Escalas multidimensionais: usos no manejo da dor pela Enfermagem

Para saber gerenciar a dor do câncer, o enfermeiro precisa entender completamente a dor de cada paciente, pois apesar de existirem diversos medicamentos que contribuem para o alívio também existem múltiplas barreiras que atrapalham o seu controle. É imprescindível estratégias de enfermagem e um bom gerenciamento da dor, no estudo de Rodriguez, *et al.* (2019) sobre dor oncológica e qualidade de vida, foram utilizadas diferentes escalas multidimensionais para a mensuração da dor como: escalas de barreiras da dor, escalas de sintomas de câncer e a Multidimensional QOL ScaleYCancer, com o objetivo de identificar a intensidade, angústia, frequência ou constância da dor em pacientes tratados para câncer ou sintomas de câncer, estes instrumentos podem ser utilizados pelo enfermeiro para explorar as percepções do paciente, gerenciar as barreiras percebidas

para o controle da dor e melhorar a qualidade de vida do paciente.

Na pesquisa de Yoon, *et al.* (2021) foi analisado como jovens e idosos encaravam a dor e as suas barreiras a partir da utilização das escalas: Pain Intensity Number Scale (PINS) e Symptom Distress Scale (SDS). Através dos seus resultados foi inferido algumas implicações clínicas, como a importância de medir a dor e os sintomas em todas as faixas etárias com ferramentas fáceis de usar e documentar os resultados relatados pelo paciente.

Além disso, foi indicado a necessidade do desenvolvimento de intervenções adaptadas e sensíveis à idade para pacientes em todas as faixas etárias para minimizar a dor duradoura e os níveis de angústia dos sintomas no fim da vida. Nesse contexto, o enfermeiro deve utilizar estas tecnologias para a avaliação da dor, buscando sempre se adequar às necessidades do paciente para uma correta mensuração.

5 | CONSIDERAÇÕES FINAIS

Portanto, é de suma relevância a compreensão e intervenção no que tange as escalas de mensuração da dor oncológica em idosos pela equipe de enfermagem, observando-se o aumento sociodemográfico dessa faixa etária no país e, consequentemente, as demandas decorrentes do processo de envelhecimento, como o risco elevado de adoecimentos. Com isto, o câncer sobressalta-se como uma das possibilidades de adoecimento que se expande com a longevidade, acarretando consigo a experiência da dor oncológica, que é de ordem subjetiva para cada indivíduo.

Assim, a dor oncológica tem a capacidade de reverberar nas múltiplas dimensões que compõem o ser humano, a saber, em suas esferas biopsicossocial e espiritual, permitindo uma ampliação acerca da visão desse sujeito, evitando reduzi-lo somente ao biológico, formalizando um cuidado que se estende para a integralidade. Além disso, insere-o dentro de seu contexto, vislumbrando sua qualidade de vida, sua autonomia e capacidade funcional quando necessárias, permeando as nuances e os alcances da dor e do adoecimento nos múltiplos aspectos do indivíduo.

Desta forma, é fundamental a atuação da enfermagem no manejo da dor oncológica em idosos, uma vez que por estarem mais próximos aos pacientes o processo de cuidar pode ser em sua totalidade mais bem direcionado. Para a mensuração da dor são utilizadas várias escalas que facilitam o trabalho do enfermeiro no momento da investigação, como as escalas unidimensionais e as multidimensionais. Cada escala possui sua particularidade e maneira de ser utilizada, logo é responsabilidade do enfermeiro saber manusear bem para obter uma correta mensuração da intensidade da dor oncológica e ofertar um cuidado de qualidade.

REFERÊNCIAS

- ANTUNES, Y.P.P.V. et al. **Características clínicas e de sobrevida global em pacientes oncológicos idosos num centro oncológico terciário.** Einstein (São Paulo). 2015; 13(4):487-91. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1679-45082015AO3067>. Acesso em: 06 fev. 2022.
- CASTRO, M.C.F. et al. **Dor total e teoria do conforto: implicações no cuidado ao paciente em cuidados paliativos oncológicos.** Rev Gaúcha Enferm. 2021; 42:e20200311. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2021.20200311>. Acesso em: 4 fev. 2022.
- EL-AQOUL, A. et al. **Factors Associated with Inadequate Pain Control among Postoperative Patients with Cancer.** Pain Manag Nurs. 2018 Apr;19(2):130-138. Disponível em: doi: 10.1016/j.pmn.2017.10.004. Acesso em: 22 de out. 2021.
- FALLER, J.W. et al. **Escala multidimensional na avaliação da dor e sintomas de idosos em cuidados paliativos.** Cogitare Enfer., v. 21, n. 2, p. 01-09, Abr./Jun. 2016. Disponível em: <https://doi.org/10.5380/CE.V21I2.45734>. Acesso em: 22 de out. 2021.
- INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA – IBGE (2016). **Síntese de indicadores sociais: uma análise das condições de vida da população brasileira:** 2016. Rio de Janeiro: IBGE. Disponível em: <https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv101629.pdf>. Acesso em 03 fev. 2022.
- KIM, H.J.; JUNG, S.O. **Comparative evaluations of single-item pain-intensity measures in cancer patients: Numeric rating scale vs. verbal rating scale.** J Clin Nurs. 2020 Aug;29(15-16):2945-2952. Disponível em: doi: 10.1111/jocn.15341. Acesso em: 04 fev. 2022.
- LIMA, V. et al. **O uso da escala da dor pelos profissionais de enfermagem no contexto da urgência e emergência: uma revisão integrativa.** Res. Soc. Dev. v. 9, n. 11, p. 1-17, 2020. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.33448/rsd-v9i11.9403>. Acesso em 03 fev. 2022.
- MENDES, K.D.S.; SILVEIRA, R.C.C.P.; GALVÃO, C.M. **Revisão integrativa: métodos de pesquisa para a incorporação de evidências na saúde e na enfermagem.** Texto Contexto Enferm. São Paulo, v. 17, n. 4, p. 1-7, Out./Dez. 2008. Disponível em:<https://doi.org/10.1590/S0104-07072008000400018>. Acesso em: 23 out. 2021.
- MOCCELIN, J.M. et al. **A saúde do idoso: percepções dos profissionais de enfermagem perante o manejo clínico da dor.** Rev. Saúde. Com, v. 14, n. 2, p. 1186-1196. 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.22481/rsc.v14i2.606>. Acesso em: 22 out. 2021.
- MOHER, D.; LIBERATI, A.; TETZLAFF, J., ALTMAN, D.G. PRISMA Group. **Preferred reporting items for systematic reviews and meta-analyses: the PRISMA statement.** PLoS Med. 2009 Jul 21;6(7):e1000097. Disponível em: doi: 10.1371/journal.pmed.1000097. Acesso em: 22 out. 2021.
- OLIVEIRA, D. S .S.; ROQUE, V. A.; MAIA, L. F. S. **A dor do paciente oncológico: as principais escalas de mensuração.** São Paulo: Revista Recien. 2019; 9(26):40-59. Disponível em: DOI: <https://doi.org/10.24276/rrecien2358-3088.2019.9.26.40-59>. Acesso em: 21 out. 2021.
- OMS. Organização Mundial da Saúde. **Relatório Mundial de Envelhecimento e Saúde.** Brasília, v.7, n.1. Jan./Mar. 2015. Disponível em: <https://sbgg.org.br/wpcontent/uploads/2015/10/OMS-ENVELHECIMENTO-2015-port.pdf>. Acesso em: 21 out. 2021.

OSMIALOWKA, E.; MISIAG, W.; CHABOWSKI, M.; JANKOWSKA -POLANSKA, B. **Coping Strategies, Pain, and Quality of Life in Patients with Breast Cancer.** J Clin Med. 10(19):4469, 2021. Disponível em: doi:10.3390/jcm10194469. Acesso em: 04 fev. 2022.

PAGE, M. J. *et al.* **O comunicado do PRISMA 2020: uma diretriz atualizada para relatórios de revisões sistemáticas.** BMJ 2021;372:n71. Disponível em: doi: 10.1136/bmj.n71. Acesso em: 21 de out. 2021.

PINTO, S. R. S.; MAGALHÃES, M. A. V. **Assistência de enfermagem no controle da dor em pacientes onco geriátricos.** Revista Saberes Docentes, Mato Grosso, v. 5, n. 10. Jul./Dez. 2020. Disponível em: <http://www.revista.ajes.edu.br/index.php/rsd/article/view/344/2>. Acesso em: 21 out. 2021.

POLIT, D.F.; BECK, C.T. **Delineamento de Pesquisa em Enfermagem. Fundamentos de pesquisa em enfermagem: Avaliação de evidências para prática de enfermagem.** Ed. 7. Porto Alegre: Artmed, 2011. Acesso em: 04 fev. 2022.

RAJA, S.N. *et al.* **The revised International Association for the Study of Pain definition of pain: concepts, challenges, and compromises.** Pain. 2020;23. Disponível em: <https://doi.org/10.1097/j.pain.0000000000001939>. Acesso em: 4 fev. 2022.

RIKLILIENÈ, O. *et al.* **Spiritual Wellbeing of Cancer Patients: What Health-Related Factors Matter?** J Relig Health 59, 2882–2898 (2020). Disponível em: <https://doi.org/10.1007/s10943-020-01053-0>. Acesso em: 22 de out. 2021.

RODRIGUEZ, C. *et al.* **Cancer pain and quality of life.** J Hosp Palliat Nurs. Tampa, v. 21, n. 2, p. 116-23, Apr. 2019. Disponível em: <https://doi.org/https://doi.org/10.1097/njh.0000000000000507>. Acesso em: 23 out. 2021.

SANTOS, C.M.C; PIMENTA, C.A.M; NOBRE, M.R.C. **A estratégia PICO para a construção da pergunta de pesquisa e busca de evidências.** Rev. Latino-Am. Enfermagem, V. 15, N. 3, P. 1-4, Jun 2007. Acesso em: 03 de fev. de 2022. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0104-11692007000300023>

SILVA, A.T. D.; MONTEIRO, T. L. **Avaliação e intervenção da enfermagem frente ao paciente com dor crônica.** Orientador: Lorena Campos Santos e Euni de Oliveira Cavalcanti. 2018. 14f. Trabalho de Conclusão de Curso (Bacharel em Enfermagem) - Centro Universitário do Planalto Central Apparecido dos Santos, 2018. Acesso em: 22 out. 2021.

TAVARES, A. T. de A. *et al.* **Management of oncological pain by the nursing team.** Research, Society and Development, [S. I., v. 10, n. 11, p. e472101119854, 2021. DOI: 10.33448/rsd-v10i11.19854. Disponível em: <https://rsdjurnal.org/index.php/rsd/article/view/19854>. Acesso em: 04 fev. 2022.

WHO (2002) Active Ageing – A Policy Framework. **A Contribution of the World Health Organization to the second United Nations World Assembly on Aging.** Madrid, Spain, April, 2002. Disponível em: <https://extranet.who.int/agefriendlyworld/wp-content/uploads/2014/06/WHO-Active-Ageing-Framework.pdf>. Acesso em: 04 fev. 2022.

YOON, S. L. *et al.* **Pain, symptom distress, and pain barriers by age among patients with cancer receiving hospice care: Comparison of baseline data.** J. Geriatr. Oncol. Florida, v. 12, p. 1068–1075. May. 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.jgo.2021.04.008>. Acesso em: 23 out. 2021.

CAPÍTULO 5

COMPLICAÇÕES DA IMPLANTAÇÃO DE MARCAPASSO EM PACIENTES DIABÉTICOS

Data de aceite: 01/04/2022

Geovanna Bandeira de Brito Cavalcanti

FASA - Faculdade Santo Agostinho
Itabuna-BA

<http://lattes.cnpq.br/5842473121747322>

Amanda Lima Souza

Estácio de Sá Campus Città
Rio de Janeiro-RJ

<http://lattes.cnpq.br/6701036411204991>

Anna Virna Neves Bomfim

Faculdade Ages de medicina de Irecê
Irecê- BA

<http://lattes.cnpq.br/0622005348851266>

Ranya Mirelle Santos de Medeiros

Universidade Federal de Alagoas (UFAL -
Campus Arapiraca)
Arapiraca - AL

<http://lattes.cnpq.br/0326091122756710>

Vládia Emanuelle Dias Soares

Medicina UNITPAC
Araguaína Tocantins

<http://lattes.cnpq.br/5235071413102062>

Maria das Mercês da Silva Carvalho

Faculdade Estácio de Juazeiro
Juazeiro – BA

<http://lattes.cnpq.br/5712685459434540>

Keity Helen Alves Teixeira Lima

UNIFTC
Salvador-BA

<http://lattes.cnpq.br/8959179016082768>

Cássia Gabriela Assunção Moraes

Universidade Nilton Lins - UNL
Manaus - AM

<http://lattes.cnpq.br/0792477960141083>

Alessandra Brum Paim

Centro Universitário do Distrito Federal - UDF
Brasília – DF

<http://lattes.cnpq.br/5424584518854023>

Myrlla Karoline Almeida Medeiros

Faculdade Estácio de Alagoinhas- Ba
Alagoinhas- BA

<http://lattes.cnpq.br/5186123471924454>

Amanda Anita de Carvalho Pinto

Universidade de Taubaté
Taubaté – SP

<http://lattes.cnpq.br/9394991486176244>

Júlia Barreto Costa

Universidade Nove de Julho
Guarulhos - SP

<http://lattes.cnpq.br/4461282957248604>

Maria Carolina Furlan Lopera

Universidade de Franca - Unifran
Franca - SP

<http://lattes.cnpq.br/7929521866497735>

RESUMO: **Objetivo:** Avaliar o desempenho e complicações dos marcapassos em pacientes diabéticos. **Métodos:** Foi feita uma revisão integrativa, usando como critério a busca nas bases de dados PubMed, MEDLINE e SciELO entre os anos de 2015 e 2022, utilizando-se os descritores: (i) marca-passo, (ii) complicações do diabetes; (iii) desfibriladores implantáveis.

Resultados: As principais causas para o implante do marcapassos são o bloqueio atrioventricular total, bloqueio atrioventricular do segundo grau Mobitz 2 e doença do nó sinusal. A implantação do marcapasso é dividida em três grupos - classe I, classe II (A e B) e classe III, sendo a classe I de maior necessidade de implantação e a III de menor. A maior parte das complicações se originam por infecções ao manusear o marcapasso, sendo o diabetes mellitus uma variável relevante. Fatores que influenciam menor incidência de infecção incluem desinfecção da sala de cateterismo, temperatura ambiente ideal e utilização de equipamentos de proteção individual. **Considerações finais:** O estudo demonstrou que as Infecções operatórias e pós operatórias constituem a maior parte das complicações, sendo os pacientes com comorbidades os mais afetados.

PALAVRAS-CHAVE: Marca-passos, Complicações do diabetes e Desfibriladores Implantáveis.

COMPLICATIONS OF PACEMAKER IMPLANTATION IN DIABETIC PATIENTS

ABSTRACT: **Objective:** To evaluate the performance and complications of pacemakers in diabetic patients. **Methods:** An integrative review was conducted, using as criteria the search in PubMed, MEDLINE and SciELO databases between the years 2015 and 2022, using the descriptors: (i) pacemaker, (ii) complications of diabetes; (iii) implantable defibrillators.

Results: The main causes for pacemaker implantation are total atrioventricular block, Mobitz 2 second-degree atrioventricular block and sinus node disease. Pacemaker implantation is divided into three groups - class I, class II (A and B) and class III, with class I requiring the most implantation and class III the least. Most complications are caused by infections when handling the pacemaker, and diabetes mellitus is a relevant variable. Factors that influence lower incidence of infection include disinfection of the catheterization room, ideal room temperature, and use of personal protective equipment. **Final Considerations:** The study demonstrated that operative and postoperative infections constitute the majority of complications, with patients with comorbidities being the most affected.

KEYWORDS: Pacemakers, Diabetes Complications, and Implantable Defibrillators.

INTRODUÇÃO

O avanço da tecnologia na medicina possibilita tratamentos que há 50 anos eram impraticáveis, como a implantação de marcapassos (MPs) em pacientes dos quais o nó sinoatrial, o “marcapasso natural” do coração, não é capaz de realizar sua função de enviar impulsos elétricos regulares para que haja a contração dos ventrículos, possuindo extrema importância para o bom funcionamento do seu sistema cardíaco (ENAMORADO ANAYA et.al, 2020).

Nesse contexto, um sistema de MP consiste em um gerador de impulso e eletrodo ou eletrodos, que podem ser unipolares, bipolares ou multipolares. Ou seja, estes mesmos conduzirão o impulso elétrico para o coração do paciente.

Dentre as doenças cardíacas que podem ser tratadas com os MPs são as arritmias cardíacas, cuja incidência é mais acentuada em pacientes diabéticos. Contudo, pacientes com Diabetes Mellitus (DM) possuem maior risco de infecções cirúrgicas, más cicatrizações

e consequentemente infecções durante a recuperação pós a implantação do MP; por isso deve-se salientar a maior importância e atenção que esses pacientes precisam para que não sofram com nenhuma complicaçāo deste procedimento (RAUTIO et.al, 2020).

Dessa forma, pacientes diabéticos que serão submetidos à cirurgia cardíaca devem manter os níveis de glicemia rigorosamente controlados e ficar atentos a outros cuidados necessários, pois a hiperglicemia pode prejudicar a saúde imunológica e vaso circulatória. A queda da imunidade e o comprometimento vascular desencadeiam processos que dificultam a cicatrização. Portanto, favorecem o surgimento de infecções sistêmicas, bacterianas e fúngicas no local. (ANNES, MARLI et.al, 2017).²

Mais de 737.000 procedimentos são realizados por ano no mundo, estimativa média anual no Brasil de 35.000 novos implantes e 15.000 procedimentos de reoperações para manutenção destes dispositivos ou tratamento de complicações. E apesar do grande aumento no número de operações e na complexidade dos aparelhos cardíacos, surpreendentemente pouco se sabe no contexto brasileiro sobre a efetividade e segurança desses dispositivos e seu impacto na mortalidade de seus portadores.

Ademais, estatísticas recentes relatam um aumento na incidência de complicações após procedimentos cirúrgicos em portadores de dispositivos cardíacos eletrônicos implantáveis (DCEI), que tem sido desproporcionalmente maior do que o número de implantes iniciais desses dispositivos. Com isso, suspeita-se de que o DM leve a um aumento do risco de infecções.

Dessa forma, atentando-se para os dados apresentados quanto a relevância desse problema de saúde pública, objetiva-se evidenciar as complicações da implantação de marca-passo em pacientes diabéticos, que devido suas disfunções micro e macro vasculares podem vir a enfrentar infecções diversas após o procedimento.

REVISÃO

Indicações de marcapasso

Em um ritmo cardíaco normal, a atividade elétrica se inicia no nó sinoatrial onde existem células dotadas de automaticidade que funcionam intrinsecamente como um marcapasso. As ondas elétricas vão até o nó atrioventricular para entrar no sistema His-Purkinje e despolarizar rapidamente os ventrículos. Porém, quando existe uma falha nesse sistema é indicada a implantação de um marcapasso artificial para fornecer um estímulo externo e restaurar essa função da geração e condução elétrica cardíaca.

A bradicardia assintomática ou sintomática é determinada pela frequência cardíaca mais lenta, menor que 60 bpm. As sintomáticas possuem características similares, principalmente pela síndrome do baixo fluxo cerebral e/ou sistêmico, onde os sintomas mais comuns são: tontura, pré-síncope, síncope, fadiga e entre outros, sendo geralmente causadas pela doença do nó sinusal (DNS) e bloqueio atrioventricular, sendo assim,

por não possuir fármacos apropriados para o tratamento das bradicardias sintomáticas irreversíveis, o implante de marcapasso é o tratamento mais indicado para essas patologias (Fuganti et al, 2015).

Segundo Madhavan et al (2017), as principais indicações para a estimulação, seguindo cada uma a sua indicação de classes para implante de marcapasso definitivo são: a disfunção do nó sinusal (DNS), a doença adquirida da condução atrioventricular, a síncope neurocardiogênica, as doenças neuromusculares progressivas e a insuficiência cardíaca congestiva. Em consonância com o estudo anterior, para Goldoni et al (2019), as principais causas para o implante do marcapasso foram: o bloqueio atrioventricular total, seguido por bloqueio atrioventricular do segundo grau Mobitz 2 e doença do nó sinusal (DNS).

Todos os marcapassos consistem em dois componentes que são o gerador de pulso, que contém a bateria e a eletrônica, que irá fornecer o impulso elétrico para estimulação do miocárdio e os eletrodos ou condutores, que fornecem o impulso elétrico do gerador para o miocárdio.

As diretrizes para implantação de marcapassos cardíacos foram estabelecidas pelo American College of Cardiology (ACC), pela Heart Rhythm Society (HRS) e pela American Heart Association (AHA). ACC/AHA/HRS divide as indicações de implantação de marcapasso em três grupos:

Classe I	Classe II	Classe III
Evidência e/ou consenso geral de que o implante de marcapasso é benéfico, útil e eficaz. (O implante de marcapasso é indicado)	Evidência contraditória e/ou divergências de opinião sobre a eficácia do implante de marcapasso. II A: Peso de evidência/opinião maioritariamente a favor da utilidade/eficácia. (O implante de marcapasso deve ser considerado) II B: Utilidade/eficácia pouco comprovada pela evidência/opinião. (O implante de marcapasso pode ser considerada)	Evidência ou consenso geral de que o implante de marcapasso não é útil/eficaz e que poderá ser prejudicial em certas situações. (O implante de marcapasso não é indicado)

Tabela elaborada pelos autores.

As condições incluídas nas diretrizes ACC/AHA/HRS como Classe I são Bloco Atrioventricular (AV) de terceiro ou avançado em segundo grau se associado a sintomas ou arritmias ventriculares e em pacientes acordados e assintomáticos em ritmo sinusal ou qualquer taxa de fuga menor que 40 batidas/min, ou originárias abaixo do nó AV; Com fibrilação atrial (AF) e bradicardia com uma ou mais pausas maior que 5 segundos; Com

doenças neuromusculares como distrofia muscular miotônica, síndrome de Kearns-Sayre, distrofia de Erb (distrofia muscular de cinta de membros) e atrofia muscular peroneal, com ou sem sintomas; Quando é precipitado pelo exercício, e na ausência de isquemia miocárdica; Com taxas ventriculares acordadas médias de 40 batidas/min ou mais rápidas se a disfunção da cardiomegalia ou se o local do bloco estiver abaixo do nó AV.

Além disso, estão incluídas também a síncope recorrente causada pela estimulação do seio da carótida e pressão na carótida que induz a sístole ventricular de mais de 3 segundos, bradicardia sintomática documentada, incluindo pausas sinusais frequentes que produzem sintomas, incompetência cronotrópica sintomática, e bradicardia sinusal sintomática que resulta de terapia medicamentosa necessária para condições médicas (MULPURU et al., 2017).

Como classe II A, estão a disfunção do nódulo sinusal com as frequências cardíacas menores que 40 batidas/min quando uma associação clara entre sintomas significativos consistentes com bradicardia e a presença real de bradicardia não foi documentada, síncope de origem inexplicável quando anormalidades clinicamente significativas da função do nódulo sinusal são descobertas ou provocadas em estudos eletrofisiológicos, bloqueio AV de terceiro grau persistente com uma taxa de escape maior que 40 batidas/min em pacientes adultos assintomáticos sem cardiomegalia, bloco AV de segundo grau assintomático em níveis intra ou infra-His encontrados em estudo eletrofisiológico ($HV >100ms$), bloco AV de primeiro ou segundo grau com sintomas semelhantes aos da síndrome do marca-passo ou compromisso hemodinâmico, e síncope neurocardiogênica sintomática associada à bradicardia documentada espontaneamente ou no momento do teste de mesa inclinada (MULPURU et al., 2017).

Consideradas como classe II B, são as doenças neuromusculares como distrofia muscular miotônica, distrofia de Erb (distrofia muscular de cinta-membro) e atrofia muscular peroneal com qualquer grau de bloqueio AV (incluindo bloco AV de primeiro grau), com ou sem sintomas, devido à progressão imprevisível da doença de condução AV, o bloqueio AV no ajuste do uso de drogas e/ou toxicidade de drogas quando o bloco é esperado para se repetir mesmo depois que a droga é retirada, e Pacientes minimamente sintomáticos com frequência cardíaca crônica menor que 40 batidas/min enquanto estão acordados (DALIA et al., 2021).

A classe III, que constitui a contraindicação do uso do implante de marcapasso é representada por pacientes assintomáticos, pacientes para os quais os sintomas sugestivos de bradicardia foram claramente documentados para ocorrer na ausência de bradicardia, pacientes com bradicardia sintomática devido à terapia medicamentosa não essencial, bloco AV de primeiro grau ou fascicular assintomático ou bloco fascicular, bloqueio AV que é esperado para resolver e é improvável que se repita (por exemplo, toxicidade de drogas, doença de Lyme, etc.), resposta cardio sensível hipersensível assintomática à estimulação sinusal carótida, e síncope vasovagal situacional em que o comportamento de evasão é

eficaz e preferido (MULPURU et al., 2017).

Complicações operatórias,pós operatórias e seu impacto na mortalidade

As complicações pós cirúrgica provenientes de dispositivos cardíacos eletrônicos implantáveis (DCEI) consiste em um grande problema originado do aumento das taxas de procedimentos para implantação desses dispositivos, tanto como decorrente do aumento da expectativa de vida da população brasileira,que em algum momento pode vir a necessitar de tal dispositivo em concomitância com uma maior incidencia e prevalencia de comorbidades como a diabetes mellitus (Silva et al.,2016).

Tais complicações podem surgir oriundas a contaminação por patógenos que tem como porta de entrada acessos venosos, cateteres ou até mesmo a realização de procedimento destinados a manutenção dos marcapassos (MPs), essas complicações operatórias e pós operatórias se relacionam fortemente com a presença de fatores de riscos (Silva et al.,2016).

Khalifa at al (2020) comparou dados de dois grupos de pacientes: no grupo A com ocorrência de infecção e no grupo B sem ocorrência de infecção. O estudo apontou que a lavagem das mãos do cirurgião e desinfecção da sala de cateterismo foram os fatores fundamentais mais comumente adotados, seguido da temperatura ambiental ideal e o uso de equipamentos de proteção individual. Sendo assim, a técnica de luva dupla e trocar o par externo de luvas após a desinfecção da pele e antes do primeiro contato com o sítio cirúrgico, teve uma correlação estatística significativa diminuindo a probabilidade de desenvolver infecção.

O risco de desenvolvimento de complicações operatórias e pós operatórias,assim como o aumento da morbimortalidade em pacientes diabéticos que realizam a implantação de dispositivos cardíacos implantáveis alcança 40% dos procedimentos realizados (Polewczyk et al.,2017).

Sendo assim o diabetes mellitus se torna uma variável de extrema relevância em pacientes submetidos a implantação de dispositivos cardíacos eletrônicos implantáveis, porém não se encontra associada a uma permanência hospitalar prolongada. (Kaya et al.,2020).

Considerações sobre o Marca-passo

O Marca-passo (MP) é um sistema que consiste em um gerador de impulso e eletrodo ou eletrodos que conduzem o impulso elétrico para o coração do paciente (A.G. RAPSANG, P. BHATTACHARYYA et al, 2015). A realização do MP tem como objetivo melhor qualidade de vida, além de alterações no prognóstico dos portadores de tais patologias, que limitam a capacidade física e funcional do coração gradativamente.

Atualmente, os MPs, além das bradicardias, são indicados em pacientes com frequência cardíaca normal (bloqueios bi ou trifasciculares) e na presença de taquicardia (ventriculares e supraventriculares). Apesar do alcançar de discreta redução de mortalidade

no tratamento, o paciente pode apresentar uma qualidade de vida alterada em decorrência do aumento de incidência de complicações em portadores de DCEI (Dispositivos Cardíacos Eletrônicos Implantáveis), que tem como principal fator o envelhecimento populacional, que necessita de implante de marca-passos e, por sua vez, está associado ao aumento de comorbidades existentes, como por exemplo o Diabetes, e consequentemente, altas taxas de mortalidade e readmissões hospitalares.

As complicações em procedimentos cirúrgicos para implante ou manutenção de DCEI são frequentes, quando um paciente portador de dispositivo é submetido a qualquer procedimento, deve-se tomar medidas preventivas, como incluir história/exame físico, perguntas sobre o MP no pré e pós operatório, uso de medicamentos de emergência, estimulação e desfibrilação temporárias, reprogramação do marca-passos e desabilitação de certas funções e evitar certos medicamentos e equipamentos que podem interferir na função do MP (SILVIA et al, 2016).

Impacto da DM no miocárdio

É notório nas últimas décadas o aumento substancial de pessoas com diagnóstico de diabetes e problemas do coração. Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), o diabetes é responsável por altas taxas de complicações prematuras de doenças cardiovasculares (OMS,2017).

O diabetes predispõe o desenvolvimento da DAC (doença arterial coronariana), que pode levar à doença cardíaca isquêmica, insuficiência cardíaca e mortalidade precoce. Dessa forma, as alterações cardiovasculares corroboram para as principais causas de morte dos pacientes com diagnósticos de DM (SBD,2019). Além disso, a hipertrofia do coração dos diabéticos está relacionada com a deposição de triglicerídeos no miocárdio e também com o aumento da deposição de colágeno.

A literatura aponta que há combinações entre a disponibilidade de oxigênio e sua perfusão do miocárdio, como também a disponibilidade energética, que geram produtos finais que determinam danos microvasculares, associados à rigidez de cardiomiócitos. (LEHRKE M e MARX N, 2017).

Vale ressaltar que alguns estudos apontam evidências eletrocardiográficas e desenvolvimento de infarto silencioso do miocárdio em pacientes com diagnósticos de diabetes, pode ser observado alterações importantes que predizem o risco elevado de complicações cardiovasculares como: a presença de alterações na onda Q, sobrecarga ventricular esquerda, e áreas de isquemia miocárdica (DAVIS,2013).

Portanto, sabe-se que existe ampla evidência de que o paciente com diabetes e isquemia miocárdica silenciosa ou doença coronariana subclínica, independentemente do método de detecção, apresenta pior prognóstico. onde, dados recentes da Organização Mundial da Saúde (OMS) sugerem que metade dos pacientes com diabetes vão a óbito por fatores associados ao coração e, grande parte dos óbitos de pessoas com diabetes com 65

anos de idade ou mais, a causa é a doença cardiovascular.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O estudo mostrou que as infecções operatórias e pós-operatórias são uma das principais complicações na implantação do marca-passo oriunda da contaminação por patógenos através de acessos venosos, cateteres e manutenção do desfibrilador implantável. Além disso, existe um aumento na incidência das mesmas nos pacientes com comorbidades, como diabetes mellitus, que é responsável por altas taxas de complicações prematuras de doenças cardiovasculares. Portanto, a diabetes mellitus consiste em um fator de significativa influência no prognóstico de indivíduos submetidos à implantação de marca-passo, tornando-se primordial maior atenção a estes pacientes, com o fito de evitar a ocorrência de complicações associadas ao procedimento.

REFERÊNCIAS

1. Rozner MA. Implantable cardiac pulse generators: pacemakers and cardioverter-defibrillators. In: Miller RD, editor. *Miller's anesthesia*. 7th ed. USA: Churchill Livingstone; 2009. p. 1388---402 [chapter 43].
2. Organização Mundial da Saúde (OMS). Cardiovascular Diseases (CVDs). Key Facts, 2017. Disponível em: https://www.who.int/cardiovascular_diseases/en/. Acesso em: 30 jan. 2022.
3. LEHRKE M, MARX N. Diabetes Mellitus And Heart Failure. *Am J Cardiol*, 2017. 120: 37-47.
4. SBD – Sociedade Brasileira de Diabetes. Diretrizes da Sociedade Brasileira de Diabetes 2019-2020. Clannad, 2019. 419p.
5. Davis TM, Coleman RL, Holman RR, Group U. Prognostic significance of silent myocardial infarction in newly diagnosed type 2 diabetes mellitus: United Kingdom Prospective Diabetes Study (UKPDS) 79. *Circulation*. 2013;127(9):980-
6. Khalifa MMM, Kolta ML, Tawfik M, Khaled S, Fakhry EE. Preventive infection control in cardiac device implantation. *Herzschriftmacherther Elektrophysiolog*. 2021 Mar;32(1):54-61. English. Epub 2020 Oct 27. PMID: 33108510. Disponível em : https://academic.oup.com/europace/article/23/Supplement_4/iv11/6283887. Acesso em: 31 Jan.2022.
7. Hercé B, Nazeyrollas P, Lesaffre F, et al. Risk factors for infection of implantable cardiac devices: data from a registry of 2496 patients. *Europace*. 2013;15(1):66-70. Disponível em <https://academic.oup.com/europace/article/15/1/66/529815?login=false>. Acesso em: 31 Jan.2022.
8. ILVA,Katia et al. Complicações após Procedimentos Cirúrgicos em Portadores de Dispositivos Cardíacos Eletrônicos Implantáveis: Resultados de um Registro Prospectivo. Disponível em : <https://www.scielo.br/j/abc/a/7kPBXdbtNzHRxsTGvBgs5B/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 29 Jan.2022.
9. SILVA,Katia et al. Complicações após Procedimentos Cirúrgicos em Portadores de Dispositivos Cardíacos Eletrônicos Implantáveis: Resultados de um Registro Prospectivo. Disponível em : <https://www.scielo.br/j/abc/a/7kPBXdbtNzHRxsTGvBgs5B/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 29 Jan.2022.

10. POLEWCZYK, Anna et al. Infectious complications in patients with cardiac implantable electronic devices: risk factors, prevention, and prognosis. *Pol Arch Intern Med*, v. 127, n. 9, p. 597-607, 2017. Disponível em:<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28724879/>. Acesso em : 29 Jan.2022.
11. KAYA, Elif et al. "Impact of diabetes as a risk factor in patients undergoing subcutaneous implantable cardioverter defibrillator implantation: A single-centre study." *Diabetes & vascular disease research* vol. 17,2 (2020): 1479164120911560. doi:10.1177/1479164120911560. Disponível em:<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32292066/> Acesso em: 29 Jan.2022.
12. SILVA,Katia et al.Complexões após Procedimentos Cirúrgicos em Portadores de Dispositivos Cardíacos Eletrônicos Implantáveis: Resultados de um Registro Prospectivo. Disponível em : <https://www.scielo.br/j/abc/a/pt3XfQfC3zmKG7KQCPNfNkn/>
13. MACIEL, silvia et al. Perfil Clínico e Evolução de Pacientes com Infecção Relacionada a Dispositivos Cardíacos Eletrônicos Implantáveis. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/abc/a/pt3XfQfC3zmKG7KQCPNfNkn/>
14. A.G. RAPSANG, P. Bhattacharyya et al. Marcapassos e cardioversores desfibriladores implantáveis --- considerações gerais e anestésicas. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rba/a/dymfHvyVPwj9JH9gBfHMFkj/?format=pdf&lang=pt>

CAPÍTULO 6

A APLICABILIDADE DA CRIOLIPÓLISE NO TRATAMENTO DE LIPODISTROFIA LOCALIZADA: UMA REVISÃO SISTEMÁTICA DE LITERATURA

Data de aceite: 01/04/2022

Data de submissão: 07/03/2022

Bruna Sthefanny da Cunha Ferreira

Universidade Ceuma, Pró-Reitoria de
Graduação

São Luís – Maranhão

<http://lattes.cnpq.br/3175892010453738>

Caroline Rocha Machado

Universidade Ceuma, Pró-Reitoria de
Graduação

São Luís – Maranhão

<http://lattes.cnpq.br/4271355973127754>

Thais Azevedo Benites

Coordenadora de Pós-Graduação em
Biomedicina Estética, Curso de Biomedicina da
Universidade Ceuma
São Luís – Maranhão

<http://lattes.cnpq.br/7721816665170898>

RESUMO: Nos dias atuais vivemos uma intensa corrida em busca de um corpo perfeito, estabelecido por parâmetros empregados pela sociedade, estampados em mídias sociais e para seguir esses padrões de um corpo magro, esguio e sem lipodistrofia é observado o aumento da busca por procedimentos estéticos não invasivos. A criolipólise é um método não invasivo, que utiliza o resfriamento localizado de células adiposas, com temperaturas entre menos 5°C e 10°C, gerando uma inflamação na camada de gordura localizada abaixo da pele provocada pelo frio, responsável por causar

um apoptose e em sequência a diminuição da gordura localizada, sendo um procedimento que pode ser realizado em diversas regiões, como: flancos, abdômen, coxas, braços. Este trabalho teve como objetivo verificar se a criolipólise tem efeitos para a diminuição de tecido adiposo nos casos de lipodistrofia localizada. Trata-se de um estudo descritivo e explicativo, de abordagem qualitativa, baseado em revisões da literatura, compreendendo materiais científicos publicados nos anos de 2017 a 2021 e encontrados nos bancos de dados da BVS e do *Google Acadêmico*. Os estudos demonstraram que a técnica de criolipólise apresentou redução significativa na lipodistrofia localizada, quando administrada conforme os protocolos padrões de segurança, sendo eficaz e satisfatória e administrada em associação com outras técnicas invasivas proporciona respostas rápidas. Conclui-se que a aplicação da criolipólise para tratar a lipodistrofia localizada gera bons resultados através do resfriamento das células adiposas, levando uma morte programada e diminuindo assim a espessura da camada de tecido adiposo subcutâneo.

PALAVRAS-CHAVE: Criolipólise. Lipodistrofia. Apoptose.

THE APPLICABILITY OF CRYOLIPOSIS
IN THE TREATMENT OF LOCALIZED
LIPODYSTROPHY: A SYSTEMATIC
LITERATURE REVIEW

ABSTRACT: Nowadays we live an intense race in search of a perfect body, established by parameters used by society, stamped on social media and to follow these patterns of a thin,

slender body and without lipodystrophy, an increase in the search for non-invasive aesthetic procedures is observed. . Cryolipolysis is a non-invasive method that uses the localized cooling of fat cells, with temperatures between minus 5°C and 10°C, generating inflammation in the layer of fat located below the skin caused by the cold, responsible for causing an apoptosis and in sequence the decrease of localized fat, being a procedure that can be performed in different regions, such as: flanks, abdomen, thighs, arms. This study aimed to verify whether cryolipolysis has effects on the reduction of adipose tissue in cases of localized lipodystrophy. This is a descriptive and explanatory study, with a qualitative approach, based on literature reviews, comprising scientific materials published in the years 2017 to 2021 and found in the VHL and Google Scholar databases. The studies showed that the cryolipolysis technique showed a significant reduction in localized lipodystrophy, when administered according to standard safety protocols, being effective and satisfactory and administered in association with other invasive techniques provides rapid responses. It is concluded that the application of cryolipolysis to treat localized lipodystrophy generates good results by cooling the adipose cells, leading to programmed death and thus decreasing the thickness of the subcutaneous adipose tissue layer.

KEYWORDS: Cryolipolysis. Lipodystrophy. Apoptosis.

1 | INTRODUÇÃO

Nos dias atuais vivemos uma intensa corrida em busca de um corpo perfeito, estabelecido por parâmetros empregados pela sociedade, estampados em mídias sociais e para seguir esses padrões de um corpo magro, esguio e sem lipodistrofia é observado o aumento da busca por procedimentos estéticos não invasivos (PINTO; PEREIRA; BACELAR, 2018; BRAGA; LOUSADA, 2018).

Apesar do público feminino ser maioria nas clínicas estéticas em busca do “corpo perfeito”, nota-se um aumento da corrida para a beleza pelo público masculino. E nesta busca entram os procedimentos não invasivos, que tragam resultados seguro, rápido e indolor, concentrando as áreas de Saúde e Estética para melhora da qualidade de vida, voltada para um estado completo de bem-estar físico, mental e social (JORNAL DA USP, 2021).

De acordo com a literatura, a Lipodistrofia localizada, também chamada de gordura localizada, se caracteriza pelo acúmulo de células de gordura em algumas áreas mais específicas do corpo, onde esses locais irão depender de cada organismo, mudando de acordo com cada pessoa e fatores gênico. Em média, a lipodistrofia representa 15% do peso corporal nos homens e 25% nas mulheres, isso porque a distribuição dos adipócitos serem diferente entre eles, ou seja, as células justapostas apoiadas em feixes conjuntivos, nas mulheres são paralelos, e nos homens, são em formato de rede (BRAGA; LOUSADA, 2018; MAIA, 2018).

O excesso de gordura localizada afeta o tecido adiposo, que é a camada de gordura subcutânea localizada na hipoderme, constituída por adipócitos, células que armazenam

lipídios (NASCIMENTO, 2019). Resumidamente, a lipodistrofia localizada são depósitos de gordura que são distribuídos de forma inadequada. São resistentes a dietas e a prática de atividade física, e estão relativamente associadas ao número de células adipocitárias, podendo ter aspectos hereditários (PINTO; PEREIRA; BACELAR, 2018).

Como uma das soluções para reduzir a lipodistrofia localizada, em 2008 foram realizadas as primeiras pesquisas sobre a Criolipólise pelos doutores Dieter Manstein e Rox Aderson. A técnica criolipólise foi descoberto pelo cientista Zeltiq Aesthetics no ano de 2005. Ao longo do tempo, essa técnica vem apresentando grande eficácia para tratar gordura subcutânea localizada em diversos países (SILVA; CARVALHO, 2018).

A partir das pesquisas dos doutores Manstein e Anderson o primeiro estudo foi aplicado em animais, selecionando algumas regiões expostas às baixas temperaturas que variava entre 20° C a 7°C por um período de 30 a 60 minuto em cada região, em seguida feita uma sucção a vácuo na região tratada, com o objetivo de reduzir o fluxo de sangue e limitar a área em que iria ser tratada (MAIA, 2018; AGUIAR, 2020).

A técnica só foi liberada ao público no ano de 2010, em Boston no Estados Unidos, onde foi determinado um tempo de aplicação de até 45 minuto em cada local e a temperatura podendo chegar até menos 10°C. Somente em 2012 esse recurso terapêutico chegou ao Brasil, tendo liberação da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA), permitindo sua aplicabilidade conforme os parâmetros de tempo de aplicação e temperatura já estabelecidos (TAGLIOLATTO *et al.*, 2017, MAIA, 2018; AGUIAR, 2020; SOUSA; FULCO, 2021).

No decorrer das práticas e estudos foi observado que através do resfriamento ocorria a morte induzida de células de gordura, apoptose, já que se chamou de apoptose, que ocorre de forma programada e controlada, sem causar nenhum dano para a pele ou estruturas vizinhas do paciente. Desse modo, passou-se a acreditar que a criolipólise, através de uma única aplicação, por meio da exposição ao frio, é capaz de diminuir cerca de 30% a espessura da camada superficial das células adiposas na região tratada (SILVEIRA; PADILHA, 2019; FAULHADER *et al.*, 2019).

Ainda segundo a literatura, a criolipólise é conhecida por ser um procedimento estético não invasivo, que apresenta excelentes resultados para tratar lipodistrofia localizada, uma técnica não cirúrgica, sem a necessidade de internação hospitalar e aplicação de anestesia geral, sem complicações (quando resguardadas as situações de contraindicação) após o procedimento e sem necessidade de repouso (FAULHADER *et al.*, 2019).

Trata-se de uma técnica que vem sendo muito procurada devidas as suas vantagens e custo-benefício, pois não utiliza anestesia ou medicação, incisões, o tempo de aplicação pode ser curto, o processo é indolor e não possui orientações absolutas após o procedimento. É uma técnica que demonstra resultados comprovados cientificamente e que pode estar combinada com outras técnicas para sua maior eficácia (RAMOS, 2020; SOUSA *et al.*, 2021; SOUSA; FULCO, 2021).

A aplicação da criolipólise é justificada nos efeitos sistêmicos produzidos no organismo, já que interferem no equilíbrio termodinâmico e estimulam os mecanismos da termorregulação que acontecem por meio do congelamento controlado e seletivo, reduzindo as células de gorduras localizadas com base no resfriamento da gordura subcutânea, o que leva a sua eliminação (BRAZ *et al.*, 2017; SOUSA; FULCO, 2021).

A técnica é realizada com ajuda de um aparelho específico, cujos aplicadores conectam-se perfeitamente às diferentes áreas do corpo. A ponteira do aparelho promove uma sucção a vácuo da pele e da fração de gordura localizada (AGUIAR, 2020). Simultaneamente, o resfriamento intenso e controlado da gordura destrói os adipócitos. O congelamento equilibrado atua rompendo seletivamente as células adiposas, que são mais sensíveis ao frio sem provocar danos aos nervos, músculos e outras estruturas próximas (MAIA, 2018; NASCIMENTO *et al.*, 2019).

Durante a aplicação, ocorre o resfriamento, que leva a morte dos adipócitos por meio do processo de apoptose, formando uma paniculite local. Essa paniculite é uma resposta inflamatória gerada através do congelamento das células de gordura, causando dessa forma a sua diminuição por apoptose.

Essa inflamação leva a apoptose, que é a principal causa da morte das células de gordura, gerando assim a diminuição da espessura da gordura localizada. Essa lesão inflamatória inicial ocorre entre 24 a 72 horas após a aplicação da técnica, podendo durar até 30 dias em média, onde em exames histológicos podem ser verificados células mononucleares e neutrófilos. O pico inflamatório é em torno de até 14 dias, sendo que até 30 dias os macrófagos entram em ação no tecido, eliminando as células adipocitárias que foram mortas a partir do processo de apoptose, caracterizando uma resposta natural do organismo na tentativa de reparar a lesão causada. A redução dessa inflamação ocorre em média de 60 a 120 dias após a aplicação, causando assim a diminuição do número de células adipocitárias (RAMOS, 2020).

Para aplicação da técnica de Criolipólise utiliza-se uma membrana anticoagulante na área a ser tratada, com o intuito de proporcionar a proteção da pele, uma vez que baixas temperaturas podem provocar queimadura. A técnica de criolipólise só é segura se for aplicada com essa membrana protetora embebida por um líquido crioprotetor, onde preserva o material biológico do tecido, não podendo ser reutilizada (AGUIAR, 2020).

Tratando-se das intercorrências que podem acontecer durante a aplicação da criolipólise, a mais provável é a queimadura da pele, entretanto, isso é ocasionado devido erros de aplicação por profissionais não capacitados, pelo mal manuseio do equipamento e uma aplicação inadequada da técnica. Contudo, a principal causa de lesão tecidual se dá por queimadura, devido a reutilização da membrana protetora (RAMOS, 2020; AGUAIR, 2020). Ainda sobre as contraindicações é colocado que pessoas com diagnósticos de doenças relacionadas ao frio, gestantes na região-alvo, pacientes com hérnia precisam evitar este tipo de procedimento estético (TAGLIOLATTO *et al.*, 2017).

Sobre a indicação e contraindicação da Criolipólise, a técnica é indicada somente após uma avaliação realizada com profissional habilitado, respeitando as contraindicções do procedimento que são: cirurgias recentes, infecções, feridas na região de epiderme, sensibilidade ao frio, pessoas obesas, gestante, e pacientes oncológicos. Deve informar ao paciente a importância de seguir uma alimentação balanceada e a realização da prática de atividade física, pois isso irá potencializar os resultados e facilitar a eliminação das células de gordura (AGUIAR, 2020).

2 | MÉTODO

Tratou-se basicamente de estudo descritivo e explicativo, de abordagem qualitativa, baseado em revisão sistemática da literatura, compreendendo materiais científicos publicados de 2017 a 2021, incluindo teses, dissertações e artigos científicos e encontrados nos bancos de dados da BVS e do *Google Acadêmico*. Nas pesquisas os descritores utilizados foram: “Lipodistrofia”, “Criolipólise”, “Efeitos da criolipólise na lipodistrofia” e “Adiposidade e apoptose”.

A seleção dos materiais seguiu com os parâmetros de inclusão e exclusão, os quais foram: Por inclusão – selecionados aqueles que abrangessem o critério temporal (de 2017 a 2021), das línguas do português, inglês e espanhol, com os mesmos (ou semelhantes) objetivos e hipóteses desta pesquisa, completos e de natureza bibliográfica e estudos de casos/clínicos. E por exclusão, os materiais fora do critério temporal determinado e incompletos (apresentando apenas o resumo).

Foram utilizados 44 artigos dos quais 06 foram selecionados para trabalhar a análise dos dados. A limitação dos materiais escolhidos seguiu o critério tomando-se como orientação os títulos direcionados ao tema proposto e os efeitos e resultados da técnica de criolipólise para tratamento da lipodistrofia localizada. Após esta seleção aprofundou-se a leitura para cada categoria de análise.

3 | RESULTADOS

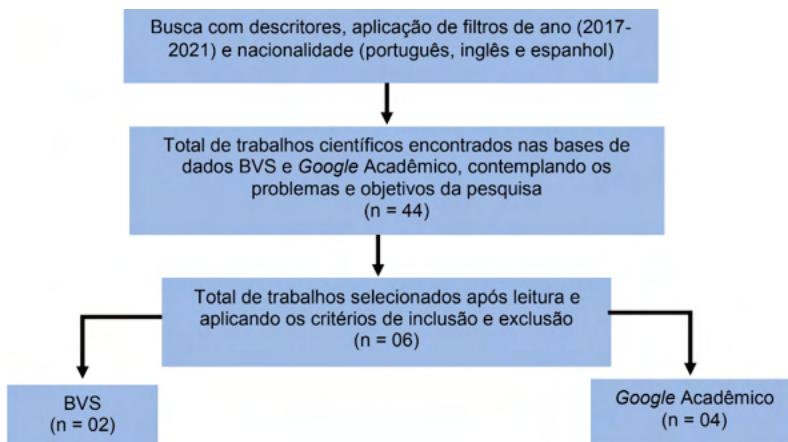
A amostra consistiu em 44 artigos científicos baseados nos descritores da busca, filtrando a data de publicação e a nacionalidade. No quadro 1 é apresentada a quantidade de artigos encontrados e quantos foram manuseados. O *Google Acadêmico* foi à ferramenta de busca que mais trouxe resultados, devido exibir mais conteúdos relacionados à pesquisa.

Plataforma	Descritores	Encontrados	Selecionados
Google Acadêmico	“Lipodistrofia localizada”, “Tecido adiposo subcutâneo”, “Criolipólise”, “Técnica de criolipólise no tratamento da lipodistrofia localizada”	37	05
		07	01
Total		44	06

Quadro 1 - Total de artigos selecionados em cada plataforma

Fonte: Elaborado pelas autoras, 2022.

Assim, foram selecionados 06 artigos após rigorosa leitura sobre os temas, objetivos, metodologia, resultados e discussão, sendo possível observar a relação entre a técnica de criolipólise e o tratamento da lipodistrofia localizada. O Fluxograma 1 apresenta estes resultados:



Fluxograma 1 – Etapas da pesquisa

Fonte: Elaborado pelas autoras, 2022

Os 06 (seis) artigos foram divididos em duas categorias para análise, sendo elas: Categoria 1 – Fisiologia da lipodistrofia localizada, onde foi incluso artigos que abordam a estrutura, funcionamento e os processos físico-químicos que ocorrem nas células, tecidos, órgãos e sistemas dos seres vivos sadios e Categoria 2 – Aplicação da técnica de criolipólise, postos artigos que descrevem os efeitos e resultados da técnica, como podem ser observados no quadro 2.

CATEGORIA/ANÁLISE 1				
Autor/ Ano	Titulo	Objetivos	Metodologia	Resultados e Discussão
SOUZA, E. P. e FULCO, T. de Oliveira, 2021	Efeitos da intradermoterapia na lipodistrofia localizada: histórico e análise histológica do tecido adiposo.	Análise histológica do tecido adiposo submetido à mesoterapia em experimentos <i>in vitro</i> ou <i>in vivo</i> , assimilando a correlação entre as áreas de Saúde e Estética.	Pesquisa bibliográfica, exploratório e explicativo	Os estudos demonstraram que quando centrada no abdômen, está relacionada à resistência à insulina, hipertrigliceridemia, dislipidemia e inflamação, constituindo-se como um dos principais fatores de risco para DCV.
CATEGORIA/ANÁLISE 2				
Autor/Ano	Titulo	Objetivos	Metodologia	Resultados e Discussão
BRAGA e LOUSADA, 2018	Criolipólise e o tratamento da lipodistrofia localizada	Analizar por meio de referências bibliográficas e depoimentos de especialistas (Fisioterapeuta, Dermato-Funcional, Enfermeiro e Biomédico) que já utilizaram a Criolipólise sobre os resultados.	Revisão da Literatura, com aplicação de entrevista	Foi citado pelos entrevistados a quebra da gordura por apoptose e redução de medidas de 20% a 30% após final do processo, confirmando a eficácia da criolipólise no tratamento da lipodistrofia localizada.
MAIA, V. R. da Costa, 2018	Comparação de protocolo biomédicos para redução da adiposidade abdominal feminina utilizando a criolipólise	Comparar protocolos biomédicos para redução da adiposidade abdominal em mulheres jovens por meio da criolipólise.	Pesquisa clínica – estudo longitudinal, quantitativo e descritivo	Todos os grupos obtiveram diminuição de adiposidade localizada e quanto maior o tempo de aplicação, resultados mais expressivos podem ser alcançados.
FAULHA-BER, J. et al., 2019	Contorno corporal não invasivo eficaz usando uma combinação de criolipólise, lipólise por injeção e ondas de choque	Investigar a segurança e eficácia da criolipólise combinada	Pesquisa clínica – estudo aberto, prospectivo, multicêntrico e comparativo	A análise histológica de 3 meses de acompanhamento revelou uma reação mais profunda do tecido adiposo subcutâneo com a combinação tripla terapia (criolipólise, lipólise por injeção, onda de choque radial) do que com o duplo combinação no que diz respeito ao dano de adipócitos e grau de inflamação.

NASCI-MENTO, D. P. et al., 2019	Avaliação da criolipólise como terapêutica para a redução da adiposidade abdominal	Avaliar a aplicação de apenas uma sessão da Criolipólise na redução da gordura localizada na região abdominal.	Pesquisa clínica – aplicação de questionário e avaliação	Verificou-se que houve efeito significativo ($p<0,0001$) para a individualidade da resposta ao tratamento de cada paciente e também para o efeito de repetição, demonstrando que as médias das variáveis avaliadas antes e depois da criolipólise diferiram estatisticamente entre si.
SILVA, G. A. T. et al., 2021	Eficácia da criolipólise para redução da gordura subcutânea: uma revisão sistemática e metanálise	Avaliar a eficácia da criolipólise na redução de gordura subcutânea	Revisão da Literatura	A maioria dos estudos concorda que a técnica de criolipólise é uma ferramenta eficaz.

Quadro 2 - Ordem das literaturas conforme as Categorias 1 e 2 de análises dos dados.

Fonte: Elaborado pelas autoras, 2022.

No quadro 2 está especificado os estudos referentes à Categoria 1 e 2 de análise, e apresentam, respectivamente, a realidade consoante à estrutura e funcionamento e processos físico-químico que ocorrem nas células pela lipodistrofia localizada e a aplicação da técnica de criolipólise, com ênfase para a sua eficácia e tempo e média de eliminação de gordura localizada.

Quanto as dificuldades para realização desta busca científica, a maioria dos trabalhos, considerando-se o critério tempo (2017-2021) determinado para a pesquisa, estão voltados diretamente para os tratamentos da lipodistrofia localizada, citando-se a criolipólise associada com outros tipos de técnicas voltadas para a redução da adiposidade abdominal.

4 | DISCUSSÃO

Os resultados encontrados seguiram a finalidade dessa pesquisa, que foi o de associar os artigos ao problema e objetivos lançados, considerando a estrutura e funcionamento relativos à lipodistrofia localizada e a aplicação da técnica de criolipólise e aspectos do tratamento. Diante disso, a discussão está dividida em dois tópicos: Categoria 1 – Fisiologia da lipodistrofia localizada – estrutura, funcionamento e processos físico-químicos que ocorrem nas células e Categoria 2 – Aplicação da técnica de criolipólise – eficácia do tratamento associado ao tempo médio de aplicação para eliminação de gordura localizada.

4.1 Categoria 1: Fisiologia da lipodistrofia localizada

Com referência a análise 1 – sobre as funções e funcionamento físico-químico

que ocorrem nas células, a adiposidade visceral é considerado um fator de risco para o desenvolvimento da síndrome metabólica, estando associada à resistência à insulina, à dislipidemia e a um estado pró-inflamatório e protrombótico (SOUZA; FULCO, 2021).

Assim, os estudos de Sousa e Fulco (2021, p. 49) revelam que, segundo conceitos e mecanismos fisiológicos do tecido adiposo, este trata-se de um conjunto de células adiposas (adipócitos), com metabolismo dinâmico que apresenta significativa reserva energética, “sob forma de triglicerídeos (TFAs), sendo liberada à medida que o organismo necessita, além de sustentar e proteger diversos órgãos, funciona como isolante térmico”. Todo o processo “atua na biossíntese de hormônios que controlam a homeostase metabólica”. Em síntese, quando há “desequilíbrio entre o consumo alimentar, gasto energético e hormônios, há um aumento no tratamento do adipócito, que se expande, aumentando seu volume para armazenar TGAs”, causando a hipertrofia do adipócito, ou seja, a chamada de gordura localizada.

4.2 Categoria 2: Aplicação da técnica de criolipólise

Na análise 2, e considerando a eficácia da aplicação da técnica de criolipólise para tratar a lipodistrofia localizada, os efeitos e o tempo médio de aplicação, seis trabalhos trouxeram resultados importantes.

Sobre a eficácia para tratamento do excesso de tecido adiposo localizado subcutâneo, Braga e Lousada (2018) e Silva *et al.* (2021) corroboram que, até o momento, a técnica de criolipólise, que consiste na técnica de resfriamento local não invasiva, é bastante utilizada em vários países, eficaz para a redução da gordura localizada e sua aplicação não produz danos à pele quando seguidos todos os protocolos biomédicos, e que quando associada com outras técnicas como ultrassom, radiofrequênciа, carboxiterapia e etc., potencializa os resultados.

Quanto aos efeitos da técnica de criolipólise, Faulhaber *et al.* (2019, p. 01), cita que os principais efeitos da aplicação da criolipólise por injeção combinada com ondas de choque, “inclui o IMC basal ($P = 0,02$) e circunferência da cintura ($P = 0,006$)” e a região abdominal, destacando que esta última responde mais positivamente ao triplo protocolo de combinação do que os flancos. Revela também que a técnica combinada é um método muito eficaz, não invasivo e que apresentam resultados em menor tempo, comparado com a monoterapia sozinha, que demanda um tempo de aplicação maior.

E sobre a quantidade e tempo de aplicação da técnica de criolipólise os estudos de Maia (2018, p. 34;35) destaca que “o tempo indicado de aplicação é de 70 minutos”, com temperatura variando entre -5°C e -8°C , e quanto maior for o tempo, “maior será a profundidade de ação, tendo mais camada adiposa atingida”, além de combinada com outra(s) técnica(s). Em Nascimento *et al.* (2019) os estudos trouxeram que a diminuição do volume abdominal por meio da criolipólise é significativa, já com apenas uma sessão.

Como visto na literatura, a maioria dos estudos trouxeram que a criolipólise é

um recurso terapêutico eficaz para tratamento da gordura localizada, principalmente na região abdominal; que a técnica protocolar biomédica deve ser seguida para obtenção de resultados satisfatórios e seguros e que quanto mais tempo de aplicação da técnica melhores são as respostas. Além de destacar que a combinação com outras técnicas não invasivas aumenta ainda mais a melhora da redução da lipodistrofia localizada (BRAGA; LOUSADA, 2018; MAIA, 2018; NASCIMENTO *et al.*, 2019; FAULHABER *et al.*, 2019; SILVA *et al.*, 2021).

5 | CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os estudos foram favoráveis e alcançaram os objetivos da pesquisa, trazendo que a lipodistrofia localizada é uma patologia bastante comum e, principalmente, observada nas mulheres, e que, por isso, muitas buscam por tratamentos estéticos capazes de reduzi-la e até eliminá-la de forma segura, indolor e rápida. Explicando que ela está relacionada à resistência à insulina, hipertrigliceridemia, dislipidemia e inflamação, sendo fator de risco para o desenvolvimento de doenças cardiovasculares (DVC).

Além disso, como uma das soluções para tratar a patologia temos a criolipólise, uma técnica que se destaca pela alta procura nos centros de estética por apresentar resultados satisfatórios. Os estudos foram positivos para esta prática, trazendo que, seguindo os protocolos, ou seja, respeitando o tempo médio de aplicação (60 minutos), a temperatura (-5°C e -10°C), os protocolos de aplicação padrão (duração – de uma a duas aplicações os resultados são observados, equipamentos e locais adequados e com profissionais capacitados e habilitados) e o estado clínico do cliente/paciente (IMC, Perimetria, Peso, se o paciente é sensível à técnica). Caso contrário, a prática inadequada pode ocasionar efeitos colaterais adversos, principalmente relacionado à queimadura.

Assim, os estudos confirmaram que as respostas são positivas para redução da gordura localizada por meio da aplicação da técnica de criolipólise, principalmente quando associada com outros procedimentos, como por ondas choque, mecanismos de massagem ou outras tecnologias. Com essas conclusões, a criolipólise para o tratamento da lipodistrofia é avaliada como segura e eficaz.

REFERÊNCIAS

AGUIAR, C. C. A. **Eficácia da criolipólise na redução de lipodistrofia localizada e seus aspectos fisiológicos**. UNICEUB. Educação superior, 2020.

BRAGA, L. B. B.; LOUSADA, M. L. R. Criolipólise e o tratamento da lipodistrofia localizada. **Revista Estética em Movimento**, Belo Horizonte, Universidade FUMEC, v. 1, p. 1-20, 2018.

BRAZ, A. E. *et al.* Efeitos da criolipólise na região abdominal. **Rev. Fisioter. Bras.**, v. 18, n. 3, p. 339-44. 2017.

FAULHABER, J. et al. Effective noninvasive body contouring by using a combination of cryolipolysis, injection lipolysis, and shock waves – Contorno corporal não invasivo eficaz usando uma combinação de criolipólise, lipólise por injeção e ondas de choque. **Journal Of Cosmetic Dermatology**, p. 6, 2019.

JORNAL DA USP. Cresce em mais de 140% o número de procedimentos estéticos em jovens. [recurso online]. Publicado e atual., nov. 2021. Disponível em: <https://jornal.usp.br/?p=381431>. Acesso em: 02 fev. 2021.

MAIA, V. R. da Costa. **Comparação de protocolos biomédicos para redução da adiposidade abdominal feminina utilizando a criolipólise**. Dissertação (Pós-Graduação em Engenharia Biomédica). Universidade Tecnológica Federal do Paraná. Curitiba, 2018. 123 p.

NASCIMENTO, D. P. Avaliação da criolipólise como terapêutica para a redução da adiposidade abdominal. **Revista Amazônica – Science & Health**, v. 7, n. 1, p. 93-104. 2019.

PINTO, M; PEREIRA, L; BACELAR, L. O uso do ultrassom no tratamento de lipodistrofia localizada: revisão de literatura. **Revista Saúde em Foco**, n 10, v.3, 2018.

RAMOS, A. L. G. Criolipólise, ultrassom e radiofrequência na redução da lipodistrofia localizada – revisão de literatura. UNICEUB Educação superior, 2020.

SILVA, C. M da.; CARVALHO, D. K. de. Percepção de clientes submetidas à técnica de criolipólise no tratamento da adiposidade localizada na região abdominal. **Repositório Aninaeducação**, 2018.

SILVA, G. A. T.; SOUZA, D. R.; PARREIRAS, K. E. C.; POLESE, J. C.; SILVA, F. Souza da. Eficácia da criolipólise para a redução de gordura subcutânea: uma revisão sistemática e metanálise. Sociedade Brasileira de Dermatologia – SBD **Surgical & Cosmetic Dermatology**, UAEM, v. 13, e202100005, 2021.

SILVEIRA, C. T.; PADILHA, M. R. A ultrassonografia como método de diagnóstico – resultado pós criolipólise na lipodistrofia abdominal. **Revista CESCAGE – Experiências e Evidências em Fisioterapia e Saúde**, 3 ed., jan./jul. 2019. ISSN 2595-7872.

SOUZA, D. S. et al. Eficácia do uso da criolipólise e suas associações. **Brazilian Journal of Health Review**, Curitiba, v. 4, n. 4, p. 14923-939, jul./aug. 2021.

SOUZA, E. P.; FULCO, T. de Oliveira. Efeitos da intradermoterapia na lipodistrofia localizada: histórico e análise histológica do tecido adiposo. **Rev. Episteme Transversalis**, Volta Redonda, RJ, v. 12, n. 2, p. 45-67, 2021.

TAGLIOLATTO, S.; TOSCHI, A.; BENEMOND, T. M. H.; CHEN WU, S. LU; YOKOMIZO, V. M. F. Criolipólise – revisão da literatura, analise de complicações. **Surg. Cosmet. Dermatol.**, v. 9, n. 7, p. 324-27. 2017.

CAPÍTULO 7

PERCEPÇÃO DOS GESTORES EM UM HOSPITAL DE REABILITAÇÃO SOBRE OS IMPACTOS DA IMPLANTAÇÃO DA METODOLOGIA DIAGNOSIS RELATED GROUPS (DRG) BRASIL PARA A MELHORIA DA EFICIÊNCIA OPERACIONAL E ENTREGA DE VALOR

Data de aceite: 01/04/2022

Wilson Almeida

Mestrado Profissional em Administração-
UNIALFA/CBEXs

Microeconomics of Competitiveness – MOC –
ENFOQUE GESTÃO DE SAÚDE

Ana Maria Cristina Beltrami Sogayar

Mestrado Profissional em Administração-
UNIALFA/CBEXs

Microeconomics of Competitiveness – MOC –
ENFOQUE GESTÃO DE SAÚDE

Fabiana Lopes dos Santos

Mestrado Profissional em Administração-
UNIALFA/CBEXs

Microeconomics of Competitiveness – MOC –
ENFOQUE GESTÃO DE SAÚDE

Mauro da Cruz Assad Monteiro

Mestrado Profissional em Administração-
UNIALFA/CBEXs

Microeconomics of Competitiveness – MOC –
ENFOQUE GESTÃO DE SAÚDE

Raimundo Nonato Diniz Rodrigues Filho

Mestrado Profissional em Administração-
UNIALFA/CBEXs

Microeconomics of Competitiveness – MOC –
ENFOQUE GESTÃO DE SAÚDE

Lídia Guimarães Moraes

Mestrado Profissional em Administração-
UNIALFA/CBEXs

Microeconomics of Competitiveness – MOC –
ENFOQUE GESTÃO DE SAÚDE

RESUMO: O Diagnosis Related Groups (DRG) é uma metodologia de classificação de doenças para pacientes internados em hospitais desenvolvida no final da década de 60 por Fetter e uma equipe de pesquisadores da Universidade de Yale nos Estados Unidos, que reflete a média da relação do tipo de paciente tratado no hospital e a previsibilidade do consumo de recursos relacionado a esse tratamento. Foi realizado um estudo do tipo analítico, transversal, com Profissionais da Gestão em Saúde, representantes de tomadores de decisões estratégicas desta unidade para identificar a percepção deste grupo em relação à eficiência operacional e entrega de valor, por meio de um questionário e posteriormente analisado por um grupo de especialistas. Resultado: Contextualizando as questões relacionadas a sustentabilidade dos sistemas de saúde e o conceito de "Valor em Saúde", amplamente discutido nos últimos anos, a heterogeneidade dos resultados encontrados na pesquisa com lideranças do Setor de Saúde, demonstra o desafio que ainda existe em análise dos dados, correlação com a realidade e com eficiência em saúde.

PALAVRAS-CHAVE: DRG, valor, gestão, saúde, eficiência.

1 | INTRODUÇÃO

Segundo pesquisa realizada pela consultoria Deloitte, na publicação “O futuro desperta” (2017), são projetadas muitas mudanças no campo da saúde até o ano de 2022, entre tantas tendências, destacam-se o

aumento da expectativa de vida, o crescimento exponencial em tecnologias para à saúde populacional, o desenvolvimento de novos programas baseados em genética, o aumento de infraestrutura para a medicina de precisão, o aumento de doenças crônicas, a cronificação de doenças agudas e a inversão da pirâmide populacional em diversas nações que ainda não enfrentam tal realidade.

No contexto brasileiro, o Instituto Coalizão Saúde (ICOS, 2018), grupo formado por importantes lideranças na temática de saúde, traz a definição teórica de valor em saúde, como: O equilíbrio entre (1) a percepção do cidadão quanto à experiência assistencial; (2) prevenção e tratamentos apropriados que proporcionem desfechos clínicos de alta qualidade; (3) e custos adequados em todo o ciclo de cuidado, permitindo a sustentabilidade do sistema de saúde. (ICOS, 2018, p. 12).

A importância desta temática no Brasil é tão alta que recentemente (março/2019), a Agência Nacional da Saúde Suplementar (ANS), regulador da saúde suplementar no Brasil, disponibilizou ao mercado um guia para remuneração baseado em valor. Neste guia, a agência traz propostas inovadoras que o mercado da saúde suplementar pode utilizar no processo de renumeração a todos os elos da cadeia produtiva de saúde. Como grande objetivo, a ANS pretende incentivar o início dos projetos que premiam aqueles que entregarem mais em qualidade dos serviços, trabalhando com um controle financeiro importante para a sustentabilidade do sistema.

O ponto mais importante na visão da ANS é que determinados programas fomentem o desenvolvimento de projetos no âmbito preventivo em relação às doenças.

O Diagnosis Related Groups (DRG) é uma metodologia de classificação de doenças para pacientes internados em hospitais desenvolvida no final da década de 60 por Fetter e uma equipe de pesquisadores da Universidade de Yale nos Estados Unidos, que reflete a média da relação do tipo de paciente tratado no hospital e a previsibilidade do consumo de recursos relacionado a esse tratamento.

Para o desenvolvimento do sistema de classificação DRG, os pesquisadores de Yale utilizaram o seguinte pressuposto básico: mesmo que cada paciente seja único, eles possuem características semelhantes entre si nos aspectos sociais, demográficos, nosológicos e terapêuticos, o que permite seu agrupamento. Desta forma, a construção de grupos formados por pacientes semelhantes, em princípio, possibilitaria a caracterização dos diferentes produtos hospitalares.

Acentua-se que, apesar do DRG ser uma metodologia voltada para o controle de custos, seus benefícios vão além dos aspectos financeiros como por exemplo a melhoria na qualidade assistencial, por permitir a avaliação da ocorrência de condições adquiridas, dentre elas, as infecções hospitalares, com consequente redução da duração da permanência hospitalar dos pacientes (Husser, Guerin, Bretones, 2012).

A efetividade mensurada pelo DRG em uma organização poderá ser comparada com outras organizações hospitalares, criando oportunidades de melhoria de desempenho

(Serufo, 2014).

A assistência à saúde prestada em regime de hospitalização compreende o conjunto de atendimentos oferecidos ao paciente desde sua admissão até sua alta hospitalar, incluindo-se todos os atendimentos e procedimentos necessários para obter ou completar o diagnóstico e as terapêuticas necessárias para o tratamento. Os pacientes internados em processo de reabilitação recebem atendimento clínico e cirúrgico adequado às suas necessidades, visando intensificar o tratamento multidisciplinar, com intervenções terapêuticas e orientação para promoção da saúde.

Mais recentemente, o conceito de valor em saúde tem evoluído de forma exponencial no cenário mundial, em função dos diversos desafios apresentados pela sociedade contemporânea, entre eles, o próprio aumento da população, seu respectivo envelhecimento e o desejo e a necessidade de acesso às novas descobertas.

Porter (2010, p. 2478) afirma que “medir, relatar e comparar os resultados talvez sejam os passos mais importantes para melhorar rapidamente os resultados e fazer boas escolhas sobre a redução de custos”.

O gerenciamento de uma organização hospitalar exige provisionar seus custos/gastos com ferramentas que a aproximam da realidade. A tarefa de aferição da produtividade pode ser complexa e duvidosa, dessa forma, diversos métodos são experimentados e a utilização do DRG tem se mostrado eficiente, sendo utilizado na avaliação de produtividade através de desfechos assistenciais. Desta forma, considerando os melhores cases dentro do nosso escopo de atuação profissional para elaboração deste estudo, criou-se a seguinte pergunta de pesquisa: Qual a percepção dos gestores em um Hospital de Reabilitação sobre os impactos da implantação da metodologia DRG para a melhoria da eficiência operacional e entrega de valor?

2 | OBJETIVO

2.1 Objetivo geral

Avaliar a percepção dos gestores em um Hospital de Reabilitação sobre os impactos da implantação da metodologia DRG.

3 | REVISÃO DE LITERATURA

3.1 Contexto Geral

O CRER está localizado no município de Goiânia, é uma instituição reconhecida pelo Ministério da Saúde como Centro Especializado em Reabilitação (CER) IV referência na Reabilitação e Readaptação Física, Auditiva, Intelectual e Visual, fundamentada no ensino e pesquisa, tendo sido habilitada como Centro de Referência de Reabilitação em Medicina

Física, Auditiva, Visual e Intelectual, pela Portaria MS/SAS nº 496 de 03/05/2013. O CRER atende no âmbito da média e alta complexidade a população de Goiânia e municípios do Estado de Goiás.

De acordo com estimativa realizada pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) em 2020, a população do Estado de Goiás apresenta 7.113.540 habitantes.

A população de Goiânia, no mesmo período foi estimada em 1.536.097 habitantes, com área territorial de 728,841 km² e densidade demográfica 1.776,74 hab./km², representando 21,06% da população do Estado de Goiás.

Dados do programa das nações unidas para o desenvolvimento (PNUD), demonstram em uma comparação entre o índice de desenvolvimento humano municipal (IDHM), no ano de 2010, que o IDH brasileiro foi de 0,699, numa escala de 0 a 1, no mesmo período analisado o IDHM no Estado de Goiás foi de 0,735, e no município de Goiânia o IDHM foi de 0,799 e está situado na faixa de desenvolvimento humano alto (IDHM entre 0,700 e 0,799) melhor índice, se comparado a Goiás e ao Brasil.

Segundo dados da Secretaria Municipal de Planejamento e Urbanismo (SEPLAN) da prefeitura de Goiânia, o município representa a sexta maior cidade do Brasil em tamanho, o décimo segundo município mais populoso do Brasil e segunda cidade mais populosa do Centro-Oeste, sendo superada apenas por Brasília, com 256,8 km² de área urbana, e uma taxa de crescimento que variou de 2,31% em 1991 para 1,71% em 2017.

Esses dados são importantes para a compreensão do contexto regional, local e econômico ao qual este Hospital de Reabilitação está inserido e qual o seu papel para a rede de atenção à saúde no Estado de Goiás.

Assim, quanto mais a humanidade se dedica para alcançar uma vida verdadeiramente saudável e ativa na tentativa de viver mais e com qualidade, os gastos com à saúde crescem de igualmente proporcional. Prova de tal situação é vista quando comparamos a inflação dos países versus os custos com a saúde. Para se ter uma ideia, segundo o Centers for Medicare and Medicaid Services (CMS), órgão que administra o sistema de saúde norte-americano – hoje o país que mais gasta com saúde no mundo –, os Estados Unidos terão um crescimento com os gastos em saúde a uma taxa anual de 5,8% até 2025 ou 1,3 ponto percentual acima do PIB do país.

Porém o problema não consiste nos gastos em si ou somente neles, mas na efetividade desse gasto, ou, em outras palavras, na custo-efetividade que tal gasto traz ao sistema versus o quanto ele entrega ao usuário. O gráfico 1 apresenta dados do Institute for Health Metrics and Evaluation (IHME) por meios dos quais é possível observar um comparativo global entre os gastos em saúde de 2000 até 2018. O resultado demonstra que os custos mais que duplicam ao longo desses 18 anos, chegando a 10,8 trilhões de dólares em 2018.

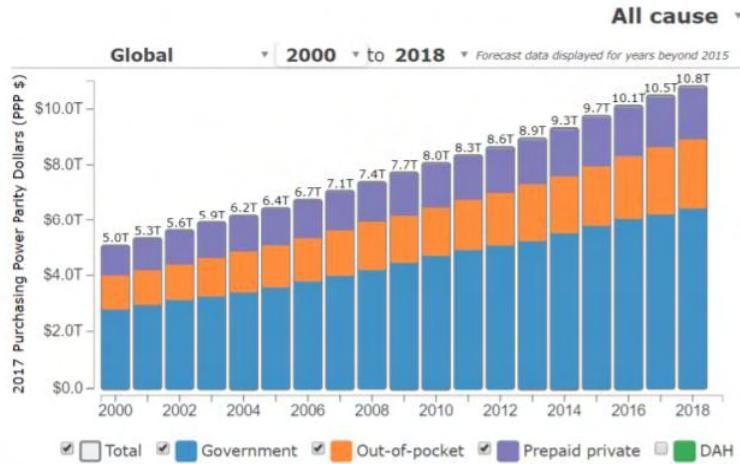


Gráfico 1 - Gastos globais em saúde entre 2000 e 2018 (dólares).

Fonte: IHME, 2019.

Ao analisar as tendências com os gastos em saúde é possível observar que tal número trabalha em curva ascendente, mostrando que os gastos totais globais com saúde chegarão em 2035 a quase o dobro de 2019, alcançando 17,8 Trilhões de dólares, como evidenciado no gráfico 2.

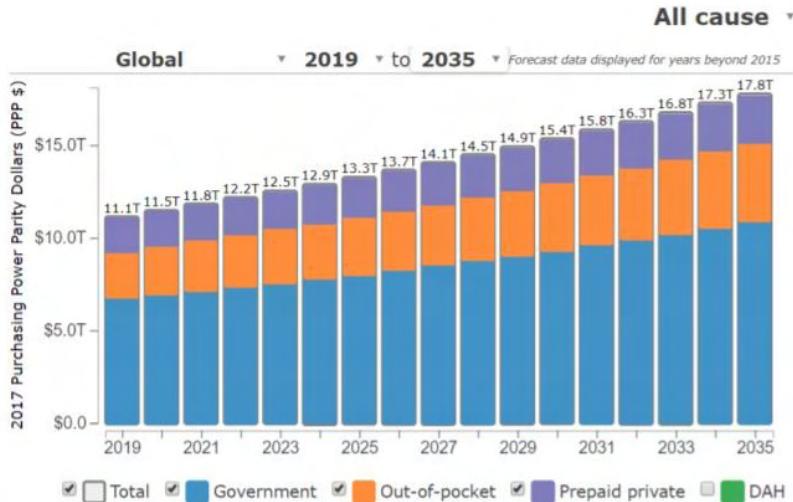


Gráfico 2 - Gastos em saúde entre 2019 e 2035 (dólares).

Fonte: IHME, 2019.

Trazendo o parâmetro para o Brasil, é possível verificar que os números estão alinhados com o descontrole global, pois a chamada “inflação médica” ainda é maior que a

do próprio país, como apresentado no gráfico 3.

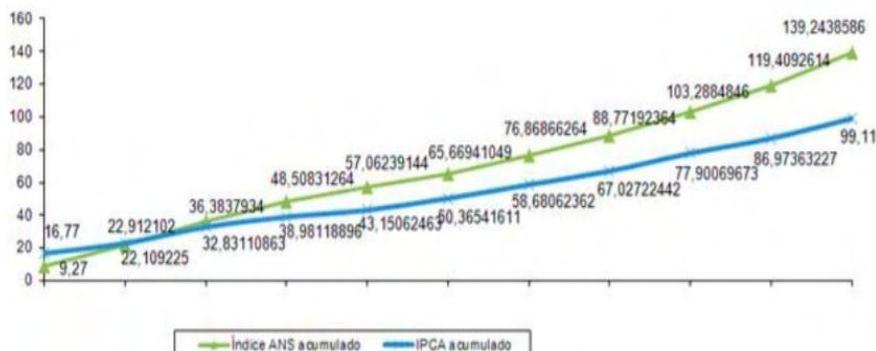


Gráfico 3 - Evolução dos índices dos planos de saúde (individual) da ANS em relação à inflação (IPCA) acumulados entre 2003 e 2013.

Fonte: Instituto Brasileiro de Defesa do Consumidor - IDEC, 2019.

Segundo Medici (2012), em uma comparação direta dos gastos em saúde globais versus o Brasil, o cenário é preocupante. Porém, não muito distante, outros países no mundo também se posicionam em situação de risco. Ainda assim, o Brasil possui uma vantagem: como o investimento em saúde ainda é pequeno, existe uma possibilidade maior de correção de erros e realização de investimentos nos locais corretos e com maior velocidade, tendo como resultado mudanças menos bruscas em relação a países que já aportam mais dinheiro em operações de saúde.

3.2 Contexto do Negócio

O sistema DRG foi criado em colaboração pelas escolas de saúde pública e administração da Universidade de Yale no final da década de 60, sendo o projeto liderado pelo professor Robert Fetter.

Em meados da década de 70 esse sistema sofreu adaptações para atender a proposta de ser usado como base para o pagamento a hospitais no estado de Nova Jersey (EUA).

A partir dos anos 80, além do início de sua utilização na Europa para estratificação de risco de grupos homogêneos de diagnósticos, também passou a ser utilizado como pagamento prospectivo a hospitais que prestam assistência aos beneficiários do esquema governamental de seguro americano (Medicare). Desde a década de 90, essa ferramenta consolidou-se como metodologia associada a efetividade assistencial (podendo estabelecer relação dos resultados assistenciais e custos). Desde então, tem sido mundialmente utilizada para apoio à gestão clínica de hospitais, correlacionando os tipos de pacientes atendidos nas instituições com os recursos consumidos durante o período da permanência

hospitalar.

Em meados da década de 90, mais países incorporaram o DRG como principal meio de informação para o reembolso de hospitais e até hoje eles mantêm esse sistema. São exemplos de países que aplicaram o DRG a China (GAO, 2013), Alemanha (Herwartz & Strumann, 2012), França (Husser, Guerin, & Bretones, 2012).

Inicialmente, separaram-se os possíveis diagnósticos em sistemas do corpo humano e dentro de cada sistema foi feita uma subdivisão em grupos. Cada grupo, então, era avaliado em relação a quantidade de recursos consumidos para o tratamento de determinada condição de saúde. Desde o princípio de sua elaboração o DRG manteve o foco na clínica e no paciente, sendo que os grupos de trabalho eram compostos por médicos e estatísticos que buscavam a coerência médica e estatística nos agrupamentos.

O DRG constitui um sistema de classificação de pacientes internados em hospitais que atendem casos agudos, ou seja, aqueles em que a média de permanência do paciente não ultrapassa 30 dias.

A construção do sistema consiste na combinação de idade, diagnóstico principal, comorbidades e complicações da doença, ou diagnósticos secundários e procedimentos realizados como variáveis definidoras das categorias. O sistema DRG permite a comparação do desempenho hospitalar, permitindo classificação e facilidade na obtenção dos dados de hospitalização necessários, que podem ser coletados em resumos de saída hospitalares. Essa classificação atualmente é utilizada em diversos países do mundo e sofre muitas modificações, aprimoramento e criação de novas versões, de acordo com cada país (Noronha, Portela, Lebrão, 2004).

Este produto hospitalar pode ser entendido como o conjunto específico de serviços oferecidos para cada paciente (Veras et al., 1990).

Seu propósito inicial era permitir comparações de desempenho nos hospitais (Mathauer & Witenbecher, 2013).

Para formar os grupos foi desenvolvida uma metodologia que usa técnicas estatísticas e computacionais, aliadas aos conhecimentos de medicina e dos processos de atendimento hospitalar (Noronha et al., 1991).

Ao se formarem os grupos, espera-se que os casos dentro de cada DRG sofram evoluções clínicas semelhantes. Em seguida, estes grupos devem incorrer nos custos de diagnóstico e tratamento dentro de uma escala predefinida. Esta previsibilidade foi comprovada em estudos de custos de doenças, assim como em ensaios sobre eficiência clínica (Wang et al., 2014).

Este foi o caso de gestações de risco, doença pulmonar obstrutiva crônica, diabetes, depressão, dependência de drogas e álcool, hepatite, distúrbios neonatais, pneumonia e câncer (Mihailovic, Kocic & Jakovljevic, 2016).

Os benefícios do DRG foram evidenciados em diversas pesquisas e constatou-se que sua utilização gerou maior eficiência nos gastos, diminuição do tempo de internações

e melhor controle de gestão (Gao, 2013; Mihailovic, Kocic, Jakovljevic, 2016).

Atualmente existem 784 produtos DRG (Saúde Business, 2017) no total, sendo que cada um deles possui um consumo homogêneo de recursos. Além dessa similaridade, os grupos são clinicamente coerentes, baseados em variáveis disponíveis nos prontuários médicos e definidos sem ambiguidade e limitados a uma quantidade possível de ser utilizada no cotidiano da gerência dos serviços.

No Brasil, a gestão da saúde pode se beneficiar dessa metodologia principalmente pelo seu potencial em mitigar iniquidades existentes. A proposta de valor está estruturada na ampliação da capacidade de gestão dos serviços de saúde conforme avaliação epidemiológica e monitoramento dos achados, direcionando intervenções que tenham maior custo-efetividade, com pagamento e gestão focados em resultados e remuneração associada a desempenho (CISS,2005).

No momento em que o paciente tem alta, seu diagnóstico é catalogado de acordo com a décima edição da Classificação Internacional de Doenças e seus procedimentos segundo o Código Único de Procedimentos de Saúde, categorização nacional, a qual foi fundamental aprovar pela nona edição de Classificação Internacional de Doenças e Modificações Clínicas, pois o DRG utiliza esta versão de classificação (CORTÉS et al, 2016).

A característica mais importante dos DRGs é permitir a comparação do desempenho hospitalar. Essa qualidade da classificação, associada à facilidade na obtenção dos dados de hospitalização necessários, encontrados em resumos de saída hospitalares, é o que permite sua utilização para diversos propósitos dentro da grande área de gestão dos serviços hospitalares. Sua aplicação tem sido voltada para o pagamento de hospitalizações e para o planejamento e gestão do sistema de atenção hospitalar em seus diversos níveis. (Wiley,1992).

Existem dois tipos principais de extremos de padrões de pagamento de prestadores. O modelo fee-for-service, cujos pagamentos se referem ao volume e à intensidade de serviços médicos fornecidos, ou seja, não há moderação correta para os prestadores e os modelos de pagamentos prospectivos, como os Grupos de Diagnósticos Relacionados (DRGs), nos quais os pagamentos são fixados prospectivamente por paciente, sem levar em conta a intensidade ou o custo dos serviços prestados (McClellan, 2011 apud REIS, 2017).

O estudo e implementação da classificação DRG podem proporcionar melhoria na eficiência médica dos hospitais, maior produtividade, aumento da transparência dos gastos hospitalares, diminuição de tratamentos excessivos, diminuição dos gastos do sistema de saúde (causando melhorias na economia do país), possibilidade de moldá-lo às características de cada país, além de não causar mudanças radicais nos tratamentos dos pacientes.

Segundo Porter e Tiesberg (2006), valor em saúde se resume a uma equação onde

valor é igual a qualidade dividida pelo custo ($V=Q/C$). Neste caso valor pode estar ligado tanto ao conceito de qualidade assistencial ou qualidade de vida como desfecho. Busca-se uma análise de correlação entre essas dimensões no aspecto ampliado do termo valor, inclusive com um retrato financeiro disso. Também, segundo os autores, o mercado de saúde trabalha basicamente considerando o cálculo de soma zero, ou seja, não importa qual será o resultado efetivo que trará ao paciente, mas sim de que maneira ocorrerá a capitalização sobre aquele processo de tratamento.

Passado algum tempo desde a publicação do conceito de cadeia de valor, Porter e Tiesberg (2006) propõem uma nova dinâmica teórica, a qual se traduz como saúde baseada em valor (em inglês, Value-Based Health Care). Tal teoria traz consigo duas grandes preocupações: custos mais acessíveis e melhores desfechos, ou em outras palavras resultados de qualidade aos pacientes. Assim se propôs, pela primeira vez, uma equação numérica para se atingir o resultado de valor, no qual custo é dividido por qualidade da entrega e o resultado de tal equação se traduz em valor.

Em um artigo publicado em 2010, Porter traz uma visão mais tridimensional a respeito da mensuração baseada em valor aplicada a saúde. Segundo o autor, uma vez que valor fica definido como os resultados em relação aos custos, automaticamente o resultado tem que ser eficiência.

Porter (2010) afirma que “a redução de custos sem levar em conta os resultados alcançados é perigosa e autodestrutiva, levando a falsas “economias” e potencialmente limitando o atendimento eficaz.” Neste mesmo artigo o autor traz o conceito de mensuração em valor, em que afirma que todas as atividades de cuidado ao paciente são interdependentes, e para pacientes que exigem assistência primária ou preventiva, o real significado de valor se constrói ao longo do tempo. Portanto, a única maneira de medir com precisão o valor é acompanhar os resultados desse paciente de forma longitudinal e contínua (PORTER, 2010).

3.3 Desafios dos sistemas de saúde no mundo e no Brasil

Durante muitos anos, o debate sobre gestão de saúde ou quais seriam as melhores práticas do mercado toma os centros das discussões no mundo. Isso se deve pela grande dificuldade que os executivos do segmento identificam para encontrar, além de novas soluções, profissionais qualificados para atender as novas demandas dos mercados. Tais questões envolvem áreas regulatórias, avanços tecnológicos, educação em saúde se moldando a nova realidade com a utilização cada vez maior de inteligência artificial e questões éticas no mercado da saúde.

Segundo a Revista Forbes (2013), existem cinco grandes desafios para o mercado da saúde pelos próximos anos, os quais são:

3.3.1 Muitos cuidados desnecessários (too much unnecessary care)

O uso excessivo e o cuidado desnecessário são responsáveis por um terço a metade de todos os custos de saúde, que equivalem a centenas de bilhões de dólares, além do meio trilhão de especialistas por ano atribuído à perda de produtividade e incapacidade.

(BINDER, 2013, p.1)

Corroborando tal asserção, uma pesquisa realizada por Cors e Sagin (2011) demonstra as possíveis principais razões do uso demasiado do cuidado. Os autores destacam os seguintes pontos:

- Metodologias de pagamento que incentivam o volume à qualidade;
- Demanda do consumidor por serviços;
- Um clima de negligência que encoraje a prática de medicina defensiva;
- Falta de dados de eficácia comparativa;
- Má comunicação e coordenação dos cuidados entre os provedores;
- Registros eletrônicos de saúde inadequados e registros eletrônicos como apoio à decisão;
- Cultura prática predominante na qual “mais é melhor” e valor elevado é colocado em intervenções tecnológicas. Uma ênfase na autonomia prejudica o uso de protocolos padronizados e adoção rápida de melhores práticas;
- Publicidade direta ao consumidor;
- Pressão de tempo nas interações do paciente com os médicos;
- Conflitos de interesse entre a comunidade médica e indústrias que vendem tecnologia médica e drogas.

3.3.2 Danos evitáveis aos pacientes (Avoidable Harm to Patients)

Este é um dos problemas mais comuns dos cuidados de saúde. As estatísticas são impressionantes. Veja um exemplo: um em cada quatro beneficiários do Medicare internados em um hospital sofre algum tipo de dano durante a estadia. Você entraria no seu carro se pensasse que tinha uma chance em quatro de dano durante a viagem?

(BINDER, 2013, p. 1)

Segundo Benedicto (2019), mesmo os profissionais da saúde agindo da forma mais adequada, o número de tecnologias que são lançadas diariamente, associadas a um tipo de “overdose” de tratamento aumentam os riscos de efeitos indesejáveis.

3.3.3 Bilhões de dólares estão sendo desperdiçados (Billions of Dollars are Being Wasted)

Um relatório do Institute of Medicine Health sugere que um terço ou mais dos custos de saúde são desperdiçados. O custo dessas entregas eletivas precoces e prejudiciais foi estimado em um estudo no American Journal of Obstetrics and Gynecology em quase US \$ 1 bilhão por ano.

(BINDER, 2013, p. 1)

Em sua pesquisa, Zucchi, Nero e Malik (2000) já traziam, no início desse século as principais causas dos aumentos significativos em saúde. Como primeira causa os autores colocam o crescimento exponencial dos preços de bens envolvidos diretamente com a saúde, tal fato sendo justificado pela melhora da tecnologia e (ou) do aumento da demanda de serviços de saúde, no qual é um dos itens que corroboram diretamente com a inflação médica.

A segunda causa se trata também de um aumento, mas agora no consumo de procedimentos relacionado diretamente com o aumento populacional.

Na terceira posição, os autores trazem em seu texto o conceito de oferta e demanda, em que aqueles que desejam adquirir bens encontram aqueles que os oferecem ao mercado e por sua vez, quanto mais dos lados dessa relação crescer de forma automática, traz o outro consigo (em crescimento ou diminuição do mercado).

De forma muito clara, como quarta razão os autores colocam os surgimentos de novas tecnologias (bens), medicamentos, etc. não somente em decorrência de pesquisas, mas sim de um processo natural de desenvolvimento setorial da saúde.

3.3.4 Incentivos perversos em como pagamos pelos cuidados (Perverse Incentives in How We Pay for Care)

Tradicionalmente, os planos de saúde, Medicare e Medicaid pagam provedores por quaisquer serviços que prestam, independentemente de o serviço realmente beneficiar o paciente.

(BINDER, 2013, p. 1)

Naidoo (2015), destaca os pontos principais para se evitar as denominadas “iniciativas perversas” do mercado de saúde. Em sua pesquisa, o autor traz à tona que o profissionalismo não depende somente das diretrizes, normas, políticas públicas ou regras das entidades representativas de categoria. Para se extinguir por definitivo tal prática do mercado, o melhor caminho é a auto regulação das pessoas, começando a compreender que todos os efeitos negativos que serão colhidos no futuro, foram plantados hoje através da sociedade.

3.3.5 Falta de Transparência (Lack of Transparency)

Temos muito mais informações disponíveis para comparar e selecionar um carro novo do que para escolher onde ir para cuidados de saúde que salvam vidas. A transparência estimula a mudança como nada mais.

(BINDER, 2013, p. 1)

Segundo texto publicado na Forbes (2018), com início em 2019 e para os próximos anos iremos enfrentar oito movimentos disruptivos na saúde que serão a base para a mudança desse dilema já descrito acima. Estes são:

- 1) Das empresas de cuidados com a saúde, em âmbito global, 15% irão despender recursos para modelos inovadores tendo como base projetos de valor em saúde;
- 2) Haverá uma ruptura no teto de gastos em investimento para inteligência artificial em saúde (ultrapassando os 1,7 Bilhões de dólares);
- 3) Número de tratamentos menos complexos, feitos em domicílio crescerá 30%;
- 4) A Ásia se transformará no mais novo local de concentração de desenvolvimento e tecnologias para a saúde, sobretudo de medicamentos e equipamentos médicos;
- 5) Análise de dados mudam de big data para informações menores e mais refinadas;
- 6) A saúde será um dos setores que mais utilizará sistemas baseados em voz no mercado digital;
- 7) Blockchain se torna finalmente uma realidade nas vidas das pessoas ou usuários de saúde;
- 8) Novos modelos em organizações de saúde irão mexer com mercado, especialmente com os pagadores, ou seja, as empresas.

É possível perceber que os temas abordados são questões complexas até o dia de hoje para a maior parte das estruturas de saúde no mundo, e que, independentemente do tempo, os desafios continuam sendo muito próximos.

3.4 Discussão sobre a situação atual e futura

Segundo O’Connor e Neumann (2006), enquanto o pagamento dos hospitais e as estruturas de saúde forem realizados por sua atividade e não pelos desfechos que os mesmos trazem aos pacientes, nos manteremos nessa situação complexa. Mesmo considerando que tal pesquisa tenha sido realizada há mais de uma década atrás, percebe-se que o tema continua atual, pois, ao visualizar a efetividade dos gastos em saúde ao redor do mundo, nota-se que nem sempre os países com os maiores gastos são aqueles que trazem em seus resultados a maior eficiência.

Segundo Miller e Lu (2018) em artigo publicado pela agência Bloomberg, dados estatísticos recentes a respeito da eficiência dos gastos em saúde apontam que, entre os 56 países mais desenvolvidos do mundo, os Estados Unidos da América ocupa somente

a 54º posição, em que temos o Brasil ocupando a 51º posição e Hong Kong como líder, acompanhado de Singapura, e Espanha em terceiro lugar. Uma das maneiras para tentar equilibrar melhor essa balança sendo que custos e qualidade ainda não caminham juntos é a aplicação prática da teoria de sistema de saúde baseada em valor.

Atualmente, a saúde pública brasileira tem apresentado problemas de gerenciamento, o que resultam, por exemplo, na má distribuição dos recursos públicos aos hospitais. Portanto, existem evidências que indicam que se as prestadoras de saúde do país adotassem o DRG na rede de saúde, tanto pública como privada, poderiam controlar os gastos com a saúde e ajudar a aprimorar a documentação clínica e a qualidade da assistência nos hospitais.

Conforme Fetter (1980), o produto hospitalar refere-se a um conjunto específico de serviços e atividades fornecidos para cada paciente em função das suas necessidades no processo assistencial. Nesse sentido, as instituições de saúde teriam vantagens em mensurar e caracterizar o produto hospitalar através da avaliação de performance dos desfechos clínicos e dos custos envolvidos.

A implantação do Sistema Grupos de Diagnósticos Relacionados (DRG), nesta unidade, ocorreu em outubro de 2020, como elemento prospectivo para melhorar a eficiência operacional e a entrega de valor aos seus stakeholders.

Estudos demonstram que o sistema de pagamento prospectivo seria um grande aliado na contenção de gastos no sistema de saúde brasileiro, podendo ocorrer uma otimização de recursos e um sistema mais competente, auxiliando assim em sua economia (ANS, 2017).

Parte dos determinantes da longa permanência nos leitos de hospitais brasileiros pode ser explicadas por causas não biológicas, sendo necessárias mudanças no paradigma da gestão.

Diferentes fatores da complexidade assistencial influenciam mais que 70% da correlação de custos dos leitos, o que demonstra uma grande oportunidade para melhoria dos sistemas de saúde.

A gestão da mudança conceitual que migrará para um sistema de saúde sustentável deve ser estruturada em princípios que garantam a transparência, possibilidade de incorporação voluntária, preceitos técnicos sólidos e em consenso, mantendo a garantia de que não haverá perdas para nenhuma das partes.

Os desafios consistem em ajustar processos e educar staff garantindo a produção de prontuários com informações corretas para gerar os resultados esperados do sistema, com informações sobre o custo real e o nível de serviços prestados.

A sustentabilidade do sistema de saúde brasileiro pode ser desenvolvida com estímulo a políticas justas de remuneração de serviços de saúde, vinculadas ao incentivo da qualidade do desempenho assistencial, tendo como foco a saúde e não a doença.

4 | METODOLOGIA

4.1 Tipo de estudo

Trata-se de um estudo do tipo analítico, transversal, com Profissionais da Gestão em Saúde, representando os tomadores de decisões estratégicas desta unidade que atuam na rede terciária de saúde como referência no atendimento a pacientes com indicação de procedimentos ortopédicos e reabilitação, com foco específico na reabilitação do paciente lesado medular. Localizada em Goiânia-Goiás.

5 | LOCAL DE ESTUDO

O estudo será realizado no campo da Associação de Gestão, Inovação e Resultados – AGIR, entidade gestora do Centro Estadual de Reabilitação e Readaptação Dr. Henrique Santillo-CRER.

6 | APRESENTAÇÃO DA EMPRESA /ENTIDADE /ORGANIZAÇÃO

A Associação de Gestão, Inovação e Resultados – AGIR, entidade gestora do Centro Estadual de Reabilitação e Readaptação Dr. Henrique Santillo-CRER, que possui personalidade jurídica de direito privado, com fins não econômicos, qualificada como Organização Social pelo Decreto Estadual nº 5.591/02, e reconhecida como entidade de utilidade pública e de interesse social por força do artigo 13 da Lei Estadual nº 15.503/2005, certificada como Entidade Beneficente de Assistência Social pelo Ministério da Saúde, Portaria MS nº 1.073/2018.

Com atuação consolidada no Estado de Goiás, em 2014, o CRER foi certificado pelos Ministérios da Saúde e da Educação como Hospital de Ensino. No ano de 2016, o CRER se tornou o primeiro hospital de reabilitação do País e o primeiro hospital público do Centro-Oeste com o certificado de Acreditado com Excelência – Nível 3 da Organização Nacional de Acreditação – ONA. Em 2018, o CRER foi recertificado pelo Instituto de Certificação Qualidade Brasil (ICQ – Brasil) na Norma ISO 9001 versão 2015.

O CRER como instituição de referência na atenção à pessoa com deficiência tem por missão: “Oferecer assistência à saúde da pessoa com deficiência, fundamentada no ensino e pesquisa”, tendo como os principais valores:

- Competência na busca do conhecimento e do aprimoramento das habilidades;
- Responsabilidade na adoção de postura social e ambiental que traduzam dedicação e respeito à vida;
- Ética no respeito às normas com ações que denotem lealdade e transparência;
- Renovação contínua das forças produtivas, objetivando a excelência.

A proposta de atuação desta unidade de saúde com capacidade instalada de

internação distribuída em 156 leitos, divididos em 4 postos, sendo eles: Clínica Cirúrgica, Clínica Médica e Reabilitação, e 20 leitos UTI adulto, consiste em reforçar seu papel de referência hospitalar, fortalecendo progressivamente seu perfil assistencial de concentrar suas ações na atenção hospitalar e ambulatorial de média e alta complexidade, sendo parte das redes prioritárias de atenção assistenciais, principalmente a rede de cuidado à pessoa com deficiência.

7 | POPULAÇÃO DO ESTUDO

É estimado que participem da pesquisa de 10 a 16 colaboradores do CRER, representantes de áreas estratégicas para tomada de decisão.

Como critério de inclusão para participar da pesquisa, foi estabelecido que os participantes devem atender aos seguintes critérios: serem trabalhadores que atuam na área de gestão, ou seja, que possuam cargos de gerentes, supervisores, encarregados ou responsável por serviços, todos em cargos de liderança sob forte demanda de inovações tecnológicas após aceite em participar voluntariamente da pesquisa.

Critérios de exclusão: não preenchimento de pelo menos 80% do questionário aplicado.

8 | PROCEDIMENTOS DE COLETA DE DADOS

Serão realizadas entrevistas individuais, a partir de um questionário estruturado, de resposta on-line visto o momento de pandemia e sessões de discussão coletivas caso necessário, que devem ser realizadas no horário de expediente e no local de trabalho. É importante salientar que os resultados serão apresentados em primeira versão para a instituição AGIR, assegurando que os participantes não terão seus nomes divulgados sendo completamente anonimizados, e que serão resguardados todos os princípios éticos na relação entre equipe de pesquisadores e Instituição pesquisada.

As variáveis elencadas do estudo foram:

1. Há quanto tempo atua na instituição?
2. Qual a função na instituição?
3. Qual o seu nível de conhecimento sobre DRG?
4. Qual o maior impacto para o cliente interno (Pacientes, médicos, gestores e colaboradores)?
5. Qual a melhor forma de usarmos os dados gerados pelo DRG para tornar mais eficiente o sistema de saúde?
6. Pensando na eficiência processual do DRG, em qual ponto ela deve ser mais efetiva?
7. Qual melhor forma de usar DRG como modelo de remuneração, por valor ou

- performance?
8. Qual desses aspectos tem maior correlação com entrega de valor?
- Qualidade assistencial
 - Experiência do paciente
 - Fidelização
 - Pesquisa
 - Marketing
 - Redução de gastos
 - Capacitação da equipe para atendimento
 - Não sei
 - Não tenho opinião

9 | ANÁLISE DE DADOS

O objetivo é fazer a caracterização atual desta unidade em relação ao conforto com o conceito DRG e quais expectativas deste grupo para utilização destas informações. Os resultados do questionário foram analisados por uma equipe com domínio dos conceitos de DRG.

A análise do questionário mostrou que o grupo gestor está há mais que 5 anos na instituição, compreendendo este perfil em mais de 60%, ou seja, são colaboradores com tempo institucional considerável, sendo que 50% deste grupo já está há mais de 10 anos na instituição. Do total 80% são gerentes ou supervisores e mais da metade dos respondentes consideram ter conhecimento básico sobre a metodologia, sendo aqui uma grande oportunidade para iniciar a preparação da equipe para a utilização das informações sobre o DRG.

Há correlação do DRG com os pilares de valor apresentados por Porter, sendo que mais de 50% associam a utilização destas informações com otimização de custos, segurança assistencial e impacto ao usuário final com melhora da experiência.

Para o questionamento “Qual a melhor forma de usarmos os dados gerados pelo DRG para tornar mais eficiente o sistema de saúde?” é notado um aspecto interessante quanto à possibilidade de utilização dos dados para maior transparência na análise de resultados e tomada de decisão estratégica, de fato o objetivo é evoluir para análises prospectivas e não demonstração de fragilidades processuais ou assistenciais. Sendo a correlação com maior performance a maior expressão disso, como demonstrado pelo resultado da pergunta em sequência, “Qual melhor forma de usar DRG como modelo de remuneração, por valor ou performance?”.

Por fim é possível a construção do modelo preditivo proposto para o DRG como

perspectiva na unidade pesquisada, uma vez que os colaboradores pesquisados já conseguem fazer associação com estas informações e agregação de valor nas dimensões custo, processo e percepção do cliente. Apesar da variabilidade grande do perfil gestor institucional há as premissas culturais necessárias para adequada utilização de uma metodologia de qualificação epidemiológica para maior eficiência do sistema de saúde, bem como a sustentabilidade.

10 | PROCEDIMENTOS ÉTICOS

Nesse contexto, a pesquisa foi submetida ao Centro de Ensino da AGIR, onde houve aceite para a realização de um estudo de caso, sobre a percepção dos gestores sobre os impactos da implantação dos DRG em um hospital referência em reabilitação no Estado de Goiás.

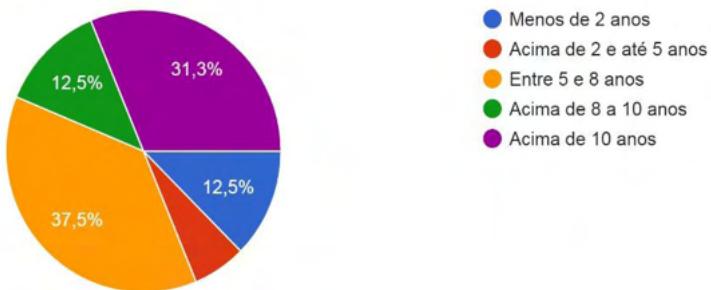
Será ainda, submetida ao Comitê de Ética em Pesquisa da instituição...

O objetivo desta sequência é reconhecimento do gestor e pertencimento das responsabilidades do cargo e, após municiamento com as novas informações sobre o DRG, como se sentem para tomadas de decisões estratégicas.

11 | RESULTADOS

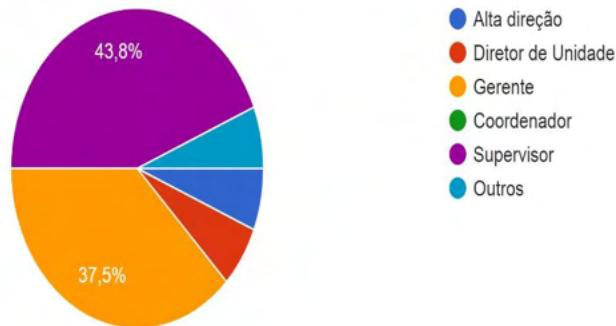
Há quanto tempo atua na instituição ?

16 respostas



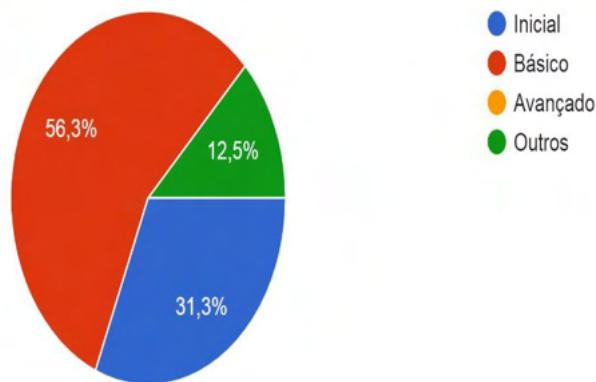
Qual a sua função na instituição?

16 respostas



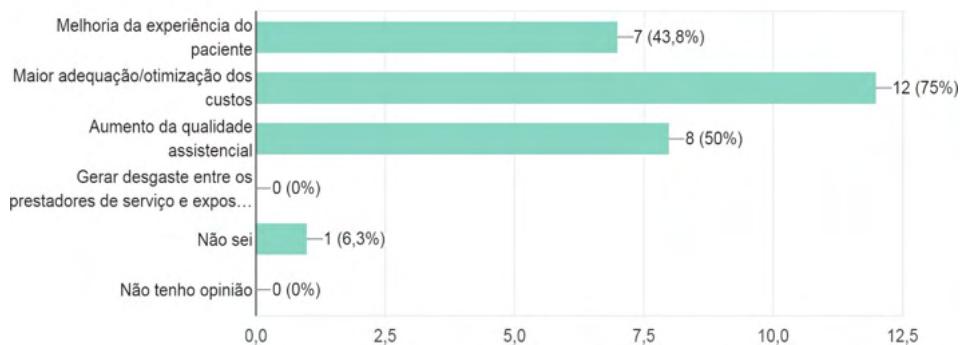
Qual o seu nível de conhecimento sobre o DRG?

16 respostas



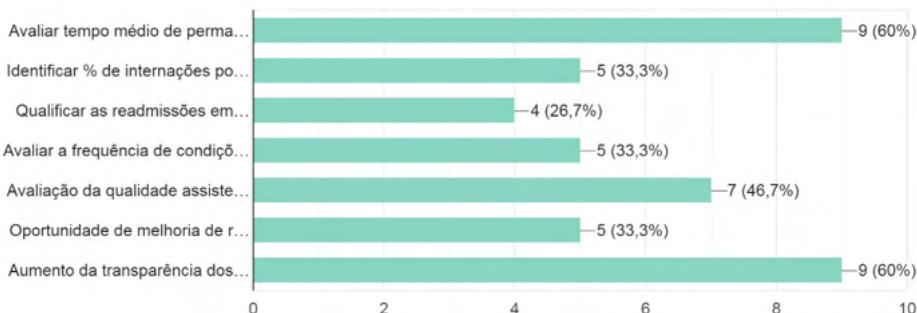
1- Qual o maior impacto do DRG para o cliente interno (Pacientes, médicos, gestores e colaboradores) ?

16 respostas



2-Qual melhor forma de usarmos dados gerados pelo DRG para tornar mais eficiente o sistema de saúde ?

15 respostas



3-Pensando na eficiência processual do DRG, em qual ponto ela deve ser mais efetiva?

15 respostas



4-Qual melhor forma de usar DRG como modelo de remuneração, por valor ou performance?16 respostas

Performance

Performance

Não tenho conhecimento sobre.

Com os ganhos baseados em um bom resultado no atendimento aos pacientes, a qualidade e eficiência tendem a aumentar.

Otimizar, identificar e tratar os processos, protocolos.

Entendo que todas são interligadas para garantir a qualidade do serviço

Associar os resultados a remuneração.

Não sei opinar

Valor

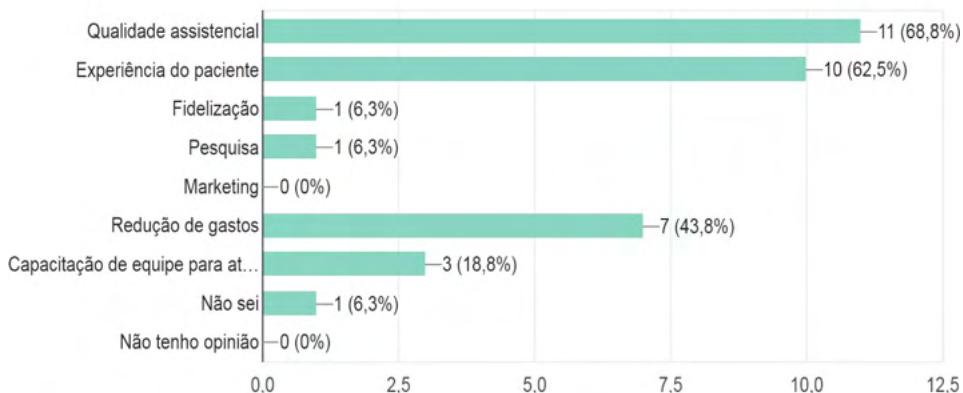
Por valor

Por performance

Perfomance

5-Qual desses aspectos tem maior correlação com entrega de valor?

16 respostas



12 | DISCUSSÃO

12.1 Conclusão

Contextualizando as questões relacionadas a sustentabilidade dos sistemas de saúde e o conceito de “Valor em Saúde”, amplamente discutido nos últimos anos, a heterogeneidade dos resultados encontrados na pesquisa com lideranças do Setor de Saúde, demonstra o desafio que ainda existe em transformarmos ações de qualidade e eficiência em ações de valor para todos os envolvidos na cadeia de cuidados. Os incentivos financeiros, através de novos modelos de negócio e de remuneração são um dos pilares para a mudança necessária, mas não deve ser o único.

Compreender os conceitos, mensurar e avaliar resultados, dar visibilidade aos envolvidos sobre os resultados e promover mudanças direcionadas constituem o caminho para a transformação necessária.

REFERÊNCIAS

- 1-<http://revista.fcmmg.br/ojs/index.php/ricm/article/view/284>
- 2-<https://www.iess.org.br/cms/rep/Anuario2018.pdf>
- 3- <https://repositorio.ufmg.br/handle/1843/BUBD-A2MJCX>
- 4- file:///C:/Users/rndrodrigues/Downloads/Manual_Desempenho_Geral- DRG.pdf
- 5- World Health Organization. Global Health Observatory (GHO): World Health Statistics 2014. Disponível em: http://www.who.int/gho/publications/world_health_statistics/2014/en/. Acesso em: 22/05/2018.

6- Smeraglio A, Heidenreich PA, Krishnan G, et al. Patient vs provider perspectives of 30-day hospital readmissions BMJ Open Quality 2019;8:e000264.

7- Serufo Filho S. Avaliação da produtividade de hospitais brasileiros pela metodologia do Diagnosis Related Groups 145.710 altas em 116 hospitais. Dissertação (Mestrado em Infectologia e Medicina Tropical) - Universidade Federal de Minas Gerais, Faculdade de Medicina da UFMG; 2014

8- Couto RC; Pedrosa TMG; Roberto BAD; Daibert PB. DRG Brasil: transformando o sistema de saúde brasileiro e a vida das pessoas. Belo Horizonte: MG, 2018. Publicação digital (ePub). ISBN 978-85-471-0182-4.

9- Daibert, PB et.al. Os princípios da metodologia DRG. In: Couto RC; Pedrosa TMG; Roberto BAD; Daibert PB. DRG Brasil: transformando o sistema de saúde brasileiro e a vida das pessoas. Belo Horizonte, 2018. p.2857-3132. Publicação digital (ePub). ISBN 978-85-471-0182-4.

10- Berry JG, Gay JC, Joynt Maddox K, Coleman EA, Bucholz EM, O'Neill MR, Blaine K, Hall M. Age trends in 30 days hospital readmissions: US national retrospective analysis. BMJ, 2018; 360:k497

11- Dias M. Reinternação hospitalar como indicador de qualidade. 2015. Dissertação (Mestrado em Enfermagem Fundamental) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2015.

12- Rice YB, Barnes CA, Rastogi R, Hillstrom TJ, Steinkeler CN. Tackling 30-Day, All-Cause Readmissions with a patient-centered transitional care bundle. Population Health Management. 2016, 19(1):56-62.

13- Gupta A, Allen LA, Bhatt DL, Cox M, DeVore AD, Heidenreich PA, et al. Association of the hospital readmissions reduction program implementation with readmission and mortality outcomes in heart failure. JAMA Cardiology. 2018; 3(1):44-53.

14- Shuster C, Hurlburt A, Tam P, Staples JA. Unplanned hospital readmissions in British Columbia. BCMJ 2018. 60(5):263-7.

15- Barnes S, Hamrock E, Toerper M, Siddiqui S, Levin S. Real-time prediction of inpatient length of stay for discharge prioritization. JAMIA: Journal of the American Medical Informatics Association. 2016; 23(e1):e2-e10.

16- Gupta S, Zengul FD, Davlyatov GK, Weech-Maldonado R. Reduction in Hospitals' Readmission Rates: Role of Hospital-Based Skilled Nursing Facilities. Inquiry. 2019;56:46958018817994.

17- Ryan A, Krinsky S, Adler-Milstein J, Damberg CL, Maurer KA, Hollingsworth JM Association between hospitals' engagement in value-based reforms and readmission reduction in the hospital readmission reduction program. Jama Internal Medicine. 2017; 177 (6):862-868

18- Thomas R, Nelson K. Métodos de pesquisa em atividade física. 3.ed. Porto Alegre: Artmed, 2002.

19- Wiley MM. Hospital financing reform and case-mix measurement: an international review. Health Care Financ Rev 1992; 13:119-33.

20- Fetter RB, Freeman JL. Case-mix definition by Diagnosis Related Groups. Med Care 1980; 18 Suppl:1-53.

21- CISS – Conferencia Interamericana de Seguridad Social: The Diagnosis Related Groups (DRGs) to adjust payment-mechanisms for health system providers; november, 2005.

CAPÍTULO 8

CEFALÉIA PÓS-RAQUIANESTESIA: CAUSAS E TRATAMENTO

Data de aceite: 01/04/2022

Carina Galvan

Rosane Maria Sordi

Liege Segabinazzi Lunardi

Terezinha de Fátima Gorreis

Flávia Giendruczak da Silva

Andreia Tanara de Carvalho

Adelita Noro

Paula de Cezaro

Rozemy Magda Vieira Gonçalves

Ana Paula Narcizo Carcuchinski

RESUMO: A cefaleia é a complicação mais comum após a punção da dura-máter, ocorrendo após a punção intencional com fins diagnóstico, terapêutico ou para raquianestesia. Ela é mais frequente em pacientes adultos jovens. Os objetivos deste estudo são: avaliar as principais causas para a ocorrência da cefaleia pós-raquianestesia e observar qual o tratamento indicado para melhora da cefaleia pós-raquianestesia. Os fatores de risco para o desenvolvimento da cefaleia incluem pacientes jovens, sexo feminino e história de cefaleia anterior ou que ocorre durante a punção lombar. Esses fatores podem ser agrupados em 3 categorias: relacionados à população atendida

(idade, sexo, pacientes obstétricas), ao material utilizado (calibre e formato das agulhas) e à técnica utilizada (ângulo de punção, número de tentativas e posição de inserção do bisel), mas a redução no calibre é o principal fator no controle da cefaleia. O tampão sanguíneo peridural (TPS) é a terapia de escolha quando se optar por medidas invasivas e deve ser pensado quando a cefaleia é moderada a grave e o período de internação é prolongado. O tratamento para cefaleia pós-punção da dura-máter inclui: repouso em posição supina, hidratação, analgésicos e antiinflamatórios não esteroides (AINE), além de terapias mais agressivas, como: cafeína, agonistas de receptores 5-HT (serotoninérgicos), ACTH (hormônio adrenocorticotrófico), hidrocortisona e o TSP. O conhecimento da história clínica do paciente, antecedentes familiares com diagnóstico de cefaleia pós-raquianestesia, saber as principais causas e como tratá-la é primordial para um tratamento precoce ao paciente.

PALAVRAS-CHAVE: Cefaleia, tratamento, causas, raquianestesia.

POST-SPINAL ANESTHESIA HEADACHE: CAUSES AND TREATMENT

ABSTRACT: Headache is the most common complication after dural puncture, occurring after intentional diagnostic, therapeutic or anesthetic objectives. It is most frequent in young adults. The goals of this study are to evaluate the main causes for the occurrence of post spinal headache and to observe the indicated treatment for the improvement of postdural puncture symptoms. The risk factors for the development

of headache include young age, female gender and previous history of headache or even symptoms during the lumbar puncture. These factors may be gathered into 3 categories: regarding the population base (age, gender and pregnancy), the instruments used (gauge and needle shape) and technique applied (puncture angle, bevel position, number of attempts), but gauge reduction is the main factor controlling headache. The epidural blood patch (EBP) is the therapy of choice when an invasive treatment is needed, and should be considered when pain is moderate to severe and the hospitalization period is long. The treatment of the postdural puncture headache includes rest in supine position, hydration, analgesics and NSAIDs, and some more potent agents, like caffeine, 5-HT receptor agonists, adrenocorticotropic (ACTH) analogs, steroids and EBP. The awareness of patient's clinical record, familial history of headache after spinal anesthesia and the education on the main causes and most effective treatments are the cornerstone to the successful early treatment.

KEYWORDS: Headache, treatment, causes, spinal anesthesia.

INTRODUÇÃO

A raquianestesia é um dos métodos mais antigos no alívio da dor em procedimentos cirúrgicos e consiste na introdução de anestésico local no líquido cefalorraquidiano (LCR) por meio de agulhas especiais.

O LCR exerce uma função de coxim líquido entre o espaço ósseo e o sistema nervoso central. A perda de LCR através do orifício na dura-máter, criado pela punção, pode resultar em cefaleia pós-punção devida à diminuição da pressão liquórica.

Segundo Ganem (2002), cefaleia é a complicação mais comum da raquianestesia, com incidência estimada inferior a 3%. Pode ser acompanhada de rigidez de nuca, dor nas costas e náuseas. O mecanismo responsável pelo seu aparecimento ocorre pela diminuição da pressão liquórica decorrente da perda de líquor do espaço subaracnóideo através de lesões determinadas pela agulha de punção ou pelo cateter.

A cefaleia ocorre após a punção intencional da dura-máter com fins diagnóstico, terapêutico ou para raquianestesia. Ela é mais frequente em pacientes adultos jovens.

Os fatores que influenciam a incidência de cefaleia pós-punção da dura-máter ou dural (CPPD) podem ser caracterizados em: relacionados ao paciente – idade, sexo feminino, estado gestacional e história prévia de CPPD; e relacionados à técnica – calibre da agulha, bisel, inserção e ângulo.

Os objetivos deste estudo foram: avaliar as principais causas para a ocorrência da cefaleia pós-raquianestesia e observar qual o tratamento indicado para melhora da cefaleia pós-raquianestesia.

REVISÃO DA LITERATURA

A Raquianestesia

August Bier e Theodor Tuffier dividem o mérito do início da chamada raquianestesia. August e seu assistente Hildebrandt realizaram entre ambos as primeiras punções lombares, utilizando-se da técnica descrita por Heinrich Quincke.

A raquianestesia foi iniciada no final do século XIX por August Bier, que injetou no espaço subaracnóideo do paciente cerca de 3ml de cocaína a 0,5% e obteve resultados surpreendentes.

Imbelloni (2003) relata que a raquianestesia é um dos mais antigos métodos de alívio da dor em pacientes cirúrgicos.

Na raquianestesia, um anestésico local é injetado no espaço subaracnóideo e se mistura ao LCR, ocorrendo, então, bloqueio nervoso reversível das raízes nervosas anteriores e posteriores, dos gânglios das raízes nervosas posteriores e de parte da medula, levando o indivíduo à perda da atividade autonômica, sensitiva e motora.

Porém, para Neves (2001), a raquianestesia é uma técnica anestésica fácil de ser realizada, com baixo custo e poucas complicações.

A anestesia subaracnóidea é uma técnica usada como rotina na prática anestésica. A incidência de complicações raras, porém graves, é de aproximadamente 0,05%. Após punção da dura-máter, intencional ou inadvertida, há risco de formação de hematoma subdural intracraniano, complicaçāo rara e potencialmente fatal que pode ser decorrente da síndrome de hipotensão liquórica.

A Cefaleia

A cefaleia pós-punção da dura-máter ou dural é a complicaçāo mais frequente após a raquianestesia. Os sintomas da CPPD iniciam nas primeiras 48 horas, distribui-se predominantemente nas regiões frontal e/ou occipital, podendo irradiar-se para o pescoço e ombros (VIEIRA, 2009).

De acordo com Junior (2007), a cefaleia persistente relacionada com a redução da pressão intracraniana que ocorre após a punção de espaço subaracnóideo se relaciona com a perda do LCR depois da perfuração dos envoltórios e depende fundamentalmente das dimensões da lesão produzida.

Após a raquianestesia pode ocorrer cefaleia por contaminação do LCR pela solução utilizada na preparação da pele. A característica deste tipo de cefaleia é que não apresenta modificação postural e a gravidade não diminui com medidas como hidratação e cafeína.

O risco de cefaleia pós-punção da dura-máter é uma preocupação constante desde a primeira raquianestesia e pode iniciar-se poucas horas após ou levar vários dias para se desenvolver.

Conforme Neves (2001), os fatores que influenciam podem ser agrupados em 3

categorias: relacionados à população atendida (idade, sexo, pacientes obstétricas), ao material utilizado (calibre e formato das agulhas) e à técnica utilizada (ângulo de punção, número de tentativas e posição de inserção do bisel), mas a redução no calibre é o principal fator no controle da cefaleia.

A dor é referida na região frontal, occipital, pescoço e ombros, e em alguns pacientes a cefaleia é difusa. As regiões: temporal, vértice e nuca são menos referidas. A gravidade da dor varia e parece influenciada diretamente pelo calibre e desenho do bisel da agulha utilizada para punção.

Elá é resultante do extravasamento de LCR pelo orifício da punção, o que provoca, na posição ortostática, uma tensão intracraniana nos vasos e nos nervos meníngeos, na dura-máter que pode se prolongar por semanas.

Amorin (2007) ressalta que a dor, também, é acompanhada de pelo menos um dos seguintes sintomas: rigidez de nuca, zumbido, hipoacusia, fotofobia e náuseas. A cefaleia é de forte intensidade e prolonga-se além de uma semana, ou ainda quando a cefaleia é acompanhada de sinais e sintomas neurológicos.

A cefaleia pode ser produzida por 2 fatores: primeiro, a diminuição da pressão subaracnóidea causaria tração de estruturas intracranianas sensíveis à dor quando em ortostatismo. Segundo, a perda de LCR produziria venodilatação compensatória e esta seria a causa da cefaleia (VIEIRA, 2009).

Para Netto (2010), a cefaleia pós-raquianestesia está inclusa como “cefaleias secundárias”, que são causadas por alguma outra doença capaz de originá-la.

METODOLOGIA

Este trabalho foi realizado através de pesquisa bibliográfica, de caráter qualitativo e de modo dedutivo.

Foram selecionados artigos em revista, como Revista Brasileira de Anestesiologia e outros que tratam da cefaleia, raquianestesia, causas e tratamento. Foram acessadas bases eletrônicas de dados no SciELO e LILACS.

Resumindo os artigos e textos, foi realizada análise e feitas conclusões que buscaram alcançar os objetivos propostos.

APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Causas x Tratamento:

A dura-máter é descrita como uma densa membrana composta de colágenos e fibras elásticas dispostas longitudinalmente. Quanto maior a espessura da dura-máter no local da punção, menor é a perda de LCR para o espaço epidural.

A perfuração da dura-máter determina a perda de LCR para o espaço peridural. Se

a perda excede a produção, ocorre diminuição do LCR, isso quando o paciente assume a posição ortostática.

De acordo com Ganem (2002), um segundo componente da cefaleia pós-punção subaracnóidea é a vasodilatação cerebral, reação secundária ao estiramento vascular.

Os fatores de risco para o desenvolvimento da cefaleia incluem pacientes jovens, sexo feminino e história de cefaleia anterior ou que ocorre durante a punção lombar.

Pacientes obstétricas, o sexo feminino e a idade são alguns fatores de risco para o aparecimento da cefaleia pós-punção, além disso, o tipo de agulha utilizada, a orientação do bisel durante a punção, o número de tentativas e a experiência profissional têm impacto na incidência de cefaleia pós-punção da dura-máter.

Ganem (2002) considera fatores de risco para o aparecimento da cefaleia pós-punção: adultos jovens e gestantes e o calibre e o tipo de agulha. A agulha ponta-de-lápis tem se mostrado fator primordial na redução da cefaleia pós-raquianestesia, porque separa ao invés de cortar as fibras da dura-máter, o que facilita o fechamento do orifício determinado pela punção.

A baixa incidência de cefaleia pós-punção também foi observada quando utilizadas agulhas com bisel em ponta-de-lápis e agulha com pequeno calibre.

A agulha tipo Quincke proporciona um rápido aparecimento do LCR, não causa má distribuição do anestésico local e cursa com baixa incidência de cefaleia. O tipo de agulha na punção interfere na quantidade de LCR e consequentemente na diminuição da cefaleia.

Porém, para Neves (2001), a agulha ideal para anestesia espinhal deve ser de fácil manuseio, ter baixa incidência de queixas pós-punção lombar, resultar numa frequência aceitável de cefaleia, diminuir a necessidade de TSP, entre outras.

A característica patognomônica da CPPD é o caráter postural da cefaleia. Após a punção da dura-máter, alguns fatores relacionados à técnica de punção e ao paciente estão associados à maior ocorrência dela, tais como: calibre, desenho e direção do bisel da agulha de punção, sexo feminino, estado gestacional, história prévia de CPPD, densidade do LCR, espessura e elasticidade da dura-máter.

O principal fator de risco, relacionado à técnica, que influencia a incidência de CPPD, é a escolha do calibre e do desenho do bisel da agulha para a punção. Agulha de grosso calibre e bisel cortante provocam maior orifício de perfuração na dura-máter e perda de LCR.

A agulha tipo Quincke é considerada o padrão, tem um bisel fino e cortante, no entanto, a incidência de CPPD é elevada: com o calibre 25G varia de 3-25%; com a 26G de 2-12% e com a 27G de 1,5-5,6%.

Segundo Crunivel (2002), o fator predisponente mais importante é o tamanho da agulha. Para agulha Quincke 22G cita-se uma incidência muito maior que para agulha Quincke 29G. O fator relacionado mais significativo é a idade do paciente, sendo que jovens são mais suscetíveis, além da configuração da ponta da agulha e orientação do bisel.

O calibre da agulha utilizada é um dos fatores determinantes para o aparecimento da cefaleia. Com a adoção das agulhas de fino calibre para a anestesia subaracnóidea, a incidência de cefaleia pós-punção da dura-máter foi significantemente reduzida.

Para Vieira (2009), em pacientes obstétricas submetidas à anestesia subaracnóidea, por exemplo, a CPPD está diretamente relacionada ao calibre e tipo de agulhas utilizadas.

As punções paramedianas também apresentam risco menor de ocasionar cefaleia pós-punção, porque provocam menor perda de líquido em decorrência de efeito valvular desencadeado pela superposição da dura-máter com a aracnóide.

Há menores incidências de cefaleia e menos necessidade de TSP comparadas às agulhas de bisel cortante, quando usadas as agulhas ponta-de-lápis. Porém, elas têm algumas desvantagens: custo elevado, agulha de fino calibre como a Whitacre 29G, estão associadas a maior dificuldade de punção e mais tentativas.

O tipo, calibre e diâmetro da agulha e técnica para punção, são fatores que apontam a incidência de cefaleia pós-raquianestesia. O uso de agulhas de diâmetro fino, agulhas em ponta-de-lápis, punção paralela ao sentido longitudinal das fibras meningeias com agulhas cortantes, assim como um número reduzido de tentativas de punções da aracnóide são condutas imprescindíveis para prevenir a cefaleia pós-raquianestesia, principalmente nos pacientes com alto risco para desenvolvê-la.

Quanto ao tratamento, Neves (2005) ressalta que os casos leves e moderados respondem bem ao tratamento conservador à base de repouso, hidratação, analgésicos e cafeína. Porém os casos que não respondem a este tratamento acabam por maior tempo de internação hospitalar. O uso da hidrocortisona no tratamento e prevenção da cefaleia pós-punção accidental da dura-máter também é indicado.

Em estudo realizado por Neves (2001), os pacientes que apresentassem cefaleia com características de perfuração de dura-máter, seriam medicados com hidratação com 1.500ml de SRL e dipirona por via venosa, na dose de 500 mg a cada 6h e caso não melhorassem em 24h, seriam submetidos a TSP (20ml).

A CPPD é decorrente do hematoma subdural crônico intracraniano. O tratamento pode ser conservador com analgésicos, hidratação venosa e repouso no leito.

O tratamento da CPPD tem como objetivos recompor o LCR perdido, selar o orifício na dura-máter e controlar a vasodilatação encefálica. O tampão sanguíneo peridural é a terapia de escolha quando se optar por medidas invasivas e deve ser pensado quando a cefaleia é moderada a grave e o período de internação é prolongado.

Imbelloni (2002) ressalta que a reposição de anestésico local e opióides diluídos em água destilada parecem produzir o mesmo efeito na prevenção da CPPD que a reposição com cloreto de sódio a 0,9%. A retirada de 15 a 20 ml de LCR em voluntários produziu cefaleia com as mesmas características da CPPD e o alívio imediato foi submetido com a reposição subaracnóidea de igual volume de solução de cloreto de sódio a 0,9%.

Para Junior (2007), repouso no leito com cabeceira baixa, hidratação e administração

de anti-inflamatórios e analgésicos como a cafeína, podem não apresentar resultados satisfatórios. Nestes casos, a opção de escolha é o TSP.

O TSP promove um imediato e dramático alívio da cefaleia pós-punção subaracnóidea. O procedimento é reconhecido e mundialmente indicado e utilizado no tratamento da cefaleia secundária à redução da pressão do LCR que se instala após uma punção subaracnóidea.

Para Ganem (2002), o tratamento pode ser conservador e inclui hidratação, analgésicos e cafeína. E por meio de administração peridural, o tampão sanguíneo, cuja incidência de cura é de 90%.

A cefaleia pós-raquianestesia tem como característica melhorar com o decúbito dorsal e piorar quando na posição ereta. Tem como causa a perda de LCR com diminuição da pressão do LCR, que acarreta tração de estruturas sensíveis do cérebro e provoca a dor cefálica.

Segundo Crunivel (2002), o TSP é o mais indicado e aceito como mais eficaz proporciona eficácia a longo prazo e o alívio rápido dos sintomas.

O mesmo autor cita também várias modalidades de tratamento, como: repouso no leito; hormônio Adrenocorticotrópico (ACTH); sumatriptano – usado para tratamento de enxaqueca por provocar vasoconstricção cerebral; hiperhidratação – aumento na produção do líquor; cafeína; injeção peridural com solução fisiológica – diminui o gradiente de pressão transdural e, assim, reduz o vazamento do líquor; cola de fibrina – já é utilizada com frequência para reparo da dura-máter e prevenção de fistula liquórica após neurocirurgias e dextran peridural – foi sugerido como uma alternativa, em pacientes HIV positivo ou testemunhas de Jeová.

O TSP é uma técnica simples, segura e associada a um bom índice de sucesso (CRUNIVEL, 2002).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A incidência global de cefaleia (1,6%) pode ser considerada aceitável devido à pequena intensidade, curta duração, respondendo bem ao tratamento.

Para Imbelloni (2004), a incidência de cefaleia pós-punção não deve ser um fator limitante na escolha da raquianestesia, se agulhas finas são utilizadas, do tipo de calibre 27G.

Conforme autores deste estudo, o risco de CPPD pós-raquianestesia diminui com as agulhas atraumáticas e de fino calibre, no entanto, ainda é relativamente elevado.

O desencadeamento de cefaleia em situações específicas como o esforço ao erguer a própria mala na alta hospitalar e em viagens aéreas nos dias subsequentes a uma cirurgia realizada sob anestesia subaracnóidea, estão assinaladas.

O tratamento indicado para cefaleia pós-punção da dura-máter inclui: repouso em

posição supina, hidratação, analgésicos e antiinflamatórios não esteróides (AINE), além de terapias mais agressivas, como: cafeína, agonistas de receptores 5-HT (serotoninérgicos), ACTH (hormônio adrenocorticotrófico), hidrocortisona e o TSP.

Em estudo realizado por Imbelloni (2003), a cefaleia pós-punção ocorreu em um caso, a agulha utilizada foi 27G e foi tratada com analgésico e anti-inflamatório.

O conhecimento da história clínica do paciente, antecedentes familiares com diagnóstico de cefaleia pós-raquianestesia, saber as principais causas e como tratá-la é primordial para um tratamento precoce ao paciente.

A técnica utilizada pelo anestesiologista também interfere no aparecimento da cefaleia no pós-operatório.

As principais orientações para o pós-operatório: ingerir bastante líquido, sentar no leito antes de levantar para deambular, não realizar esforços físicos subitamente auxiliam na recuperação do paciente após realizar uma raquianestesia.

Os objetivos do estudo foram alcançados, pois pude perceber quais as causas e tratamento para a cefaleia pós-raquianestesia.

REFERÊNCIAS

1. AMORIN, J.A.; REMÍGIO, D.S.C.A.; FILHO, O.D.; BARROS, M.A.G.; CARVALHO, V.N.; VALENÇA, M.M. **Hematoma Subdural Intracraniano Pós-Anestesia Subaracnóidea: Relato de Dois Casos e Revisão de 33 Casos da Literatura.** Revista Brasileira de Anestesiologia. v.60, nº 6, p.620-629, nov./dez., 2010.
2. AMORIN, J.A.; MACIEL, C.M.C.; FILHO, O.D.; ARAGÃO, M.F.V.V.; SILVA, W.F.; VALENÇA, M.M. **Cefaleia Pós-Punção Dural: Fisiopatologia, Diagnóstico e Fatores de Risco.** Revista da Dor. v.8, nº 2, p.1014-1027, abr./mai./jun., 2007.
3. ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE NORMAS TÉCNICAS. **NBR 6023: Informação e documentação: referências-elaboração.** Rio de Janeiro, 2002.
4. CRUNIVEL, M.G.C.; BARBOSA, P.R.V.; TEIXEIRA, V.C.; CASTRO, C.H.V. **Tampão Peridural com Dextran 40 na Profilaxia da Cefaleia Pós-Punção Acidental da Duramáter em Paciente HIV Positivo. Relato de Caso.** Revista Brasileira de Anestesiologia. v.52, nº 6, p.712-718, nov./dez., 2002.
5. GANEM, E.M.; CASTIGLIA, Y.M.M.; VIANNA, P.T.G. **Complicações Neurológicas Determinadas pela Anestesia Subaracnóidea.** Revista Brasileira de Anestesiologia. v.52, nº 4, p.471-480, jul./ago.; 2002.
6. IMBELLONI, L.E.; BEATO, L.; GOUVEIA, M.A. **Raquianestesia Unilateral com Bupivacaína Hipobárica.** Revista Brasileira de Anestesiologia. v.52, nº 5, p.542-548, set./out., 2002.
7. IMBELLONI, L.E.; BEATO, L.; GOUVEIA, M.A. **Baixas Dores de Bupivacaína Hipobárica para Raquianestesia Unilateral.** Revista Brasileira de Anestesiologia. v.53, nº 5, p.579-585, set./out., 2003.

8. IMBELLONI, L.E.; VIEIRA, E.M.; GOUVEIA, M.A.; CORDEIRO, J.A. **Raquianestesia Posterior para Cirurgias Anorretais em Regime Ambulatorial. Estudo Piloto.** Revista Brasileira de Anestesiologia. v.54, nº 6, p.774-780, nov./dez.; 2004.
9. IMBELLONI, L.E; VIEIRA, E.M.; ROCHA, A.; GOUVEIA, M.A.; CORDEIRO, J.A. **Raquianestesia para Cesariana com Bupivacaína a 0,5% Isobárica Associada ao Fentanil e Morfina. Estudo Prospectivo com Diferentes Volumes.** Revista Brasileira de Anestesiologia. v.53, nº 3, p.322-330, mai./jun., 2003.
10. JUNIOR, A.R. **Homenagem a August Karl Gustav Bier por Ocasião dos 100 Anos da Anestesia Regional Intravenosa e dos 110 Anos da Raquianestesia.** Revista Brasileira de Anestesiologia. v.58, nº 4, p.409-424, jul./ago., 2008.
11. JUNIOR, J.O.O. **Tampão Sanguíneo Peridural: Um Método a Ser Absolvido.** Prática Hospitalar. Ano IX(51), p.163-165, mai./jun., 2007.
12. NETTO, I.B.; CATHARINO, A.M.S.; CRASTO, M.C.V.; PIRES, M.L.E.; SILVA, M.G.; SALLES, L.C.B.; MELO, C. **Cefaleia Pós-Raquianestesia: fatores de risco associados e prevenção de sua ocorrência – Atualização.** Revista de Neurociências. v.18, nº 3, p.406-410, 2010.
13. NEVES, J.F.N.P.; MONTEIRO, G.A.; ALMEIDA, J.R.; BRUN, A.; SANT'ANNA, R.S.; DUARTE, E.S. **Raquianestesia com Agulha de Quincke 27G, 29G e Whitacre 27G. Análise da Dificuldade Técnica, Incidência de Falhas e Cefaleia.** Revista Brasileira de Anestesiologia. v.51, nº 3, p.196-201, mai./jun., 2001.
14. NEVES, J.F.N.P.; VIEIRA, V.L.R.; SALDANHA, R.M.; VIEIRA, F.A.D.; NETO, M.C.; MAGALHÃES, M.G.; NEVES, M.M.P.; ARAÚJO, F.P. **Uso da Hidrocortisona no Tratamento e na Prevenção da Cefaleia Pós-Punção da Dura-Máter. Relato de Casos.** Revista Brasileira de Anestesiologia. v.55, nº 3, p.343-349, mai./jun., 2005.
15. VIEIRA, V.L.R.; MACEDO, C.F.; JUNIOR, E.J.M.S. **Cefaleia Pós-Punção da Dura-Máter em Obstetrícia.** Revista Med de Minas Gerais. v.19, nº 3, p.52-58, 2009.
16. **Prática Recomendada da SOBRECC/Sociedade Brasileira de Enfermeiros de Centro Cirúrgico, Recuperação Anestésica e Centro de Material e Esterilização.** 5^a ed. São Paulo: SOBRECC, 2009.

CAPÍTULO 9

PACIENTES GRAVES COM TRAUMATISMO CRÂNIO ENCEFÁLICO CAUSADO POR ACIDENTE DE TRÂNSITO NO DISTRITO FEDERAL

Data de aceite: 01/04/2022

Data de submissão: 28/02/2022

Júlia Fernandes Álvares da Silva

Centro Universitário de Brasília (UniCEUB)
Brasília – DF

<https://orcid.org/0000-0003-1210-9196>

Cibelle Antunes Fernandes

Hospital de Base de Brasília/UTI Neurotrauma/
IGESDF/ESCS-SES-DF
Brasília – DF

<https://orcid.org/0000-0002-8193-8804>

Fabiana Xavier Cartaxo Salgado

Centro Universitário de Brasília (UniCEUB)
Brasília – DF

<https://orcid.org/0000-0002-3604-3630>

RESUMO: O Traumatismo Crânio encefálico (TCE) é responsável por altas taxas de mortalidade, acometendo principalmente jovens do sexo masculino e tendo como principal causa os acidentes com meios de transporte. Acidentes de trânsito são a principal causa de morte em crianças e jovens entre 5 e 29 anos de idade, afetando sobretudo a camada economicamente ativa da sociedade. O objetivo deste estudo foi analisar o perfil epidemiológico e clínico de pacientes internados em Unidade de Terapia Intensiva (UTI) com diagnóstico de TCE ocasionado por acidentes de trânsito. Trata-se de um estudo transversal com coleta de dados em prontuário de pacientes vítimas de TCE por acidente de trânsito, internados em UTI pública de

alta complexidade no Distrito Federal no período de agosto de 2019 a fevereiro de 2020. Foram feitas análises descritivas das variáveis do estudo em frequência relativa e absoluta. A amostra foi composta por 22 pacientes. O sexo masculino representou 54,5% da amostra, com idade média de $31,81 \pm 11,40$ anos, 36,36% obtiveram ensino superior completo e 59,09% eram solteiros. O tempo médio de internação foi de 18,4 dias, 4,54% foram a óbito, 90,09% tiveram TCE grave e 54,5% realizaram neurocirurgia. O perfil de pacientes internados na UTI por TCE causado por acidentes de trânsito é de homem jovem, solteiro, bom nível de escolaridade, que evolui para TCE grave. Esse resultado aponta para a necessidade de políticas públicas de prevenção de acidentes de trânsito bem como os programas de tratamento e reabilitação dos afetados.

PALAVRAS-CHAVE: Trauma Crânio encefálico; Acidente de Trânsito; UTI.

SERIOUS PATIENTS WITH TRAUMATIC BRAIN CAUSED BY TRAFFIC ACCIDENT IN THE FEDERAL DISTRICT

ABSTRACT: Traumatic Brain Injury (TBI) is responsible for high mortality rates, affecting mainly young males and having as main cause accidents with means of transport. Traffic accidents are the main cause of death in children and young people between 5 and 29 years of age, affecting mainly the economically active layer of society. The objective of this study was to analyze the epidemiological and clinical profile of patients admitted to the Intensive Care Unit (ICU) with a diagnosis of TBI caused by traffic accidents. This is a cross-sectional study with data collection

from the medical records of patients who were victims of TBI due to traffic accidents, admitted to a high-complexity public ICU in the Federal District from August 2019 to February 2020. Descriptive analyzes of the variables were performed. of the study in relative and absolute frequency. The sample consisted of 22 patients. Males represented 54.5% of the sample, with a mean age of 31.81 ± 11.40 years, 36.36% had completed higher education and 59.09% were single. The mean length of hospital stay was 18.4 days, 4.54% died, 90.09% had severe TBI and 54.5% underwent neurosurgery. The profile of patients admitted to the ICU for TBI caused by traffic accidents is of a young, single man, with a good level of education, who progresses to severe TBI. This result points to the need for public policies to prevent traffic accidents as well as treatment and rehabilitation programs for those affected.

KEYWORDS: Traumatic brain injury, Traffic Accidents, ICU.

1 | INTRODUÇÃO

O traumatismo crânio encefálico (TCE) é qualquer lesão decorrente de um trauma externo, que tenha como consequência alterações anatômicas do crânio e comprometimento funcional das meninges, encéfalo ou seus vasos, resultando em alterações cerebrais, momentâneas ou permanentes, de natureza cognitiva ou funcional. (MENON, 2010). O TCE é responsável por altas taxas de mortalidade, acometendo principalmente jovens do sexo masculino e tendo como principal causa os acidentes com meios de transporte (BRASIL, 2015). Apesar de ocasionar um número significativo de óbitos e incapacidades, os estudos sobre TCE no Brasil são escassos (MAGALHÃES, 2017).

Segundo Organização Mundial de Saúde (OMS) 2018, acidentes de trânsito são a principal causa de morte em crianças e jovens entre 5 e 29 anos de idade, afetando sobretudo a camada economicamente ativa da sociedade e resultou em 1,3 milhões de mortes evitáveis em 2016. Somado a isso, segundo Neto (2016), constatou-se que o número de veículos motorizados está em ascensão no Brasil, como consequência do crescimento econômico.

Diante desse cenário, o objetivo deste estudo foi analisar o perfil epidemiológico e clínico de pacientes internados em Unidade de Terapia Intensiva (UTI) com diagnóstico de TCE ocasionado por acidentes de trânsito.

2 | MÉTODOS

Estudo com delineamento transversal, observacional, descritivo e quantitativo. Trata-se de recorte da pesquisa “Pacientes críticos com traumatismo crânio encefálico: estudo de coorte prospectiva e interdisciplinar de desfechos clínicos após cuidados intensivos” realizada em UTI de Hospital de Alta Complexidade da Rede Pública do Distrito Federal, com fomento do Instituto de Gestão Estratégica de Saúde do Distrito Federal. Esse estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Instituto de Gestão Estratégica de Saúde do Distrito Federal – CEP/IGESDF, sob o número 3.389.486, respeitando-se os aspectos éticos previstos na Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde – CNS

(BRASIL, 2012).

A pesquisa foi realizada através de investigação de prontuários clínicos de pacientes vítimas de TCE internados em UTI de um hospital público do Distrito Federal no período de agosto de 2019 a fevereiro de 2020, desde a admissão hospitalar até a alta da UTI. Os participantes da pesquisa foram selecionados por amostra de conveniência e seus responsáveis legais assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Os critérios de inclusão foram: pacientes maiores de 18 anos com diagnóstico principal de TCE advindo de acidente de trânsito causado por acidentes com motocicleta ou automóvel, com tempo de permanência na UTI igual ou maior que dois dias; com tempo de uso de ventilação mecânica igual ou maior que 48 horas. Os critérios de exclusão foram: pacientes com doença mental severa prévia à internação na UTI; com deficiência física severa prévia à internação na UTI; com sequela neurológica prévia à internação na UTI; pacientes oriundos de municípios que não compõem a Região Integrada de Desenvolvimento do Distrito Federal e Entorno (RIDE) e oriundos do Sistema Prisional em regime fechado ou semiaberto.

Para este trabalho, foram considerados acidente de trânsito causado por acidentes com motocicleta ou automóvel e não inclui atropelamentos.

As variáveis sociodemográficas analisadas foram idade, sexo, escolaridade e estado civil. A escolaridade e o estado civil foram classificados de acordo com registros encontrados em prontuário, sendo a escolaridade: ensino fundamental, médio ou superior e como sendo completo ou incompleto. Indivíduos sem escolaridade são aqueles que não tiveram nenhum tipo de ensino e são, portanto, não alfabetizados. O estado civil foi estratificado em solteiros, casados, viúvos, divorciados e união livre. Os desfechos clínicos considerados foram o desfecho de óbito e alta hospitalar, e o grau de TCE como leve, moderado ou grave. O tipo de tratamento empregado para o TCE divide-se em conservador ou neurocirúrgico. A gravidade do TCE foi baseada na Escala de Coma de Glasgow (MORENO, 2005) feita na admissão hospitalar, sendo que uma pontuação de 13 a 15 foi considerada lesão leve, de 9 a 12 foi considerada lesão moderada e pontuação ≤ 8 foi considerada grave.

Todos os dados foram reunidos e tabulados no software Microsoft Excel versão 365. A partir dos resultados, foram feitas análises descritivas das variáveis do estudo em frequência relativa e absoluta.

3 | RESULTADOS

A UTI investigada recebeu a internação de 142 pacientes vítimas de TCE e após a aplicação dos critérios de exclusão, formou-se a amostra de 22 pacientes vítimas de acidente de trânsito. As características epidemiológicas dos pacientes da pesquisa encontram-se demonstradas na Tabela 1.

Variáveis		
Idade (média ± DP)		31,81±11,40 anos
Sexo	N	%
Feminino	10	45,5
Masculino	12	54,5
Escolaridade	N	%
Sem escolaridade	0	0
Ensino fundamental incompleto	3	13,64
Ensino fundamental completo	1	4,55
Ensino médio incompleto	2	9,09
Ensino médio completo	5	22,72
Ensino superior incompleto	3	13,64
Ensino superior completo	8	36,36
Estado civil	N	%
Casado	5	22,72
Solteiro	13	59,09
Viúvo	1	4,55
Divorciado	1	4,55
União livre	2	9,09

Tabela 1- Distribuição das vítimas de acidente de trânsito com TCE internados em UTI segundo idade, sexo, escolaridade e estado civil (n= 22)

As características clínicas envolvendo tempo de internação, desfecho de óbito, grau de TCE apontado pela escala de Coma de Glasgow e tipo de tratamento empregado (conservador ou neurocirúrgico) estão demonstradas na Tabela 2.

Variáveis		
Tempo de internação (média ± DP)		18,40±24,56 dias
Desfecho de óbito (n/%)	1	4,54
Grau de TCE	N	%
Leve	0	0
Moderado	1	4,55
Grave	20	90,9
Sem informação	1	4,55
Tratamento	N	%
Conservador	10	45,5
Cirúrgico	12	54,5

Tabela 2: Distribuição das vítimas de acidente de trânsito com TCE internados em UTI segundo tempo de internação, desfecho de óbito, grau de TCE e tipo de tratamento (n=22)

4 | DISCUSSÃO

Estudos que avaliaram a epidemiologia dos acidentes de trânsito no Brasil atestaram predominância de homens adultos jovens, tendo em vista uma maior exposição do jovem e do sexo masculino a situações de risco (LIMA, 2017; NETO, 2016; RIOS, 2020). Os resultados encontrados nessa pesquisa foram consistentes com Marinho (2019), o qual também encontrou predomínio do sexo masculino e de adultos jovens (indivíduos em fase produtiva) no perfil de pacientes que sofrem acidente automobilístico e TCE. A associação entre homens jovens e acidentes de trânsito também foi encontrada por Panichi (2006) em revisão da literatura o qual concluiu que adolescentes e adultos jovens do sexo masculino constituem um grupo com características favoráveis para assumir mais riscos na condução. No entanto, apesar da presente pesquisa encontrar maioria do sexo masculino, a diferença entre os gêneros foi sutil, o que pode ser justificado pelo fato de as mulheres corresponderem a parcela importante de pessoas com habilitação para dirigir no Distrito Federal, correspondendo a 40% em 2019 (DENTRAN-DF, 2020). Em adição, dados do Censo (2010) mostram que o número de mulheres no mercado de trabalho aumentou de 14% para 44,6%. Leone (2019) também ressalta a melhora na inserção das mulheres no mercado de trabalho, quando comparado aos homens. Estes achados revelam em paralelo uma maior exposição deste grupo aos acidentes externos, incluindo os acidentes de trânsito.

Quanto à escolaridade, o presente estudo demonstrou maior prevalência de indivíduos com maior escolaridade. Este dado é conflitante com outros estudos que abordam escolaridade e acidente de trânsito, que demonstraram maior prevalência naqueles com menor escolaridade (ALMEIDA, 2013; MAGALHÃES, 2011; MARINHO 2019). Tal diferença pode ser devido a características sociodemográficas locais. O Distrito Federal, cidade cenário deste estudo, ficou em primeiro lugar no ranking do índice de desenvolvimento humano municipal (IDHM) do Brasil em 2017 e em segundo lugar no quesito educação. Isso pode explicar a maior escolaridade dos participantes desse estudo em comparação aos demais (ATLAS BRASIL, 2017).

Em relação ao estado civil, a maioria dos indivíduos eram solteiros, o que está de acordo com estudos que avaliaram acidentes de trânsito nacionais (RIOS, 2020; MARINHO, 2019) e internacionais (WHITLOCK, 2004). Um estudo avaliou que existe maior risco de acidentes graves ou fatais para solteiros do que casados, o que pode ser justificado pelo fato de solteiros se exporem mais a fatores de risco (ALMEIDA, 2013).

Existe carência de estudos que abordem dados sobre internação na UTI de pacientes com diagnóstico de TCE devido a acidentes de trânsito exclusivamente. Por isso, a comparação entre os estudos é complexa e foi feita com base em estudos que abordam também outros mecanismos de trauma. Tal fato aponta para a necessidade de realização de mais estudos acerca de TCE, acidentes de trânsito e internação em UTI.

O tempo de internação encontrado neste estudo foi de 18,4 dias em média. Um estudo que avaliou o tempo de internação em UTI por TCE que abrangeu outros mecanismos de trauma além dos acidentes de trânsito, teve média de 6,2 dias de internação (SANTOS, 2020). Tal fato pode significar que pacientes que sofrem acidentes de trânsito ficam mais tempo internados do que a média geral de pacientes que sofrem TCE por todas as causas.

O índice de mortalidade encontrado revela um número expressivo de sobreviventes ao TCE por acidentes de trânsito durante a internação na UTI, em que houve 1 óbito (4,54%). Em adição, o grau de TCE mais prevalente foi o grave, demonstrando a severidade dos pacientes admitidos nesta UTI por TCE devido a acidentes de trânsito. Um estudo sobre TCE em UTI, que incluiu também outros mecanismos de trauma além do acidente de trânsito, também teve maioria com TCE grave (LIZ, 2012).

Estudos que avaliaram mortalidade por TCE em UTI englobando outros mecanismos de trauma, como quedas e agressões físicas, revelam maior letalidade, variando de 25,3% a 32,2%. Embora estes estudos incluam uma maioria de vítimas de acidentes de trânsito, os demais mecanismos de trauma, envolvidos podem influenciar a taxa de mortalidade. (LIZ, 2012; SANTOS, 2019; SOUSA, 2020). Ainda considerando a baixa letalidade observada no presente estudo, torna-se válido ressaltar a excelência da referida equipe multidisciplinar desta UTI neuro crítica, composta por profissionais das áreas de medicina, odontologia, enfermagem, fonoaudiologia, terapia ocupacional, fisioterapia, serviço social, nutrição e psicologia que realizam rounds multidisciplinares visando a discussão dos casos individualizados dos pacientes e estabelecendo metas diárias a serem cumpridas por toda a equipe multiprofissional.

Quanto ao tipo de tratamento empregado, os valores foram similares entre os dois grupos, conservador e cirúrgico, mas com discreta maioria recebendo tratamento neurocirúrgico. A necessidade de realizar tratamento neurocirúrgico também aponta para a gravidade da amostra. Um estudo que avaliou pacientes com TCE internados em UTI por diferentes mecanismos de trauma também encontrou maioria recendo tratamento cirúrgico (SOUSA, 2020). É importante salientar que pacientes que necessitam de tratamento cirúrgico encontram-se, em sua maioria, em pior estado geral e, por isso, os possíveis benefícios de um procedimento neurocirúrgico invasivo superam aos riscos inerentes ao quadro clínico (COELHO, 2020).

Sumarizando, a gravidade desses pacientes vitimados por TCE aponta para a necessidade e importância de estratégias de prevenção de acidentes mais eficazes (BRASIL, 2015).

Quanto às limitações da presente pesquisa, menciona-se a não diferenciação entre acidentes de trânsito envolvendo carro ou moto. Não houve avaliação quanto ao uso de álcool e utilização de itens de segurança, como cinto de segurança e capacete, que são importantes fatores associados a acidentes de trânsito.

5 | CONCLUSÃO

Os pacientes vitimados por Traumatismo Crânio encefálico, ocasionado por acidente de trânsito envolvendo carros e motos, internados em UTI especializada do Distrito Federal, revela o perfil de indivíduo do sexo masculino, jovem, solteiro e com alta escolaridade. O tempo médio de permanência na UTI foi de 18,4 dias, em sua maioria com desfecho de alta hospitalar, apesar da prevalência de TCE grave e necessidade de intervenção neurocirúrgica.

Cabe salientar que os acidentes de trânsito e os TCE são evitáveis, muito prevalentes e causam elevado ônus para a sociedade por atingir sobretudo a camada jovem da sociedade e gerar alta taxa de mortalidade e incapacidades. O presente estudo espera contribuir para a formulação de políticas públicas de prevenção de acidentes de trânsito, bem como os programas de tratamento e reabilitação dos afetados, ao apontar o perfil dos pacientes vitimados.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA, R. L. F. et al. **Via, homem e veículo: fatores de risco associados à gravidade dos acidentes de trânsito.** Rev Saúde Pública, Fortaleza, v.47, n.4, p. 718-31. 2013.

ATLAS BRASIL. Atlas do Desenvolvimento Humano no Brasil. Índice de Desenvolvimento Humano Municipal. 2017. Disponível em: <http://www.atlasbrasil.org.br/ranking>. Acesso em: 26 fev. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Diretrizes de Atenção à Reabilitação da Pessoa com Traumatismo Cranioencefálico.** Brasília, DF. 2015. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/diretrizes_atencao_reabilitacao_pessoa_traumatisco_cranioencefalico.pdf. Acesso em: 27 fev. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução n. 466, de 12 de dezembro de 2012.** Aprova diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Brasília, Diário Oficial da União, 12 dez. 2012.

Censo Demográfico. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística - IBGE. **Censo Demográfico.** 2010.

COELHO, S. L. C; TRAJANO, E. T. L. **Comparação das taxas de mortalidade entre o tratamento conservador e cirúrgico de traumatismo cranioencefálico no período de Janeiro de 2015 a Março de 2019, no Estado do Rio de Janeiro.** Revista de Saúde, Vassouras, v. 11, n. 1, p. 77-83, jan./jun. 2020.

DENTRAN-DF. **Mulheres já são 40% dos condutores no DF.** Departamento de Trânsito - Governo do Distrito Federal. 2020. Disponível em: <https://www.detran.df.gov.br/mulheres-ja-sao-40-dos-condutores-no-df/>. Acesso em: 27 fev. 2022.

LEONE, E. T. **Participação das mulheres no mercado de trabalho brasileiro no contexto do crescimento econômico com distribuição de renda (2004-2013).** Texto para Discussão, IE/Unicamp, n. 363, p. 14, 2019.

LIMA, L. C; JÚNIOR, V. S. C. **Fatores associados à ocorrência de acidentes de trânsito no Brasil em 2013.** Revista Latinoamericana De Población, [s.l.], v. 11, n. 21, p.167-180, dez, 2017.

LIZ, N. A; ARENT, A; NAZÁRIO, N. O. **Características clínicas e análise dos fatores preditivos de letalidade em pacientes com Traumatismo Crânio Encefálico (TCE) admitidos em Unidade de Tratamento Intensivo.** Arq. Catarin. Med, [s.l.], v. 41, n. 1, p. 10-15. 2012.

MAGALHÃES, A. F. *et al.* **Prevalência de acidentes de trânsito auto-referidos em Rio Branco, Acre.** Rev. Saúde Pública, Rio Branco, v.45, n. 4, p. 738-44, ago. 2011.

MAGALHÃES, A. L. G. *et al.* **Epidemiologia do traumatismo crânioencefálico no Brasil.** Rev Bras Neurol, Brasil, v. 53, n.2, p.15-22, abr./jun. 2017.

MARINHO, C. S. R. *et al.* **Acidente de trânsito: análise dos casos de traumatismo crânioencefálico.** Enfermería Global, [s.l.], v.18, n. 2, p. 323–352, fev. 2019.

MENON, D. K. *et al.* **Position statement: definition of traumatic brain injury.** Archives of Physical Medicine and Rehabilitation, Philadelphia, v. 91, n. 11, p. 1637-1640. 2010. DOI 10.1016/j.apmr.2010.05.017. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.apmr.2010.05.017>. Acesso em: 27 fev. 2022.

MORENO, R. P. *et al.* **SAPS 3—From evaluation of the patient to evaluation of the intensive care unit. Part 2: Development of a prognostic model for hospital mortality at ICU admission.** Intensive Care Med, [s.l.], v. 31, n. 10, p. 1345-1355, oct, 2005.

NETO, O. K. M. *et al.* **Regional disparities in road traffic injuries and their determinants in Brazil, 2013.** Int J Equity Health, [s.l.], v. 15, n.1, p. 142, nov. 2016.

OMS – Organização Mundial da Saúde. **Global status report on road safety 2018.** 2018. Disponível em: <https://www.who.int/publications/l/item/9789241565684>. Acesso em: 24 fev. 2022.

PANICHI, R. M. D; WAGNER, A. **Comportamento de risco no trânsito: revisando a literatura sobre as variáveis preditoras da condução perigosa na população juvenil.** Interam. j. psychol, Porto Alegre, v.40 n.2, ago. 2006.

RIOS, P. A. A. *et al.* **Fatores associados a acidentes de trânsito entre condutores de veículos: achados de um estudo de base populacional.** Ciênc. saúde coletiva, [s.l.], v. 25, n. 3, p. 943-945, mar. 2020. DOI 10.1590/1413-81232020253.11922018. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232020253.1192201>. Acesso em: 27 fev. 2022.

SANTOS, M. F. S. *et al.* **TCE em UTI: Epidemiologia, tratamento e mortalidade no Maranhão, Brasil.** Revista Brasileira de Neurologia e Psiquiatria, [s.l.], v.23, n.1, p. 46-56, jan./abr. 2019.

SANTOS, J. C. **Traumatismo crânioencefálico no Brasil: análise epidemiológica.** Rev Cient Esc Estadual Saúde Pública Goiás “Candido Santiago”, v. 6, n.3, e6000014, 2020.

SOUZA, F. C. A. *et al.* **Mortalidade de vítimas de traumatismo crânioencefálico internados em unidade de terapia intensiva.** Research, Society and Development, [s.l.], v. 9, n.1, e86911658, 2020. DOI 10.33448/rsd-v9i1.1658. Disponível em: <https://rsdjournal.org/index.php/rsd/article/view/1658>. Acesso em: 27 fev. 2022.

WHITLOCK, G. et al. **Motor vehicle driver injury and marital status: a cohort study with prospective and retrospective driver injuries.** J Epidemiol Community Health, [s/l], v.10, n.1, p. 33-36, Feb. 2004. DOI 10.1136/ip.2003.003020. Disponível em: <https://doi.org/10.1136/ip.2003.003020>. Acesso em: 27 fev. 2022.

CAPÍTULO 10

ESTRATÉGIAS DE ESTUDOS CIENTÍFICOS DO GRUPO DE PESQUISA TECDOR: RELATO DE EXPERIÊNCIA

Data de aceite: 01/04/2022

Data de submissão: 07/02/2022

Dalila Sousa Freitas

Universidade Estadual do Ceará (UECE)

Fortaleza - Ceará

<https://orcid.org/0000-0003-1214-3837>

Raiane Ferreira de Barros

Universidade Estadual do Ceará (UECE)

Fortaleza - Ceará

<https://orcid.org/0000-0002-7805-0644>

Ana Claudia de Souza Leite

Universidade Estadual do Ceará (UECE)

Fortaleza - Ceará

<https://orcid.org/0000-0003-1407-7634>

Julia França Torres

Universidade Estadual do Ceará (UECE)

Fortaleza - Ceará

<https://orcid.org/0000-0002-1170-9619>

Sadi Antonio Pezzi Junior

Universidade Estadual do Ceará (UECE)

Fortaleza - Ceará

<https://orcid.org/0000-0001-6606-5112>

Carla Viviane de Meneses Oliveira

Universidade Estadual do Ceará (UECE)

Fortaleza - Ceará

<https://orcid.org/0000-0002-4068-0587>

Lucas Melo Matos

Universidade Estadual do Ceará (UECE)

Fortaleza - Ceará

<https://orcid.org/0000-0001-9141-7554>

Edson da Silva Ribeiro

Universidade Estadual do Ceará (UECE)

Fortaleza - Ceará

<https://orcid.org/0000-0001-7582-2648>

RESUMO: **Objetivo:** Relatar a experiência

dos estudos científicos do Grupo de Pesquisa Tecnologias para o Cuidado Clínico da Dor da Universidade Estadual do Ceará. **Metodologia:**

Relato de experiência com narrativas das estratégias de estudos científicos desenvolvidas pelo grupo de pesquisa Tecnologias para o Cuidado Clínico da Dor entre os meses de maio a outubro de 2021. **Resultados e Discussão:**

Os estudos das evidências científicas conforme as estratégias pedagógicas permitiram o protagonismo dos discentes com trocas dialógicas em grupo em diversas temáticas relacionadas à dor humana. **Conclusão:** As estratégias dos estudos científicos desenvolvidas foram fundamentais para ampliação do conhecimento, destacando as evidências e trocas de experiências e construção da autonomia entre os alunos da comunidade acadêmica da Universidade Estadual do Ceará (UECE).

PALAVRAS-CHAVE: Estratégia. Grupo de

SCIENTIFIC STUDIES STRATEGIES OF THE TECHPAIN RESEARCH GROUP: EXPERIENCE REPORT

ABSTRACT: **Aim:** To describe the experience of scientific studies of the Technologies for Clinical Pain Care Research Group of the State University of Ceará. **Methodology:** Experience report with research narratives of scientific studies for October clinical care between May research months and clinical care between 2021 research months. **Results and Discussion:** The studies of scientific evidence according to the pedagogical strategies allowed the protagonism of students with dialogical exchanges in groups on various topics related to human pain. **Conclusion:** The strategies of scientific studies developed were essential for the expansion of knowledge, highlighting the evidence and exchange of experiences among students of the academic community of the State University of Ceará (UECE).

KEYWORDS: Strategy. Research Group. Pain. Experience Report.

1 | INTRODUÇÃO

Os Grupos de Pesquisa no Brasil possuem estreita relação com a Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (Capes) por meio de legislação e recomendações específicas para a Pós-Graduação no Brasil e Também com o Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq) e dos Planos Nacionais de Pós-Graduação (PNPG).

Estes foram institucionalizados no início da década de 1980, porém, há uma relação estreita entre formação de grupos e o desenvolvimento de pesquisa, pois estes já existiam mesmo antes na criação de grupos de pesquisa. Estudiosos (MANAIRDES, 2021) revelam que este tipo de grupo já existia em instituições com Programas de Pós-Graduação (PPGs) mais consolidados.

A criação de Grupos de Pesquisa abriu um leque de opções para o desenvolvimento de políticas educacionais nas Instituições de Ensino, no Brasil. Essa promoção da ciência não é limitada somente ao desenvolvimento da pesquisa científica dotadas de resultados científicos, mas à malha complexa que envolve o conhecimento com consciência (CARVALHO, 2015; MORIN, 2010). Isto indica estar envolvido com uma ciência conectada às demandas sociais (MAGALHÃES, 2015). Porém, a partir da criação em 1992 do Diretórios de Grupos de Pesquisa do Brasil (DGPB) foi possível verificar um processo de relação mais estreita entre as Instituições Nacionais de fomento e organização da pesquisa com as Universidades.

O grupo de pesquisa é definido como um conjunto de pessoas, pesquisadores e acadêmicos que buscam adentrar-se em conhecimentos relacionados a uma temática específica, com a finalidade de desenvolver pesquisas científicas e difundir evidências acerca dos temas. No Brasil, esses grupos vêm buscando produzir inovações, novas tendências e tecnologias para o desenvolvimento da literatura científica, contribuindo para

a produção acadêmica do país com relevantes publicações, disseminação de informações e conhecimento, além da experiência vivenciada pelos pesquisadores (FABRIZZIO et al., 2021; SILVA et al., 2018).

No âmbito da construção da compreensão do que é fazer pesquisa, em termos metodológicos, a estudiosa Manairdes (2021) apresenta-o em três níveis de abordagens. No primeiro nível, abordam-se mapeamentos mais amplos de Grupos de Pesquisa de uma determinada área, região geográfica ou recorte temporal. No nível meso é possível explorar aspectos do funcionamento dos grupos, políticas de financiamento para indução, desenvolvimento e consolidação de Grupos de Pesquisa, além de políticas institucionais, seu nível de interatividade em Grupos de Pesquisa (nacional e internacional), as relações entre Grupos de Pesquisa, prestígio acadêmico-científico e internacionalização. No nível micro permite explorar a trajetória de Grupos de Pesquisa, as estratégias utilizadas nos grupos, as relações pessoais que se estabelecem, dentre outras.

A pesquisa científica, neste contexto organizacional dos Grupos de pesquisa, é hoje uma forte propulsora de conhecimento interdisciplinar e coletivo, onde o espaço de busca se mescla nos três níveis de abordagens de grupos de pesquisa de Manairdes (2021). Não obstante, é também complexa e dinâmica na sua própria natureza, pois apresenta proposições e oposições dos seus achados e informações de uma ou mais determinada área e assunto dentro de uma base teórica e sólida, proporcionando resoluções para problemas potenciais (ANA, 2018).

Nessa compreensão da importância das experiências vivenciadas como integrantes de um Grupo de Pesquisa no Brasil, buscamos descrever as estratégias de estudos científicos utilizadas pelo Grupo de Pesquisa Tecnologias para o Cuidado Clínico da Dor (TECDOR). Desse modo, a descrição deste relato de experiência busca enfatizar a importância dos estudos temáticos como estratégia do aprender com a pesquisa. Além disso, traz à tona a importância de conhecimento sobre assuntos específicos que envolvem a dimensão clínica micro e macrossocial na dinâmica do cuidado integral às pessoas com dor e seus cuidadores a nível micro e macrossocial, integrantes do TECDOR e profissionais de saúde.

2 | METODOLOGIA

Estudo de natureza qualitativa do tipo descritivo das estratégias de estudo científico apresentadas nas reuniões do grupo de pesquisa Tecnologias para o Cuidado Clínico da Dor (TECDOR). O relato de experiência além de inserir-se num trabalho de linguagem é uma construção não generalista com síntese provisória, sempre aberta à análise e uma permanente elaboração de novos e transversais saberes. Compõe-se de narrativas que aporta ao mesmo tempo a experiência, o campo da fala e seu momento histórico, articulados em uma grade teórica que apoia a experiência enquanto fenômeno científico

(DALTO, 2019).

Nesse panorama, o Grupo de Pesquisa “Tecnologias para o Cuidado Clínico da Dor” (TECDOR) da Universidade Estadual do Ceará é credenciado ao Diretório de Grupos de Pesquisa (DgP-CNPq), tendo atuação permanente desde 2004, contribuindo com a ciência por meio de sua atividade científico-tecnológica com 25 integrantes discentes de graduação e pós-graduação, dois colaboradores estrangeiros e sete (07) brasileiros. Desenvolve sua produção em quatro (04) linhas de pesquisa que se interconectam de forma multidisciplinar, são elas: 1) Avaliação e Intervenção Familiar para o cuidado clínico da dor e cuidados paliativos; 2) Cuidados clínicos da dor e Cuidados Paliativos; 3) Dor em urgência e emergência; 3) Práticas Complementares e Integrativas em Saúde e Enfermagem para o alívio da dor e Paliação; 4) Produção de Tecnologias para o cuidado clínico da dor e cuidados paliativos.

Este relato abordará as experiências dos estudos científicos ocorridos de acordo com a temática central de cada mês, realizados durante os meses de maio, junho, julho e outubro de 2021, segundo o cronograma de apresentações dos subgrupos nestas reuniões, referente à temática central do mês. Neste sentido, os subgrupos temáticos tinham o compromisso de trazer evidências científicas em relação a cada temática estudada pelos membros, são elas: Abordagens conceituais e teóricas da dor e/ou/em paliação; Gestão, avaliação e mensuração da dor; Alívio da dor: terapias farmacológicas e outros tratamentos; Alívio da dor: terapias não farmacológicas/PICS.

Desse modo coletivo, utilizamos o recurso do *Google docs* para partilhar as experiências vivenciadas com atividades de estudos científicos, desenvolvidos para discussão coletiva e apresentadas em reuniões semanais. Essas atividades ganharam impulso durante o período da pandemia e na atualidade desenvolvem de forma remota em sala do *Google meet* pelo acesso Institucional. Elas são construídas anualmente e de forma coletiva, no início do ano, por meio de um formulário *Google Forms*, ocasião, também de credenciamento ao Grupo de Pesquisa TECDOR. A síntese do formulário, é apresentada ao coletivo do grupo as propostas temáticas dos estudos científicos semanais, participação na elaboração de projeto(s) de pesquisa e pesquisa(s) em andamento; organização, processos e estrutura em células e subgrupos de produção por temáticas.

3 | RESULTADOS E DISCUSSÃO

O processo de aprender com a pesquisa desenvolve uma posição assumida pelo pesquisador que possui suas subjetividades sensoriais, emocionais, cognitivas, sociais e espirituais para tornar pleno o sentir pelo pensamento (DALTRO, 2019).

Como diz o poeta português Fernando Pessoa (2011) sobre a experiência que “aquel que em mim sente está pensando”. Pois, a sensibilização do ser humano com os elementos perceptivos, traz à tona aciona compreensões representativas e com novas

significações na realidade corpórea, fazendo-o se sentir na posição de autor e ao mesmo tempo sujeito da experiência.

Estratégia 1- Movimento de Integração Interdisciplinar em Pesquisa

No desenvolvimento das atividades, o TECDOR desenvolve atividades interdisciplinares não somente por ter a presença de outros profissionais da área de saúde, humanas e de tecnologia, mas também pelas trocas de saberes interdisciplinares. Acredita-se que essa experiência interdisciplinar possui grande peso no processo de ensino e aprendizagem, pois auxilia na prática do senso crítico e contribui na prática profissional.

Outrossim, colabora na formação de profissionais mais conscientes, pois, no futuro os integrantes do grupo quando adentrarem no mercado de trabalho estarão mais familiarizados com a prática interdisciplinar de um hospital ou uma área que o profissional deseja seguir. Dessa forma, o grupo ao praticar a interdisciplinaridade amplia o campo de conhecimento dos alunos, enriquecendo as reuniões científicas e trazendo inúmeras contribuições para diversas profissões, como a enfermagem, nutrição, psicologia entre outros (SILVA *et al.*, 2019).

No aprender pela pesquisa, o(s) questionamento(s) fluem diante do envolvimento das experiências vividas de alguma forma por cada integrante ao longo da vida com a temática ou pela experiência do pensar dentro do território da autonomia em desenvolver um estudo temático e se colocar no diálogo em aprendizagem. Freire (2008) nos lembra que o conhecimento sempre começa pela pergunta, pela curiosidade.

Neste sentido, durante todo o processo de produção temática dos estudos científicos, mês a mês, pelo Grupo de Pesquisa permitiu a abertura de possibilidades de formulação dos questionamentos e hipóteses. Isto leva a crer para os estudiosos, que questionamentos ultrapassam o limbo da informação ao decifrar signos para interpretar e construir conhecimento com autonomia, criatividade, criticidade e também com espírito investigativo (FREIRE, 2008).

Apresença com parceria do docente e discente no processo de aprendizagem envolve intermitência investigativa com discussão coletiva para a produção do conhecimento. O processo de autonomia discente se caracteriza como um sujeito ativo, crítico, dinâmico e participativo e, ao docente, apenas mediador, incentivando à curiosidade e o desejo de aprender.

Indo mais além, o estudioso Demo (1996) acrescenta que o aluno é capaz de argumentar sobre seu objeto de estudo, transformando a sala de aula em espaço prazeroso de reconstrução do conhecimento, comandando a sua aprendizagem. A argumentação precisa ser reforçada com profundidade, ou seja, por informações e dados organizados, interpretados e apresentados tanto na forma escrita quanto oral.

Estratégia 2- Planejamento de Atividades de Pesquisa em Subgrupos Temáticos

O contexto do desenvolvimento das estratégias dos estudos temáticos das evidências científicas relacionadas à Dor foi discutido nos subgrupos durante maio, junho, julho e outubro de 2021, sendo os meses de agosto e setembro reservados para o recesso estudantil. No mês de maio os subgrupos relacionaram a temática dor com seus respectivos temas, trazendo apresentações baseadas em artigos científicos relacionados aos seguintes assuntos: Avaliação e Mensuração da Dor; Terapias Farmacológicas utilizadas para o alívio da Dor; PICS utilizadas para o alívio da Dor.

A temática dor foi discutida em cada subgrupo, nos quais promoviam conhecimentos científicos acerca do alívio da dor nos demais tipos de literatura. Cada assunto foi apresentado para todos os membros do TECDOR em forma de apresentações no decorrer do mês. Essa estratégia de ensino foi essencial para explanar aos integrantes o objeto de estudo de cada subgrupo e as produções acadêmicas ao longo do mês, o que foi de extrema importância para aprimorar nosso aprendizado e expandir nosso conhecimento sobre as diversas formas de tratamentos da dor.

A utilização de terapias para o alívio da dor é de responsabilidade da equipe multiprofissional, com especial enfoque para a equipe de enfermagem. Dessa forma, avaliar, prevenir e controlar a dor são ações importantes durante a assistência por meio da adoção de estratégias farmacológicas e não farmacológicas (MACIEL *et al.*, 2019).

Ademais, a base da enfermagem está fundamentada no cuidado, assim, os tratamentos deveriam possuir um olhar mais holístico, fundamentado nos cuidados paliativos. Porém, para alguns profissionais a forma de tratamento da dor é baseada apenas no uso de medicamentos farmacológicos, desconsiderando as diversas formas de tratamento, como as PICS e as terapias farmacológicas, podendo ser desbravado todo o leque de opções para o tratamento da dor. (AYALA *et al.*, 2021).

Estratégia 3- Mídias digitais como caminho para difusão de conhecimento

As mídias digitais se tornaram um importante recurso durante a pandemia da Covid-19 para o desenvolvimento dos estudos do TECDOR. Elas possibilitam maior facilidade na comunicação entre os integrantes, de modo que a troca de informações foi realizada de forma rápida e, assim, as pesquisas foram desenvolvidas com mais praticidade.

Além disso, o universo digital oferece diversas fontes de dados, de forma a possibilitar que o pesquisador venha a expandir seus conhecimentos sobre o assunto que está sendo estudado. Ademais, da mesma forma que as informações podem ser adquiridas com rapidez, elas também podem ser partilhadas com outras pessoas com a mesma facilidade.

Estratégia 4: Aprender e Ensinar com as Temáticas do TECDOR

No mês de junho os subgrupos apresentaram nas reuniões as seguintes temáticas

baseadas em evidências científicas: dor musculoesquelética; avaliação e mensuração da dor musculoesquelética; terapias Farmacológicas utilizadas para o alívio da dor musculoesquelética; e, PICs no alívio da dor musculoesquelética.

As reuniões com a temática dor musculoesquelética contribuíram para a expansão de conhecimento sobre o assunto, pois foi discutido o tema com vários tipos de evidências científicas, dessa forma, ampliando as demais tecnologias que podem ser aplicadas para o alívio da dor.

A dor musculoesquelética (DME) acomete pessoas em todas as idades e pode ocasionar altos níveis de incapacidade. No Brasil, a DME crônica é uma das principais causas de aposentadoria por invalidez. Na maioria dos casos, não é possível estabelecer uma causa única, devido a experiência de dor individual de cada pessoa, ela é ocasionada não somente por fatores biológicos, mas também por fatores cognitivos, emocionais, comportamentais, ambientais e sociais. Dessa maneira, é fundamental a busca por estudos que contribuam para a melhora da qualidade de vida de pacientes acometidos por essa enfermidade (MARTINS *et al.*, 2021).

O TECDOR apresenta um âmbito de aprendizagem completo, trazendo de forma didática os assuntos importantes em cada reunião, nesses assuntos encontra-se a dor no músculo esquelético, um dos conteúdos que mais agrupa aos conhecimentos necessários de qualquer estudante e profissional na área de saúde. Nesse contexto, a aprendizagem é sempre contínua e atualizada, uma vez que cada um dos grupos ensina outro grupo e vice-versa rotacionando o conhecimento e as pesquisas, sempre trocando conhecimentos e evoluindo no âmbito acadêmico.

Como integrantes do grupo, pudemos aprender que as condições de saúde, fatores ambientais, envelhecimento populacional aumentam o número de pessoas com incapacidades devido a dores musculoesqueléticas, sendo a coluna vertebral uma das principais dores incapacitadoras na vida diária de uma pessoa. Estudiosos acrescentam ainda que o medo e a aflição da dor são outros mecanismos que impactam o movimento e funcionalidade corporal, onde é reconhecida como um problema comum na sociedade, com prevalência acima de 50%, referindo-se como uma experiência desagradável tanto emocional quanto sensorial (MOTA *et al.*, 2020).

Com base na importância do conteúdo, o ensino se deu de forma ativa pelo grupo de pesquisa, uma vez que os integrantes ensinaram por meio de seminário, e discutiram o tema proposto. Como relata da Silva (2018), a utilização desse tipo de metodologia amplia o aprendizado e as informações absorvidas e expostas, e dessa forma aconteceu no grupo, pois ao buscar conteúdo para o ensino, é necessário aprofundar-se no tema, e o debate representa um “acabamento” construção de conhecimento, levando o grupo a aprender o que foi ensinado, e ampliando os conhecimentos daqueles que ensinaram.

No mês de julho, os subgrupos apresentaram nas reuniões as seguintes temáticas baseadas em evidências científicas: dor oncológica na atenção primária à saúde; avaliação

e mensuração da dor oncológica na atenção primária à saúde; terapias farmacológicas no alívio da dor oncológica na atenção primária à saúde; pics no alívio da dor oncológica na aps.

As apresentações trouxeram evidências de artigos científicos que abordavam o tema “Dor oncológica na atenção primária” em modalidades distintas, dessa forma, ampliando o nosso conhecimento sobre esse assunto.

O câncer é uma das enfermidades causadoras de grande sofrimento à pessoa acometida que acompanha a dor como um dos piores sintomas manifestados. A dor pode variar de acordo com o tipo de tratamento no qual o paciente é submetido, o estágio da doença e o local onde se encontra no organismo. A dor oncológica intriga os profissionais da saúde, fazendo-se assim necessário estudos que tragam resultados para o seu alívio para uma maior qualidade de vida durante o tratamento da doença (MEIER, 2018).

A experiência vivenciada no Grupo TECDOR proporcionou aprendizados sobre a Dor Oncológica na Atenção Primária à Saúde. Dessa maneira, como futuros profissionais da saúde foi fundamental conhecer acerca desta temática, pois é importante conhecer como funciona o enfrentamento do câncer na unidade básica de saúde (UBS), aprendemos que o enfermeiro é quem auxilia o paciente assim como seus acompanhantes a obter conhecimentos sobre a doença e das dificuldades que o tratamento proporciona.

O profissional enfermeiro tem múltiplas tarefas no atendimento oncológico na UBS, Além de alertar sobre os fatores de risco que podem desencadear a doença, este também presta serviços ao paciente oncológico, como consultas, visitas domiciliares, orientações sobre o tratamento, controle do nível da dor, dentre outras atividades, com o intuito de assegurar a qualidade de vida desse paciente (SOUZA, 2018).

A Atenção Primária em Saúde (APS) assenta na totalidade dos cuidados essenciais de saúde, que são caracterizados por diversas práticas, que seja acessível a toda a população, com o propósito de incentivar a autonomia dos mesmos. Sendo assim, o processo de ensinar é fundamental para a promoção da saúde na atenção primária, que auxilia nos cuidados de diversas necessidades, e uma delas é a dor oncológica (ASSIS et al., 2021).

Portanto, a experiência de ensinar a temática Dor Oncológica na Atenção Primária à Saúde, possibilitou ao Grupo TECDOR aprimoramento nos conhecimentos acerca dos melhores procedimentos terapêuticas para tratar da dor nas UBS, acarretando avanço na agilidade e competência do tratamento ao paciente, e assim melhorando a condição de vida, lembrando que ao cuidar do paciente vivendo com a dor oncológica, o profissional necessita ter a busca incessante do saber (TAVARES et al., 2021).

No mês de outubro, os subgrupos apresentaram nas reuniões as seguintes temáticas baseadas em evidências científicas: Instrumentos de avaliação da dor no Câncer de Mama; Câncer de Mama: Terapias farmacológicas com ênfase em cannabis; Acupuntura no Câncer de Mama. Intensificam-se as campanhas do Outubro Rosa para a prevenção

do Câncer de Mama, dessa maneira o grupo TECDOR organizou temáticas voltadas ao assunto, durante as reuniões foram apresentados artigos de grande relevância científica, trouxeram conhecimentos sobre dor no Câncer de mama em diversos âmbitos, dessa forma, enriquecendo o nosso aprendizado, foi bastante relevante a troca de experiências entre os subgrupos.

O Câncer de Mama é a segunda neoplasia mais acometida entre as mulheres do mundo. Para a população feminina brasileira foram esperados 57.960 novos casos para o ano de 2016, de acordo com dados estatísticos do Instituto Nacional do Câncer - INCA. Dependendo do estágio em que essa doença se encontra o tratamento pode ser um processo bastante doloroso, novas tecnologias e estudos são necessários para que as dores causadas sejam amenizadas, assim, garantindo a permanência no tratamento (DANTAS, 2017).

O processo de aprendizagem é contínuo. Temos a necessidade de, cada vez mais, aprendermos sobre assuntos totalmente desconhecidos e de nos reciclarmos, tendo novas perspectivas e complementando os assuntos aos quais já temos um certo domínio. Dessa forma, aprender sobre a dor no câncer de mama foi uma experiência que agregou muito, dado a relevância desse acometimento na população mundial.

Segundo a International Agency for Research on Cancer (2020), nos anos de 2015 a 2020, a nível mundial, o câncer de mama teve uma prevalência de aproximadamente 7,8 milhões do total de 50,5 milhões de casos de todos os tipos de cânceres, sendo o câncer mais prevalente, com 15,4% do total de casos. Os nódulos na região da mama e/ou axila, a dor na região mamária e as alterações de pele na região são algumas das principais alterações que ocorrem na região mamária (MEIRELES *et al.*, 2018).

Além disso, Lopes *et al.* (2018) citam que, mesmo com uma melhora considerável na qualidade de vida, a dor é um dos problemas que podem persistir, mesmo após a cura do câncer de mama. Dessa forma, é possível inferir a relevância e a importância de se aprender sobre a dor nessa doença, já que é um sintoma impactante de um acometimento extremamente prevalente a nível mundial.

O ato de pensar durante a narrativa da experiência na perspectiva epistemológica, em emanação pelas singularidades, torna-se relevante produto científico na contemporaneidade. Posto que há uma construção teórica e prática na busca de refinar saberes sobre a experiência em si pelo olhar do sujeito pesquisador em seu contexto cultural e histórico. Portanto, não se constituindo como uma obra acabada ou permeada de verdades absolutas, busca saberes inovadores (DALTRO, 2019)

Os estudos científicos desenvolvidos em apresentações nos despertaram o “pensar em”, “pensar com” e pensar a partir dela. O pensar com é pensar com os acontecimentos ou como nossas narrativas para compreender o território de significações das nossas memórias e os novos acontecimentos nos leva a possibilidades de proposições de soluções coletivas nos dando pistas para a investigação da experiência. Assim, por meio deste relato

de experiência também pesquisamos o que foi vivido, pois as narrativas caminhavam na busca de luz para percebermos de forma mais ampla e nos orientarmos melhor no caminho da educação (CONTRERAS, 2016).

4 | CONSIDERAÇÕES FINAIS

O grupo de pesquisa Tecnologias para o Cuidado Clínico da Dor (TECDOR), atuou diretamente no aprendizado e troca de experiências entre os seus integrantes, assim como teve o papel de disseminar conhecimento entre os alunos da Comunidade Acadêmica da Universidade Estadual do Ceará (UECE), por meio de apresentações das temáticas e a divulgação dos assuntos em suas mídias sociais.

As apresentações de artigos trouxeram grande relevância científica, contribuindo para a bagagem de conhecimentos dos futuros profissionais de saúde, pois, a partir dos temas discutidos no grupo no TECDOR, temas que não possuem muito enfoque na graduação, conseguem ganhar maior notoriedade. Além disto, possibilitou aos ingressantes estudar temáticas que não teriam acesso na grade curricular do curso.

Neste sentido, os integrantes deste Grupo, em suas atividades coletivas de estudos científicos, portam saberes e práticas para sua futura área de trabalho interdisciplinar. Também, possibilita a criação de novas tecnologias para o alívio da dor ou a criação de soluções com as tecnologias aprendidas durante a graduação, por meio de um olhar mais holístico, contribuindo para o bem estar da comunidade melhorando a qualidade de vida das pessoas.

REFERÊNCIAS

ANA, W. P. S.; LEMOS, G. C. **METODOLOGIA CIENTÍFICA: a pesquisa qualitativa nas visões de Lüdke e André.** Rev. Eletrônica Científica Ensino Interdisciplinar. Mossoró, v. 4, n. 12, p. 531 – 541, nov. 2018. Disponível em: <http://natal.uern.br/periodicos/index.php/RECEI/article/view/1710/1669>. Acesso em: 6 fev. 2022.

AYALA, A. L. M. SANTANA, C. H.; LANDMANN, S. G. **Cuidados paliativos: conhecimento da equipe de enfermagem.** Semina: Ciências Biológicas e da Saúde. Londrina, v. 42, n. 2, p. 155-166, jul-dez. 2021. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.5433/1679-0367.2021v42n2p155>. Acesso em: 5 fev. 2022.

BIANA-ASSIS, V. L. et al. **Práticas educativas e formação para a Atenção Básica: O médico como educador em saúde.** Research, Society and Development, v. 10, n. 7, pág. e9010716369, 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.33448/rsd-v10i7.16369>. Acesso em: 5 fev. 2022.

CARVALHO, V. **Linhas de pesquisa em enfermagem: destaque filosóficos e epistemológicos.** Rev Bras Enferm. v. 68, n. 4, p. 723-729, Jul-Ago, 2015. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167.2015680421p>. Acesso em: 6 fev. 2022.

CHUEKE, G. V.; AMATUCCI, M. **O que é bibliometria? Uma introdução ao Fórum.** Internext: Revista Eletrônica de Negócios Internacionais, São Paulo, v. 10, n. 2, p. 1–5, 2015. Disponível em: <https://doi.org/10.18568/1980-4865.1021-5>. Acesso em: 5 fev. 2022.

CONSELHO NACIONAL DE DESENVOLVIMENTO CIENTÍFICO E TECNOLÓGICO. **O que é o Diretório.** Brasília, 2022. Disponível em: <<https://lattes.cnpq.br/web/dgp/o-que-e/>>. Acesso em: 5 fev. 2022.

DALTRO, M. R.; FARIA, A. A. **Experience report: A scientific narrative in the post-modernity.** Estud. pesqui. psicol. Rio de Janeiro, v.19, n.1, p. 223-237, jan-abr. 2019. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1808-42812019000100013&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 5 fev. 2022.

DANTAS, J.; SOUZA, F. G. L. **Os Efeitos da Acupuntura como Tratamento Coadjuvante em Pacientes com Câncer de Mama.** Manaus, 2017. Trabalho de Conclusão do Curso (Pós-Graduação em Acupuntura) - Faculdade Faserra. 2017. Disponível em: https://portalbiocursos.com.br/ohs/data/docs/227/133-Os_Efeitos_da_Acupuntura_como_Tratamento_Coadjuvante_em_Pacientes_com_Cancer_de_Mana.pdf. Acesso em: 5 fev. 2022.

DEMO, Pedro. **Educar pela pesquisa** .10. ed. Campinas, SP: Autores Associados, 1996.

DOMINGO, J. C. **Relatos de experiencia, en busca de un saber pedagógico.** Revista Brasileira de Pesquisa (Auto) Biográfica, Salvador, v. 01, n. 01, p. 14-30, jan./abr. 2016. Disponível em: <https://doi.org/10.31892/rbpab2525-426X.2016.v1.n1.p14-30>. Acesso em: 5 fev. 2022.

FABRIZZIO, G. C. *et al.* **Tecnologia da informação e comunicação na gestão de grupos de pesquisa em enfermagem.** Esc. Anna Nery. v. 25, n. 3, p. 1-8, 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/2177-9465-EAN-2020-0299>. Acesso em: 5 fev. 2022.

FREIRE, P.; FAUNDEZ, A. **Por uma pedagogia da pergunta.** 6. ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 2008.

GONZALEZ, R. V. D.; MARTINS, M. F. **Knowledge management process: a theoretical-conceptual research.** Gest Prod. v. 24, n. 2, p. 24-35, abr-jun. 2017. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0104-530X0893-15>. Acesso em: 6 fev. 2022.

INTERNATIONAL AGENCY FOR RESEARCH ON CANCER. **Cancer today.** Lyon: WHO, 2020. Disponível em: <Cancer Today (iacr.fr)>. Acesso em: 5 fev. 2022.

LOPES, J. V. *et al.* **Impacto do câncer de mama e qualidade de vida das mulheres sobreviventes.** Rev. Bras. Enf. v. 71, n. 6, p. 3090-3096, 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2018-0081>. Acesso em: 5 fev. 2022.

MAGALHÃES, R. **A comunicação estratégica aplicada à divulgação da ciência: o caso do Centro de Estudos de Comunicação e Sociedade.** Observatório J. v. 9, n. 4, p. 51-84, 2015. Disponível em: <http://hdl.handle.net/1822/40394>. Acesso em: 5 fev. 2022.

MORIN, E. **Ciência com consciência.** 13^a ed. Rio de Janeiro: Bertrand; 2010.

MACIEL, H. I. A. *et al.* **Medidas farmacológicas e não farmacológicas de controle e tratamento da dor em recém-nascidos.** Rev Bras Ter Intensiva. v. 31, n. 1, p. 21-26, 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.5935/0103-507X.20190007>. Acesso em: 5 fev. 2022.

MAINARDES, J. **Panorama dos grupos de pesquisa de Política Educacional no Brasil.** Jornal de Políticas Educacionais, Curitiba, v. 15, n. 6, p. 1-25, 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.5380/jpe.v15i0.79217>. Acesso em: 6 fev. 2022.

MARTINS, M. N. et al. **Avaliação de um instrumento on-line para educação em dor por profissionais de saúde e pacientes com dor musculoesquelética.** BrJP. São Paulo, v. 4, n. 2, p. 104-144, abr-jun, 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.5935/2595-0118.20210023>. Acesso em: 6 fev. 2022.

MEIER, I. K.; COSTA, A. E. K.; PISSAIA, L. F. **Manejo da dor de pacientes oncológicos residentes em área de estratégia de saúde da família.** Rev Interdisciplinar de Promoção da Saúde. v. 1, n. 3, p. 1-6, jul-set, 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.17058/rips.v1i3.12494>. Acesso em: 5 fev. 2022.

MEIRELES, G. A. et al. **Percepções da Dor nas Pacientes com Câncer de Mama.** Research Society and Development. v. 10, n. 7, 2021. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.33448/rsd-v10i7.16938>. Acesso em: 5 fev. 2022.

MOTA, P. H. S. et al. **Impacto da dor musculoesquelética na incapacidade funcional.** Fisioterapia e Pesquisa [online]. v. 27, n. 1, p. 85-92, jan-mar. 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1809-2950/19006327012020>. Acesso em: 6 fev. 2022.

OLIVEIRA, G. K. S.; RODRIGUES, K. C.; FREITAS, M. A. O. **Concepções de Docentes sobre o uso de Metodologias Ativas da Aprendizagem: Um Enfoque na Formação de Enfermeiros.** Revista Sustinere, v. 6, n. 2, p. 281-299, 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.12957/sustinere.2018.36366>. Acesso em: 5 fev. 2022.

SILVA, I. R. et al. **Nursing research groups: Complex systems for the knowledge management.** REME. v.22, e-1110, 2018. Disponível em: <http://www.dx.doi.org/10.5935/1415-2762.20180038>. Acesso em: 6 fev. 2022.

SILVA, N. A. et al. **INTERDISCIPLINARIDADE NA FORMAÇÃO ACADÊMICA DE PROFISSIONAIS DA SAÚDE.** Seminário Integrador de Extensão, v. 2, n. 2, 2019. Disponível em: <<https://portaleventos.uffs.edu.br/index.php/SIE/article/view/10994>>. Acesso em: 5 fev. 2022.

SOUZA, G. R. M.; CAZOLA, L. H. O.; PÍCOLI, R. P. **ATUAÇÃO DO ENFERMEIRO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE NA ASSISTÊNCIA ONCOLÓGICA: REVISÃO INTEGRATIVA.** Cogitare Enferm. v. 23, n. 4, e58152, 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.5380/ce.v23i4.58152>. Acesso em: 5 fev. 2022.

TAVARES, A. T. A. et al. **Management of oncological pain by the nursing team.** Research, Society and Development, v. 10, n. 11, p. e472101119854, 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.33448/rsd-v10i11.19854>. Acesso em: 5 fev. 2022.

CAPÍTULO 11

TELECEDEBA: AMPLIANDO O ACESSO AO CUIDADO ÀS PESSOAS COM DIABETES E DOENÇAS ENDÓCRINAS PARA TODO O ESTADO DA BAHIA

Data de aceite: 01/04/2022

Gladys R. de Oliveira

Núcleo de Telessaúde Bahia. Fundação Estatal Saúde da Família

Flávia Reseda Brandão

Centro de Diabetes e Endocrinologia da Bahia (CEDEBA)

Daiana C.M. Alves

Núcleo de Telessaúde Bahia. Fundação Estatal Saúde da Família

Érica L. C. de Menezes

Núcleo de Telessaúde Bahia. Secretaria de Saúde do Estado da Bahia

Mariângela C. Vieira

Núcleo de Telessaúde Bahia. Fundação Estatal Saúde da Família

José Cristiano Soster

Núcleo de Telessaúde Bahia. Secretaria de Saúde do Estado da Bahia

Reine Chaves Fonseca

Centro de Diabetes e Endocrinologia da Bahia (CEDEBA)

Maria das Graças V. de Faria

Centro de Diabetes e Endocrinologia da Bahia (CEDEBA)

é qualificar e ampliar o acesso ao cuidado das pessoas com diabetes, obesidade, disfunção tireoidiana e outras doenças endocrinológicas, utilizando as Tecnologias de Informação e Comunicação (TIC). Configura-se como parte de um crescente movimento para descentralização dos atendimentos de pacientes com doenças crônicas na capital do Estado. A parceria entre o CEDEBA e o Telessaúde Bahia tem possibilitado ao profissional, ainda que distante, a segurança e resolutividade na condução dos pacientes pela atenção primária.

PALAVRAS-CHAVE: Telessaúde; Doenças do Sistema Endócrino; Atenção Primária à Saúde.

ABSTRACT: This study presents the experience of CEDEBA and the Technical Scientific Nucleus of Telehealth of the State of Bahia (NTC-Ba) in offering the TeleCededa. The objective is to qualify and expand access to care for people with diabetes, obesity, thyroid dysfunction and other endocrine diseases, using Information and Communication Technologies (ICT). It is part of a growing movement to decentralize care for patients with chronic diseases in the state capital. The partnership between CEDEBA and Telessaúde Bahia has made it possible for the professional, although distant, to have security and resoluteness in the conduct of patients through primary care.

INTRODUÇÃO

As endocrinopatias são doenças de elevada prevalência na população, principalmente no que diz respeito ao diabetes

RESUMO: O estudo apresenta a experiência do CEDEBA e do Núcleo Técnico Científico de Telessaúde do Estado da Bahia (NTC-Ba) na oferta do serviço TeleCededa. O objetivo

tipo 2 e a obesidade grau 1. O Centro de Diabetes e Endocrinologia da Bahia (CEDEBA) é a Unidade de Referência Estadual do SUS, no Estado, que presta assistência especializada às pessoas com diabetes, obesidade, disfunção tireoidiana e outras doenças endócrinas. Muitas endocrinopatias compensadas podem manter seu acompanhamento com as equipes da APS (Atenção Primária à Saúde), que estão próximas e tem acesso mais rápido e vínculo com as pessoas e comunidades. Entretanto, considerando a diversidade de patologias endocrinológicas, cabe aos serviços especializados, como o CEDEBA, oferecer apoio matricial para acompanhamento de casos de maior prevalência e baixa complexidade na endocrinologia: hipotireoidismo, nódulos de tireoide benignos, diabetes tipo 2 recém-diagnosticado e obesidade.

Diante da atual pandemia de COVID-19, da necessidade de organização do Sistema de Saúde para atender a população de um Estado com grande extensão territorial, ao crescente movimento para descentralizar atendimentos de usuários com doenças crônicas (haja vista que os agendamentos no CEDEBA antes da pandemia eram presenciais, submetidos a filas e a restrições de senhas de acesso e com o mínimo de comunicação com a rede da atenção primária) é imprescindível fortalecer estratégias que possibilitem apoio clínico aos médicos da APS.

Neste contexto, o CEDEBA e o Núcleo de Telessaúde da Secretaria de Saúde do Estado da Bahia firmaram parceria para desenvolvimento do Projeto TeleCEDEBA. O objetivo é qualificar e ampliar o acesso ao cuidado das pessoas com diabetes, obesidade, disfunção tireoidiana e outras doenças endocrinológicas utilizando as Tecnologias de Informação e Comunicação (TICs).

No TeleCEDEBA, as teleconsultorias enviadas pela Plataforma do Telessaúde Bahia são reguladas conforme escala de trabalho diária, de segunda à sexta-feira, no turno matutino nas seguintes especialidades: endocrinologia adulto e infantil, núcleo de obesidade e angiologia.

O presente estudo tem como objetivo apresentar a experiência do CEDEBA e do Núcleo Técnico Científico de Telessaúde do Estado da Bahia (NTC-Ba) na oferta do serviço TeleCededa.

MATERIAIS E MÉTODOS

Trata-se de um relato de experiência reflexivo e analítico acerca da oferta de teleconsultoria em doenças endócrinas e diabetes como estratégia para qualificação e reorganização do acesso ao serviço do CEDEBA. Os dados apresentados foram coletados da Plataforma de Teleconsultoria do Núcleo de Telessaúde da Bahia, no período de 01 de maio de 2020 a 31 de maio de 2021 e sistematizados em planilhas eletrônicas do software Excel versão 16.0.

RESULTADOS

No período de 01 de maio de 2020 a 31 de maio de 2021, foram realizadas 763 teleconsultorias. Sendo que a partir do dia 31 de outubro de 2020, data de implantação da teleconsultoria compulsória para o CEDEBA, houve um aumento significativo de teleconsultorias conforme o Gráfico 1: no período de 01 de maio até 30 de outubro de 2020 foram computadas 113 teleconsultorias, entretanto no período de 31 de outubro de 2020 até 31 de maio de 2021 foram realizadas 650 teleconsultorias. Houve uma queda no mês de janeiro de 2021 com recuperação no mês seguinte, sugerindo impacto do período de transição das gestões municipais. Todas as teleconsultorias foram respondidas de forma assíncrona e por um período máximo de 72 horas.

O Estado da Bahia é composta por 417 municípios distribuídos em 9 macrorregiões de saúde, A macrorregião leste se destacou com 83,9% das solicitações de encaminhamento, e só o município de Salvador representou 78% das teleconsultorias analisadas no período. Já os municípios localizados nas regiões sul e oeste do Estado encaminharam menos casos de teleconsultorias.

Houve a redução em 61% dos atendimentos presenciais utilizando as teleconsultorias como acesso, haja vista que os casos analisados foram classificados como sem critérios para este tipo de atendimento. Os encaminhamentos evitados foram manejados para a atenção primária ou encaminhados para outros serviços especializados.

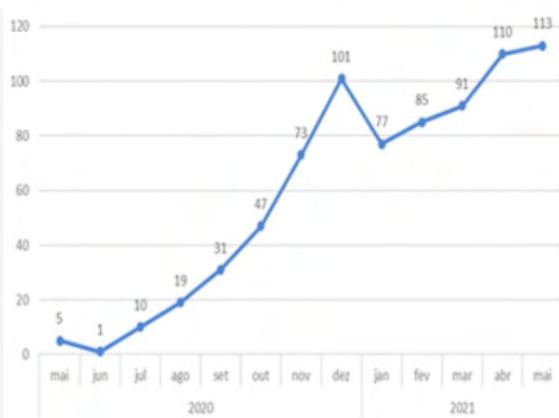


Gráfico 1. Número de teleconsultorias especializadas com intenção de encaminhamento para o CEDEBA durante o período de maio de 2020 a maio de 2021. Bahia, 2021.

Estudos no Estado de Santa Catarina demonstraram que após a implantação do fluxo compulsório para a especialidade de Endocrinologia foi percebida uma queda de inserções no sistema de regulação, de mais de 70% e um percentual de casos discutidos que seguiram para o nível especializado de 20% na Endocrinologia.

Dentre os pedidos de encaminhamento mais solicitados estão os casos sem diagnóstico definido (sinais e sintomas endocrinológicos, metabólicos e nutricionais) com 25,16%, em segunda posição estão as outras doenças endócrinas e metabólicas (22,01%), os casos de diabetes insulino-dependentes encontram-se em terceira posição com 21,49%, e em quarto lugar estão os pedidos de encaminhamento para a obesidade com 17,03 % (Gráfico 2).

Dentre os encaminhamentos identificados como sem critérios para atendimento no CEDEBA, as principais dúvidas foram sobre sinais e sintomas endocrinológicos, metabólicos e nutricionais correspondendo a 30%, em seguida com 23% as outras doenças endocrinológicas, metabólicas e nutricionais, e em terceira posição as teleconsultorias classificadas como insulinodependente com 20%.

Sobre as teleconsultorias classificadas como sinais e sintomas endocrinológicos, metabólicos e nutricionais, são encaminhados, com frequência, pacientes que apresentam nódulos de tireóide em exames realizados rotineiramente, sem queixas ou alterações no exame físico. Sabe-se que a ultrassonografia da tireóide não é exame de rotina e não deve ser realizado na ausência de alterações no exame clínico, contudo na prática médica é um exame bastante solicitado e comumente traz o resultado de nódulos incidentais². Tal achado, desperta preocupação nos profissionais da APS, bem como em pacientes. Portanto, ao encaminhar o resultado deste tipo de exame para avaliação do endocrinologista pode-se, através da teleconsultoria, orientar a conduta de vigilância necessária ou não em cada caso apresentado.

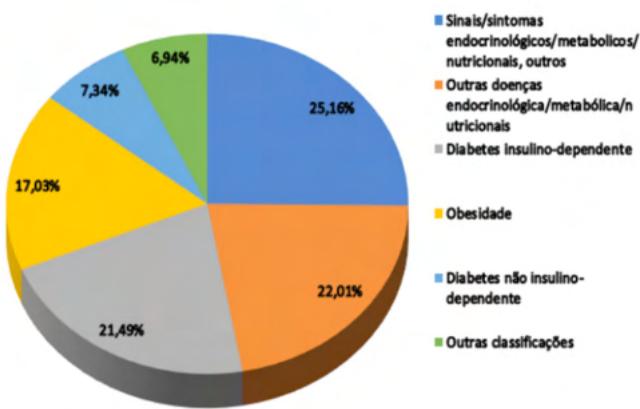


Gráfico 2. Percentual de pedidos de encaminhamento para o CEDEBA classificadas a partir da Classificação Internacional da Atenção Primária (CIAP2) durante o período de 01 maio de 2020 a 31 de maio de 2021. Bahia, 2021.

Ainda nos encaminhamentos sem critérios, as teleconsultorias referentes a pacientes com diabetes, percebe-se a necessidade de se iniciar e/ou intensificar com mais brevidade

a terapêutica com a insulinoterapia. Neste sentido, a teleconsultoria especializada oportuniza uma melhor segurança neste tipo de prescrição. Nos casos de pacientes com obesidade, ainda sem indicação de cirurgia bariátrica, também há sustentação da conduta compartilhada com especialista.

Entretanto, a obesidade é a principal causa de atendimentos presenciais no CEDEBA com 26%, em segunda posição está diabetes tipo 1 com 23% e em terceiro, outras doenças endocrinias, metabólicas e nutricionais com 20%.

Dados do Ministério da Saúde demonstram que Salvador apresenta 18% de adultos (\geq 18 anos) com obesidade ($IMC \geq 30 \text{ kg/m}^2$)³ convergindo com os resultados de classificação de maior encaminhamento para atendimento. Vale ressaltar que são atendidos no CEDEBA apenas casos mais graves de Obesidade (Grau 3, IMC maior ou igual a 40 ou IMC maior ou igual a 35 com comorbidades)⁴.

Ainda nos encaminhamentos com critérios de atendimento presencial, destacam-se casos de pacientes com DM tipo 2 com complicações renais (Clearance de Cr $< 45 \text{ ml/min}$) ou pacientes com DM tipo 1, o hipertireoidismo e o câncer de tireoide.

Por fim, foram elaborados protocolos clínicos de encaminhamento que se encontram disponíneis no site do Telessaúde Bahia (www.telessaude.ba.gov.br) nas seguintes áreas de atendimento: hipertireoidismo, hipotireoidismo, nódulo de tireoide, diabetes mellitus tipo 2 e obesidade. Esses protocolos possuem a finalidade de educação permanente para o profissional da APS no intuito de melhor resolubilidade do cuidado e qualificação nos encaminhamentos.

CONCLUSÕES

A obesidade se destaca como um dos principais critérios dos atendimentos presenciais no CEDEBA, ao contrário das teleconsultorias classificadas com sinais e sintomas endocrinológicos, metabólicos e nutricionais. A maioria dos encaminhamentos são do município de Salvador, um reflexo do acesso que já acontecia antes da pandemia e que evidencia a necessidade de investigação dos desafios e de elaboração de estratégias para incorporação do TeleCEDEBA para o interior do Estado.

A parceria com o Telessaúde Bahia otimizou o acesso ao CEDEBA, e tem possibilitado ao profissional da APS oportunidades em promover um cuidado mais seguro, compartilhado e qualificado.

REFERÊNCIAS

- [1]. Maeyama, Marcos Aurélio e Calvo, Maria Cristina MarinoA Integração do Telessaúde nas Centrais de Regulação: a Teleconsultoria como Mediadora entre a Atenção Básica e a Atenção Especializada. Revista Brasileira de Educação Médica [online]. 2018, v. 42, n. 2 [Acessado 22 Setembro 2021] , pp. 63-72. Disponível em:<<https://doi.org/10.1590/1981-52712015v42n2RB20170125>.>

[2]. Aguiar, Ana Luisa Castro Nascimento, Souza, Caroline Bulcão. Protocolo. TeleCEDEBA: Protocolo de Nódulos da Tireóide. Acesso em 10 out 2021. Disponível em:<<http://telessaude.ba.gov.br/wp-content/uploads/2020/07/20200526-TeleCedeba-N%C3%B3dulo-de-Tire%C3%BDde.pdf>>

[3]. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise em Saúde e Vigilância de Doenças Não Transmissíveis. Vigitel Brasil 2019 : vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico : estimativas sobre frequência e distribuição sociodemográfica de fatores de risco e proteção para doenças crônicas nas capitais dos 26 estados brasileiros e no Distrito Federal em 2019 Brasília: Ministério da Saúde, 2020. 139 p. Acesso em: 10 outub 2021. Disponível em: <https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/vigitel_brasil_2019_vigilancia_fatores_risco.pdf>

[4]. Souza, Caroline Bulcão, Matos, Odelisa Silva. TeleCEDEBA: protocolo de acompanhamento de pessoas com obesidade. . Acesso em: 10 out 2021. Disponível em <<http://telessaude.ba.gov.br/wp-content/uploads/2020/05/20200526-TeleCedeba-Protocolo-obesidade-Final.pdf>>

CAPÍTULO 12

EXPANDINDO O CONHECIMENTO EM GENÉTICA MÉDICA EM TEMPOS DE COVID-19 E ERA INFORMATACIONAL: UM RELATO DE EXPERIÊNCIA

Data de aceite: 01/04/2022

Data de submissão: 07/02/2022

EXPANDING KNOWLEDGE IN MEDICAL GENETICS IN THE TIME OF COVID-19 AND INFORMATIONAL AGE: AN EXPERIENCE REPORT

Luana Mendonça Arrais

Universidade Estadual do Ceará, Centro de Ciências da Saúde, Curso de Medicina
Fortaleza – Ceará

<http://lattes.cnpq.br/3886698843309027>

Maria Denise Fernandes Carvalho de Andrade

Universidade Estadual do Ceará, Centro de Ciências da Saúde, Curso de Medicina
Fortaleza – Ceará

<http://lattes.cnpq.br/1093806094902957>

RESUMO: O presente relato de experiência foi elaborado com o intuito de descrever a execução de um projeto de extensão da Liga de Genética, Neonatologia e Pediatria (LIGENPE). A atividade de extensão acadêmica utilizou-se da interatividade digital como alternativa ao distanciamento social previsto no cenário pandêmico atual. A intervenção deu-se sob publicações digitais em perfil acadêmico de acesso público no Instagram. Os resultados mostram a eficiência do ativismo discente mediante um modelo sistematizado de averiguação do feedback de adesão popular. O projeto, portanto, obteve êxito em aliar esforços de promoção à saúde a nível educacional mesmo em tempos de COVID-19.

PALAVRAS-CHAVE: Promoção da Saúde. Genética Médica. Redes Sociais.

ABSTRACT: This experience report was prepared with the aim of describing the execution of an extension project of the League of Genetics, Neonatology and Pediatrics (LIGENPE). The academic extension activity used digital interactivity as an alternative to the social distancing foreseen in the current pandemic scenario. The intervention took place under digital publications in an academic profile of public access on Instagram. The results show the efficiency of student activism through a systematized model of verification of popular adhesion feedback. The project, therefore, was successful in combining health promotion efforts at an educational level even in times of COVID-19.

KEYWORDS: Health Promotion. Genetics, Medical. Social Networking.

11 INTRODUÇÃO

O surgimento da extensão universitária, como evidenciado por De Paula (2013), revela, por si, o impacto da prática intelectual na transformação político-social, bem como na consolidação do conhecimento acadêmico. Tal meio de experimentação do aprendizado estudantil, em diálogo com a sociedade civil, emergiu-se como produto de reivindicação crítica à intervenção da educação em turbulento período de desenvoltura do capitalismo.

Hoje, em tempos de Era Informacional, em que compartilhamentos se dão via cliques, verifica-se a potencialização do impacto da extensão universitária, uma vez que assuntos de importância sócio educacional, como instruções de saúde básica e, até mesmo, noções de ciência médica, perpetuam ambientes de sociabilidade, publicidade e economia: as mídias digitais. Nesse contexto, verifica-se que a coação de promoção de saúde e educação à população, por intermédio do ambiente virtual, possibilita gerar significativa capacitação popular em decisões cotidianas e em estigmas sociais, admitindo, assim, maior inserção da ciência e da influência acadêmica na composição da qualidade de vida da comunidade. (ALMEIDA E ALMEIDA, 2012)

Além disso, diante da pandemia do COVID-19, a realidade de distanciamento social e de luta sanitária contra o vírus trouxe inúmeros desafios à perpetuação do exercício de educação em saúde de modo presencial. Assim, a educação à distância e o advento do meio digital foram essenciais à adaptação sócio educacional em período de calamidade sanitária global. (PALÁCIO; TAKENAMI, 2012)

Portanto, sob um panorama de protagonismo tecnológico e de avidez por informações de educação em saúde, visto o impacto psicológico, social e educacional na pandemia do COVID-19, a Liga de Genética, Neonatologia e Pediatria (LIGENPE) articulou um projeto de extensão que alia o ensino-aprendizado em Genética Médica ao vigente poder informacional da rede social *Instagram*, denominado Genética na Comunidade.

Desse modo, o presente relato de experiência objetiva descrever a operacionalização de um projeto de extensão universitária em ambiente virtual em via de expandir o conhecimento popular em Genética Médica mesmo sob desafios acarretados pela pandemia do COVID-19.

2 | METODOLOGIA

Trata-se de um relato de experiência realizado a partir da vivência discente no projeto de extensão da LIGENPE, do curso de graduação de Medicina, da Universidade Estadual do Ceará.

Para relatar a experiência, seguimos as etapas preconizadas por Holliday (2012). As informações foram coletadas do relatório do estudante integrante, bem como da análise da magnitude alcançada pelas postagens realizadas, em relação ao número de contas atingidas e ao grau de interatividade do público em cada tema e subtema.

Assim, foi adotado um sistema de avaliação e interpretação do feedback digital gerado pelo projeto. A quantidade de visualizações, curtidas e/ou comentários por postagem eram providenciados pelo próprio aplicativo, e o grau de interatividade de um *post* era avaliado pelo acadêmico de extensão.

Esse feedback sistematizado é determinante à eficiência da ação de intervenção estudantil ao decodificar fatores como o perfil do público-alvo, a reação popular e a extensão

de alcance por compartilhamento digital. A sistematização das informações aconteceu em outubro de 2021. Por se tratar de um relato de experiência, não há a necessidade de aprovação desse trabalho pelo Comitê de Ética em Pesquisa.

3 | RESULTADOS E DISCUSSÃO

A ação de extensão acadêmica deu-se mediante a realização de, em média, duas publicações por mês na conta da LIGENPE de acesso público no aplicativo Instagram. Em trâmite de formatação pedagógica, selecionava-se um tema mensal em Genética Médica e o dividia em subtemas. O projeto concebeu um padrão com logo digital, por meio do qual admitiu uma identidade visual característica dentre outros projetos também transcorridos na mesma conta digital. Em cada conteúdo publicado inseria-se as referências da literatura e *hashtags* como referência digital do aplicativo a outras postagens de temas similares.

Usualmente, as postagens abordavam patologias genéticas e, assim, uma setorização do conteúdo era aplicada em base do raciocínio clínico médico, isto é, o estudo da doença era realizado sob níveis de entendimento teórico e prático (“O QUE É”, “FISIOPATOLOGIA”, “DIAGNÓSTICO”, “TRATAMENTO”) para melhor assimilação pedagógica do amplo público de alcance.

O projeto Genética na Comunidade foi inaugurado com sua primeira postagem em início de abril de 2021. O conteúdo divulgado formatava uma síntese do projeto identificada por “QUEM SOMOS” para conhecimento primeiro deste pelo público e incluía um aviso sobre a sequência de postagens que viriam, em forma de cultivar a atenção dos internautas na movimentação da conta da LIGENPE no aplicativo Instagram em futuro breve.

De abril a maio abordou-se doenças genéticas do sangue: hemofilia A e B (abril) e talassemia (maio).

Em análise desses dois meses, por via da sistematização da experiência anteriormente citada, notabilizou-se maior adesão do público a postagens mais sucintas como feito em maio. Foi dividida a temática de talassemia em parte 1 e parte 2, e, em comparação ao mês anterior, de completa abordagem por *post*, verificou-se maior número de curtidas e comentários em reação ao conteúdo divulgado. Assim, concluiu-se que, apesar da densa coletânea de informações disponíveis na literatura sobre uma determinada condição, reproduzir materiais com redação mais sucinta acarretam maior enfoque pelos internautas.

Sob outra temática em foco, ainda em maio, foi discutido o tema de *imprinting* genômico, um mecanismo de ocorrência interna ao genoma, e não uma condição patológica. O tema, de menor ou até nenhum conhecimento na comunidade leiga e até entre acadêmicos, não acarretou tanta interação digital como os anteriores, o que aponta um direcionamento de demanda do público-alvo do projeto por assuntos de maior convivência no cotidiano civil. Assim, nos meses de junho e julho, embora ainda em

pauta do *imprinting* genômico, aplicou-se a abordagem melhor concebida pelo público: o conhecimento em patologias genéticas. Em abordagem semelhante, relatada por Picolini (2013), a ferramenta *Cybertutor* utiliza-se da tecnologia digital e, ainda, da fragmentação do conteúdo educacional em tópicos em prol do aprendizado, atestando a maior eficácia desta metodologia de abordagem pedagógica.

Como afirma Goulart (2004), a atividade de extensão gera produtos em contribuição à formação acadêmica, além da transformação social de impacto. Logo, o projeto “Genética na Comunidade” propiciou a consolidação de habilidades técnicas e sociais pelo estudante de extensão, ratificando sua formação discente como futuro profissional médico e intervencionista da realidade sanitária nacional.

4 | CONSIDERAÇÕES FINAIS

Portanto, em vista do sistema de feedback aplicado no projeto da LIGENPE, em soma à busca sucessiva por maior adesão popular mediante o planejamento de *posts*, notabilizou-se o êxito do agente discente em disseminar educação em saúde, como noções de Genética Médica, no meio digital, mesmo em tempos de Covid-19.

Logo, promover educação e saúde na realidade pandêmica é possível, mas requer adaptações de uso da tecnologia e de inspeção do perfil do público-alvo.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA E ALMEIDA, Marília de. A promoção da saúde nas mídias sociais—Uma análise do perfil do Ministério da Saúde no Twitter. 2012.

DE PAULA, João Antônio. A extensão universitária: história, conceito e propostas. **Interfaces-Revista de Extensão da UFMG**, v. 1, n. 1, p. 5-23, 2013.

GONÇALVES, Maria Isabel Almeida et al. Tempos de pandemia: educação em saúde via redes sociais. **Revista de Extensão da UPE**, v. 6, n. 1, p. 38-45, 2021.

GOULART, Audemaro Taranto. **A importância da pesquisa e da extensão na formação do estudante universitário e no desenvolvimento de sua visão crítica**. Horizonte, Belo Horizonte, v. 2, n. 4, p. 60-73, 1º set. 2004.

HOLLIDAY, Oscar Jaha. **Para Sistematizar Experiências**. 2ed. Brasília: Ministério do Meio Ambiente, 2006.

PALÁCIO, Maria Augusta Vasconcelos; TAKENAMI, Iukary. Em tempos de pandemia pela COVID-19: o desafio para a educação em saúde. **Vigilância Sanitária em Debate: Sociedade, Ciência & Tecnologia (Health Surveillance under Debate: Society, Science & Technology)–Visa em Debate**, v. 8, n. 2, p. 10-15, 2020.

PICOLINI, Mirela Machado et al. A elaboração de um ambiente virtual de aprendizagem em síndromes genéticas. **Revista CEFAC**, v. 15, p. 382-390, 2013.

CAPÍTULO 13

PROTAGONISMO DA ENFERMAGEM NA PREVENÇÃO DE INFECÇÕES DE SÍTIO CIRÚRGICO

Data de aceite: 01/04/2022

Rayane Menezes Coelho Pereira Lopes

Faculdade de Venda Nova do Imigrante
Espírito Santo, Brasil
<https://orcid.org/0000-0002-4142-792X>

Maicon Costa de Moraes

Centro Universitário Celso Lisboa
Rio de Janeiro, Brasil
<https://orcid.org/0000-0002-5450-7574>

Wevilin Luiz Inácio Casimiro de Oliveira

Enfermeiro Coordenador do Centro Cirúrgico
do Hospital Pró-Cardíaco
Rio de Janeiro, Brasil
<https://orcid.org/0000-0002-2363-460X>

Larissa Christiny Amorim dos Santos

Universidade Iguacu
Rio de Janeiro, Brasil.
<https://orcid.org/0000-0002-9705-5811>

Wanderson Alves Ribeiro

Universidade Federal Fluminense/
Universidade Iguacu
Rio de Janeiro, Brasil
<https://orcid.org/0000-0001-8655-3789>

Carla de Souza Couto

Uniredentor
Rio de Janeiro, Brasil
<https://orcid.org/0000-0003-3999-0753>

Enimar de Paula

Universidade Federal Fluminense/Universidade
Iguacu
Rio de Janeiro, Brasil
<https://orcid.org/0000-0002-8811-5640>

Bruna Porath Azevedo Fassarella

Universidade de Vassouras/ Universidade
Iguacu
Rio de Janeiro, Brasil
<https://orcid.org/0000-0002-1400-4147>

Keila do Carmo Neves

Universidade Federal do Rio de Janeiro/
Universidade Iguacu
Rio de Janeiro, Brasil
<https://orcid.org/0000-0001-6164-1336>

Ana Lúcia Naves Alves

Universidade Federal Fluminense
Rio de Janeiro, Brasil
<https://orcid.org/0000-0003-0791-5775>

Caroline Oliveira Nascimento Barroso

Faculdade Faveni
Rio de Janeiro, Brasil
<https://orcid.org/0000-0001-6659-4321>

Richardson Lemos de Oliveira

Universidade do Estado do Rio de Janeiro
Rio de Janeiro, Brasil
<https://orcid.org/0000-0002-4523-2337>

RESUMO: As infecções de sítio cirúrgico representam aproximadamente 14% a 16% de todas as infecções relacionadas a assistência à saúde, sendo a complicação mais comum do paciente cirúrgico podendo levá-lo a óbito. É imprescindível que os profissionais de saúde conheçam os fatores de risco que contribuem para o desencadeamento de infecções de sítio cirúrgico e apliquem as medidas preventivas. Tem-se como objetos deste estudo a atuação

da enfermagem na prevenção das infecções de sítio cirúrgico e os fatores de risco para a ocorrência de infecções de ferida operatória. Os objetivos foram: Identificar de que forma os profissionais de enfermagem atuam para prevenir as infecções de sítio cirúrgico, identificar as ações de enfermagem que previnem infecções de ferida operatória e descrever os fatores de risco para a ocorrência de infecções em sítio cirúrgico. Trata-se de pesquisa bibliográfica com revisão da literatura de caráter exploratório com abordagem qualitativa. Os resultados foram divididos em categorias para facilitar a análise dos dados: Definição das infecções de sítio cirúrgico; Fatores de risco para infecção de sítio cirúrgico; Classificação das cirurgias por potencial de contaminação da incisão cirúrgica; Cuidados e cicatrização da ferida; O centro de material e esterilização e a prevenção e controle de infecção; Controle e prevenção da infecção no centro cirúrgico. Conclui-se que as infecções hospitalares são uma grande questão em saúde pública, a prevenção é o meio mais fácil, com menor custo e mais eficiente para lutar contra essa problemática, em especial as infecções de sítio cirúrgico.

PALAVRAS-CHAVE: Infecção-da-Ferida-Cirúrgica; Enfermagem perioperatória; Enfermagem de centro cirúrgico.

PROTAGONISM OF NURSING IN THE PREVENTION OF SURGICAL SITE INFECTIONS

ABSTRACT: Surgical site infections represent approximately 14% to 16% of all infections related to health care, being the most common complication of the surgical patient, which can lead to death. It is essential that health professionals know the risk factors that contribute to triggering surgical site infections and apply preventive measures. The objects of this study are the role of nursing in the prevention of surgical site infections and the risk factors for the occurrence of surgical wound infections. The objectives were: To identify how nursing professionals act to prevent surgical site infections, identify nursing actions that prevent surgical wound infections and describe the risk factors for the occurrence of surgical site infections. This is a bibliographic research with an exploratory literature review with a qualitative approach. Results were divided into categories to facilitate data analysis: Definition of surgical site infections; Risk factors for surgical site infection; Classification of surgeries by potential for contamination of the surgical incision; Wound care and healing; The material and sterilization center and infection prevention and control; Infection control and prevention in the operating room. It is concluded that nosocomial infections are a major public health issue, prevention is the easiest, lowest cost and most efficient way to fight this problem, especially surgical site infections.

KEYWORDS: Surgical-Wound-Infection; Perioperative nursing; Surgical center nursing.

1 | INTRODUÇÃO

A Infecção Hospitalar (IH) é um importante problema de saúde que afeta cerca de 1,5 milhão de pessoas anualmente em todo o mundo. Em termos de incidência, estima-se que, a cada 100 pacientes hospitalizados em países em desenvolvimento, serão acometidos por IH, ocasionando problemas éticos, jurídicos e sociais, além de prolongamento do tempo de

internação, e em casos mais graves acarretando óbitos (GIROTI et al., 2018).

A taxa de incidência de pacientes que desenvolvem infecções em decorrência direta de contato durante os cuidados de saúde aumenta, fazendo com que o profissional de enfermagem, devido ao seu contato direto e rotineiro com os clientes, tenha um papel crucial no controle de infecção (POTTER; PERRY, 2013). Logo, esses eventos iatrogênicos e infecções hospitalares podem ser evitadas a partir do desenvolvimento e aplicação de protocolos institucionais preventivos, capacitações da equipe de enfermagem e melhora na assistência ao profissional (SILVA MOREIRA et al., 2020).

Nesse sentido a Organização Mundial da Saúde (OMS), declara que 1,4 milhão de infecções ocorre a qualquer momento, tanto em países desenvolvidos, quanto em desenvolvimento. Nos Estados Unidos da América (EUA), ocorrem cerca de 2 milhões de infecções relacionadas à assistência em saúde anualmente, ocasionando entre 60 e 90 mil mortes, com um custo aproximado de, pelo menos, 17 a 29 bilhões de dólares. Em média, de 5% a 15% de todos os pacientes internados desenvolvem Infecções Relacionadas à Assistência à Saúde (IRAS) (WHO, 2009).

No mundo, aproximadamente 4.511 operações por 100.000 habitantes ocorrem, o que equivale a um procedimento cirúrgico para cada 22 pessoas. As infecções hospitalares são consideradas um grande problema de saúde por afetar, todos os anos, um elevado número de pessoas no mundo. Em países industrializados as complicações relacionadas aos procedimentos cirúrgicos são registradas entre 3% e 16% dos pacientes, ao passo que nos países em desenvolvimento, a mortalidade ocasionada por tais complicações oscila entre 5 e 10% dos pacientes (CÂMARA; FELIX; CORGOZINHO, 2022).

Um dos principais desafios enfrentado pelo Serviço de Controle de Infecção Hospitalar se refere à monitoração dos Profissionais de Saúde quanto à Adesão à Higienização das Mãos (BARBORA, 2019). Cabe mencionar que, a mais importante via de propagação de patógenos no ambiente de cuidados de saúde é a ausência da higiene correta das mãos pelo profissional de saúde, além disso, os equipamentos utilizados na assistência à saúde também são importantes fontes para transmissão desses agentes patogênicos (POTTER; PERRY, 2013).

O uso de precauções padrões, equipamentos de proteção individual (EPI) adequados e a higiene das mãos impedirão a propagação da infecção. Sendo assim, as práticas de prevenção de infecção só são eficazes através da consciência da utilização das técnicas assépticas por todos os profissionais de saúde. Uma infecção não detectada e/ou não tratada pode ser fatal (ROTHROCK, 2007; POTTER; PERRY, 2013; CARVALHO; BIANCHI, 2016). Por isso são de suma importância, especialmente em ambientes hospitalares e em situações que envolvem o cuidado em saúde (CARVALHO et al., 2021).

O Ministério da Saúde descreveu em sua portaria N° 2616, de 12 de maio de 1998, o Programa de Controle de Infecções Hospitalares, e torna obrigatório a todos os hospitais a instituição de uma Comissão de Controle de Infecção Hospitalar, sendo um órgão de

assessoria à autoridade máxima da instituição e de execução das ações de controle de infecção hospitalar (BRASIL, 1998; SANTOS et al, 2021).

A infecção de sítio cirúrgico (ISC) representa um grande ônus socioeconômico: às instituições, pelos custos hospitalares e ao paciente, pelo prolongamento do período de afastamento de suas atividades profissionais e familiares8. A infecção em cirurgia é uma complicação clínica com múltiplos fatores envolvidos (SANTOS et al, 2021).

O presente estudo delimitou-se a descrever a atuação da enfermagem na prevenção de infecções de sítio cirúrgico, além dos fatores de risco para a sua ocorrência, tendo como questão norteadora: de que forma a enfermagem pode contribuir na prevenção das infecções de sítio cirúrgico, através de sua assistência?

Tem-se como objetos a atuação da enfermagem na prevenção das infecções de sítio cirúrgico e os fatores de risco para a ocorrência de infecções de ferida operatória. Os objetivos deste estudo foram: Identificar de que forma os profissionais de enfermagem atuam para prevenir as infecções de sítio cirúrgico, identificar as ações de enfermagem que previnem infecções de ferida operatória e descrever os fatores de risco para a ocorrência de infecções em sítio cirúrgico.

2 | METODOLOGIA

Este estudo caracteriza-se como uma revisão da literatura de caráter exploratório com abordagem qualitativa, com o interesse de aumentar o conhecimento acerca do assunto pesquisado.

Alguns autores como Kauark, Manhães e Medeiros (2010) afirmam que, a finalidade dos estudos exploratórios é familiarizar o autor com o problema, tornando-o explícito, ou a construção de hipóteses. Em geral, é realizado um levantamento bibliográfico, entrevistas, análises de dados que levem a compreensão do assunto, muito utilizado em pesquisas bibliográficas.

A pesquisa de abordagem qualitativa não requer dados estatísticos, não é possível quantificar, trata-se de pesquisa descritiva, o pesquisador analisa os dados indutivamente e o ambiente é a fonte de coleta de dados (KAUARK; MANHÃES; MEDEIROS, 2010).

Para o referencial teórico deste trabalho foi utilizada pesquisa bibliográfica, que de acordo com Lakatos e Marconi (2012) proporciona ao pesquisador a possibilidade de chegar a conclusões inovadoras sob um enfoque ou abordagem diferente.

A busca aconteceu entre os meses de novembro de 2021 a janeiro de 2022 e foram utilizados como referências livros e manuais sobre o assunto, sem um recorte temporal específico, visando resgatar a multiplicidade de informações sobre a temática.

Os resultados foram divididos em categorias para facilitar a análise dos dados: Definição das infecções de sítio cirúrgico; Fatores de risco para infecção de sítio cirúrgico; Classificação das cirurgias por potencial de contaminação da incisão cirúrgica; Cuidados

e cicatrização da ferida; O centro de material e esterilização e a prevenção e controle de infecção; Controle e prevenção da infecção no centro cirúrgico.

3 I DISCUSSÃO E RESULTADOS

Categoria 1 - Definição das infecções de sítio cirúrgico

De acordo com a ANVISA (2017), Infecções relacionadas a procedimentos cirúrgicos, hospitalares ou ambulatoriais são denominadas infecções de sítio cirúrgico. E são classificadas de acordo com os planos acometidos.

Por sua vez, a Infecção incisional superficial pode desenrolar-se nos primeiros 30 dias após a cirurgia, abrangendo pele, tecido subcutâneo manifestando ao menos um dos seguintes critérios: Diagnóstico de infecção superficial; Drenagem purulenta da incisão superficial; Cultura positiva de secreção ou tecido da incisão superficial, obtido assepticamente; Se a cultura for positiva: a incisão superficial é deliberadamente aberta pelo cirurgião na vigência de pelo menos um dos seguintes sinais ou sintomas: dor, aumento da sensibilidade, edema local, hiperemia ou calor (ANVISA, 2017; MATOS et al., 2018; SANTOS et al., 2021).

Nesse sentido a Infecção incisional profunda nos primeiros 30 ou até 90 dias após a cirurgia, se houver inserção de implantes, envolve tecidos moles, como fáscia e/ou músculos e exibe pelo menos um dos fatores: Diagnóstico de infecção incisional profunda; Drenagem com pus da incisão profunda, que não advinda de órgão/cavidade; Deiscência espontânea profunda ou incisão aberta pelo cirurgião; Paciente apresentando pelo menos um dos seguintes sinais e sintomas: febre (temperatura $\geq 38^{\circ}\text{C}$), dor ou tumefação localizada, com Cultura positiva ou não realizada; Abscesso envolvendo tecidos profundos, constatado durante exame clínico, anatomo-patológico ou de imagem (ANVISA, 2017; SECCO et al., 2021).

Já a Infecção de órgão ou cavidade decorre nos primeiros 30 dias após a cirurgia, podendo estender-se até 90 dias se houver implantes, abrangendo qualquer órgão ou cavidade que tenha sido envolvida no procedimento cirúrgico, exibindo ao menos um dos seguintes parâmetros: Cultura positiva de secreção ou tecido do órgão/cavidade; Abscesso ou outra evidência de infecção envolvendo órgão ou cavidades da ferida, detectada em reoperação, exame clínico, anatomo-patológico ou de imagem; Diagnóstico de infecção de órgão/cavidade pelo médico assistente; Osteomielites do esterno após cirurgia cardíaca ou endoftalmite; Intercorrências em pacientes submetidos a cirurgias endoscópicas com penetração de cavidade; Infecção do trato urinário após cirurgia urológica (ANVISA, 2017; MAZON et al., 2021).

Categoria 2 - Fatores de risco para infecção de sítio cirúrgico

Um fator essencial para uma excelente recuperação e resistência à infecção é a ótima

nutrição, desse modo, fatores como perda de peso, obesidade, desnutrição, deficiências nutricionais específicas, anormalidades metabólicas e efeitos de medicamentos sobre a nutrição afetam a recuperação (BRUNNER; SUDDARTH, 2019; MARTINS et al., 2021).

Consoante a Brunner e Suddart (2019), o monitoramento frequente dos níveis sanguíneos de glicose é importante no pré, intra e pós operatório. A hiperglicemia pode aumentar o risco de infecção da ferida cirúrgica e pode ser resultada pelo estresse cirúrgico e níveis aumentados de catecolamina.

A função imune também é um fator de atenção, pacientes imunossuprimidos são altamente suscetíveis a infecções, inclui-se neste caso, pacientes em terapia com corticosteroides, transplantados renais, radioterapia, quimioterapia e síndromes que afetam o sistema imunológico como a síndrome da imunodeficiência adquirida e a leucemia. A estes pacientes deve-se ter extrema cautela na garantia da assepsia estrita (BRUNNER; SUDDARTH, 2019; OLIVEIRA et al., 2020).

Categoria 3 - Classificação das cirurgias por potencial de contaminação da incisão cirúrgica

Segundo Brasil (1998), as infecções pós-cirúrgicas devem ser avaliadas de acordo com o potencial de contaminação da ferida cirúrgica, classificando-se como cirurgias limpas - são aquelas realizadas em tecidos estéreis ou passíveis de descontaminação, sem processo infeccioso e inflamatório local ou falhas técnicas grosseiras, cirurgias eletivas com cicatrização de primeira intenção e sem drenagem aberta e que não ocorrem penetrações nos tratos digestivo, respiratório ou urinário (SANTOS et al., 2017).

Cirurgias Potencialmente Contaminadas - são aquelas efetuadas em tecidos colonizados por flora microbiana pouco abundante ou em tecidos de difícil descontaminação, sem processo infeccioso e inflamatório e com falhas técnicas discretas no transoperatório (cirurgias com drenagem aberta enquadram-se nesta categoria). Ocorre penetração nos tratos digestivo, respiratório ou urinário sem contaminação significativa (BRASIL, 1998; COSTA FEITOZA et al., 2022).

Cirurgias Contaminadas - são aquelas executadas em tecidos recentemente traumatizados e abertos, colonizados por flora bacteriana abundante, cuja descontaminação seja difícil ou impossível, ou aquelas em que tenham ocorrido falhas técnicas grosseiras, na ausência de supuração local. Na presença de inflamação aguda na incisão e cicatrização de segunda intenção, ou grande contaminação a partir do tubo digestivo (Obstrução biliar ou urinária também se incluem nesta categoria) (BRASIL, 1998; TAUFFER et al., 2021).

E, por fim, Cirurgias infectadas - são aquelas realizadas em qualquer tecido ou órgão, em que existe supuração local e/ou tecido necrótico (BRASIL, 1998).

Categoria 4 - Cuidados e cicatrização da ferida

Conforme Brunner e Suddarth (2019), é necessário avaliar continuamente o sítio cirúrgico, incluindo a integridade das suturas, rubor, calor, coloração, edema, dor incomum

e drenagem, além da área ao redor da incisão, em busca de reações ao esparadrapo ou curativos apertados.

Muitos fatores influenciam na cicatrização das feridas operatórias, a equipe de enfermagem deve avaliar e intervir nesses fatores, ajudando a promover uma boa recuperação, de acordo com a tabela 1.

FATORES QUE AFETAM A CICATRIZAÇÃO DAS FERIDAS		
Fatores	Justificativa	Intervenções de Enfermagem
Idade do paciente	Quanto mais velho for o paciente, menos resistentes são os tecidos.	Manusear todos os tecidos com delicadeza.
Manuseio dos tecidos	O manuseio rude causa lesão e retardo na cicatrização.	Manusear os tecidos cuidadosamente e de maneira homogênea.
Hemorragia	O acúmulo de sangue cria espaços mortos e células mortas que devem ser removidas. A área torna-se um meio de crescimento para microrganismos.	Monitorar os sinais vitais. Observar o local da incisão quanto à evidência de sangramento e infecção.
Hipovolemia	Volume insuficiente de sangue leva à vasoconstricção e redução dos níveis de oxigênio e nutrientes disponíveis para cicatrização da ferida.	Monitorar o déficit de volume (comprometimento circulatório). Corrigir com reposição hídrica conforme prescrição.
Fatores Locais:		
Edema	Reduz o suprimento sanguíneo por exercer maior pressão intersticial sobre os vasos.	Elevar a parte afetada; aplicar compressa fria.
Técnica de curativo inadequada: Muito pequeno	Permite a invasão e contaminação bacterianas.	Seguir diretrizes para técnica de curativo apropriada.
Muito apertado	Reduz o suprimento sanguíneo que carreia os nutrientes e oxigênio.	
Déficits nutricionais	Pode ocorrer depleção proteico-calórica. A secreção de insulina pode ser inibida, fazendo com que a glicose sanguínea se eleve.	Corrigir déficits; isto pode necessitar de terapia nutricional parenteral. Monitorar os níveis sanguíneos de glicose. Administrar suplementos vitamínicos conforme prescrição.
Corpos estranhos	Corpos estranhos retardam a cicatrização.	Manter as feridas livres de fiapos do curativo e talco das luvas.
Déficit de Oxigênio	Um nível insuficiente de oxigênio pode ser devido à função pulmonar e cardiovascular inadequada, bem como à vasoconstricção localizada.	Incentivar respirações profundas, mudança de posição, tosse controlada.

Acúmulo de secreção	Secreções acumuladas prejudicam o processo de cicatrização.	Monitorar sistemas de drenagem fechados quanto ao funcionamento apropriado. Instituir medidas para remoção das secreções acumuladas.
Medicamentos: Corticosteroides	Podem mascaras a presença de infecção por comprometer a resposta inflamatória normal.	
Anticoagulantes	Podem causar hemorragia.	Estar ciente da ação do efeito dos medicamentos que o paciente está recebendo.
Antibióticos específicos e de amplo espectro	Efetivos se administrados imediatamente antes da cirurgia para patologia específica ou contaminação bacteriana. Se administrados após a ferida ser fechada, são ineficazes devido à coagulação intravascular.	
Hiperatividade do paciente	Evitar a aproximação das bordas da ferida. O repouso favorece a cicatrização.	Usar medidas para manter as bordas da ferida aproximadas: esparadrapos, bandagens, talas. incentivar repouso.
Distúrbios sistêmicos: Choque hemorrágico Acidose Hipóxia Insuficiência renal Doença hepática Sepse	Esses deprimente as funções celulares que afetam diretamente a cicatrização da ferida.	Estar familiarizado com a natureza do distúrbio específico. Administrar o tratamento prescrito. As culturas podem estar indicadas para determinar o antibiótico apropriado.
Estado imunossuprimido	O paciente é mais vulnerável à invasão bacteriana e viral; os mecanismos de defesa estão comprometidos.	Proporcionar a máxima proteção para evitar infecção. Restringir visitantes com resfriados, instituir higiene obrigatória das mãos para toda a equipe.
Estressores da ferida: Vômitos Manobra de Valsalva Tosse intensa Esforço	Producem tensão sobre as feridas, particularmente do tronco.	Incentivar a mudança de posição e deambulação frequentes e administrar medicamentos antieméticos conforme a prescrição. Assistir o paciente para imobilizar a incisão.

Tabela 1: Fatores que afetam a cicatrização das feridas

Fonte: Brunner e Suddart, 2019. P. 473

O momento crítico para a cicatrização das feridas é de 24 a 72 horas após a cirurgia, posterior a esse tempo é estabelecida uma vedação. A infecção da ferida ocorre geralmente entre 3 e 6 dias. É importante usar técnica asséptica nas trocas de curativos e manter drenos cirúrgicos patentes, evitando que as secreções escapem do leito da ferida (POTTER; PERRY, 2013; TAUFFER et al., 2021).

O curativo de uma ferida cirúrgica exige técnica estéril para não introduzir microrganismos numa ferida em cicatrização. A limpeza deve ser feita com solução não

citotóxica com gaze estéril ou por irrigação, limpando a partir da área menos contaminada, para a pele em torno, jamais deve ser usado o mesmo pedaço de gaze para limpar a incisão duas vezes. Deve usar o mínimo de trauma e tensão aos tecidos, com controle de sangramento (POTTER, 2018; SANTOS et al., 2017; COSTA FEITOZA et al., 2022).

Categoria 5 - O centro de material e esterilização e a prevenção e controle de infecção

Segundo Graziano et al., (2011), O trabalho exercido na central de material e esterilização (CME) é um dos mais importantes no processo de prevenção de infecções relacionadas a assistência à saúde, algumas medidas podem ser tomadas para evitar infecções, na CME, como as descritas na tabela 2:

1. Ponto de uso / transporte de materiais
No estágio mais precoce possível, após o procedimento, evite o ressecamento da matéria orgânica no instrumento e crescimento de microrganismos; Mantenha os instrumentos úmidos ou molhados; Limpe os dispositivos antes que os biofilmes se formem (em especial os com lúmen); Contenha os instrumentos/ dispositivos contaminados para prevenir exposição accidental aos profissionais e pacientes.
2. Ambiente físico do CME
Evite condições ambientais que facilitem crescimento microbiano e contaminação cruzada; Assegure que o fluxo de ar siga a direção do ambiente menos contaminado para o mais contaminado; Assegure a frequência da troca de ar para remover seus possíveis contaminantes; Controle os níveis de umidade e temperatura; Previna a formação de substâncias que protegem os microrganismos (biofilme), nos passos seguintes do processamento; Assegure a segurança dos profissionais e que eles não seja, os veículos de transporte microbiano; Assegure que os produtos de higienização das mãos estejam disponíveis, de fácil acesso e sejam utilizados.
3. Descontaminação
Proteja os profissionais de se contaminarem com materiais potencialmente infectantes; Assegure que as luvas e os aventais protejam adequadamente os profissionais do contato com fluidos contaminados; Assegure que os equipamentos de proteção individual previnam a contaminação das mucosas oculares, nasais e oral; Reduza o inóculo microbiano a níveis seguros para uso ou reprocessamento posterior; Assegure que os dispositivos e os equipamentos utilizados para remover o inóculo microbiano estejam em boas condições de funcionamento; Assegure que todos os produtos químicos sejam apropriados, utilizados na concentração efetiva e não estejam com a data de validade vencida; Assegure que o processo de descontaminação seja eficaz para que o material seja seguro para o uso no paciente (se for o caso) ou seguro para manuseio posterior nas etapas do processamento (somente o detergente enzimático não “torna” o material seguro).
4. Preparação ou montagem
Assegure que a preparação do pacote promova a adequada penetração do esterilizante e que ele atinja todas as superfícies que contenham os microrganismos; Prepare os conjuntos de instrumentais para obter o contato deles com o esterilizante; Assegure que os instrumentais estejam livres de sujidade e em funcionamento; Desconecte/desmonte ou posicione os instrumentais para que ocorra o contato ou a máxima penetração do esterilizante; Assegure que quaisquer acessórios dentro das bandejas de instrumentais são apropriados para uso.

5. Embalagem
Permita contato do esterilizante com todas as superfícies para eliminar microrganismos viáveis; Assegure que o material da embalagem seja apropriado para o processo selecionado de esterilização;
Assegure que a configuração da embalagem não permita a entrada de microrganismos por orifícios e rasgos;
Assegure que os pacotes sejam apropriadamente selados e identificados;
Assegure que a configuração do carregamento do lote seja apropriada para a penetração do esterilizante.
6. Esterilização
Detecte erros ou maus funcionamentos que comprometam a esterilização;
Assegure que o teste de equipamento seja apropriado e ocorra como especificado pelos manuais de organizações especializadas e recomendações do fabricante;
Assegure que a manutenção preventiva ocorra conforme o planejamento;
Detecte erros de processamento;
Avalie cada lote/ carregamento de material antes da liberação;
Leia todos os dados de monitoramento do processo de esterilização antes da liberação da carga;
Documente e relate qualquer incidente em que o material implantável foi liberado antes do resultado do indicador biológico;
Assegure que a configuração considerada pior seja avaliada em ciclo normal de esterilização;
Assegure que as mudanças na configuração sejam avaliadas antes de instituir a mudança.
7. Registro / Estocagem
Assegure que os registros de esterilização sejam mantidos de maneira legível, ordenada e que possam ser facilmente localizados se necessário;
Assegure que os registros de esterilização permitam rastreabilidade completa desde a esterilização até o uso no paciente.
8. Estocagem
Previna a contaminação microbiana dos itens esterilizados;
Assegure que os itens esterilizados não sejam expostos aos extremos de diferença de temperatura que resultem em condensação e contaminação microbiana;
Assegure a manutenção da integridade da embalagem durante a estocagem e o transporte a unidades/ setores;
Assegure que as coberturas de manutenção/ proteção sejam usadas quando necessárias.

Tabela 2: Medidas de prevenção de infecção na CME

Fonte: GRAZIANO, et al (2011), p. 379 – 381.

Etapas do processamento de artigos:

A limpeza é a principal etapa do processamento, onde é retirada toda sujidade das superfícies, reentrâncias, articulações, lúmens dos artigos, objetivando diminuir a carga microbiana e resíduos. Seguida da desinfecção, que é uma etapa de eliminação de microrganismos, podendo ser de baixo nível - elimina apenas bactéria vegetativas, vírus lipídicos, alguns vírus não lipídicos e alguns fungos; de médio nível - destrói bactérias vegetativas, bacilo da tuberculose, fungos e vírus lipídicos e alguns não lipídicos; ou de alto nível - elimina todos os microrganismos em forma vegetativa e alguns esporos (SOBECC, 2013).

A esterilização é o processo de eliminação de todas as formas de vida microbiana, a tal ponto que não possam ser detectados em um meio de cultura-padrão (SOBECC, 2013).

Segundo a classificação de Spaulding, materiais críticos possuem alto potencial de transmissão de infecção. Materiais semicríticos possuem potencial de transmissão de

infecção intermediário, já materiais não críticos são aqueles que entram em contato com a pele intacta ou nem entram em contato direto com o paciente, o potencial de transmissão de infecção é baixo e devem receber no mínimo desinfecção de baixo nível, se contaminados com matéria orgânica, caso não, devem ser submetidos a limpeza (GRAZIANO et al., 2011; SANTOS et al., 2017; TAUFFER et al., 2021).

Categoria 6 - Controle e prevenção da infecção no centro cirúrgico

As precauções-padrão devem ser usadas em todos os pacientes, considerando-os potencialmente contaminados, podendo transmitir infecção. E devem ser utilizadas sempre que houver previsão de contato com sangue ou fluidos corporais. Deste modo, é imprescindível proporcionar aos profissionais de saúde orientações sobre a prevenção da transmissão de agentes infecciosos, através do programa de educação continuada (CARVALHO; BIANCHI, 2016).

Quando o equipamento de proteção individual total é necessário, primeiro deve-se lavar as mãos. No que tange a sala de operação, o profissional deve executar a escovação cirúrgica com antisséptico, antes de colocar o EPI, e deve utilizar avental e luvas estéreis. Devem ser removidos todos os adoramentos e as unhas devem ser limpas e aparadas (POTTER, 2018). As máscaras cirúrgicas devem ser trocadas a cada duas horas, em cirurgias longas, por terem seu poder de filtração diminuídos (CARVALHO; BIANCHI, 2016; TAUFFER et al., 2021).

Todo material orgânico deve ser retirado dos instrumentos e equipamentos utilizando desinfetantes de alto nível, já que o ambiente e instrumentais são considerados reservatórios de microrganismos, especialmente os multirresistentes, principalmente o *Staphylococcus aureus* resistente a meticilina (MRSA), que pode disseminar-se e colocar em risco a segurança dos pacientes e profissionais (CARVALHO; BIANCHI, 2016).

Após cada procedimento cirúrgico deve ser realizada a limpeza concorrente, retirando toda sujeira visível e materiais utilizados, as superfícies móveis e mesmo aquelas que não entram em contato direto com o paciente devem ser submetidas a desinfecção (CARVALHO; BIANCHI, 2016).

A Organização Mundial da Saúde (OMS) em 2016, publicou um guia global com recomendações para prevenir e acabar com infecções no ambiente cirúrgico, que serão apresentadas na tabela 3, a seguir:

MEDIDAS PRÉ-OPERATÓRIAS
Deve-se banhar os pacientes antes da cirurgia com sabão comum ou antimicrobiano.
Pacientes submetidos a cirurgias cardioráquicas e ortopédicas e que sabidamente são portadores nasais de <i>S. Aureus</i> , assim como, aqueles que sabidamente são portadores nasais de <i>S. aureus</i> e que sejam submetidos a outros tipos de cirurgia, devem receber aplicações intranasais perioperatórias de pomada de mupirocina a 2%, combinadas ou não à lavagem corporal com gluconato de clorexidina (CHG).
A PAC deve ser administrada até 120 minutos antes da incisão cirúrgica quando indicado, considerando também a meia vida do antibiótico.
Recomenda-se antibióticos cirúrgicos pré-operatórios, combinados à preparação mecânica do cólon, em pacientes adultos submetidos a cirurgia colo retal eletiva.
Recomenda-se que, em pacientes submetidos a qualquer procedimento cirúrgico, os pelos não sejam removidos ou, se absolutamente necessário, que sejam apenas aparados. A remoção com lâmina é fortemente desencorajada em todos os momentos.
Recomenda-se o uso de soluções antissépticas à base de álcool com CHG para a preparação da pele do sítio cirúrgico.
Sugere-se que os seladores da pele antimicrobianos não sejam usados após a preparação da pele do sítio cirúrgico.
Recomenda-se que, antes da colocação de luvas estéreis, a preparação das mãos para a cirurgia seja realizada através de escovação com sabão antimicrobiano adequado e água ou com uma solução à base de álcool adequada.
MEDIDAS PRÉ-OPERATÓRIAS E/OU INTRAOPERATÓRIAS
Sugere-se a administração de fórmulas orais ou enterais com múltiplos nutrientes a fim de prevenir ISS em pacientes com baixo peso submetidos a grandes cirurgias.
Sugere-se não interromper o uso de imunossupressores antes da cirurgia.
Recomenda-se que pacientes adultos submetidos a anestesia geral com intubação endotraqueal para procedimentos cirúrgicos recebam uma fração de oxigênio de 80% no ar inspirado no período intraoperatório e, se viável, no período pós-operatório imediato durante 2 a 6 horas para reduzir o risco de ISS.
Sugere-se o uso de dispositivos de aquecimento na sala de cirurgia e durante o procedimento cirúrgico para aquecer o corpo do paciente.
Sugere-se o uso de protocolos para o controle perioperatório intensivo da glicemia em pacientes adultos diabéticos e não diabéticos submetidos a procedimentos cirúrgicos.
Sugere-se o uso de uma terapia orientada por metas para a gestão intraoperatória dos fluidos a fim de reduzir o risco de ISS.
Sugere-se que podem ser usados tanto campos e capotes estéreis e descartáveis, não tecidos, como campos e capotes estéreis e reutilizáveis, tecidos, durante operações cirúrgicas com o objetivo de prevenir ISS. Não utilizar campos plásticos adesivos.
Sugere-se considerar o uso de dispositivos de proteção de feridas em procedimentos cirúrgicos abdominais limpos-contaminados, contaminados e sujos a fim de reduzir a taxa de ISS.
Sugere-se considerar a irrigação da ferida incisional com uma solução aquosa de PVP-I antes do fechamento para prevenir ISS, particularmente em feridas limpas e limpas-contaminadas. A irrigação da ferida incisional com antibióticos não seja utilizada com o objetivo de prevenir ISS.
Sugere-se, para prevenir ISS em pacientes adultos, o uso da terapia profilática com pressão negativa em incisões com fechamento primário de feridas de alto risco, tendo em vista os recursos disponíveis.
Sugere-se o uso de suturas revestidas com triclosan com o objetivo de reduzir o risco de ISS, independentemente do tipo de cirurgia.
Sugere-se que não sejam utilizados sistemas de ventilação com fluxo laminar para reduzir o risco de ISS em pacientes submetidos a artroplastia total.

MEDIDAS PÓS-OPERATÓRIAS
Recomenda-se não prolongar a PAC depois de concluída a cirurgia.
Sugere-se não utilizar nenhum tipo de curativo avançado em feridas cirúrgicas de fechamento primário com o objetivo de prevenir ISS.
Sugere-se que a profilaxia antibiótica pré-operatória não seja continuada na presença de um dreno de ferida. Sugere-se remover o dreno quando clinicamente indicado. Não foram encontradas evidências sobre o momento ideal de remover um dreno de ferida com o objetivo de prevenir ISS.

Tabela 3: Resumo das principais recomendações para a prevenção de infecções de sítio cirúrgico (ISS), segundo a OMS

Fonte: OMS (2016).

4 | CONCLUSÃO

As infecções hospitalares são uma grande questão em saúde pública, a prevenção é o meio mais fácil, com menos custo e mais eficiente para lutar contra essa problemática, em especial as infecções de sítio cirúrgico.

O ambiente e os profissionais tem uma grande importância na transmissão dos agentes microbianos causadores de infecção, sendo assim, a educação permanente contribui para a melhoria do atendimento ao cliente, fazendo com que os profissionais se tornem cada vez mais capacitados a exercerem com qualidade as suas funções.

A limpeza ambiental é importante para reduzir a carga microbiana, proporcionando segurança aos profissionais e aos pacientes. O enfermeiro precisa conhecer os princípios da limpeza e de controle do ambiente, visando uma assistência adequada, prevenindo infecções.

A lavagem das mãos, ainda é considerado o meio mais simples e eficiente para o controle das infecções, além do uso dos equipamentos de proteção individual, especialmente no centro cirúrgico e o uso da correta técnica asséptica durante os procedimentos cirúrgicos e manuseio da ferida operatória.

Prevenir as infecções de sítio cirúrgico promove a redução do período de internação hospitalar, otimizando a recuperação pós operatória do paciente cirúrgico, além da redução dos gastos com medicamentos e insumos. O controle das infecções está diretamente relacionado à mudança de comportamento dos profissionais de saúde que devem estar convencidos do quanto isso é fundamental para o processo de cuidar.

REFERÊNCIAS

ANVISA. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Critérios Diagnósticos de Infecção Relacionada à Assistência à Saúde**. 2017. 2ª Ed

BARBOSA, F.S. Higienização das mãos: Monitoração da adesão dos profissionais de saúde numa instituição pública da rede estadual do Rio de Janeiro: um desafio à administração do serviço de controle de infecção hospitalar. **Brazilian Journal of Health Review**, v. 2, n. 2, p. 1323-1355, 2019. Disponível em: <https://www.brazilianjournals.com/index.php/BJHR/article/view/1350/1222>. [Acesso em 26 jan 2022].

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria nº 2616, de 12 de maio de 1998. Brasília, 1998. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/1998/prt2616_12_05_1998.html. Acesso em: 26 de novembro de 2021.

BRUNNER E SUDDARTH. **Tratado de enfermagem médico-cirúrgica**. Rio de Janeiro, Ed. Guanabara Koogan, 2019. Vol. 1. 14^a Ed. 481p.

CÂMARA, M. V. S; FELIX, C. A; CORGOZINHO, M. M. Enfermagem no contexto da infecção da ferida cirúrgica: revisão integrativa. **Health Residencies Journal-HRJ**, v. 3, n. 14, p. 941-960, 2022. Disponível em: <https://escsresidencias.emnuvens.com.br/hrj/article/view/352/252> [Acesso em 26 jan 2022].

CARVALHO, A. A. G; AIDAR, A. L; SANTOS, B. C. D; KURAMOTO, D. A. B; PEREDA, M. R; CORREIA, R. M; AMORIM, J. E. Recomendações de uso de equipamentos de proteção individual (EPIs) em procedimentos cirúrgicos durante a pandemia de SARS-Cov. **Jornal Vascular Brasileiro**, v. 20, 2021. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/jvb/a/NJfbJQ8BT7CBnGjmSNVvgDb/?format=pdf&lang=pt>. [Acesso em 26 jan 2022].

CARVALHO, R.; BIANCHI, E. R. F. **Enfermagem em Centro Cirúrgico e Recuperação**. São Paulo, Ed. Manole. 2016. 2^aEd. 405p.

COSTA FEITOZA, D. C.; COSTA QUIRINO, G. M.; ALVES GOMES, S. M.; SILVA MATOS, R.; DE AMORIM LINO, A. I.; BARROS DE OLIVEIRA, R.; ROCHA ITACARAMBI, L.; RAMOS DE ANDRADE ANTUNES GOMES, J.; MIRANDA BITENCOURT, S.; MOREIRA DO NASCIMENTO ARAUJO, S. Análise da antibioticoprofilaxia em procedimentos cirúrgicos eletivos. **Health Residencies Journal - HRJ**, v. 3, n. 14, p. 672-686, 6 jan. 2022. Disponível em: <https://escsresidencias.emnuvens.com.br/hrj/article/view/342>. [Acesso em: 26 jan. 2022].

GIROTI, A. L. B; FERREIRA, A. M; RIGOTTI, M. A; SOUSA, Á. F. L. D; FROTA, O. P; ANDRADE, D. D. Programas de Controle de Infecção Hospitalar: avaliação de indicadores de estrutura e processo. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 52, 2018. Disponível em <https://www.scielo.br/j/reeusp/a/YSysqdsMHZMHmqH4Tc8hjtj/?format=pdf&lang=pt> [Acesso em 26 jan 2022].

GRAZIANO, K.U; PSALTIKIDIS,E.M; SILVA, A. **Enfermagem em Centro de Material e Esterilização**. São Paulo, Ed. Manole. 2011. 1^a Ed. 417p.

KAUARK, F.S; MANHÃES, F.C.; MEDEIROS, C.H. Metodologia da pesquisa: guia prático [ONLINE]. Bahia, Ed Via Litterarum. 2010. 88p. Disponível em: <http://www.pgcl.uenf.br/2013/download/livrodemetodologiadapesquisa2010.pdf>. [Acesso em 26 jan 2022].

LAKATOS, E.M.; MARCONI, M. A. **Fundamentos de Metodologia Científica**. São Paulo. Ed. Atlas, 2010. 7^a ed , 297p.

MARCONI, M. D. A; LAKATOS, E. M. Técnicas de pesquisa: planejamento e execução de pesquisa; amostragens e técnicas de pesquisa; elaboração, análise e interpretação de dados. In: **Técnicas de pesquisa: planejamento e execução de pesquisa; amostragens e técnicas de pesquisa; elaboração, análise e interpretação de dados**. 2012. p. 277-277. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/resource/pt/eps-5199> [Acesso em 26 jan 2022].

MARTINS, T; AMANTE, L. N; VIRTUOSO, J. F; SELL, B. T, WECHI, J. S; SENNA, C. V. A. Fatores de risco para infecção do sítio cirúrgico em cirurgias potencialmente contaminadas. **Texto & Contexto-Enfermagem**, v. 27, 2018. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/tce/a/BBLnNtLJwWGTNNx3JptBfcq/?format=pdf&lang=pt> [Acesso em 26 jan 2022].

MATOS, J. C; BORGES, I. N; MARTINS, M. A; FRANÇA, E. B. Adesão às recomendações do uso de antibioticoprofilaxia e a ocorrência de infecção do sítio cirúrgico em pacientes pediátricos. 2018. Disponível em: <http://www.rmmg.org/artigo/detalhes/2327> [Acesso em 26 jan 2022].

MAZON, L. M; SIEWERT, J. S; DEGLMANN, R. C; DA SILVA, P. Z; LAZARRI, S. L. Caracterização das infecções de sítio cirúrgico em procedimentos cardíacos no Brasil: Um protocolo de revisão de escopo. **Research, Society and Development**, 10(9), e34010918133-e34010918133. Disponível em: <https://rsdjournal.org/index.php/rsd/article/view/18133/16218> [Acesso em 26 jan 2022].

OLIVEIRA MENINO, E. O; LIBANIO, G. C; CARDOSO, L. B; COUTO, B. R. G. M. Correção de aneurisma de aorta abdominal: Fatores de risco para a infecção do sítio cirúrgico e óbito. **Brazilian Applied Science Review**, v. 4, n. 6, p. 3343-3354, 2020. Disponível em: <https://www.brazilianjournals.com/index.php/BASR/article/view/19465> [Acesso em 26 jan 2022].

OLIVEIRA, M. D. C; ANDRADE, A. Y. T. D; TURRINI, R. N. T; POVEDA, V. D. B. Terapia por pressão negativa no tratamento de infecção do sítio cirúrgico em cirurgia cardíaca. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 73, 2020. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/reben/a/c4F4y8T6rPFxwP6NSQ7Thrz/?lang=pt&format=html>. [Acesso em 26 jan 2022].

POTTER, Patrícia A. **Fundamentos de Enfermagem**. 9. ed. Gen, 2018. 1392p.

ROTHROCK, J.C. **Alexander Cuidados de enfermagem ao paciente cirúrgico**. Rio de Janeiro. Ed. Elsevier, 2007. 13^a ed. 1247p.

SANTOS, A. F. F; ITACARAMBI, L. R; GOMES, J. R. D. A. A; MATOS, R. S; DA COSTA QUIRINO, G. M., NOLETO, I. V; GUIMARÃES, M. F. Mitos e verdades do controle de infecção hospitalar: conhecimento da enfermagem perioperatória de um hospital terciário. **Health Residencies Journal-HRJ**, v. 3, n. 14, p. 218-239, 2022. Disponível em: <https://escsresidencias.emnuvens.com.br/hrj/article/view/379/276> [Acesso em 26 jan 2022].

SANTOS, A. J; RODRIGUES, D. E; ANDRADE, V. L. C; MARTINS, G. M; RODRIGUES, T. E. Infecção de Sítio Cirúrgico em cirurgias cardíacas realizadas em um hospital filantrópico acreditado. **Brazilian Journal of Health Review**, v. 4, n. 3, p. 9635-9646, 2021. Disponível em: <https://www.brazilianjournals.com/index.php/BJHR/article/view/29140>. [Acesso em 26 jan 2022].

SANTOS, P. V. F.; JESUS, K. B. de; SANTANA, K. I. S. P. de; NOGUEIRA, E. C.; CARIRI, L. S.; BRITO, F. P. G. INFECÇÃO DO SÍTIO CIRÚRGICO EM PACIENTES NO PÓS-OPERATÓRIO DE CIRURGIAS ORTOPÉDICAS ELETIVAS. **Interfaces Científicas - Saúde e Ambiente**, [S. I.], v. 5, n. 2, p. 71-79, 2017. DOI: 10.17564/2316-3798.2017v5n2p71-79. Disponível em: <https://periodicos.set.edu.br/saude/article/view/2855>. [Acesso em: 26 jan. 2022].

SECCO, I. L; DANSKI, M. T. R; PEREIRA, H. P; ALMEIDA, T. Q. R. D; CRUZ, T. R. Cuidados de enfermagem a recém-nascido com infecção de sítio cirúrgico incisional profunda: relato de caso. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 55, 2021. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/reeusp/a/xMhQcP8znbSKBjVdcwZ8wrM/abstract/?lang=pt>. [Acesso em 26 jan 2022].

SILVA MOREIRA, A; DA SILVA, D. M; DE CARVALHO, M. K. S. L; DOS SANTOS, M. B; DOS SANTOS MARQUES, E; DOS SANTOS, M; SANTOS, I. V. Iatrogenias em enfermagem e infecção hospitalar: como prevenir e garantir a segurança do paciente?. **Brazilian Journal of Health Review**, v. 3, n. 3, p. 6141-6156, 2020. Disponível em: <https://www.brazilianjournals.com/index.php/BJHR/article/view/11463> [Acesso em 26 jan 2022].

SOBECC. Associação Brasileira de Enfermeiros de Centro Cirúrgico, Recuperação Anestésica e Centro de Material e Esterilização. **Práticas Recomendadas SOBECC**. São Paulo. Ed Manole, 2013. 6^a ed. 369p.

TAUFFER, J.; IGNÁSIO ALVES, D. C.; RODRIGUES DA SILVA CARVALHO, A.; GONÇALVES DE OLIVEIRA AZEVEDO MATOS, F. Caracterização das infecções de sítio cirúrgico em pacientes submetidos à neurocirurgia em um hospital público entre 2017 a 2019. **Vigilância Sanitária em Debate**, [S. l.], v. 9, n. 2, p. 104-110, 2021. DOI: 10.22239/2317-269X.01472. Disponível em: <https://visaemdebate.incqs.fiocruz.br/index.php/visaemdebate/article/view/1472>. Acesso em: 26 jan. 2022.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Global Guidelines for the Prevention of Surgical Site Infection**. World Health Organizations; 2016. Disponível em: [http://www.who.int/gpsc/global-guidelines-web.pdf?ua=1](https://www.who.int/gpsc/global-guidelines-web.pdf?ua=1). [Acesso em: 24 nov de 2021].

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Guidelines on Hand Hygiene in Health Care. First Global Patient Safety Challenge Clean Care is Safer Care**. World Health Organizations; 2009. Disponível em: https://who_guidelines-handhygiene_summary.pdf. [Acesso em: 24 nov de 2021].

CAPÍTULO 14

CONHECIMENTO DOS PROFISSIONAIS DE ENFERMAGEM SOBRE O MANEJO DA DOR EM IDOSOS NOS CUIDADOS PALIATIVOS

Data de aceite: 01/04/2022

Data de submissão: 07/02/2022

Caren Cristine Oliveira Gomes

Universidade Estadual do Ceará (UECE)

Fortaleza - Ceará

<https://orcid.org/0000-0002-3448-2293>

Ana Claudia de Souza Leite

Universidade Estadual do Ceará (UECE)

Fortaleza - Ceará

<https://orcid.org/0000-0003-1407-7634>

Ana Alicia Braz Gomes

Universidade Estadual do Ceará (UECE)

Fortaleza - Ceará

<https://orcid.org/0000-0002-4681-5788>

Tainá da Silva Carmo

Universidade Estadual do Ceará (UECE)

Fortaleza - Ceará

<https://orcid.org/0000-0001-7118-794X>

Erika de Barros Costa

Universidade Estadual do Ceará (UECE)

Fortaleza - Ceará

<https://orcid.org/0000-0003-2923-9587>

Julia França Torres

Universidade Estadual do Ceará (UECE)

Fortaleza - Ceará

<https://orcid.org/0000-0002-1170-9619>

Thayná Émille Colares da Silva

Universidade Estadual do Ceará (UECE)

Fortaleza – Ceará

<https://orcid.org/0000-0003-1659-7932>

Vitória Régia Santos Alves

Universidade Estadual do Ceará (UECE)

Fortaleza - Ceará

<https://orcid.org/0000-0003-1768-2135>

Nathalia Maria Lima de Souza

Universidade Estadual do Ceará (UECE)

Fortaleza - Ceará

<https://orcid.org/0000-0001-6426-1937>

RESUMO: O objetivo deste estudo foi descrever o conhecimento de enfermagem em relação ao manejo da dor em idosos nos cuidados paliativos no olhar da literatura científica. Desse modo, realizou-se a revisão integrativa da literatura científica entre os anos de 2017 a 2021 nos idiomas inglês, espanhol e português com os seguintes descritores: (knowledge) AND (nursing) AND (aged) AND (palliative care) AND (pain management) nas bases de dados CINAHL, Scopus, Web of Science, Embase e Science direct, com amostra 15 estudos. O estudo apresentou que os profissionais de enfermagem possuem deficiência no conhecimento em relação ao manejo da dor na paliação em idosos e a importância dos instrumentos de medição do conhecimento de enfermeiros. Portanto, evidenciou-se na literatura científica que os conhecimentos de enfermagem sobre o manejo da dor na paliação em idosos foi considerado inadequado, principalmente no manejo de sintomas e a carência de entendimento sobre o intuito da paliação.

PALAVRAS-CHAVE: Enfermagem. Dor. Idoso. Cuidado Paliativo. Conhecimento.

KNOWLEDGE OF NURSING PROFESSIONALS ABOUT PAIN MANAGEMENT IN THE ELDERLY IN PALLIATIVE CARE

ABSTRACT: The objective of this study was to describe nursing knowledge in relation to pain management in the elderly in palliative care from the perspective of the scientific literature. Thus, an integrative review of the scientific literature was carried out between the years 2017 and 2021 in English, Spanish and Portuguese with the following descriptors: (knowledge) AND (nursing) AND (aged) AND (palliative care) AND (pain management) in the CINAHL, Scopus, Web of Science, Embase and Sciencedirect databases, with a sample of 15 studies. The study showed that nursing professionals have a lack of knowledge in relation to pain management in palliation in the elderly and the importance of instruments for measuring nurses' knowledge. Therefore, it was evidenced in the scientific literature that nursing knowledge about pain management in palliation in the elderly was considered inadequate, especially in the management of symptoms and the lack of understanding about the purpose of palliation.

KEYWORDS: Nursing. Pain. Aged. Palliative Care. Knowledge.

1 | INTRODUÇÃO

Os Cuidados Paliativos (CP) são essenciais durante a assistência, pois visa manter o paciente bem assistido, oferecendo um bem estar a esse paciente, além de assegurar que os seus últimos dias de vida sejam dignos e sem dor. Esses cuidados possuem extrema importância, em razão de trazer dignidade em todas as fases da vida, sendo elas desde o diagnóstico até o luto dos familiares, tendo uma abordagem multidisciplinar o principal objetivo de proporcionar uma melhora da qualidade de vida dos pacientes e seus familiares (MARKUS et al., 2017), principalmente diante de sintomatologias dolorosas.

A dor foi definida pela Associação Internacional para o Estudo da Dor (IASP) como uma experiência sensorial e emocional desagradável, sendo associada a lesões reais ou potenciais (MOCCELIN et al., 2018). Juntamente com os outros quatro sinais vitais, pressão arterial, temperatura, frequência cardíaca e respiratória, em 1996, a dor foram introduzidas como o quinto sinal vital pela American Pain Society, enfatizando que a dor deve ter a mesma atenção e avaliação que os outros sinais vitais.

Neste sentido, a enfermagem possui papel primordial durante todas as fases da assistência, visto que o enfermeiro possui como objeto de estudo e trabalho o plano de cuidados. O enfermeiro precisa possuir conhecimento para realizar o melhor tratamento para o manejo da dor, além disso, deve ser praticado um olhar holístico com seus pacientes, para compreender suas necessidades sejam elas físicas, mentais, sociais e religiosas (RODRIGUES, et al. 2020).

Os idosos, por senescênciia apresentam diversas alterações no organismo, dentre elas deficiências no sistema imunológico que facilitam no surgimento de doenças e debilidades. Identificar a dor e o melhor manejo em um paciente idoso em cuidados paliativos é primordial para a sua qualidade de vida, sendo uma das condutas mais citadas

pelos estudiosos Rodrigues et al. (2020). Nesta conduta, a avaliação e a identificação da dor devem ser realizadas de forma holística. Neste sentido, este estudo teve como objetivo descrever o conhecimento de enfermagem em relação ao manejo da dor em idosos na paliação.

2 | METODOLOGIA

Este estudo possui natureza metodológica do tipo revisão integrativa da literatura definida como um método de investigação que permite a procura, avaliação crítica e a síntese de evidências disponíveis sobre a temática abordada, segundo o modelo de Whitmore *et al* (2005).

A estratégia mnemônica PICO (População, Interesse, Comparação e Desfecho (PICO) foi utilizada como estratégia para definir a pergunta da revisão, guiar a coleta de dados e classificar a qualidade dos resultados encontrados. Assim, a Enfermagem foi considerada a População(P); Conhecimento sobre o manejo da dor nos cuidados paliativos em pacientes idosos como o Interesse (I); não houve Comparação (C) no estudo; Otimização do conhecimento sobre o manejo da dor pela enfermagem em idosos na paliação como Desfecho (O), permitindo a formulação da pergunta norteadora: “Qual(is) o(s) conhecimento(s) de enfermagem sobre o manejo da dor em pacientes idosos nos cuidados paliativos?”.

O processo de busca na literatura científica ocorreu entre junho e outubro de 2021, iniciando-se com a busca de replicação dessa pergunta norteadora em algum estudo, tornando possível desenvolver esta revisão.

Procedeu-se o teste e re-teste para escolha de operadores booleanos alinhados para encontrar literatura abrangente envolvendo a pesquisa. Baseado nisso, seguimos para os descritores em saúde (DeCs) com a frase booleana: (conhecimento) AND (enfermagem) AND (idoso) AND (cuidados paliativos) AND (manejo da dor) e Medical Subject Heading (MeSH): (knowledge) AND (nursing) AND (aged) AND (palliative care) AND (pain management).

A busca de dados foi realizada entre junho e outubro de 2021, por meio do portal eletrônico Periódicos CAPES, encontrando-se a população de 319 artigos nas seguintes bases de dados: Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature (CINAHL); Scopus, Web of Science, Embase e a Science direct.

Em seguida, procedeu-se a seleção dos estudos utilizando os critérios de inclusão: artigos primários, publicados nos últimos 5 anos (2017 a 2021), publicados em bases com avaliação em pares, disponíveis na íntegra nas versões idiomáticas de inglês, espanhol e português. Foram excluídos estudos do tipo de revisões de literatura, teses, protocolos, diretrizes e estudos duplicados. Desse modo, o processo de seleção foi realizado em dois momentos. O primeiro consistiu na leitura de títulos, resumos e palavras chaves, e assim

31 artigos foram selecionados. No segundo momento houve uma leitura com avaliação em pares, mais criteriosas dos artigos mencionados, resultando na seleção de 15 artigos como amostra como apresentado na figura 1 abaixo (MOHER et al, 2009).

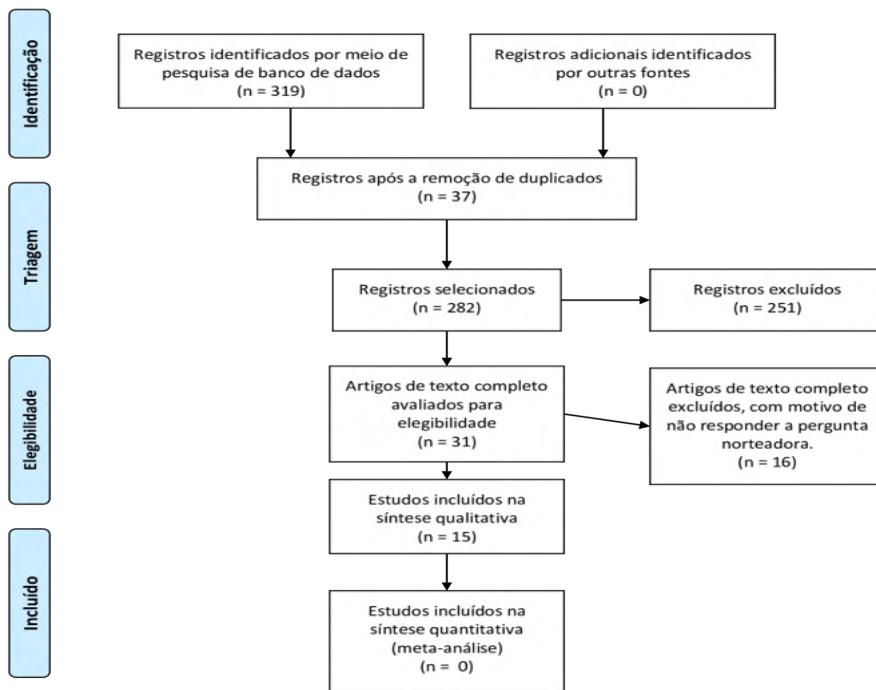


Figura 1 - Fluxograma dos artigos incluídos no estudo.

Em seguida, foram definidas as informações a serem extraídas dos estudos incluídos na amostra, tais como: título do estudo, ano de publicação, objetivo, desenho do estudo com nível de evidência (NE), resultados e sínteses.

O nível de evidência utilizado para a classificação dos tipos de estudos foi determinado conforme os autores Polit & Beck (2011), sendo: Nível Ia = Revisão sistemática de Ensaio Clínico Randomizado-ECR; Nível Ib = Revisão sistemática de ensaios não randomizados; Nível IIa = Revisão sistemática de Ensaio Clínico Randomizado-ECR individual e IIb = Ensaio não randomizado; Nível III = Revisão sistemática de estudos de correlação/observação; Nível IV= Estudo de correlação/observação; Nível V= Revisão sistemática de estudos descritivos, qualitativos, fisiológicos; Nível VI= Estudo descritivo, qualitativo, fisiológico individual; Nível VII = Opiniões de autoridades, comitês de especialista.

Em seguida, os estudos foram avaliados de forma qualitativa por pares com leitura e releitura dos conteúdos dos artigos selecionados e assim havendo a confecção de fichamentos e transcrições dos mesmos, extraíndo-se informações obtidas dos estudos

selecionados que foram apresentadas por meio de dois quadros analíticos (Quadro 1 e 2).

O material empírico foi organizado e analisado de forma qualitativa, acrescendo-se as frequências absolutas e relativas de artigos para cada categoria. Caracterizou-se pela leitura e releitura dos conteúdos dos artigos incluídos que respondessem a resposta da pergunta norteadora, agrupando-os em 2 temáticas: “Conhecimento de enfermagem sobre o manejo da dor na paliação em idosos” e “Instrumentos de medição do conhecimento de enfermeiros”.

3 | RESULTADOS

Título/Ano	Objetivo	Desenho do estudo/NE	Resultados
Nurses' experiences of providing nonpharmacological pain management in palliative care: a qualitative study/ 2020 (E ¹)	Explorar as experiências e pontos de vista dos enfermeiros que prestam terapias não farmacológicas para manejo da dor crônica em cuidado paliativo.	Descritivo exploratório qualitativo NE= VI	Evidenciou-se que os enfermeiros sabem da importância e conhecem sobre algumas terapias não farmacológicas para o alívio da dor na paliação, porém esse conhecimento ainda é considerado insuficiente. Outro fato demonstrado foi a dificuldade de criação de vínculo da enfermagem com o paciente interferindo diretamente neste manejo.
Nonmalignant Pain Symptom Subgroups in Nursing Home Residents/2019 (E ²)	Identificar e descrever subgrupos de sintomas de dor e avaliar se os subgrupos diferiam por sexo.	Coorte NE= IV	Os residentes recém-admitidos dos lares de idosos com dor não maligna relataram conhecer quatro subgrupos diferentes dos sintomas da dor associando a intensidade, gravidade e presença de sintomas depressivos. Outro fato, foi a oferta de tratamento apenas aos idosos que relataram dor intensa. Além disso, havia apenas 40% de registro do sintoma dor nos prontuários dos pacientes, ocasionando o recebimento de medicações para dor apenas a estes idosos.
Knowledge and attitude Toward Geriatric Palliative Care Among Health Professionals in Vietnam, 2019 (E ³)	Avaliar o conhecimento e a atitude em relação aos cuidados paliativos para idosos entre profissionais de saúde de um hospital geriátrico terciário no Vietnã.	Transversal NE= IV	Evidenciou-se que 40,5% dos médicos e 74,2% dos enfermeiros apresentaram conhecimento insuficiente sobre a paliação. Quando relacionado aos sinais e sintomas mais prevalentes nestes pacientes em paliação houve uma pontuação baixa de conhecimento sobre dispneia, seguida de problemas gastrointestinais e dor.

Predictors of Palliative Care Knowledge Among Nursing Students in Saudi Arabia: a Cross-Sectional Study,2020 (E ⁴)	Investigar os predtores do conhecimento sobre cuidados paliativos entre estudantes de enfermagem na Arábia Saudita.	Transversal NE= IV	A pontuação média dos participantes foi 5,23 (DP = 3,24, intervalo = 0-12), indicando conhecimento insuficiente sobre cuidados paliativos. Os profissionais não possuíam conhecimento em relação aos princípios e filosofia de cuidados paliativos, gestão da dor e outros sintomas, cuidados psicossociais e espirituais.
A Survey of Knowledge and Attitudes of Nurses About Pain Management in End-Stage, Liver Disease in a Geriatric Palliative Care Unit, 2018 (E ⁵)	Identificar e determinar o nível de conhecimento e as atitudes dos enfermeiros da UBS em relação ao manejo da dor em pacientes com doença hepática em estágio terminal (ESLD).	Descritivo e Transversal NE= VI	O conhecimento e a atitude dos enfermeiros da UBS foram considerados inadequados em relação ao manejo da dor. Essas áreas de déficit de conhecimento podem ser tratadas por meio de um programa educacional direcionado aos profissionais que ofertam o cuidado nessas UBS.
Resultados de Enfermagem para Avaliação da Dor de Pacientes em Cuidado Paliativo, 2018 (E ⁶)	Selecionar os resultados e indicadores da Nursing Outcomes Classification (NOC), para avaliar os pacientes oncológicos em cuidados paliativos com diagnóstico de Enfermagem (Des) de Dor aguda e Crônica.	Opinião de especialistas NE= VII	A partir dos resultados da NOC, os enfermeiros especialistas conseguiram elaborar 8 resultados e 19 indicadores com definições conceituais e operacionais construídos para avaliar os Des de Dor Aguda e Dor Crônica na prática clínica. Dessa forma, pensa-se que a utilização desse instrumento pode beneficiar os profissionais na obtenção de mais conhecimento e aos pacientes em cuidados paliativos, de forma que poderá ser feito o alívio da sua dor.
Undergraduate Nursing Students Knowledge About Palliative Care and Attitudes Towards End-of-life Care: a three-cohort, cross-sectional survey, 2019 (E ⁷)	Investigar o conhecimento de estudantes de graduação em enfermagem sobre cuidados paliativos e atitudes em relação à morte e cuidados no fim da vida.	Descritiva e Transversal NE= VI	As evidências mostraram que apenas 1,5% dos entrevistados ultrapassaram a pontuação de corte de 15, indicando assim conhecimento insuficiente sobre cuidados paliativos; 19,6% tinham um PCQN (questionário de cuidados paliativos para enfermagem) total pontuação > 10. Enquanto a maioria dos entrevistados, as pontuações totais do PCQN estavam entre 6 e 10 (64,7%) sendo considerado conhecimento inadequado.

<p>Self-Perceived Pain Assessment Knowledge and Confidence (Self-PAC) Scale for Cancer and Palliative Care Nurses: a preliminary validation study, 2018 (E⁸)</p>	<p>Examinar a validade da dor autopercibida e o conhecimento de enfermeiros em relação à avaliação e confiança da escala Self-PAC.</p>	<p>Validação da escala NE= IIb</p>	<p>Essas enfermeiras tinham níveis moderadamente altos de conhecimento geral sobre avaliação da dor, mas níveis mais baixos de conhecimento sobre as ferramentas utilizadas para avaliação da dor. Quando mencionado os instrumentos de mensuração da dor, relataram conhecer sobre as escalas unidimensionais, porém os instrumentos multidimensionais evidenciaram-se um baixo conhecimento.</p>
<p>Knowledge of Palliative Care Among Professional Nurses in South East Nigeria: a needs assessment for continuing education, 2020 (E⁹)</p>	<p>Descrever o conhecimento de cuidados paliativos entre enfermeiras no sudeste da Nigéria.</p>	<p>Transversal NE= IV</p>	<p>O conhecimento sobre paliação que os enfermeiros possuíam era de 34,96%, medido pela pontuação média global no adaptado PCQN (questionário de cuidados paliativos para enfermagem), resultando em conhecimento inadequado sobre os cuidados paliativos e também sobre a gestão da dor em idosos.</p>
<p>Addressing Educational Needs in Managing Complex Pain in Cancer Populations Evaluation of APAM: na online educational intervention for nurses, 2019 (E¹⁰)</p>	<p>Examinar a eficácia de uma intervenção educacional on-line direcionada sobre dor avançada Avaliação e Gestão (APAM).</p>	<p>Intervenção de educação online NE= IIb</p>	<p>Na linha de base, geral em relação ao conhecimento e nas habilidades dos profissionais foi de 57,5%. O nível mais baixo de conhecimento foi na gestão da dor intratável (42,1%). O segundo nível mais baixo foi o gerenciamento da dor no câncer (53,1%). Áreas de domínio de conhecimento de maior força no início do estudo estavam nos tópicos de manejo não farmacológico, avaliação da dor; 60% e 59% dos participantes relataram ter alto conhecimento.</p>
<p>Factores Associated With the Knowledge of Nurses at an Oncology Center of High Complexity in Brazil on Cancer Pain Management, 2019 (E¹¹)</p>	<p>Avaliar o conhecimento do enfermeiro sobre o manejo da dor oncológica, bem como identificar a fatores associados ao conhecimento dos enfermeiros oncológicos de um centro de oncologia de alta complexidade (HCOC) no Brasil.</p>	<p>Transversal NE= IV</p>	<p>A prevalência de conhecimento adequado foi de 54,1%. Quase todos os profissionais relataram conhecer os aspectos relacionados à avaliação da dor (92,1%) e apenas 18,3% relataram saber sobre a teoria da dor. Além disso, estratégias terapêuticas mais citadas foram analgesia medicamentosa (99,2%) e adjuvantes (75,4%), e os menos citados foram hipnose (13,5%) e exercícios de Do-In (9,5%).</p>

Knowledge and Attitudes Toward End-of-Life Care Among Community Health Care Providers and its Influencing factors in China, 2019 (E ¹²)	Investigar os conhecimentos e atitudes dos prestadores de cuidados de saúde comunitários para o cuidado no final da vida e analise seus fatores de influência.	Transversal NE= IV	Dos 132 prestadores de cuidados de saúde comunitários que estavam sob investigação, 70 sabiam sobre cuidados paliativos, mas avaliaram que o conteúdo sobre cuidados no final da vida era inadequado. Profissionais de saúde que trabalharam por mais de 11 anos, que tiveram experiências com a morte de parentes, e que tiveram experiências anteriores de cuidar de pacientes terminais tiveram atitudes mais positivas em relação a cuidar dos pacientes ($P < 0,05$ para todos).
Assessing Palliative Care Knowledge Among Nurses in 2 Hospitals in Saudi Arabia, 2019 (E ¹³)	Avaliar o conhecimento sobre cuidados paliativos de enfermeiras que trabalham em 2 hospitais na Arábia Saudita.	Transversal NE= IV	A pontuação média dos respondentes no PCQN foi de 8,88, com pontuações variando de 0 a 14. Apenas 42 entrevistados (11,5%) pontuaram mais alto do que o ponto médio de 10. Em termos das dimensões da escala, 9 dos 13 itens na categoria gerenciamento da dor e de sintomas foram respondidos corretamente (intervalo, 58,1% -89,0%), enquanto apenas 1 dos 4 itens da categoria filosofia histórica e princípios da paliacão era uma respondida corretamente pela maioria dos respondentes. Por outro lado, os itens do cuidado psicosocial e espiritual foram respondidos incorretamente (variação, 78,6% -93,4%).
Factors Associated With Symptom Relief in End-of-Life Care in Residential Care Homes: a national register-based study, 2018 (E ¹⁴)	Explorar a presença e conhecimento de sintomas e seu alívio, identificar fatores associados ao alívio dos sintomas da dor, náusea, ansiedade e falta de ar entre residentes de RCH em cuidados de final de vida.	Retrospectivo NE= IV	A dor foi referida como o sintoma mais frequente dos quatro sintomas (68,8%) e o que foi totalmente aliviado (84,7%) pelos profissionais de saúde. Os fatores associados ao alívio de pelo menos um sintoma foram gênero; tempo no RCH; uso de uma escala de avaliação de dor ou sintoma validada; discussões documentadas sobre o fim da vida com médicos quanto os familiares.

Development of Knowledge and Attitudes Survey on Pain Management for Korean Long-term Care Professionals,2020 (E ¹⁵)	Desenvolver a pesquisa de conhecimento e atitudes sobre o manejo da dor para coreanos a longo prazo por profissionais de cuidados (LTC) (KASP-K).	Validação da pesquisa NE= IIb	O KASP-K foi composto por 22 ítems e apresentou índice de validade de conteúdo >0,7. A validade do construto do KASP-K foi verificada devido às diferenças nas pontuações da soma dependendo da educação da dor. O KASP-K será capaz de fornecer dados científicos e empíricos sobre o conhecimento e atitude em direção ao gerenciamento da dor por profissionais LTC.
--	---	----------------------------------	---

Quadro 1 – Título/Ano, Objetivo, Desenho do Estudo/NE e Resultados dos estudos incluídos na amostra.

Fonte: primária (autores)

Cod	Sínteses
E ¹	Exploraram as experiências e pontos de vista dos enfermeiros que prestam terapias não farmacológicas para manejo da dor crônica em cuidado paliativo por meio de um estudo descritivo, exploratório e qualitativo com NE VI. Evidenciou-se que os enfermeiros possuem um baixo conhecimento sobre as terapias não farmacológicas para alívio da dor na paliação, apesar de saberem da importância desse conhecimento. Além disso, relataram a dificuldade na criação de vínculo com o paciente. Concluiu-se que o conhecimento dos enfermeiros era inadequado sobre o manejo da dor na paliação, no qual interfere diretamente na oferta de uma assistência de qualidade aos pacientes.
E ²	Identificaram e descreveram subgrupos de sintomas de dor e avaliaram se os subgrupos diferiam por sexo, por meio de um estudo de coorte com NE IV. Evidenciou-se que os residentes recém-admitidos dos lares de idosos relataram conhecer quatro subgrupos diferentes dos sintomas da dor. Sendo a oferta de tratamento feita apenas aos idosos que relataram dor intensa. Além disso, apenas 40% de registro do sintoma dor foi encontrado nos prontuários, recebendo apenas estes idosos medicações para dor. Conclui-se que na perspectiva dos enfermeiros, a relação enfermeiro-paciente pode ser vista como um método não farmacológico de manejo da dor.
E ³	Avaliaram o conhecimento e a atitude em relação aos cuidados paliativos para idosos entre profissionais de saúde de um hospital geriátrico terciário no Vietnã, por meio de um estudo transversal com NE IV. Evidenciou-se que 40,5% dos médicos e 74,2% dos enfermeiros apresentaram conhecimento insuficiente sobre os cuidados paliativos geriátricos. Sendo o conhecimento sobre dispneia, seguida de problemas gastrointestinais e dor os sinais e sintomas com menor pontuação de conhecimento. Conclui-se que existe uma lacuna significativa de conhecimento e atitude em relação aos cuidados paliativos para idosos entre médicos e enfermeiros no hospital geriátrico.
E ⁴	Investigaram os preditores do conhecimento sobre cuidados paliativos entre estudantes de enfermagem na Arábia Saudita, por meio de um estudo transversal com NE IV. A pontuação média dos participantes foi 5,23, indicando conhecimento insuficiente sobre cuidados paliativos. Os profissionais não possuíam conhecimento sobre os princípios e filosofia de cuidados paliativos, gestão da dor e outros sintomas, cuidados psicossociais e espirituais. Conclui-se que os estudantes manifestaram níveis de conhecimento sobre cuidados paliativos significativamente inferiores aos níveis relatados em estudos anteriores sobre o tema em todo o mundo.
E ⁵	Identificaram e determinaram o nível de conhecimento e as atitudes dos enfermeiros da UBS em relação ao manejo da dor em pacientes com doença hepática em estágio terminal (ESLD), por meio de um estudo descritivo e transversal com NE VI. O conhecimento e a atitude dos enfermeiros da UBS foram considerados inadequados em relação ao manejo da dor. Concluiu-se que essas áreas de déficit de conhecimento podem ser tratadas por meio de um programa educacional direcionado aos profissionais da UBS.

E ⁶	Selecionaram os resultados e indicadores da Nursing Outcomes Classification (NOC), para avaliar os pacientes oncológicos em cuidados paliativos com diagnóstico de Enfermagem (Des) de Dor aguda e Crônica, por meio de um estudo de opinião de especialistas com NE VII. A partir dos resultados da NOC, conseguiu-se elaborar 8 resultados e 19 indicadores para avaliar os Des de Dor Aguda e Dor Crônica na prática clínica. Concluindo-se que este instrumento beneficia os profissionais na obtenção de mais conhecimento e no alívio da dor dos pacientes paliativos.
E ⁷	Investigaram o conhecimento de estudantes de graduação em enfermagem sobre cuidados paliativos e atitudes em relação à morte e cuidados no fim da vida, por meio de um estudo descritivo e transversal com NE VI. Evidenciou-se que a maioria dos entrevistados, tinham suas pontuações totais do PCQN entre 6 e 10 (64,7%) sendo considerado conhecimento inadequado. Concluiu-se que este estudo gerou um rico conjunto de dados para ajudar a identificar lacunas de treinamento e áreas de melhoria na educação de estudantes de graduação em enfermagem sobre cuidados paliativos e de fim de vida.
E ⁸	Examinaram a validade da dor autopercebida e o conhecimento de enfermeiros em relação à avaliação e confiança da escala Self-PAC por meio de um estudo de validação de escala com NE IIb. As enfermeiras avaliadas possuíam níveis de conhecimento relativamente altos sobre avaliação da dor, mas níveis mais baixos sobre as ferramentas utilizadas para avaliação da dor. Relatando conhecerem sobre as escalas unidimensionais, porém possuem um baixo conhecimento sobre os instrumentos multidimensionais. Concluiu-se que a escala é um instrumento fácil de administrar com boas qualidades psicométricas que fornece insights sobre as capacidades de avaliação.
E ⁹	Descreveram o conhecimento de cuidados paliativos entre enfermeiras no sudeste da Nigéria, por meio de um estudo transversal com NE IV. O conhecimento dos enfermeiros sobre paliação é de 34,96% medido pelo PCQN (questionário de cuidados paliativos para enfermagem), resultando em conhecimento inadequado sobre os cuidados paliativos e sobre o manejo da dor em idosos. Pode-se concluir que os enfermeiros possuem pouco conhecimento sobre cuidados paliativos, especialmente no manejo da dor.
E ¹⁰	Examinaram a eficácia de uma intervenção educacional on-line direcionada sobre dor avançada Avaliação e Gestão (APAM), por meio de um estudo de intervenção de educação online com NE= IIb. Os níveis de conhecimento mais baixos encontrados foram na gestão da dor intratável (42,1%), seguido do gerenciamento da dor no câncer (53,1%). A área de maior domínio de conhecimento foi do manejo não farmacológico (60%). Conclui-se que uma intervenção educacional direcionada on-line melhorou o conhecimento e as habilidades dos enfermeiros no manejo da dor oncológica complexa.
E ¹¹	Avaliar o conhecimento do enfermeiro sobre o manejo da dor oncológica, bem como identificar a fatores associados ao conhecimento dos enfermeiros oncológicos de um centro de oncologia de alta complexidade (HCOC) no Brasil, por meio de um estudo transversal com o NE IV. A prevalência de conhecimento adequado foi de 54,1%, os aspectos relacionados à avaliação da dor (92,1%) e apenas 18,3% relataram saber sobre a teoria da dor. Além disso, as estratégias terapêuticas mais conhecidas foram analgesia medicamentosa (99,2%) e adjuvantes (75,4%), e os menos conhecidos foram hipnose (13,5%) e exercícios de Do-In (9,5%).
E ¹²	Investigar os conhecimentos e atitudes dos prestadores de cuidados de saúde comunitários para o cuidado no final da vida e analise seus fatores de influência, através do estudo transversal com o NE IV. Dos 132 prestadores de cuidados de saúde, 70% sabiam sobre cuidados paliativos, mas avaliaram que o conteúdo sobre cuidados no final da vida era inadequado. Profissionais que trabalharam por mais de 11 anos, que tiveram experiências com a morte de parentes e pacientes terminais tiveram atitudes mais positivas em relação a cuidar dos pacientes ($P < 0,05$ para todos).
E ¹³	Avaliar o conhecimento sobre cuidados paliativos de enfermeiras que trabalham em 2 hospitais na Arábia Saudita por meio do estudo transversal com o NE IV. Apenas 42 entrevistados (11,5%) pontuaram mais alto do que o ponto médio de 10. Em termos das dimensões da escala, 9 dos 13 itens na categoria gerenciamento da dor e de sintomas foram respondidos corretamente (58,1% - 89,0%), enquanto apenas 1 dos 4 itens da categoria filosofia histórica e princípios da paliação era uma respondida corretamente pela maioria dos respondentes. Por outro lado, os itens do cuidado psicossocial e espiritual foram respondidos incorretamente.

E ¹⁴	Explorar a presença e conhecimento de sintomas e seu alívio, identificar fatores associados ao alívio dos sintomas da dor, náusea, ansiedade e falta de ar entre residentes de RCH em cuidados de final de vida, através do estudo retrospectivo com NE IV. A dor foi referida como o sintoma mais frequente dos quatro sintomas (68,8%) e o que foi totalmente aliviado (84,7%) pelos profissionais de saúde. Os fatores associados ao alívio de pelo menos um sintoma foram gênero; tempo no RCH; uso de uma escala de avaliação de dor ou sintoma validada.
E ¹⁵	Desenvolver a pesquisa de conhecimento e atitudes sobre o manejo da dor para coreanos a longo prazo por profissionais de cuidados (LTC) (KASP-K), por meio de um estudo de validação de pesquisa e o NE IIB. O KASP-K foi composto por 22 itens e apresentou índice de validade de conteúdo $>0,7$. A validade do construto do KASP-K foi verificada devido às diferenças nas pontuações da soma dependendo da educação da dor. O KASP-K será capaz de fornecer dados científicos e empíricos sobre o conhecimento e atitude em direção ao gerenciamento da dor por profissionais LTC.

Quadro 2 – Sínteses dos estudos incluídos na amostra.

Fonte: primária (Autores)

4 | DISCUSSÃO

Temática 1 - Conhecimento de enfermagem sobre o manejo da dor na paliação em idosos (68,7%)

Nesta categoria, foi analisado o nível de conhecimento dos profissionais em relação à administração, o manejo da dor e dos sintomas de pacientes em cuidados paliativos em idosos. De acordo com Thanh et al. (2020) e Andersson, et al. (2018), em suas pesquisas foram destacados que ocorrem carência de entendimento em relação aos cuidados paliativos em idosos entre médicos e enfermeiros. Contudo, há algumas estratégias que poderão ser utilizadas para sanar essas lacunas, como padronização da prática clínica para o manejo da dor pelos enfermeiros que trabalham em uma UCP geriátrica (Perri, et al. 2018).

No estudo de Munkombwe et al. (2020) evidenciou-se que os enfermeiros sabem da importância e conhecem as práticas não farmacológicas de alívio da dor nos pacientes, porém consideram difícil e inapto para a sua realização, interferindo no manejo da dor. Semelhante a este estudo, os autores Shi, H. et al (2019); Aboshaiqah (2020); Dimoula, et al. (2019); Eleke, et al. (2020); Ferreira, et al. (2019); Aboshaiqah (2019) afirmam que os profissionais de enfermagem apresentam conhecimentos insuficientes sobre os cuidados paliativos em geriatria, comprometendo assim sua qualidade na assistência.

Temática 2 - Instrumentos de medição do conhecimento de enfermeiros (31,3%)

Nesta categoria, os estudos selecionados apresentaram alguns instrumentos que foram utilizados com os profissionais de enfermagem para apresentar as lacunas existentes no conhecimento em relação ao manejo da dor em idosos na paliação, sendo eles: 1) Curso online sobre avaliação e 2) Gestão da dor avançada - APAM (Leung, et al. 2019); Escala de

autoavaliação do conhecimento e da confiança na avaliação da dor - Self-PAC (Phillips, et al. 2018); Currículo of Hope - ELNEC e o treinamento (Harden, et al. 2018); Questionário - KASP K (KWON, et al. 2020) e Classificação dos resultados de enfermagem - NOC (MELO, et al. 2019), no qual evidenciaram que os profissionais de enfermagem tinham um baixo nível de conhecimento sobre dor e paliação em idosos antes da intervenção, e no pós-intervenção havia uma melhora significativa no conhecimento e por consequência uma otimização da assistência prestada aos idosos era mais qualificada.

Oos estudiosos Minosso, Martins & Oliveira (2017) relatam a importância de serem realizadas intervenções instrumentais com os profissionais de enfermagem para avaliar o conhecimento dos mesmos e como é realizado o manejo com os pacientes. Além disso, os autores apresentaram outro instrumento chamado “*Bonn Palliative Care Knowledge Test*” (BPW) que avaliou as bases teóricas de conhecimentos e crenças de autoeficácia na paliação de enfermeiros.

5 | CONSIDERAÇÕES FINAIS

A literatura científica evidenciou que o conhecimento dos profissionais de enfermagem sobre o manejo da dor em idosos na paliação é considerado inadequado no tocante ao manejo de sintomas e a carência de entendimento sobre o intuito da paliação a pacientes idosos.

Além disso, está revisão, apontou diversas alternativas para sanar a ausência de conhecimento desses profissionais, evidenciando instrumentos para melhorar as bases teóricas, otimizando a assistência prestada ao público idoso e familiares.

Recomenda-se que sejam realizados mais estudos com esses instrumentos que identificam as lacunas de conhecimento para assim instigar a enfermagem na busca da melhora da sua assistência.

REFERÊNCIAIS

ABOSHAQAH, A.E. **Assessing Palliative Care Knowledge Among Nurses in 2 Hospitals in Saudi Arabia.** Journal of Hospice & Palliative Nursing. V. 21, n.3, 2019. DOI: 10.1097/JHP.0000000000000521.

ABOSHAQAH, A.E. **Predictors of Palliative Care Knowledge Among Nursing Students in Saudi Arabia: A Cross-Sectional Study.** The Journal of Nursing Research, v.28, n.1, 2020. DOI:10.1097/jnr.0000000000000301.

ANDERSSON, S. et al. **Factors Associated With Symptom Relief in End-of-Life Care in Residential Care Homes: A National Register-Based Study.** Journal of Pain and Symptom Management. v. 55, n. 5, 2018. DOI: 10.1016/j.jpainsymman.2017.12.489.

DIMOULAA, M. et al. **Undergraduate nursing students' knowledge about palliative care and attitudes towards end-of-life care: A three-cohort, cross-sectional survey.** Nurse Education Today. v. 74, p. 7-14, 2019. DOI: 10.1016/j.nedt.2018.11.025.

ELEKE, C. et al. **Knowledge of palliative care among professional nurses in south east Nigeria: A needs assessment for continuing education.** International Journal of Africa Nursing Sciences. v.13, 2020. DOI:10.1016/j.ijans.2020.10023.

FERREIRA, F.S. et al. **Factors associated with the knowledge of nurses at an oncology center of high complexity in Brazil, on cancer pain management.** Ecancer, v.13, 2019. DOI: <https://doi.org/10.3332/ecancer.2019.928>

HARDEN, K. et al. **Palliative Care Improving nursing knowledge, attitudes, and behaviors.** Clinical journal of oncology nursing. v. 21, n. 5, 2018. DOI: 10.1188/17.CJON.E232-E238.

KWON S. et al. **Development of Knowledge and Attitudes Survey on Pain Management for Korean Long-term Care Professionals.** Asian Nursing Research. v. 14, p. 105-113, 2020. DOI: 10.1016/j.anr.2020.04.002.

LEUNG, Y.W. et al. **Addressing Educational Needs in Managing Complex Pain in Cancer Populations: Evaluation of APAM: An Online Educational Intervention for Nurses.** American Journal of Hospice & Palliative. v.36, n.7, p. 587-597, 2019.DOI: 10.1177/1049909119832819.

MARKUS, L. A. et al. **A atuação do enfermeiro na assistência ao paciente em cuidados paliativos.** Revista Gestão e Saúde. v. 17, n.1, p. 71-81, 2017.

MELLO,B.S. et al. **Nursing Outcomes for pain assessment of patients undergoing palliative care.** Rev Bras Enferm. V. 72, n.1, 2019. DOI:10.1590/0034-7167-2018-0307.

MINOSSO, J.S.M. et al. **Adaptação transcultural do Bonn Palliative Care Knowledge Test: um instrumento para avaliar conhecimentos e autoeficácia.** Revista de Enfermagem Referência. n.13, p.31-42, 2017. DOI: 10.12707/RIV16076.

MOCCELIN, J.M. et al. **Saúde do Idoso: Percepções dos Profissionais de Enfermagem Perante o Manejo Clínico da Dor.** Rev. Saúde.Com. p. 1189. 2018.

MUNKOMBWE, W.M. et al. **Nurses' experiences of providing nonpharmacological pain management in palliative care: A qualitative study.** Journal of Clinical Nursing. v. 29, p. 1643–1652, 2020. DOI: 10.1111/jocn.15232.

PHILLIPS, J.L. et al. **Self-Perceived Pain Assessment Knowledge and Confidence (Self-PAC) Scale for Cancer and Palliative Care Nurses: A Preliminary Validation Study.** Pain Management Nursing. v.19, n.6, p.619-626, 2018. DOI:10.1016/j.pmn.2018.07.008.

PERRI, G.A. et al. **A Survey of Knowledge and Attitudes of Nurses About Pain Management in End-Stage Liver Disease in a Geriatric Palliative Care Unit.** American Journal of Hospice & Palliative Medicine. v. 35, n.1, p. 92-99, 2018. DOI: 10.1177/1049909116684765.

POLIT, D.F. BECK, C.T. **Delineamento de Pesquisa em Enfermagem. Fundamentos de pesquisa em enfermagem:** Avaliação de evidências para prática de enfermagem. Ed. 7. Porto Alegre: Artmed, 2011.

RODRIGUES, J.L. R. et al. **Cuidados de enfermagem no manejo da dor de pacientes adultos e idosos em cuidados paliativos.** Revista de Enfermagem do Centro Oeste Mineiro. v.10, 2020. DOI: 10.19175/recom.v10i0.3680.

SHI, H. et al. **Knowledge and attitudes toward end-of-life care among community health care providers and its influencing factors in China.** Medicine. v.98, n.45, 2019. DOI: 10.1097/MD.00000000000017683.

THANH, H.T.V. et al. Knowledge and Attitude Toward Geriatric Palliative Care among Health Professionals in Vietnam. Int. J. Environ. Res. Public Health. V. 16, 2019. DOI:10.3390/ijerph16152656.

ULBRICHT, C.M. et al. **Nonmalignant Pain Symptom Subgroups in Nursing Home Residents.** Pain Symptom Subgroups in Nursing Homes. v. 57, n. 3, 2019. DOI: 10.1016/j.jpainsymman.2018.11.023.

WHITTEMORE R & KNAFL K. **The integrative review:updated methodology. Journal of advanced nursing.** v.52, n.5, p. 546-553, 2005. DOI: 10.1111/j.1365-2648.2005.03621.x.

CAPÍTULO 15

VACINAÇÃO CONTRA A HEPATITE B: RESPOSTA VACINAL EM TRABALHADORES DA SAÚDE NA ATENÇÃO BÁSICA

Data de aceite: 01/04/2022

Data de submissão: 25/03/2022

João Felipe Tinto Silva

Bacharel em Enfermagem. Pós graduando em Enfermagem em Unidade de Terapia Intensiva pela Universidade Estácio de Sá (UNESA)

Coroatá – MA

<http://lattes.cnpq.br/1402379688346535>

Felipe Santana e Silva

Enfermeiro. Mestre em Biodiversidade, Ambiente e Saúde pela Universidade Estadual do Maranhão (UEMA)

Caxias – MA

<http://lattes.cnpq.br/5625927643552537>

Ana Claudia Koproski

Enfermeira. Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (EBSERH)

Curitiba - PR

<http://lattes.cnpq.br/3891529914819782>

Robson Feliciano da Silva

Graduando em Fisioterapia pelo Centro Universitário FACOL (UNIFACOL)

Vitória de Santo Antão - PE

<http://lattes.cnpq.br/7890889314475551>

Giuliano Araújo Henrique

Enfermeiro. Pós graduado em Saúde do Trabalho com ênfase em Enfermagem do Trabalho pela Faculdade de Guanambi (UniFG)

Pelotas - RS

<http://lattes.cnpq.br/9510599318469326>

Anderson Fernandes de Carvalho Farias

Enfermeiro. Mestre em Medicina Estética pela Esneca Business School (ESNECA)

Curitiba – PR

<http://lattes.cnpq.br/3357217652638543>

Emanueli Larice Costa Araújo

Graduanda em Enfermagem pela Faculdade Maurício de Nassau (UNINASSAU)

Belém - PA

<http://lattes.cnpq.br/6353781883086022>

Bruno Ricardo Leite Barboza

Graduando em Medicina pela Universidade Federal do Pará (UFPA)

Altamira - PA

<http://lattes.cnpq.br/3357217652638543>

Liliane Maria da Silva

Graduanda em Farmácia pela Universidade Federal de Pernambuco (UFPE)

Recife - PE

<http://lattes.cnpq.br/9341886885107419>

Klecia Nogueira Máximo

Graduanda em Enfermagem pelo Centro Universitário Maurício de Nassau (UNINASSAU)

Fortaleza – CE

<http://lattes.cnpq.br/9448157101895697>

Cássio Moura de Sousa

Bacharel em Farmácia pela Faculdade de Itaituba (FAI)

Itaituba – PA

<http://lattes.cnpq.br/8675156073626549>

Caroline Kroning Feijó

Enfermeira. Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (EBSERH)
Pelotas - RS
<http://lattes.cnpq.br/0586513366086618>

Joelma Maria dos Santos da Silva Apolinário

Graduanda em Farmácia pelo Centro Universitário Maurício de Nassau (UNINASSAU)
Campina Grande - PB
<http://lattes.cnpq.br/1461631150544515>

RESUMO: INTRODUÇÃO: A Hepatite B é uma infecção viral de eminent impacto para a saúde pública, devido a sua alta infectividade e endemicidade, transmissão vertical e horizontal e é considerada uma infecção sexualmente transmissível (IST) e ocupacional. **OBJETIVO:** Relatar a resposta vacinal contra Hepatite B em trabalhadores da saúde na Atenção Básica (AB), segundo a literatura científica. **METODOLOGIA:** Trata-se de uma revisão integrativa realizada por meio da LILACS, MEDLINE e BDENF via BVS. Foram identificados inicialmente 521 estudos e, após aplicação dos critérios de inclusão/exclusão, apenas 08 publicações foram incluídas no presente trabalho. **RESULTADOS E DISCUSSÃO:** Os trabalhadores da saúde são considerados população vulnerável a essa infecção pela exposição a materiais potencialmente contaminados com o HBV como sangue e outros fluidos corporais. Apesar das estratégias de controle através da imunização, ainda é considerada baixo o conhecimento sobre as formas de transmissão e prevenção dessa infecção e a realização do teste anti-HBs, exame que garante a comprovação sorológica da vacina. **CONSIDERAÇÕES FINAIS:** O estudo aponta que há uma elevada prevalência da cobertura vacinal contra hepatite B. Além de observar que há uma baixa avaliação sorológica da vacina contra hepatite B em profissionais de saúde da AB.

PALAVRAS-CHAVE: Atenção primária à saúde; Hepatite B; Pessoal da saúde.

VACCINATION AGAINST HEPATITIS B: VACCINE RESPONSE IN HEALTH WORKERS IN PRIMARY CARE

ABSTRACT: INTRODUCTION: Hepatitis B is a viral infection of imminent impact on public health, due to its high infectivity and endemicity, vertical and horizontal transmission and is considered a sexually transmitted infection (STI) and occupational. **OBJECTIVE:** To report the vaccine response against Hepatitis B in health workers in Primary Care (AB), according to the scientific literature. **METHODOLOGY:** This is an integrative review carried out through LILACS, MEDLINE and BDENF via VHL. Initially, 521 studies were identified and, after applying the inclusion/exclusion criteria, only 08 publications were included in the present work. **RESULTS AND DISCUSSION:** Health workers are considered a vulnerable population to this infection due to exposure to materials potentially contaminated with HBV, such as blood and other body fluids. Despite the control strategies through immunization, knowledge about the ways of transmission and prevention of this infection and the performance of the anti-HBs test is still considered low, an exam that guarantees the serological confirmation of the vaccine.

FINAL CONSIDERATIONS: The study indicates that there is a high prevalence of vaccination coverage against hepatitis B. In addition to observing that there is a low serological evaluation of the vaccine against hepatitis B in health professionals of AB.

KEYWORDS: Primary health care; Hepatitis B; Health personnel.

1 | INTRODUÇÃO

A Hepatite B é uma infecção viral de eminent impacto para a saúde pública, devido a sua alta infectividade e endemicidade, transmissão vertical e horizontal e é considerada uma infecção sexualmente transmissível (IST) e ocupacional. Há, também, a possibilidade de cirrose hepática e câncer hepático (WHO, 2018; RODRIGUEZ-FRIAS et al., 2013). Estima-se, que dois bilhões de pessoas no mundo tenham entrado em contato com o vírus da hepatite B (HBV) e que 248 milhões tornaram-se portadores crônicos do vírus em países de baixa e média renda (WHO, 2018; RODRIGUEZ-FRIAS et al., 2013).

Diante disso, os trabalhadores da saúde atuantes em todos os níveis assistenciais à saúde, em especial profissionais da Atenção Básica (AB) têm maior probabilidade de exposição ao risco ocupacional de contágio pelo HBV, que vai desde a realização de procedimentos invasivos e contato direto com fluídos biológicos contaminados até mesmo a simples admissão de indivíduos portadores da infecção (NEGRINHO et al., 2017; KISIC-TEPAVCEVIC et al., 2017).

Essa infecção, contudo, pode ser evitada através da vacina contra Hepatite B, que contém o antígeno de superfície do HBV (HBsAg) inativado. A vacina é a principal medida de proteção contra o HBV, visto que 95% dos indivíduos vacinados respondem com níveis adequados de anticorpos protetores. A realização de um esquema vacinal completo contra hepatite B possibilita proteção contra as complicações, sendo uma forma segura e de eficácia reconhecida na prevenção da doença e na redução mortalidade por doenças imunopreveníveis no mundo (LAVANCHY, 2012).

Globalmente, a vacinação contra Hepatite B reduziu a prevalência do HBsAg em crianças menores de cinco anos de 4,7% para 1,3% no ano de 2015 (SPEARMAN, 2018). A Organização Mundial de Saúde (OMS) tem investido em estratégias de controle do HBV por meio do Programa Expandido de Imunização (EPI) e, ainda assim, essa situação de baixa completude vacinal contra hepatite B tem sido identificada por diversos pesquisadores em várias populações, incluindo profissionais de saúde da atenção primária (MAGALHÃES et al., 2017; GOEL et al., 2017).

Neste contexto, é essencial ampliar a cobertura vacinal contra a Hepatite B em profissionais de saúde. Pesquisadores mostram dificuldades associadas a adesão a vacina contra a doença nessa população, bem como a realização das precauções no tocante à saúde ocupacional, por terem a percepção errônea de não estarem expostos a riscos biológicos (MARTINS et al., 2015; BEDOYA et al., 2017).

A vacina contra Hepatite B permite verificar presença de anticorpos após 30 dias de completude vacinal. Entretanto, a avaliação da resposta vacinal por meio do exame anti-Hbs tem sido considerada baixa em diversas populações (MAGALHÃES et al., 2017; MARTINS et al., 2015; GARBIN et al., 2017; XIMENES et al., 2015; AARON et al., 2017).

A verificação pós-vacinação contra Hepatite B constitui importante elemento para a segurança trabalhador de saúde, pois poderão ser fortalecidas ações de proteção específica (KISIC-TEPAVCEVIC et al., 2017; CARVALHO et al., 2017). Sendo assim, destaca-se a importância de conhecer os aspectos relativos da resposta vacinal contra hepatite B em profissionais da saúde no âmbito da atenção primária a saúde. Alguns indivíduos apresentam dificuldade de soroconversão. A diminuição da resposta imunológica protetora ao HBV em profissionais da saúde tem sido atribuída a alguns fatores como aumento da idade, sexo masculino, obesidade, tabagismo e doenças crônicas como a diabetes (MARTINS et al., 2015; ARRELIAS et al., 2018).

2 | OBJETIVO

Relatar a resposta vacinal contra Hepatite B em trabalhadores da saúde na Atenção Básica, segundo a literatura científica.

3 | METODOLOGIA

Trata-se de uma revisão integrativa da literatura, de caráter qualitativo uma vez que é definida como um tipo de investigação voltada para o aspecto qualitativo de uma determinada questão, nesse caso, a resposta vacinal contra Hepatite B em trabalhadores da saúde na AB. A revisão de literatura permite aprofundar dentro de diversos autores e referencias, sobre os discursos e principais temas abordados (PEREIRA et al., 2018).

Para a elaboração da revisão foram seguidas as seis etapas: estabelecimento da hipótese ou questão norteadora, busca na literatura, categorização dos estudos, avaliação dos estudos, apresentação dos resultados e síntese do conhecimento/apresentação da revisão. No caso da presente pesquisa, a síntese dos resultados permite a incorporação de evidências, melhorando, desta forma, a assistência à saúde do público em questão (MENDES; SILVEIRA; GALVÃO, 2008).

O tema, determinou a construção da estratégia PICo, que representa um acrônimo para Paciente ou Problema (P), Interesse (I) e Contexto (Co). A utilização dessa estratégia para formular a questão norteadora na condução de métodos de revisão possibilita a identificação de palavras-chaves, auxiliando na identificação de estudos primários relevantes nas bases de dados pesquisada (MELNYK; FINEOUT-OVERHOLT, 2011). Assim, foi utilizada para a geração da questão norteadora desta revisão integrativa: “Qual a resposta vacinal contra Hepatite B apresentada em trabalhadores da saúde na Atenção

Básica?”.

Para a elaboração do presente trabalho, as buscas dos estudos foram realizadas através das bases de dados Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências (LILACS), US National Library of Medicine (MEDLINE) e Base de Dados de Enfermagem (BDENF), indexadas via Biblioteca Virtual em Saúde (BVS). Os artigos foram coletados no período de outubro a dezembro de 2021.

Os descritores controlados e não controlados foram selecionados por meio de consulta aos termos do Medical Subject Headings (MeSH) e Descritores em Ciências da Saúde (DeCS), sendo utilizados: “Atenção Primária à Saúde/Primary health care”, “Hepatite B/Hepatitis B” e “Pessoal da Saúde/Health personnel”. Para identificar a informação a partir do termo exato, os descritores foram combinados por meio dos operadores booleanos OR e AND, permitindo a construção da estratégia de busca adaptada conforme as especificidades de cada base de dados e tendo como norte a questão de pesquisa e os critérios de inclusão pré-definidos.

Foram selecionados como critérios de inclusão: artigos completos na íntegra nas bases de dados elencadas, nos idiomas português, inglês e espanhol, sem estabelecimento de recorte temporal. Sendo excluídos artigos incompletos, duplicados e que não atendiam ao tema proposto.

Dentro dessas buscas foram encontrados 521 artigos, porém, após a exclusão de achados duplicados e incompletos, restringiram-se a 37 publicações. Ao final das análises, apenas 08 estudos foram incluídos na revisão, por atenderem aos critérios de inclusão e melhor se adequarem ao objetivo proposto, analisados conforme delineamento do estudo (Tabela 1).

Biblioteca Virtual	Bases de Dados				Critérios de Inclusão	Critérios de exclusão
		Artigos encontrados	Artigos excluídos	Artigos selecionados		
BVS	LILACS	203	199	04	Artigos disponíveis na íntegra, nos idiomas português, inglês e espanhol, sem aplicação de recorte temporal, incluindo somente estudos publicados dentro das bases de dados elencadas.	Artigos incompletos, duplicados e que não respondiam ao tema proposto.
	MEDLINE	242	239	03		
	BDENF	76	75	01		
TOTAL		521	513	08		

Tabela 1: Distribuição das publicações selecionadas nas bases elencadas.

Fonte: Elaboração dos autores pela busca realizada (2022).

4 | RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os estudos analisados evidenciam que a avaliação da resposta vacinal foi considerada baixa, mesmo diante da elevada cobertura vacinal contra hepatite B, entre os profissionais avaliados. Elevada escolaridade e o fato de ter contato com matérias/substâncias potencialmente contaminados foram considerados fatores preditores para uma elevada cobertura vacinal. Jornadas de trabalho precárias, mobilidade geográfica e baixos salários, foram fatores avaliados negativamente.

Os trabalhadores de saúde são considerados população vulnerável a essa infecção pela exposição a materiais potencialmente contaminados com o HBV como sangue e outros fluidos corporais (COSTA et al., 2017). Apesar das estratégias de controle através da imunização, ainda é considerada baixo o conhecimento sobre as formas de transmissão e prevenção dessa infecção e a realização do teste anti-HBs, exame que garante a comprovação sorológica da vacina (GARBIN et al., 2017; XIMENES et al., 2015; AARON et al., 2017; MARTINS et al., 2015).

Algumas pesquisas comprovam elevada prevalência da cobertura vacinal contra hepatite B e baixa avaliação da resposta imunológica contra hepatite B em profissionais de saúde da AB. No estudo realizado por Alcântara et al. (2005), 37/56 (66,1%) foram vacinados e apenas três (8,1%) com comprovação sorológica. Em outra pesquisa, dos 734/1.249 (64,61%) vacinados, somente 373 (32,98%) possuíam confirmação da imunidade (GARCIA & FACCHINI, 2008). No estudo realizado por Pinto et al. (2011), verificou-se 30/47 (64%) vacinados e dois (6,6%) com comprovação sorológica. A baixa avaliação sorológica também foi avaliada em trabalhadores da saúde de uma cidade da Espanha onde 254/644 vacinados (39,3%) e 10,8% tinham sorologia conhecida (DOMÍNGUEZ et al., 2017). A suscetibilidade ao vírus da hepatite B também foi avaliada em 3.084 trabalhadores de saúde de uma cidade brasileira onde apenas 1.865 (60,5%) estavam sem comprovação sorológica (SOUZA & ARAÚJO, 2018).

Em um estudo longitudinal realizado no ano de 1993, na Califórnia (EUA), com objetivo de verificar a eficácia da vacina contra hepatite B administrada por via intradérmica mostrou que de 460 profissionais, 411 completaram o esquema proposto pelos pesquisadores de quatro doses de vacina e realizaram o exame anti-Hbs. Destes, 372 (90,5%) tiveram resultado sorológico positivo por imunoensaio enzimático e foram considerados respondedores da vacina contra hepatite B (MCMASTER et al., 1993).

Algumas pesquisas apontam que os fatores associados a não realização do teste anti-Hbs após completude do esquema vacinal em profissionais de saúde foram: ser do sexo masculino, achar que não está exposto a riscos biológicos e falta de completude vacinal contra o HBV. Os profissionais relatam ainda motivos de cunho emocional, como a sobrecarga do trabalho, mesmo tendo acesso fácil e gratuito ao imunobiológico e ao exame para verificar a soroconversão da vacina (ALCÂNTARA et al., 2005; SOUZA & ARAÚJO,

2018).

Diane da situação de não responder a vacina, anti-Hbs negativo 1 a 2 meses após a terceira dose, é recomendado que seja repetido o esquema 0, 1, 6 meses de intervalo entre as doses (BRASIL, 2004). Em caso de sorologia anti-Hbs negativa 1 a 2 meses após a terceira dose do segundo esquema, recomenda-se não vacinar mais e considera-se o indivíduo suscetível a não respondedor a vacina. Já com a sorologia (anti-Hbs) negativa, passado muito tempo após a terceira dose do primeiro esquema, deve-se aplicar uma dose e repetir a sorologia após um mês, em caso de resultado positivo considerar vacinado, em caso negativo completar o esquema e realizar sorologia (BRASIL, 2004).

O conhecimento do estado sorológico sobre a vacina contra hepatite B é essencial. Considera-se estado sorológico satisfatórios valores de Anti-HBs > 10 UI/mL. Uma resposta vacinal adequada contra hepatite B pode reduzir o risco de contrair a hepatite B caso ocorram acidentes ocupacionais. Em estudo realizado na região Nordeste do Brasil, com 3.084 profissionais da AB, 19 (3%) participantes foram considerados não respondedores a vacina contra hepatite B (SOUZA & ARAÚJO, 2018). Isso demonstra a necessidade de propostas educativas para ampliar a cobertura vacinal e incentiva a avaliação sorológica.

Esse panorama também é visto em um estudo realizado na região sul do Brasil com 1249 profissionais. Desses, 64,61% (734) relataram esquema incompleto da vacina contra o HBV, e apenas 32,98% (373) do total dos participantes realizaram anti-HBs e somente 29,82% (331) referiram ser soroconvertidos (GARCIA & FACCHINI, 2008).

Alguns estudos evidenciaram que ser trabalhador terceirizado e estagiário foi considerado fator de risco para a não adesão à completude vacinal contra hepatite B e para a não realização do exame que comprova a soroconversão contra essa infecção. Os trabalhadores fumantes também apresentaram relação quando se trata de níveis de titulação, bem como profissionais com menor escolaridade (ALCÂNTARA et al., 2005; GARCIA & FACCHINI, 2008). Assim, fica evidente que não se deve excluir das ações educativas os profissionais de ensino médio e fundamental sobre práticas em saúde e riscos biológicos.

Mesmo diante da recomendação de completude do esquema vacinal contra hepatite B para todos os profissionais da área da saúde, um estudo realizado com 56 profissionais na região Nordeste do Brasil mostrou que 22 (39%) trabalhadores não sabiam do seu estado de vacinação. Do total, 3 (8,1%) profissionais realizaram comprovação sorológica posterior, sendo que somente um tinha a comprovação de proteção contra o HBV (ALCÂNTARA et al., 2005; PINTO et al., 2011). Esses resultados sugerem que é necessário investir em informações relacionadas à importância da realização da vacina contra hepatite B.

Todos os profissionais da atenção primária estão expostos aos riscos biológicos quando realizam procedimentos que demandam contato direto com fluidos e secreções corporais, tais como: retiradas de pontos, realização de curativos, suturas, dentre outros. Além disso, alguns profissionais realizam dupla jornada de trabalho em outras instituições,

como hospitais, o que potencializa o risco de exposição a esse agente (ALCÂNTARA et al., 2005; PINTO et al., 2011).

A prevalência geral de anticorpos protetores (anti-HBs) foi de 64,4% (DOMÍNGUEZ et al., 2017). A prevalência de profissionais de saúde com marcadores compatíveis com a vacinação mostrou uma tendência decrescente conforme o aumento da idade. Também foram observadas diferenças em relação ao sexo (menor prevalência em homens), status profissional (menor prevalência em trabalhadores não clínicos) e tipo de centro (menor prevalência em centros de atenção primária). O menor nível de imunidade em centros de atenção primária pode ser explicado por um baixo nível de cobertura, pois não são considerados alvos prioritários para vacinação. Dessa forma, é necessário investir em programas de vacinação para esse grupo.

Para os programas de saúde ocupacional, estar imunizado garante aos profissionais de saúde a diminuição dos riscos de infecção causada por doenças imunopreveníveis. Portanto, estar imunizado contra a hepatite B faz com que haja redução do número de casos suscetíveis, o que faz com que as chances de transmissão profissional aos pacientes e vice-versa diminuam.

Evidenciou-se que os profissionais reconhecem a necessidade de monitoramento contínuo para todos os profissionais vacinados ou não já que os que respondem à vacina podem modificar seu status sorológico com o tempo (MOORE et al., 2003). O estudo também demonstrou a dificuldade de compreensão sobre o HBV entre os profissionais pesquisados. Isto faz com que o baixo conhecimento sobre essa infecção se torne um risco para funcionários e pacientes. Neste estudo, os pesquisados indicaram a necessidade de mais informação e treinamento sobre a infecção.

Dessa forma, a realização do exame sorológico para verificar proteção contra hepatite B é necessária antes da prática assistencial e esse procedimento deve ser universal com objetivo de diminuir o risco de transmissão da infecção (MOORE et al., 2003). Recomenda-se ainda a convocação de profissionais da atenção primária para a vacinação contra hepatite B e para a realização do exame anti-HBs após a completude do esquema vacinal ou revisão do seu status sorológico. Além disso, é recomendada a criação de protocolos e sistemas de controle envolvendo relatos de incidentes com exposição de profissionais ou pacientes, já que se trata de uma forma importante de contaminação (SMITH, 2004).

Como limitação do estudo destacam-se as poucas produções acerca da soroconversão à vacina contra hepatite B em profissionais da atenção primária. Dessa forma, pesquisas adicionais são necessárias visando à investigação da situação sorológica e do impacto na ampliação da cobertura vacinal contra hepatite B e redução do agravo.

5 | CONCLUSÃO

O estudo aponta que há uma elevada prevalência da cobertura vacinal contra

hepatite B. Além de observar que há uma baixa avaliação sorológica da vacina contra hepatite B em profissionais de saúde da atenção primária, principalmente em pessoas do sexo masculino que não completaram o esquema vacinal, com pouca conscientização em relação à exposição aos riscos biológicos, com menor escolaridade e com maior sobrecarga de trabalho.

Ademais, uma diminuição dos títulos protetores anti-HBs, foi verificada em profissionais de saúde considerando aumento da idade, sexo masculino, hábito de tabagismo e uma baixa cobertura vacinal, visto que os profissionais não se consideram alvos prioritários para vacinação.

REFERÊNCIAS

- AARON, D. et al. Cobertura de vacinação contra hepatite B entre profissionais de saúde em um hospital nacional na Tanzânia: quanto, quem e por quê? *BMC Infectious Diseases*, v. 17, p. 1, 2017.
- ALCÂNTARA, C. C. S. et al. Riscos ocupacionais na atenção primária à saúde: susceptibilidade às doenças imunopreveníveis dos profissionais que atuam em uma unidade básica de saúde de Fortaleza, Ceará. *Revista APS*, v. 8, p. 143, 2005.
- ARRELIAS, C. C. A. et al. Prevalência de marcadores sorológicos para hepatite e potenciais fatores associados em pacientes com diabetes mellitus. *Revista Latino-americana de Enfermagem*, v. 26, 2018.
- BEDOYA, G. et al. Observations of infection prevention and control practices in primary health care, Kenya. *Boletim da Organização Mundial da Saúde*, v. 95, p. 503, 2017.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Recomendações para atendimento e acompanhamento de exposição ocupacional a material biológico: HIV e hepatites B e C. Brasília, DF, 2004.
- CARVALHO, D. C. et al. Acidentes de trabalho com material biológico na equipe de enfermagem de um hospital do Centro-Oeste brasileiro. *Escola Anna Nery*, v. 22, 2017.
- COSTA, F. M. et al. Fatores associados à verificação da imunização pós-vacinação contra hepatite B entre trabalhadores da atenção primária. *Cadernos Saúde Coletiva*, v. 25, p. 192, 2017.
- DOMÍNGUEZ, A. et al. Serological survey of hepatitis B immunity in healthcare workers in Catalonia (Spain). *Human Vaccines & Immunotherapeutics*, v. 13, p. 435, 2017.
- GARBIN, C.A.S. et al. Hepatite B e exposição ocupacional no cenário odontológico: a valoração do saber e das atitudes dos profissionais. *Journal of Health Sciences*, v. 19, p. 209, 2017.
- GARCIA, L. P.; FACCHINI, L. A. Hepatitis B vaccination among primary health care workers. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 24, p. 1130, 2008.
- GOEL, V. et al. Occurrence of needlestick and injuries among health-care workers of a tertiary care teaching hospital in North India. *Journal of Laboratory Physicians*, v. 9, p. 20, 2017.

JOANNA BRIGGS INSTITUTE – JBI. **Review question. Joanna Briggs Institute**, 2017. Disponível em: <https://wiki.joannabriggs.org/display/MANUAL/2.6.2+Review+question>. Acesso em: 13 dez. 2019.

KISIC-TEPAVCEVIC, D. et al. **Predictors of hepatitis B vaccination status in healthcare workers in Belgrade, Serbia, December 2015**. Eurosurveillance, v. 22, p. 30515, 2017.

LACERDA, M. R.; COSTENARO, R. G. S. **Metodologias da pesquisa para a enfermagem e saúde: da teoria à prática**. Porto Alegre: Moriá, 2015.

LAVANCHY, D. **Viral hepatitis: global goals for vaccination**. Journal of Clinical Virology, v. 55, p. 296, 2012.

MAGALHÃES, R. L. B. et al. **Low completion rate of hepatitis B vaccination in female sex workers**. Revista Brasileira de Enfermagem, v. 70, p. 489, 2017.

MARTINS, A. M. E. B. L. et al. **Fatores associados à imunização contra Hepatite B entre trabalhadores da Estratégia Saúde da Família**. Revista Brasileira de Enfermagem, v. 68, p. 84, 2015.

MCMASTER, K. R. et al. **Intradermal hepatitis B vaccination in a 300-bed primary care hospital: experience with a recombinant vaccine in a four-dose schedule**. American Journal of Infection Control, v. 21, p. 283, 1993.

MELNYK, B. M.; FINEOUT-OVERHOLT, E. **Evidence based practice in nursing & healthcare: a guide to best practice**. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins, 2011.

MOHER, D. et al. **Preferred reporting items for systematic reviews and meta analyses: the PRISMA statement**. PLoS Med, v. 6, 2009.

MOORE, M. A. et al. **Provision of hepatitis B vaccination for primary care dental staff in Scotland**. Journal of Infection, v. 47, p. 322, 2003.

NEGRINHO, N. B. S. et al. **Fatores associados à exposição ocupacional com material biológico entre profissionais de enfermagem**. Revista Brasileira de Enfermagem, v. 70, p.133, 2017.

PINTO, A. C. S. et al. **Análise da susceptibilidade às doenças imunopreveníveis em profissionais de saúde a partir do status vacinal**. Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste, v. 12, p. 104, 2011.

RODRIGUEZ-FRIAS, F. et al. **Quasispecies structure, cornerstone of hepatitis B virus infection: mass sequencing approach**. World Journal of Gastroenterology, v. 19, p. 6995, 2013.

SMITH, N. A. **Management of hepatitis B immunizations and blood exposure incidents in primary care**. Occupational Medicine, v. 54, p. 231, 2004.

SOUZA, F. O.; ARAÚJO, T. M. **Exposição ocupacional e vacinação para hepatite B entre trabalhadores da atenção primária e média complexidade**. Revista Brasileira de Medicina do Trabalho, v. 16, p. 36, 2018.

SPEARMAN, C. W. **Towards the elimination of hepatitis B and hepatocellular carcinoma.** South African Medical Journal, v. 108, S13, 2018.

WHITTEMORE, R.; KNAFL, K. **Uma revisão integrativa: uma metodologia atualizada.** Journal of Advanced Nursing, v. 52, p. 546, 2005.

WORLD HEALTH ORGANIZATION – WHO. **Hepatitis B.** Geneva: WHO, 2018.

XIMENES, R. A. et al. **Population-based multicentric survey of hepatitis B infection and risk factors in the north, south, and southeast regions of Brazil, 10–20 years after the beginning of vaccination.** The American Journal of Tropical Medicine and Hygiene, v. 93, p. 1341, 2015.

CAPÍTULO 16

INTOXICAÇÃO POR AGROTÓXICO E ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

Data de aceite: 01/04/2022

Data de submissão: 18/03/2022

Leila Zanatta

Universidade do Estado de Santa Catarina,

Departamento de Enfermagem

Chapecó-SC

<https://orcid.org/0000000309354190>

Adriane Karal

Universidade do Estado de Santa Catarina,
Departamento de Enfermagem

Chapecó-SC

<https://orcid.org/0000-0002-0678-9810>

Dara Montag Portaluppi

Universidade do Estado de Santa Catarina,
Departamento de Enfermagem

Chapecó-SC

<https://orcid.org/0000-0003-4156-9482>

Kéuri Zamban Branchi

Universidade do Estado de Santa Catarina,
Departamento de Enfermagem

Chapecó-SC

<https://orcid.org/0000000240335855>

Micheli Bordignon

Prefeitura municipal de Chapecó

Chapecó - SC

<https://orcid.org/0000000163622606>

Arnildo Korb

Universidade do Estado de Santa Catarina,
Departamento de Enfermagem

Chapecó-SC

<https://orcid.org/0000-0001-7333-0754>

Denise Antunes de Azambuja Zocche

Universidade do Estado de Santa Catarina,
Departamento de Enfermagem

Chapecó-SC

<https://orcid.org/0000000347548439>

RESUMO: O objetivo desta revisão de literatura foi identificar a atuação dos profissionais da Atenção Primária à Saúde frente às intoxicações por agrotóxicos. Trata-se de uma revisão integrativa da literatura de estudos publicados entre 2002 e 2020, na Biblioteca Virtual da Saúde e no Portal de periódicos da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior. Para a busca, utilizaram-se os descritores Enfermagem, Atenção Primária à Saúde, Agroquímicos, e os sinônimos Agrotóxicos, Pesticidas, Intoxicações, Intoxicações por Agrotóxicos. Como resultados, verificou-se que a amostra foi composta por 29 artigos. Destacam-se estudos descritivos (66%), quantitativos (57%), realizados no Rio Grande do Sul (31%). Dados sobre as implicações na saúde relacionadas ao uso de agrotóxicos e o perfil das intoxicações constituem a maioria das publicações. Sobre a adoção de medidas preventivas e ações ou estratégias educativas e de intervenção para auxiliar a prática dos profissionais, são descritas sucintamente. Conclui-se, com esta pesquisa, que há um aumento no número de publicações envolvendo agrotóxicos nos últimos cinco anos, porém identificou-se como fragilidade a realização poucos trabalhos abordando a atuação dos profissionais da Atenção Primária nesses casos.

PALAVRAS-CHAVE: Atenção Primária à Saúde; Agroquímicos; Assistência à Saúde; Revisão; Enfermagem.

PESTICIDE POISONING AND PRIMARY HEALTH CARE

ABSTRACT: The objective of this literature review was to identify the role of Primary Health Care professionals in the face of pesticide poisoning. This is an integrative literature review of studies published between 2002 and 2020, in the Virtual Health Library and in the Portal of periodicals of the Coordination for the Improvement of Higher Education Personnel. For the search, the descriptors Nursing, Primary Health Care, Agrochemicals were used, and the synonyms Agrochemicals, Pesticides, Intoxications, Pesticide Poisoning. As a result, it was found that the sample consisted of 29 articles. Descriptive (66%), quantitative (57%) studies, carried out in Rio Grande do Sul (31%), stand out. Data on the health implications related to the use of pesticides and the profile of intoxications constitute the majority of publications. Regarding the adoption of preventive measures and educational and intervention actions or strategies, briefly described to assist professionals' practice. It is concluded with this research that there is an increase in the number of publications involving pesticides in the last five years, however, it was identified as a weakness the carrying out of few works addressing the performance of Primary Care professionals in these cases.

KEYWORDS: Primary Health Care; Agrochemicals; Delivery of Health Care; Review; Nursing.

INTRODUÇÃO

O Brasil é o maior consumidor mundial de agrotóxicos, e a agricultura configura o setor que mais utiliza essas substâncias químicas tóxicas, tais como inseticidas, herbicidas, fungicidas, desfolhantes, preservantes de madeira e dessecantes (SECRETARIA DE SAÚDE DO PARANÁ, 2018). Estima-se que dois terços dos agrotóxicos existentes sejam utilizados na agricultura (CARGNIN; ECHER; SILVA, 2017).

O processo produtivo agrícola brasileiro está cada vez mais dependente dos agrotóxicos e fertilizantes químicos. Enquanto o mercado mundial de agrotóxicos cresceu 93%, o mercado brasileiro cresceu 190% nos últimos dez anos. Os impactos à saúde pública são amplos e podem atingir vastos territórios, envolvendo diferentes grupos populacionais, como trabalhadores de diversos ramos de atividades, moradores do entorno de fábricas e fazendas, além da população em geral (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2013).

O uso intenso dessas substâncias, aliado à falta de utilização correta dos Equipamentos de Proteção Individual (EPIs), gera danos à saúde humana, além de diversos impactos sociais e ambientais (CAMPONOGARA, 2017). Muitos dos casos de intoxicação por agrotóxicos são em decorrência de falta ou uso incorreto de EPI, quando ocorre exposição a uma ou mais substâncias tóxicas, seja essa exposição intencional, accidental, ocupacional ou ambiental, por via dérmica, inalatória, ocular, aspirativa e digestiva (REIS, 2012).

As intoxicações podem ser classificadas como agudas ou crônicas, sendo as

intoxicações agudas decorrentes de única ou sucessivas exposições ao agente tóxico em um período de 24 horas, podendo ser de forma leve, moderada ou grave, a depender da quantidade da substância química absorvida, do tempo de absorção, da toxicidade do produto e do tempo decorrido entre a exposição e o atendimento médico. Nas intoxicações crônicas, os efeitos danosos sobre a saúde humana aparecem no decorrer de repetidas exposições, que normalmente ocorrem durante longos períodos de tempo (maior de seis meses) (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2016).

O conhecimento sobre a gravidade das intoxicações por agrotóxicos nos trabalhadores é fundamental para o controle da morbimortalidade (VIERO et al., 2016). A gravidade de uma intoxicação por agrotóxico depende de diversos fatores, a saber: a via de contaminação; o tempo de exposição; a concentração e toxicidade da substância; as condições ambientais e a oportunidade de acesso aos serviços de saúde, uma vez que esses oportunizam tratamento adequado, diminuindo a morbidade e mortalidade. Para tanto, é necessário que a identificação e os registros dos casos de intoxicação sejam realizados de forma correta, uma vez que, de acordo com a Organização Mundial da Saúde (OMS), para cada caso de intoxicação por agrotóxico notificado, existem outros 50 casos não notificados (SECRETARIA DE SAÚDE DO PARANÁ, 2018).

As dificuldades para a notificação podem estar relacionadas aos serviços de saúde e ao indivíduo intoxicado, incluindo dificuldades de acesso aos serviços de saúde, falta de procura de atendimento, desconhecimento da equipe de saúde sobre os riscos de seu território de atuação, falta de comprometimento da equipe em realizar anamnese detalhada, falta de vigilância em saúde ativa e falta de integração entre vigilâncias e atenção à saúde, e dificuldade de preenchimento da ficha de notificação. Sendo assim, é muito importante a sensibilização e capacitação dos profissionais de saúde e sensibilização da população exposta (SECRETARIA DE SAÚDE DO PARANÁ, 2018).

Neste cenário, o papel da Atenção Primária à Saúde (APS) frente aos casos de intoxicação por agrotóxico é relevante, visto que os danos causados pelos agrotóxicos nem sempre são percebidos, ou sua ocorrência é pouco valorizada. Portanto, é importante que os profissionais da equipe de saúde, sobretudo enfermeiros, realizem vigilância em saúde, identifiquem as principais causas de intoxicação, planejem e atuem com o objetivo de minimizar o problema, realizando proteção da saúde contra os riscos ocupacionais e acidentes de trabalho e prevenindo as intoxicações (CARGNIN; ECHER; SILVA, 2017). Para tanto, o investimento em educação permanente é essencial, e a inserção da discussão sobre a problemática dos agrotóxicos na atividade rural possibilita novas abordagens, sobretudo para a enfermagem em suas práticas assistenciais, de ensino e pesquisa (VIERO et al., 2016).

Sendo assim, este estudo busca identificar a atuação dos profissionais da APS frente às intoxicações por agrotóxicos, bem como potencialidades e fragilidades desses estudos.

MÉTODO

Trata-se de uma revisão da literatura, do tipo revisão integrativa (MENDES; SILVEIRA; GALVÃO, 2008).⁸ Para o desenvolvimento deste estudo, utilizou-se um protocolo adaptado para desenvolvimento de revisão integrativa (ZOCCHE et al., 2020). Elaborou-se a seguinte pergunta de pesquisa: qual a atuação dos profissionais da APS frente às intoxicações por agrotóxicos?

A busca foi realizada com os Descritores da Ciência da Saúde (DeCS): Enfermagem; Atenção Primária à Saúde; Agroquímicos. Foram utilizados também seus sinônimos: Agrotóxicos; Pesticidas; Intoxicações; Intoxicações por Agrotóxicos. Considerou-se que a utilização desses sinônimos era essencial para alcançar os objetivos.

Para fazer o cruzamento entre os termos, utilizou-se o operador booleano *AND*, elaborando-se os seguintes cruzamentos: “Enfermagem *AND* Agrotóxicos”, “Agroquímicos *AND* Enfermagem”; “Pesticidas *AND* Enfermagem”; “Intoxicações por Agrotóxicos *AND* Enfermagem”; “Agrotóxicos *AND* Enfermagem *AND* Intoxicações”; “Atenção Primária à Saúde *AND* Intoxicações *AND* Pesticidas”; “Atenção Primária à Saúde *AND* Agrotóxicos *AND* Enfermagem”; “Atenção Primária à Saúde *AND* Intoxicações *AND* Agrotóxicos”; “Atenção Primária à Saúde *AND* Intoxicações”; “Atenção Primária à Saúde *AND* Pesticidas *AND* Enfermagem”.

O intervalo temporal estabelecido foi de 2002 a junho 2020, justificado pela criação do Decreto nº 4.074, de 4 de janeiro de 2002, que regulamenta a Lei nº 7.802, de 11 de julho de 1989. O período expandido foi devido ao número reduzido de trabalhos sobre o tema proposto, verificado em busca prévia.

A busca na base de dados da Biblioteca Virtual em Saúde (BVS) e ao Portal de periódicos da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES) foi realizada em dezembro de 2018, e, em junho de 2020, foi atualizada. Foram incluídos artigos científicos (artigos originais e revisões sistematizadas) disponíveis *online*, escritos em português, inglês ou espanhol. Foram excluídos manuscritos duplicados, artigos do tipo relatos de experiência, cartas, resenhas, editoriais, reflexões, ensaios, protocolos e manuais e aqueles que não apresentaram texto completo.

Realizou-se a leitura fundamentada dos títulos e resumos de cada estudo, e, em caso de dúvidas sobre o assunto, procedia-se à leitura parcial ou integral do texto. Após leitura flutuante, todos os artigos selecionados foram lidos de forma integral e por pares, a fim de não excluir nenhum estudo relevante para a pesquisa. Para a análise da evidência dos estudos, foi utilizada a classificação desenvolvida por Melnyk e Fineout-Overholt (2011), em que hierarquicamente os estudos podem ser classificados em sete níveis de evidência.

A figura a seguir apresenta uma síntese do processo de busca que, após a aplicação dos critérios de inclusão e exclusão, resultou em 29 trabalhos que integraram a análise da revisão integrativa.

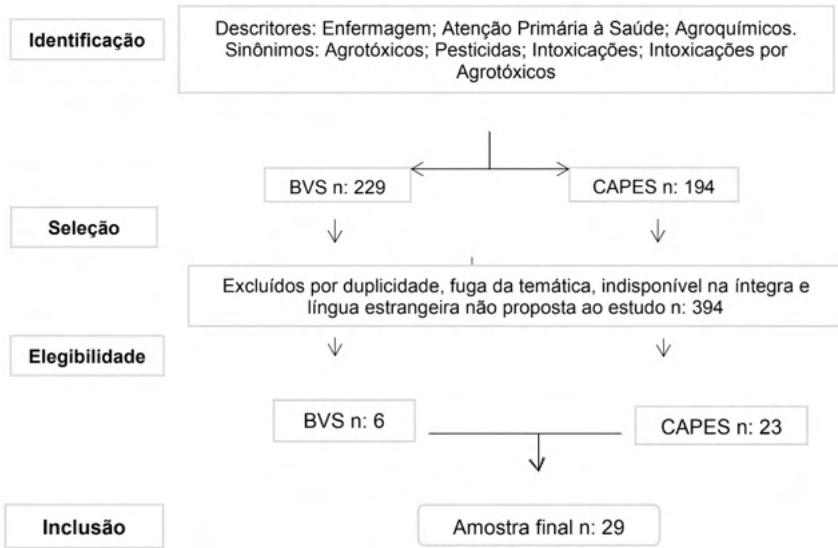


Figura 1. Fluxograma do processo de inclusão dos estudos adaptado do *Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses* (PRISMA 2009). Chapecó (SC), Brasil, 2020

RESULTADOS

O Quadro 1 apresenta uma síntese das 29 publicações selecionadas, destacando-se periódico, ano e local, resultados/desfecho e nível de evidência.

Título	Local Ano Periódico	Delineamento	Resultado/Desfecho	Nível de evidência
Implications of pesticide use: perceptions of families of children with cancer ⁴	Rio Grande do Sul 2017 Res. Fund. Care online	Descritivo, qualitativo n=10	O adoecimento da criança é vivenciado por sentimentos de medo e esperança. Os familiares reconhecem como perigoso o uso de agrotóxico, mas necessário.	VI
<i>Socio-environmental approach in nursing: focusing on rural labor and the use of pesticides¹¹</i>	Rio Grande do Sul 2016 Rev. Bras. Enferm.	Quantitativo, transversal, observacional e exploratório n=331	Prevalência de 90% maior de alterações dermatológicas nos trabalhadores rurais que aplicam agrotóxicos, quando comparados aos que não os aplicavam.	IV
<i>Risk society: the use of pesticides and implications for the health of rural workers⁷</i>	Rio Grande do Sul 2016 Esc. Anna Nery	Descritivo e exploratório, qualitativo n=15	O trabalhador rural tem conhecimento dos riscos relacionados ao uso de agrotóxicos. No geral, negam associação do uso com problemas de saúde e não utilizam adequadamente os EPIs.	VI

Intoxicações por agrotóxicos notificadas na 11ª regional de saúde do estado do Paraná ¹²	Paraná 2011 Cienc. Cuid. Saúde	Descriptivo e exploratório, quantitativo 425 fichas epidemiológicas	Prevalência de intoxicação no sexo masculino, entre 15 e 49 anos, em 54% dos intoxicados, designando-se como agricultores. A circunstância mais prevalente foram tentativas de suicídio e exposição ocupacional.	VI
<i>Agrochemicals and human health: contributions of healthcare professionals</i> ^{*13}	São Paulo 2008 Rev. Esc. Enferm. USP	Pesquisa bibliográfica 32 artigos	Contribuição dos profissionais de saúde é focada na saúde humana, em especial na saúde do trabalhador e na qualidade dos alimentos. Os autores expõem sugestões para trabalhadores da saúde e dos órgãos competentes.	V
<i>The contribution of nurses in the prevention of diseases regarding use of rural workers by agrochemical</i> ¹⁴	Rio de Janeiro 2011 Rev. Fund. Care online	Pesquisa exploratória do tipo bibliográfica 33 artigos	Produtos químicos vêm sendo empregados na agricultura de forma inadequada, colocando em risco a saúde do trabalhador e provocando intoxicações. Destaca medidas preventivas e de proteção que fazem uso da comunicação.	V
<i>Tobacco farming: use of personal protective equipment and pesticide poisoning</i> ²	Rio Grande do Sul 2017 Rev. Fund. Care online	Epidemiológico descriptivo, quantitativo transversal n= 100	Uso de forma parcial os EPIs. Fatores ambientais e EPI inadequado contribuem para que o uso não ocorra de forma efetiva. 97% dos fumicultores fizeram aplicação de agrotóxicos; 81,0% relataram utilizar EPI; 20,0% apresentaram sintomas de intoxicação.	VI
<i>Socioeconomic profile of Rural workers cancer sufferers</i> ¹⁵	Rio Grande do Sul 2016 Rev. Fund. Care online	Descriptivo quantitativo n=59	Prevalência de câncer do sistema digestivo. Os trabalhadores rurais em sua maioria são homens, com baixo nível socioeconômico e escolaridade e com mais de 60 anos. Grande parte utiliza pesticidas, com uso inadequado ou não de EPI.	VI
<i>Family farming and human and environmental health conservation</i> ¹⁶	Rio Grande do Sul 2016 Rev. Bras. Enferm.	Qualitativo, exploratório e descriptivo n=129	Os trabalhadores compreendem geração de alimento responsável, trabalho valorizado, uso correto, mínimo ou nulo de agrotóxicos como impactos positivos à saúde humana e ambiental, e uso excessivo e incorreto de agrotóxicos e ausência de conhecimentos como negativos.	VI
<i>Agribusiness: Generating social inequalities, impacts on way of life, and new health needs among rural workers</i> ¹⁷	Ceará 2012 Rev. Bras. Saúde Ocup.	Pesquisa-ação, qualitativo n=14	Evidenciou-se contexto de vulnerabilidade socioambiental, com repercuções negativas sobre a produção, a saúde e o modo de vida dos trabalhadores, além da insuficiente ação das políticas públicas no enfrentamento da exploração do trabalho, contaminação ambiental e dos problemas de saúde.	VI
<i>Health and environment in public policies of tobacco farming municipalities in southern Brazil</i> ¹⁸	Rio Grande do Sul 2015 Rev. Gaúcha Enferm.	Estudo de caso do tipo descriptivo, qualitativo n=7	O uso de agrotóxico, o cuidado com o meio ambiente e a saúde da população rural não estão entre as prioridades para as políticas públicas locais. Contudo, os municípios apresentam iniciativas que envolvem ações sobre o uso de agrotóxicos.	VI
<i>Profile of clinical information in medical records of tobacco farmers in Alagoas, Brazil</i> ¹⁹	Alagoas 2017 Rev. Bras. Med. Trab.	Estudo retrospectivo, descriptivo de campo e documental, quantitativo 149 prontuários	Prevalência do sexo feminino. Queixas clínicas mais expressivas foram cefaleia, dor lombar, disúria ou outros problemas urinários e epigástricos, e os diagnósticos médicos foram gastrite/epigastralgia, depressão, ansiedade, mialgia e artrite/artralgia. A correlação das queixas com o trabalho foi registrada em um prontuário.	IV

<i>Health needs of the rural population in environmental conflict due to the installation of Irrigated Perimeters²⁰</i>	Rio Grande do Norte 2018 Ciênc. Saúde Colet.	Pesquisa-ação, qualitativo n=12	Evidenciaram-se as necessidades de saúde, revisão do modelo agrário, boas condições de vida, mobilização social, evitar uso de agrotóxicos e da atuação do SUS. Houve reconhecimento de necessidades de saúde que requerem ações intersetoriais, sendo construído plano de ação.	VI
<i>Contributing factors for farm worker's exposure to pesticides in the west of the state of Santa Catarina, Brazil²¹</i>	Santa Catarina 2014 Acta sci. Health sci.	Descritivo, transversal e observacional, quantitativo n=100	Os agricultores possuem baixa escolaridade, necessitam de informações comprehensíveis e conscientizadoras sobre agrotóxicos, de uma efetiva assistência, da aquisição ao destino das embalagens. Os dados sugerem presença de risco de intoxicação por agrotóxicos, uma vez que suas práticas corroboram para instalação de problemas de saúde e danos ambientais.	IV
<i>Tobacco cultivation in the south of Brazil: green tobacco sickness and other health problems²²</i>	Rio Grande do Sul 2014 Ciênc. Saúde Colet.	Estudo etnográfico, qualitativo n=23 famílias	Os agricultores e familiares reconhecem a presença da doença da folha verde do tabaco e outros agravos. Representantes da saúde não reconhecem problemas de saúde como resultado da atividade produtiva associada ao tabaco, e os da indústria admitem existência dos problemas de saúde, culpabilizando os agricultores.	V
<i>Pesticide exposure and its repercussion in the health of sanitary agents in the State of Ceará, Brazil²³</i>	Ceará 2009 Ciênc. Saúde Colet.	Estudo qualitativo, história de vida tópica n=10	Os agentes eram homens, jovens de baixa escolaridade, que, muitas vezes, não possuíam conhecimento da toxicidade dos agrotóxicos aplicados. As condições de trabalho eram geradoras de risco à saúde, ocasionando intoxicações e outros problemas.	VI
<i>Efeito do agrotóxico à saúde humana: revisão bibliográfica²⁴</i>	Paraná 2011 Revista Uningá	Revisão bibliográfica	Estudo descreve sobre agrotóxicos, os riscos de intoxicação, os mecanismos, os tipos de intoxicação, cuidados após intoxicação, citando algumas ações preventivas.	V
<i>Organochlorine pesticides in breast milk: contamination factors and effects on human health²⁵</i>	Minas Gerais 2016 Hygeia	Revisão da literatura 21 estudos	Verificou-se a presença de pelo menos um agrotóxico no leite materno, influenciada por hábitos alimentares, idade materna, residência em área rural, índice de massa corporal, paridade e tempo total de lactação. Os principais efeitos ocorrem no sistema reprodutor e endócrino da mãe, e da criança, no sistema nervoso, com alterações no desenvolvimento.	V
<i>Pesticide poisoning: records of a toxicological assistance sentinel service²⁶</i>	Paraná 2015 Cienc. Cuid. Saúde	Descritivo de natureza documental, quantitativo, retrospectivo 1.240 fichas epidemiológicas	Prevalência de intoxicações por agrotóxicos em homens de 20 e 59 anos. 46% são originários de ação intencional. Os inseticidas foram responsáveis por 42% dos casos. Houve maior percentual de intoxicações e óbitos na circunstância intencional, maior proporção de cura, entretanto com elevadas taxas de internação em terapia intensiva e de letalidade.	IV
<i>Sicknesses and factors related to rural workers' health²⁷</i>	Pernambuco 2018 Rev Enferm. UFPE online	Revisão integrativa 39 publicações	Resultados evidenciaram a intoxicação por agrotóxico relacionada ao não uso ou o uso inadequado de EPI, com o principal agravo de saúde no sistema nervoso.	V

<i>Farmers's conceptions on the use of agrochemicals²⁸</i>	Rio Grande do Sul 2011 Rev Enferm. UFPE online	Descritivo, quantitativo n= 441 famílias	Prevalência no sexo masculino, de 40 anos ou mais, baixa escolaridade. Sobre agrotóxicos, a maioria afirmou receber orientação, 50% consideram muito perigosos, mais de 30% tiveram problemas de saúde. Destacaram-se nos cuidados lavagem das roupas, receita agronômica e as instruções do fabricante.	VI
<i>Intoxications by pesticides recorded at a poisoning control center²⁹</i>	Paraná 2011 Rev Enferm. UFPE online	Descritivo, quantitativo, retrospectivo de 950 fichas toxicológicas	Prevalência no sexo masculino, de 20 a 59 anos. Os agrotóxicos inibidores da colinesterase representaram 36% dos casos de intoxicação. A tentativa de suicídio representou 46% dos casos e foi a situação com maior taxa de letalidade.	IV
<i>Perceptions of farmers on the pesticide use³⁰</i>	Ceará 2016 Rev. Bras. Agric. Irrigada	Exploratório, qualitativo n= 30	Constatou que mais de 80% dos agricultores não entendem as informações na bula e no receituário agronômico, armazenam de forma inadequada os agrotóxicos e não usam EPI. 30% apresentaram grau de toxidez após aplicação.	VI
<i>Analysis of rural workers' exposure to pesticides³¹</i>	Pernambuco 2013 Rev. Bras. Promoção da Saúde	Observacional, seccional, descritivo, quantitativo n= 230	Dos entrevistados, a maioria era mulheres, com ensino fundamental incompleto. 61,3% utilizavam agrotóxicos, e apenas três aplicavam com orientação técnica. Mais de 20% não usam EPI, utilizando rios para lavar os equipamentos, e não seguem o período de carência. 31,5% reutilizam as sobras das caldas.	IV
<i>The role of work nursing in the prevention of the risks of workers exposed to pesticides: a bibliographical review³²</i>	Pernambuco 2019 Res., Soc. Dev.	Revisão integrativa da literatura 14 publicações	Pontua ações da enfermagem do trabalho direcionadas à vigilância em saúde e à conscientização dos agentes, para manter as condições psicológicas e físicas, e a participação efetiva dos estados e órgãos na formulação de propostas preventivas, como as políticas de controle.	V
<i>Evaluation of the effect of pesticide use on the health of rural workers in irrigated fruit farming³³</i>	Bahia e Pernambuco 2019 Ciênc. Saúde Colet.	Quantitativo, descritivo n= 339	Todos do sexo masculino, sendo 53,7% proprietários rurais e demais empregados. Cerca de 40% não usam EPI ou usam de forma incompleta. 28,9% não apresentam receituário durante a compra. Mais de 9% relataram intoxicação e menos de 7% procuraram atendimento especializado.	VI
Uso e manuseio de agrotóxicos na produção de alimentos da agricultura familiar e sua relação com a saúde e o meio ambiente ³⁴	Santa Catarina 2019 Holos	Exploratório, descritivo n= 38	78,9% dos agricultores relatam fazer uso parcial dos EPIs. 36,8% aplicam com pulverizadores costais. Todos respeitam o período de carência e as recomendações climáticas. 20,9% descartam as embalagens de forma inapropriada ou reutilizam. Durante a aplicação, relatam dor de cabeça, tosse, náuseas, irritação nos olhos, boca e garganta, câimbras e fraquezas.	VI
Perfil dos Diagnósticos de Enfermagem de fumicultores ³⁵	Alagoas 2019 Rev Enferm. UFPE online	Quantitativo, descritivo, transversal, n= 51	Predomínio de mulheres nas consultas de enfermagem em visita domiciliar. Identificaram-se 23 Diagnósticos de Enfermagem. Das queixas relatadas, cefaleia, fraqueza, tontura, náusea e tremores podem se relacionar à doença foliar.	VI

<i>Assessment of Primary Health Care for rural workers exposed to pesticides³⁶</i>	Minas Gerais 2020 Rev. Saúde Pública	Quantitativo, transversal, descritivo-analítico, n= 1.027	O uso de EPI, histórico de intoxicações e internações por agrotóxico foram maior em homens. Os trabalhadores rurais do estudo apresentaram índice de 20% de intoxicações, 15% de hepatopatia e 2% de nefropatia. O grau de afiliação teve escore elevado.	VI
---	---	---	---	----

Quadro 1. Síntese das bibliografias selecionadas, organizadas de acordo com local, ano e periódico de publicação, delineamento, resultados e nível de evidência. Chapecó (SC), Brasil, 2020

Na análise do perfil dos estudos, quanto ao tipo, destacam-se os estudos descritivos, totalizando 19 (66%), considerando que, desses, três são também retrospectivos, três observacionais, três transversais e um estudo de caso. Os demais (34%) são seis revisões de literatura, duas pesquisas ação, um etnográfico e uma história da vida tópica. Sobre a abordagem metodológica, 13 (57%) estudos são quantitativos.

Com relação aos periódicos, os estudos foram publicados em 18 revistas científicas, sendo que a Revista de Pesquisa Cuidado é Fundamental, a Revista Ciência e Saúde Coletiva e a Revista de enfermagem UFPE contabilizaram quatro artigos cada, representando mais de 41% no total das publicações. Referente ao ano de publicação, considerando os estudos publicados a partir de 2008, destacam-se os anos de 2019, 2016 e 2011.

Em relação ao local de desenvolvimento das pesquisas, o estado do Rio Grande do Sul apresenta maior número de pesquisas sobre intoxicação por agrotóxico, com 9 (31%) publicações, seguido do Paraná, Pernambuco e Ceará. No que concerne ao idioma, apenas um estudo está publicado na língua inglesa, todos os demais estão publicados na língua portuguesa.

Analizando a metodologia empregada em cada estudo, na ótica da análise de evidência,¹⁰ 16 (55%) estudos possuem nível VI de evidência, proveniente de estudos qualitativos ou descritivos únicos; sete (24%) classificam-se em nível V, evidências de análises sistemáticas de estudos qualitativos e descritivos; e seis (21%) artigos classificam-se em IV, oriundas de estudos de caso-controle de coorte. Esses dados permitem inferir que, no presente estudo, as publicações apresentam, em sua maioria, nível de evidência baixo.

Na análise e síntese dos resultados dos estudos, foram identificadas quatro categorias temáticas, que são apresentadas no Quadro 2.

Categorias	Estudos
Implicações na saúde relacionadas ao uso de agrotóxicos	Corralo et al. (2016); Camponogara et al. (2017); Stumm et al. (2011); Viero et al. (2016); Pessoa, Rigotto (2012); Cesar-vaz et al. (2016); Santos et al. (2017); Mariano, Gil (2011); Borges et al. (2016); Tofolo et al. (2014); Sousa et al. (2016); Riquinho e Hennington (2014); Siqueira et al. (2013); Fenzke et al. (2018); Santos et al. (2017); Corcino et al. (2019); Busato et al. (2019); Dantas et al. (2019); Silvério et al. (2020).
Perfil das intoxicações por agrotóxicos	Siqueira et al. (2013); Marangoni et al. (2011); Hungaro et al. (2015); Fenzke et al. (2018); Scardoelli et al. (2011); Silva et al. (2015); Corcino et al. (2019); Silvério et al. (2020).
Adoção de medidas preventivas no uso de agrotóxicos	Cargnin, Echer, Silva (2017); Santos et al. (2017); Lima et al. (2009); Silva et al. (2016); Corcino et al. (2019); Martins et al. (2019); Busato et al. (2019); Silvério et al. (2020).
Ações ou estratégias educativas e de intervenção em saúde frente ao uso de agrotóxicos	Pontes, Rigotto, Silva (2018); Santos et al. (2017); Siqueira, Kruse; Daher et al. (2016); Silva et al. (2016); Martins et al. (2019); Dantas et al. (2019); Silvério et al. (2020).

Quadro 2. Categorias temáticas em relação aos estudos selecionados nesta pesquisa. Chapecó (SC), Brasil, 2020

DISCUSSÃO

Atualmente, a temática que envolve a utilização dos agrotóxicos tem se mostrado polêmica sob diversos pontos de vista. Muito se ouve sobre os prejuízos que os agrotóxicos têm causado à saúde, em virtude da sua utilização excessiva e desprotegida. Em contrapartida, uma série de novos produtos químicos é liberada no mercado brasileiro, causando preocupação principalmente no que diz respeito às condições de saúde da população. A discussão dos resultados encontrados nesta pesquisa será apresentada considerando as quatro categorias estabelecidas.

Implicações na saúde relacionadas ao uso de agrotóxicos

Entende-se que apresentar evidências sobre as implicações que os agrotóxicos podem causar à saúde é relevante, uma vez que auxilia tanto profissionais da saúde em suas condutas, frente a possíveis casos de intoxicações por agrotóxicos, quanto a população em geral, que tem a oportunidade de conhecer os riscos de uma utilização inadequada desses produtos.

Pesquisas realizadas com trabalhadores rurais demonstraram que os mesmos apresentam consciência dos riscos da exposição aos agroquímicos (CAMPONOGARA, 2017; VIERO et al., 2016; CORCINO et al., 2019; STUMM et al., 2011). Esses trabalhadores mencionam os riscos de contaminação, os possíveis impactos das práticas inseguras, os sintomas de intoxicações agudas e associação com doenças crônicas, como o câncer. Alguns relatam sintomas que remetem à intoxicação aguda, como cefaleia e problemas gastrointestinais, entretanto não associam com o uso de agrotóxicos (VIERO et al., 2016). Muitos trabalhadores, mesmo tendo consciência dos riscos da exposição aos agrotóxicos,

não possuem a percepção desse risco (LOPES; ALBUQUERQUE, 2018), ou não o consideraram no cotidiano do labor (CORCINO et al., 2019).

Em outro estudo, trabalhadores relacionam a utilização de agrotóxicos a casos de intoxicações aguda e ao aparecimento de doenças, além de relacionarem com danos à saúde de seus vizinhos, tendo consciência do perigo que ele representa (CAMPONOGARA et al., 2017). Outra pesquisa corrobora esse achado, na qual 36,6% (148) dos participantes que são trabalhadores rurais relataram problemas de saúde relacionados ao uso de agrotóxicos (STUMM et al., 2011).

Em pesquisa com 369 trabalhadores rurais que utilizam agrotóxicos em suas práticas laborais, grande parte afirmou possuir transtornos mentais (62,2%), distúrbios circulatórios (49,8%), além de distúrbios dermatológicos (45%), respiratórios (41%) e gástricos (36,2%) (CEZAR-VAZ et al., 2016). Apesar de os relatos não terem sido comprovados com diagnósticos, a origem de alguns processos de adoecimento na atualidade é relacionada com o processo de produção hegemônico (STUMM et al., 2011). A exposição aos agrotóxicos pode estar relacionada aos transtornos mentais, pois há evidências da atividade neurotóxica e de desregulação endócrina dos agrotóxicos (CAMPOS et al., 2016).

Com relação aos diagnósticos médicos para os fumicultores de Alagoas, destacaram-se gastrite (15,1%), depressão, ansiedade e mialgia (7,1% cada), e artrite e faringite (5,3%) (SANTOS et al., 2017). Outros sintomas, como dor de cabeça, tontura, enjoos (SOUSA et al., 2016), tosse, fraqueza muscular, irritação nos olhos e boca, foram relatados (BUSATO et al., 2019). Fumicultores também relataram dor lombar, sintomas urinários e epigastralgia (SANTOS et al., 2017). Esses sintomas podem estar diretamente associados à doença foliar (DANTAS et al., 2019). A respeito desta população, entre os sinais e sintomas resultantes das intoxicações agudas, podem ocorrer reações dérmicas, pruridos e sensação de ardor na pele (RIQUINHO; HENNINGTON, 2014).

O estudo de Cezar-Vaz et al. (2016) cita que os agricultores que faziam aplicação de agrotóxicos apresentaram 90% mais prevalência de problemas dermatológicos, se comparados aos que não aplicavam o produto. A exposição a agrotóxicos, principalmente na manipulação, gera maiores riscos de intoxicação, visto que a diluição é realizada manualmente pelo agricultor (MARIANO; GIL, 2011). Corroborando esses achados, ocorre exposição principalmente de pequenos produtores, em diferentes estágios do processo, não apenas na aplicação, como no armazenamento, mistura e preparação (FUHRIMANN et al., 2019).

Estudo de Fenzke et al. (2018) refere lacunas nas pesquisas sobre efeitos dos agrotóxicos à saúde, uma vez que a maioria dos artigos contém diagnósticos com base em relatos, sendo que poucos realizaram exames específicos que demonstrassem alteração no organismo. Além disso, a exposição aos agrotóxicos pode ser causadora de várias doenças, dependendo do produto a ser usado, da quantidade de penetração no corpo e do tempo de exposição (SANTOS et al., 2017).

Em relação aos efeitos, estudo que buscou detectar alterações da dosagem de biomarcadores de exposição ou intoxicação a agrotóxicos revelou que 20% (n=1000) dos trabalhadores rurais apresentaram alterações nas dosagens de colinesterase fração e total, além de elevado índice de hepatotoxicidade (15%) e nefropatia (2%) (SILVÉRIO et al., 2020).

O uso de agrotóxicos causa efeitos deletérios à saúde humana. Destacam-se as alterações no desenvolvimento, no sistema nervoso, disfunções endócrinas e reprodutivas, estando presentes inclusive no leite materno (CORRALO et al., 2016). Em um estudo realizado com familiares de crianças com neoplasia, os participantes disseram conhecer os malefícios causados pelos agrotóxicos, mas afirmam que esse é um método importante para a produção agrícola, sendo um mal necessário (CAMPONOGARA et al., 2017).

O trabalho no cultivo da terra gera modificações no ambiente e comprometimento da saúde das pessoas direta e indiretamente envolvidas (BORGES et al., 2016). Diante do baixo nível de escolaridade dos agricultores, há necessidade de disseminar conhecimento sobre a atividade e uso dos agrotóxicos, a fim de que seja garantida a sustentabilidade da vida (DANTAS et al., 2019; SILVÉRIO et al., 2020; SOUSA et al., 2016; TOFOLO et al., 2014). A desinformação sobre o uso do pesticida é uma das situações que leva à exposição direta dos trabalhadores e comunidade (FUHRIMANN et al., 2019).

Pessoa e Rigotto (2012), ao pesquisarem os impactos do uso de agrotóxicos no modo de vida e condições sociais de uma vila do Ceará, concluíram que o modelo de desenvolvimento econômico induz transformações territoriais no modo de vida e na saúde dos trabalhadores. Na discussão, apontam a necessidade de políticas públicas de saúde que abordem a complexidade dos processos promotores de alterações da dinâmica da comunidade, com impactos diretos na saúde.

Perfil das intoxicações por agrotóxicos

Levando em conta a prática assistencial de alguns autores deste estudo, é possível afirmar que existem dificuldades na identificação das intoxicações por agrotóxico pelo reconhecimento e associação de sinais e sintomas com utilização do produto, por parte do paciente intoxicado ou pelo profissional da saúde, no momento do atendimento. Sendo assim, julga-se importante, como forma de facilitar a identificação, conhecer o perfil das intoxicações por agrotóxicos.

Dois estudos realizados no estado de Paraná abordaram o perfil de intoxicação por agrotóxicos (SCARDOELLI et al., 2011; HUNGARO et al., 2015). Em um dos estudos, foram encontrados 425 casos, variando de 17 a 64 casos anualmente (SCARDOELLI et al., 2011). Mais recente, no segundo estudo, realizado no Centro de Controle de Intoxicações de um hospital de Maringá, foram registrados 1.240 casos de intoxicação por agrotóxicos, de 2003 a 2011, constatando-se uma média de 138 casos por ano, sendo um novo caso a cada de três dias (HUNGARO et al., 2015). Em comparação com dados nacionais, no

período de 2001 a 2014, foram notificados 80.069 casos de intoxicação por agrotóxicos, com crescimento linear das intoxicações. Diante disso, verifica-se a relação de um número cada vez maior de intoxicação com o monocultivo, sendo as Regiões Sul e Centro-Oeste as que tiveram maior taxa de intoxicação (QUEIROZ et al., 2019).

No trabalho de Queiroz et al. (2019), não foram observadas diferenças significativas entre os sexos. Outros trabalhos (HUNGARO et al., 2015; MARANGONI et al., 2011; CORCINO et al., 2019; SILVÉRIO et al., 2020) apontam maior predominância de intoxicações no sexo masculino (67%), e a principal faixa etária acometida é entre 20 e 59 anos, com percentual de variação que vai de 74% a 68% (HUNGARO et al., 2015; MARANGONI et al., 2011). Scardoelli et al. (2011) apontam até 83% das intoxicações ocorrem na faixa etária de 14 a 49 anos. Nos artigos de Hungaro et al. (2015) e Marangoni et al. (2011), 12% das ocorrências foram em crianças, e 4,5% a 6%, em idosos. Corroborando os achados, Lopes e Albuquerque (2018) apontam maior prevalência no sexo masculino e em idade adulta. Os resultados são coerentes, sabendo que, predominantemente, o trabalho rural é realizado por homens, e as faixas etárias apresentadas são compatíveis com a faixa etária de vida ativa (AGUIAR JUNIOR; BARCELLOS, 2018).

Nessa direção, uma pesquisa, que buscou identificar o perfil socioeconômico de trabalhadores rurais internados por neoplasia ($n=59$), constatou que 69,5% eram do sexo masculino, sendo que a maior parcela de trabalhadores hospitalizados pertencia à faixa etária de 61 a 70 anos, correspondendo a 32,2% (SILVA et al., 2015). Sobre o diagnóstico de câncer, prevaleceram malignidades do sistema digestivo, com 62,7% ($n = 37$). O nível de escolaridade de até quatro anos completos foi mais frequente, com o percentual de 49,1%, seguido por 37,3%, correspondendo a oito anos completos de estudo, além de analfabetos (8,5%) (SILVA et al., 2015). Por outro lado, um estudo realizado com 230 trabalhadores em 10 comunidades rurais de Vitória de Santo Antão, PE identificou que a maioria era mulheres ($n=157$; 69,2%) que cursaram até o ensino fundamental incompleto ($n=130$; 57%) (SIQUEIRA et al., 2013).

Siqueira et al. (2013) também demonstraram que, dos 141 (61,3%) trabalhadores entrevistados, que utilizavam agrotóxicos, apenas 3 (0,9%) aplicavam o produto com orientação de técnicos especialistas; 97 (28,3%) desconheciam o período de carência; 67 (19,5%) utilizavam a lei de reciclagem; 95 (27,7%) relataram não usar EPI; 80 (23,3%) utilizam rios para lavagem dos equipamentos; e 108 (31,5%) reutilizam as sobras das caldas.

No que se refere às intoxicações, os organofosforados foram os mais citados (SCARDOELLI et al., 2011; HUNGARO et al., 2015; CORCINO et al., 2019). No estudo de Scardoelli et al. (2011), os inseticidas foram responsáveis por 63,7% das intoxicações, considerando que 40% eram inseticidas organofosforados, 11,6% eram glicinas e 6,5% eram piretróides. No estudo de Hungaro et al. (2015), 42% das intoxicações ocorreram por carbamatos e organofosforados, 34%, por piretróides, e 22%, por glifosato. Em outra

pesquisa, os organofosforados foram responsáveis por 68,8% (n= 339) das intoxicações agudas (CORCINO et al., 2019).

Outras pesquisas encontraram resultados semelhantes no que se refere às principais causas de intoxicações por agrotóxicos, sendo elas as tentativas de suicídio (46%), as intoxicações accidentais (28%) e as intoxicações ocupacionais (26%) (HUNGARO et al., 2015; MARANGONI et al., 2011). Esses dados estão em conformidade com pesquisa realizada no estado do Espírito Santo entre 2007 e 2014. Entretanto, os autores ressaltam que as tentativas de suicídio e os acidentes podem apresentar origem ocupacional (AGUIAR JUNIOR; BARCELLOS, 2018).

Scardoelli et al. (2011) demonstraram que a tentativa de suicídio se mostrou como a principal causa de intoxicação (49%), seguido de 42% de intoxicações por exposição ocupacional e 7,8% de intoxicação accidental. Quanto às vias de exposição, 52,5% dos casos foram por via oral, 38,8% pela via respiratória ou inalatória e 6,6% pela via cutânea. Frente a isso, apontam-se a importância de identificação de diferentes vias de intoxicação para além da inalatória (FENZKE et al., 2018).

Diante disso, pesquisa confirmou, em relação à gravidade dos casos de intoxicação, que 611 casos (43%) necessitaram de internação hospitalar por mais de 12 horas e 116 (9%) foram internados em UTI; desses, 101 (87%) foram de tentativas de suicídio (56% em homens) e 19 (16%) evoluíram para óbito (HUNGARO et al., 2015).

Outro estudo apresenta uma proporção semelhante de evolução para óbito nas intoxicações por tentativa de suicídio. 328 (75,2%) pacientes necessitaram de internação hospitalar, apresentando sintomas moderados de intoxicação; 81 (18,6%) apresentaram intoxicação grave, necessitando de atendimento em Unidade de Terapia Intensiva (UTI); 15 (18,5 %) foram a óbito; e outros 15 receberam alta com sequelas. Nos casos de intoxicação accidental, 124 (46,3%) foram moderadas e necessitaram de internação; 13 (10,5%) foram para UTI com intoxicação grave, resultando em dois óbitos. Das pessoas intoxicadas por exposição ocupacional, 152 (61,8%) permaneceram em observação por até 12 horas com sintomas leves, em que apenas um caso foi internado na UTI e evoluiu para a cura (MARANGONI et al., 2011).

Outro ponto relevante, a respeito das notificações, foi apresentado por Scardoelli et al. (2011), no sentido de que, em alguns casos, os trabalhadores preferem não notificar a intoxicação, por medo das penalidades e utilizarem produtos sem prescrição ou de venda não permitida. Apesar disso, é necessário que, no momento da coleta de dados, seja realizado um maior julgamento, e na notificação, uma captação efetiva pelos profissionais, fortalecendo a necessidade de colaboração e capacitação (QUEIROZ et al., 2019).

Adoção de medidas preventivas no uso de agrotóxicos

Entende-se que a falta de utilização ou a utilização fragmentada dos EPIs ou coletiva constitui-se como fator potencializador das complicações à saúde em decorrência

da utilização de agrotóxicos. Em determinadas Regiões, onde o verão é de intenso calor, como no caso da Região Sul, é comum observar nas plantações que os trabalhadores dispensam o uso dos EPIs. O custo que a utilização adequada dos EPIs representa é outro fator limitante.

Em um estudo com 100 fumicultores da Região Noroeste do Rio Grande do Sul, os participantes afirmaram utilizar EPI, mas não todos os equipamentos necessários. O EPI mais utilizado foi a botina, relatado por 71 trabalhadores (87,7%), seguido do macacão, por 66 (81,5%), máscara, por 65 (80,2%), viseira, por 19 (23,5%), calça por 12 (14,8%), óculos protetores por 11 (13,6%), chapéu por 9 (11,1%), boné, por 8 (9,9%), camisa/camiseta, por 8 (9,9%), capa/avental, por 4 (4,9%) e casaco, por 2 (2,5%) (CARGNI; ECHER SILVA, 2017). Outro estudo, realizado com 27 trabalhadores rurais de Mato Queimado/RS, evidenciou o uso de máscara, luvas e botas como os EPIs mais utilizados pelos trabalhadores (KLEIN et al., 2018).

Assim, percebe-se a exposição dos trabalhadores aos agrotóxicos, em função da utilização fragmentada dos EPIs, o que é um agravante à saúde CARGNI; ECHER SILVA, 2017; SANTOS et al., 2019; BUSATO et al., 2019; SILVÉRIO et al., 2020). Silvério et al. (2020) constataram que 79% (n=1000) dos homens e 97% das mulheres não usam EPIs ou usam de forma inadequada. Desta população, 20% apresentaram alterações nas dosagens de colinesterase total e parcial, indicando exposição aos agrotóxicos. Contribuindo com os achados, no artigo de Klein et al. (2018), 70,4% (19) dos participantes relataram uso de EPI. Entretanto, os resultados da redução da colinesterase demonstraram falha na proteção, tendo em vista que 100% dos testes apresentaram valores abaixo da referência, indicando algum grau de intoxicação aos organofosforados e carbamatos.

Nesse sentido, Silva et al. (2016) afirmaram em seu estudo que 54% (n = 27) desses trabalhadores não fazem uso de EPI ou utilizam de forma incompleta, apenas luvas e máscaras (60,9%) (n = 14). Associado a isso, tem-se o cultivo de mais de um tipo de cultura e uso de diferentes agrotóxicos (84,75%) (n = 50).

A falta de EPI e o desconhecimento da forma correta de manipulação de cada produto aumentam a possibilidade de intoxicações (LIMA et al., 2009). Estudo realizado com 339 trabalhadores e proprietários de pequenas propriedades rurais do Polo Petrolina, Juazeiro aponta maior número de intoxicação entre os participantes não alfabetizados. Além disso, 40% dos entrevistados usam de maneira inadequada ou não usam EPI, mesmo sabendo de sua importância. Esse dado revela a falta de preparo destes na manipulação dos agrotóxicos (CORCINO et al., 2019).

Outro fator de risco apontado foi o não uso de receituário agronômico por 28,9% dos participantes, mesmo sendo obrigatória a apresentação no momento da compra. Os autores concluem que os trabalhadores estão cientes que o uso de agrotóxicos expõe a riscos, entretanto esse dado não é suficiente para alterar as condutas no labor (CORCINO et al., 2019), necessitando de outros mecanismos de cumprimento das normas de segurança e

de políticas de controle (MARTINS et al., 2019).

Estudos relatam como medidas protetivas as condições climáticas favoráveis (MARTINS et al., 2019; KLEIN et al., 2018), a observação dos ventos e a higienização das mãos após manipulação desses produtos. Outros fatores importantes presentes nos estudos são o descarte apropriado das embalagens vazias, o respeito ao tempo de carência entre a última aplicação do agrotóxico e a colheita, o que traz maior segurança alimentar para agricultores e consumidores (MARTINS et al., 2019). O incentivo à agricultura familiar com práticas mais sustentáveis e a produção de alimentos para o autoconsumo, como frutas, verduras e legumes, são estratégias importantes para o cultivo de alimentos sem uso de agrotóxicos (MARTINS et al., 2019).

Ações ou estratégias educativas e de intervenção em saúde frente às intoxicações por agrotóxicos

Neste cenário, de promover ações ou estratégias educativas e de intervenção em saúde frente às intoxicações por agrotóxicos, os profissionais da APS têm muito a contribuir, seja capacitando equipes de saúde ou grupos na comunidade, especialmente trabalhadores rurais. Compartilhar informações acerca dessa temática é primordial para o reconhecimento da importância do uso adequado dos EPIs e coletiva, reconhecimento e associação de sinais e sintomas com a utilização de agrotóxicos, o que contribui para a identificação e conduta adequada frente aos casos de intoxicações.

Ao analisar as necessidades de saúde dos camponeses, por meio de pesquisa-ação, realizada com diversos atores (universidades, sistema de saúde e movimentos sociais), estudo afirma que as articulações construídas no território, o diálogo entre universidades e movimentos sociais vêm sendo fortalecidos, mas a continuidade de discussões e ações com o Sistema Único de Saúde (SUS) ainda é um desafio. Para tanto, os autores ressaltam que, no âmbito do sistema de saúde, a territorialização, a construção de mapas participativos, a inserção e o fortalecimento de ações de saúde do trabalhador e saúde ambiental nos serviços podem contribuir para atender às necessidades de saúde (PONTES; RIGOTTO; SILVA, 2018). Além disso, ações de educação em saúde são necessárias para a qualificação dos produtores rurais e sensibilização quanto às medidas preventivas (BUSATO et al., 2019; SILVÉRIO et al., 2020).

Da mesma forma, estudo de caso sobre políticas públicas direcionadas ao uso de agrotóxico e sua relação com a saúde humana e ambiental em municípios produtores de tabaco da Região Sul concluiu que a problemática não está entre as prioridades das políticas públicas locais. No entanto, alguns municípios possuem ações pontuais que envolvem ações sobre uso de agrotóxicos, de forma articulada, com ações intersetoriais e educação permanente (SANTOS et al., 2015).

Frente a isso, estudo aponta uma Comissão Parlamentar de Inquérito na Assembleia Legislativa do Espírito Santo, instituída no ano de 2008, como o objetivo de

apurar irregularidades, danos à saúde humana e meio ambiente do uso de agrotóxicos comercializados no estado. Entretanto, apesar de constar danos crônicos causados pelos agrotóxicos, poucas foram as ações frente ao objetivo. É relevante mencionar manifestos nas mídias à época, com diferentes conflitos envolvendo agrotóxicos (AGUIAR JUNIOR; BARCELLOS, 2018). Outro estudo aponta o uso da ferramenta Telessaúde, ao realizar curso à distância de “Intoxicações por Agrotóxicos: noções gerais” para profissionais da saúde de Unidades Básicas de Saúde do Rio Grande do Sul (CORRÊA et al., 2018).

Ações a serem desempenhadas pelos profissionais da saúde ou órgãos competentes para reduzir as intoxicações por agrotóxicos foram apresentadas em outro estudo (SIQUEIRA; KRUSE, 2008) como: simplificar rótulo dos produtos; utilizar EPI; fiscalizar a comercialização; estimular prevenção usando medidas educativas; analisar percepção de risco e construir estratégias de intervenção e proteção ao trabalhador rural; instrumentalizar profissionais da saúde; e priorizar pesquisas sobre intoxicações por agrotóxicos. Esses últimos vão ao encontro dos objetivos deste estudo.

Nesse sentido, a percepção de riscos ocupacionais e as ações de prevenção, promoção e educação em saúde são atributos essenciais e inerentes aos serviços de APS (SILVÉRIO et al., 2020). Sobre a atuação do enfermeiro no contexto das intoxicações por agrotóxico, as estratégias de prevenção e promoção devem ser desenvolvidas em conjunto com as Secretarias Municipais e Estaduais de Saúde, Unidades Básicas de Saúde, disseminando informações, palestras e folhetos explicativos (DAHER et al, 2011). Para tanto, os trabalhadores da saúde necessitam realizar atividades de vigilância epidemiológica e implementar estratégias de atenção à saúde desses trabalhadores, no intuito de auxiliar na minimização dos riscos de exposição ocupacional aos agrotóxicos (SILVA et al., 2016; MARTINS et al., 2019).

A Sistematização da Assistência de Enfermagem é uma ferramenta do cuidado, realizada no contexto da APS, eficaz para a identificação das necessidades e construção de melhores estratégias de cuidado e de educação na agricultura. O cuidado realizado de forma sistematizada ao trabalhador rural permite a identificação de queixas, a tomada de decisão sobre os cuidados a serem realizados e a avaliação dos resultados, reduzindo a possibilidade de adoecimento e/ou agravamento pela exposição ocupacional aos agrotóxicos (DANTAS et al., 2019). Para isso, as equipes de saúde devem estar preparadas para que a atenção seja efetiva na redução de riscos e danos à saúde de trabalhadores rurais e para realizar notificação adequada, manejo correto e educação em saúde na população de seu território (SILVÉRIO et al., 2020).

É possível observar que poucas são as pesquisas que abordam ações educativas ou de intervenção frente às intoxicações por agrotóxicos. Nos achados, são mencionadas como relevantes, citadas de maneira superficial, mas não descritas, não sendo possível identificar ações/estratégias ou intervenções realizadas pelos estudos, de modo a auxiliar os profissionais da APS na sua prática assistencial diante desse contexto. Analisando as

categorias, percebe-se que a maioria das bibliografias discutidas abordou assuntos sobre as implicações na saúde em decorrências do uso de agrotóxicos e sobre o perfil das intoxicações.

Este estudo limita-se à busca de publicações disponíveis na base de dados da BVS e Portal de Periódicos da CAPES e aos idiomas português, inglês e espanhol.

Contribuições para a área da enfermagem, saúde ou política pública

O presente estudo se mostra relevante para a área da saúde e, principalmente, para os profissionais da APS que atuam direta ou indiretamente no atendimento ao paciente intoxicado por agrotóxico, provocando inquietações sobre a temática que atualmente gera divergências de opiniões. Este estudo permite compartilhar informações referentes às intoxicações por agrotóxicos no âmbito da APS como forma de entrelaçar a pesquisa com a prática profissional, uma vez que, a partir das evidências apresentadas, possibilita o planejamento e a implementação de ações na APS, o que, certamente, contribui para a organização dos serviços e melhora da qualidade da assistência prestada ao paciente intoxicado por agrotóxico.

Este estudo instiga para novos estudos, visando suprir fragilidades encontradas nas publicações como estratégia para melhorar a prática profissional frente às intoxicações por agrotóxicos.

CONCLUSÃO

Na análise do perfil dos estudos, destacaram-se estudos descritivos, com abordagem metodológica quantitativa, publicados, em sua maioria, nos anos de 2019, 2016 e 2011, e o Rio Grande do Sul foi o estado com maior número de pesquisas sobre intoxicação por agrotóxico.

Na análise das categorias, sobre as implicações na saúde relacionadas ao uso de agrotóxicos, evidenciaram-se complicações comuns nos estudos, sendo tentativa de suicídio, cefaleia, vertigem, náuseas e reações alérgicas. Quanto ao perfil das intoxicações, evidenciou-se maioria de homens, com baixa escolaridade. A utilização de EPI como medida preventiva não ocorre ou ocorre de forma fragmentada na maioria dos casos. Publicações que abordam ações ou estratégias educativas de intervenção em saúde frente às intoxicações aparecem pouco e não são muito detalhadas, de forma a auxiliar os profissionais em sua prática.

Observou-se que, apesar de haver um aumento no número de publicações sobre a temática dos agrotóxicos nos últimos cinco anos, existe uma fragilidade na relação do tema com a atuação da equipe da APS frente a esses casos. Sendo assim, estudos que abordam esses conhecimentos são necessários para apresentar evidências e qualificar o profissional na sua prática assistencial, além de melhorar a organização dos serviços e qualidade do atendimento prestado.

FINANCIAMENTO

Fapesc TO 2021TR808.

CONFLITO DE INTERESSE

Não há.

REFERÊNCIAS

1. Aguiar Junior PC, Barcellos C. A modernização conservadora da agricultura e a transformação patogênica do espaço: intoxicações e mortes por uso de agrotóxicos no Espírito Santo. Geografares. 2018;19(34):37-59. DOI: 10.7147/GEO25.17940
2. Borges AM, Bonow CA, Silva MRS, Rocha LP, Cezar-Vaz MR. Family farming and human and environmental health conservation. Rev bras enferm. 2016;69(2):304-12. DOI: 10.1590/0034-7167.2016690216i
3. Busato MA, Arezi BA, Souza MA, Teo CRPA, Lutinski JA, Ferraz L. Uso e manuseio de agrotóxicos na produção de alimentos da agricultura familiar e sua relação com a saúde e meio ambiente. Holos. 2019; ano 35,1:e5006. DOI: 10.15628/holos.2019.5006
4. Camponogara S, Rodrigues IL, Dias GL, Moura LN, Viero CM, Miorin JD. Implications of pesticide use: perceptions of families of children with cancer. Rev fund care online. 2017;9(3):786-794. doi: 10.9789/2175-5361.2017.v9i3.786-794
5. Campos Ÿ, Silva VSP, Mello MSC, Otero UB. Exposure to pesticides and mental disorders in a rural population of Southern Brazil. Neurotoxicology. 2016;56:7-16. DOI: 10.1016/j.neuro.2016.06.002
6. Cargnini MCS, Echer EC, Silva DR. Tobacco farming: use of personal protective equipment and pesticide poisoning. Rev fund care online. 2017;9(2):466-472. DOI: 10.9789/2175-5361.2017.v9i2.466-472
7. Cezar-Vaz MR, Bonow CA, Mello MCVA, Silva MRS. Socio-environmental approach in nursing: focusing on rural labor and the use of pesticides. Rev Bras Enferm. 2016;69(6):1114-21. DOI: 10.1590/0034-7167-2016-0364
8. Corcino CO, Teles RBA, Almeida JRG, Lirani LS, Araújo CRM, Gonsalves AA, et al. Evaluation of the effect of pesticide use on the health of rural workers in irrigated fruit farming. Ciênc saúde colet. 2019;24(8):3117-3128. DOI: 10.1590/1413-81232018248.14422017
9. Corralo VS, Morais MM, Benedett A, Lucimare F. Organochlorine pesticides in breast milk: contamination factors and effects on human health. Hygeia [Internet]. 2016 [cited 2021 Mar 9];12(22):101-108. Available from: <http://www.seer.ufu.br/index.php/hygeia/article/view/30933/18663>
10. Corrêa APB, Vasconcelos AO, Pinheiro AD, Rodrigues YE, Siqueira ACS, D'Avila OP, et al. O conhecimento dos profissionais de saúde da Atenção Primária sobre intoxicação por agrotóxicos. J bras tele [Internet]. 2018 [cited 2021 Mar 9];5(1):148. Available from: <https://lume.ufrgs.br/bitstream/handle/10183/187934/001067822.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

11. Daher MJE, Angelim CB, Vidal LL, Paes GK. The contribution of nurses in the prevention of diseases regarding use of rural workers by agrochemical. Rev fund care online [Internet]. 2011 [cited 2021 Mar 9];3(3):2080-2087. Available from: <https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/5090779.pdf>
12. Dantas NM, Moura AWA, Serbim AK, Nascimento CA, Santos ACM, Farias KF. Perfil dos Diagnósticos de Enfermagem de fumicultores. Rev enferm UFPE on line. 2019;13:e237757. DOI: 10.5205/1981-8963.2019.237757
13. Fenzke MN, Mello MCVA de, Santos KNSC, Cezar-Vaz MR. Sickneses and factors related to rural workers 'health. Rev enferm UFPE on line. 2018;12(8):2214-26. DOI: 10.5205/1981-8963-v12i8a23153 2p2214-2226-2018
14. Fuhrmann, S, Winkler MS, Staudacher P, Weiss FT, Stamm C, Eggen RIL, et al. Exposure to Pesticides and Health Effects on Farm Owners and Workers from Conventional and Organic Agricultural Farms in Costa Rica: Protocol for a Cross-Sectional Study. JMIR Res Protoc. 2019; 8(1):e10914. DOI: 10.2196/10914
15. Hungaro AA, Correia LM, Silvino MCS, Rocha SM, Martins BF, Oliveira MLF. Pesticide poisoning: records of a toxicological assistance sentinel service. Ciênc cuid saúde. 2015;14(3):1362-69. DOI: 10.4025/cienccuidsaude.v14i3.25119
16. Klein BN, Staudt KJ, Missio R, Hammad, MP, Alves IA. Impact analysis of the use of organophosphates and carbamates rural workers of the municipality in a northwest region of Rio Grande do Sul. Acta toxicol Argent [Internet]. 2018 [cited 2021 Mar 9];26(3):117-25. Available from: http://ppct.caicyt.gov.ar/index.php/ata/article/view/12467/pdf_1
17. Lima EP, Lopes SMB, Amorim MIM, Araújo LHS, Neves KRT, Maia ER. Pesticide exposure and its repercussion in the health of sanitary agents in the State of Ceará, Brazil. Ciênc saúde colet [Internet]. 2009 [cited 2021 Mar 9];14(6):2221-30. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v14n6/31.pdf>
18. Lopes CVA, Albuquerque GSC. Agrochemicals and their impacts on human and environmental health: a systematic review. Saúde Debate. 2018;42(117):518-34. DOI: 10.1590/0103-1104201811714
19. Marangoni SR, Seleg him MR, Teixeira JA, Buriola AA, Ballani TSL, Oliveira MLF. Intoxications by pesticides recorded at a poisoning control center. Rev enferm UFPE on line. 2011;5(8):1884-90. DOI: 10.5205/reuol.1262-12560-1-LE.0507201110
20. Mariano AC, Gil NLM. Efeito do agrotóxico à saúde humana: revisão bibliográfica. Revista UNINGÁ [Internet]. 2011 [cited 2021 Mar 9];5(3):101-09. Available from: <http://revista.uninga.br/index.php/uningareviews/article/view/587/243>
21. Martins VHS, Carvalho MAB, Belfort LRM, Guisande TCCA, Santos TV. The role of work nursing in the prevention of the risks of workers exposed to pesticides: a bibliographical review. Rev Soc Dev. 2019; 8(6):e19861039. DOI: 10.33448/rsd-v8i6.1039.
22. Melnyk BM, Fineout-Overholz E. Making the Case for Evidence-Based Practice and Cultivating a Spirit of Inquiry. In: Melnyk BM, Fineout-Overholz. Evidence-based practice in nursing & healthcare. A guide to best practice. Philadelphia: Wolters Kluwer Health, Lippincott Williams & Wilkins; 2011. p. 3-2
23. Mendes KDS, Silveira RCCP, Galvão CM. Integrative literature review: a research method to incorporate evidence in health care and nursing. Texto contexto enferm. [Internet]. 2008 [cited 2021 Mar 9];17(4):758-64. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/tce/v17n4/18.pdf>

24. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Departamento de Apoio a Gestão Participativa. Política nacional de saúde integral das populações do campo e da floresta [Internet]. Brasília: MS; 2013 [acessado em 2021 mar 9]. 48 p. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_saude_populacoes_campo.pdf
25. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Vigilância em Saúde. Coordenação Geral de Desenvolvimento da Epidemiologia em Serviços. Guia de Vigilância em Saúde [Internet]. Brasília: MS; 2016 [acessado em 2021 mar 9]. 773 p. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/guia_vigilancia_saude_1ed_atual.pdf
26. Pessoa VM, Rigotto RM. Agribusiness: Generating social inequalities, impacts on way of life, and new health needs among rural workers. Rev bras saúde ocup. [Internet]. 2012 [cited 2021 Mar 9];37(125):65-77. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/rbso/v37n125/a10v37n125.pdf>
27. Pontes AGV, Rigotto RM, Silva JV. Health needs of the rural population in environmental conflict due to the installation of Irrigated Perimeters. Ciênc saúde colet. 2018;23(5):1375-1386. DOI: 10.1590/1413-81232018235.05022016
28. Queiroz PR, Lima KC, Oliveira TC, Santos MM, Jacob JF, Oliveira AMBM. Notifiable Diseases Information System and human poisoning by pesticides in Brazil. Rev bras epidemiol. 2019;22: e190033. DOI: 10.1590/1980-549720190033
29. Reis RS. Segurança e Saúde no Trabalho: normas regulamentadoras. 10. ed. São Caetano do Sul: Yendis; 2012.
30. Riquinho DL, Hennington EA. Tobacco cultivation in the south of Brazil: green tobacco sickness and other health problems. Ciênc saúde colet. 2014;19(12):4797-4808. DOI: 10.1590/1413-812320141912.19372013
31. Santos ACM, Soares IP, Moreira JC, Farias MBM, Dias RBF, Farias KF. Profile of clinical information in medical records of tobacco farmers in Alagoas, Brazil. Rev bras med trab. 2017;15(4):310-316. DOI: 10.5327/Z1679443520170045
32. Santos VCF, Ruiz ENF, Riquinho DL, Mesquita MO. Health and environment in public policies of tobacco farming municipalities in southern Brazil. Rev gaúch enferm. 2015;36(spe):215-223. DOI: 10.1590/1983- 1447.2015.esp.57189
33. Scardoelli MGC, Buriola AA, Oliveira MLF, Waidman MAP. Intoxicações por agrotóxicos notificadas na 11ª regional de saúde do estado do paraná. Cienc Cuid Saúde. 2011;10(3):549-555. DOI: 10.4025/cienccuidsaude.v10i3.17381
34. Secretaria de Saúde do Paraná. Material técnico intoxicações agudas por agrotóxicos atendimento inicial do paciente intoxicado [Internet]. Paraná: Secretaria de saúde do Paraná; 2018 [acessado em 2021 mar 9]. 120 p. Disponível em: <http://www.saude.pr.gov.br/arquivos/File/IntoxicacoesAgudasAgrotoxicos2018.pdf>
35. Silva AC, Camponogara S, Viero CM, Menegat RP, Dias GL, Miorin JD. Socioeconomic profile of Rural workers cancer sufferers. Rev fund care online. 2016;8(3):4891-97. DOI: 10.9789/2175-5361.2016.v8i3.4891-4897
36. Silvério ACP, Martins I, Nogueira DA, Mello MAS, Loyola EAC, Graciano MMC. Assessment of Primary Health Care for rural workers exposed to pesticides. Rev. Saúde Pública. 2020;59(9):1-11. DOI: 10.11606/s1518-8787.2020054001455

37. Siqueira DFS, Moura RM, Laurentino GEC, Araújo AJ, Cruz SL. Analysis of rural workers' exposure to pesticides. *Rev bras promoç saúde* [Internet]. 2013 [cited 2021 Mar 9];26(2):176-185. Available from: https://periodicos.unifor.br/RBPS/article/view/2902/pdf_1
38. Siqueira SL, Kruse MHL. Agrochemicals and human health: contributions of healthcare professionals*. *Rev Esc Enferm USP* [Internet]. 2008 [cited 2021 Mar 9];43(3):584-90. Available from: http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v42n3/en_v42n3a23.pdf
39. Sousa JA, Feitosa HO, Carvalho CM, Pereira CF, Feitosa SO, Silva SL. Perceptions of farmers on the pesticide use. *Rev bras agric irr.* 2016;10(5):976- 989. DOI: 10.7127/rbai.v10n500484
40. Stumm EMF, Zaisov A, Kirchner RM, Loro MM. Farmers's conceptions on the use of agrochemicals. *Rev enferm UFPE on line*. 2011;5(2):70-79. DOI: 10.5205/reuol.1262-12560-1-LE.0508201116
41. Tofolo C, Fuentefria AM, Farias FM, Machado MM, Oliveira LFS. Contributing factors for farm workers' exposure to pesticides in the west of the state of Santa Catarina, Brazil. *Acta sci., Health sci.* 2014;36(2):153-159. DOI: 10.4025/actascihealthsci.v36i2.22383
42. Viero CM, Camponogara S, Cezar-Vaz MR, Costa VZ, Beck CLC. Risk society: the use of pesticides and implications for the health of rural workers. *Esc Anna Nery*. 2016;20(1):99-105. DOI: 10.5935/1414-8145.20160014
43. Zocche DAA, Zanatta EA, Adamy EK, Vendruscolo C, Trindade LL. Protocolo para revisão integrativa: caminho para busca de evidências. In: TEIXEIRA E (organizadora). Desenvolvimento de tecnologias cuidativo-educacionais: volume II. Porto Alegre: Moriá, 2020, p.237-249

CAPÍTULO 17

TECNOLOGIAS DE CUIDADO PARA PREVENÇÃO DE PÉ DIABÉTICO NA ATENÇÃO PRIMÁRIA A SAÚDE

Data de aceite: 01/04/2022

Amanda Cibele Gaspar dos Santos

Fernanda Matheus Estrela

Karoline Vasconcelos Campos

Nayara Silva Lima

Juliana Bezerra do Amaral

Rose Ana Rios David

Priscila Araújo Grisi

Sostenes Hermano Virgolino Missias

Carleone Vieira dos Santos Neto

Ana Carla Barbosa de Oliveira

Josenira Nascimento Silva

Dilmara Pinheiro Carvalho

Dailey Oliveira Carvalho

Barbara Sueli Gomes Moreira

Rosenildes Santos Almeida

Georgia Neves da Silva

Fabiana Vanni Brito

Renata da Silva Schulz

Tania Maria de Oliveira Moreira

Emanuelle de Oliveira Moreira

Sheyla Santana de Almeida

Ana Ligia Martins Sousa

RESUMO: As lesões em pé diabético (LPD) destacam-se como a complicação mais frequente que ocorre em pacientes diagnosticados com Diabetes Mellitus (DM) tipo I e II, resultando em significativa taxa de prevalência, morbimortalidade e aumento de custos associado a internações hospitalares. Desta forma, faz-se necessário a criação e implementação de tecnologias de cuidado pela enfermagem na atenção primária à saúde para a prevenção do pé diabético. Entende-se que, devido à alta prevalência do pé diabético associado aos altos custos que são gerados aos sistemas de saúde, é imprescindível contribuir para a redução dessa complicação. Diante disso, motivou-se estudar como se desenvolvem as tecnologias de cuidado que podem ser utilizadas pelo profissional de enfermagem na APS para prevenir o pé diabético. Portanto, esse trabalho tem como objetivo geral descrever as tecnologias de cuidado para a prevenção do pé diabético na atenção primária à saúde. Trata-se de revisão narrativa, desenvolvida com base em artigos publicados em periódicos e documentos de órgãos oficiais. Este método permite descrever o estado da arte, de modo a sintetizar o conhecimento já exposto na literatura, somado às reflexões propostas pelos autores. Tal metodologia contribui para a discussão sobre um tema e é indicada para temáticas que necessitam de maiores aprofundamentos, que embase a prática e sirva de subsídio para olhar para as tecnologias de cuidado que podem ser utilizadas pelo profissional de enfermagem na APS para

prevenir o pé diabético. OS resultados foram divididos na epidemiologia do pé diabético e os fatores de risco, a atenção primária a saúde e o cuidado e prevenção do pé diabético e as tecnologias de cuidados do pé diabético. O presente estudo tem o intuito de beneficiar acadêmicos e profissionais acerca de um maior conhecimento sobre o pé diabético e da atuação da enfermagem na sua prevenção. Além disso, possibilitar a melhora da qualidade do atendimento preventivo de úlceras nos pés a paciente diabéticos e assim diminuindo a incidência desse grave problema de saúde.

PALAVRAS-CHAVE: Tecnologias de cuidado, atenção primária a saúde, prevenção, pé diabético.

ABSTRACT: Diabetic foot injuries (DPL) stand out as the most frequent complication that occurs in patients diagnosed with Type I and II Diabetes Mellitus (DM), resulting in a significant rate of prevalence, morbidity and mortality and increased costs associated with hospital admissions. Thus, it is necessary to create and implement care technologies by nursing in primary health care for the prevention of diabetic foot. It is understood that, due to the high prevalence of diabetic foot associated with the high costs that are generated to health systems, it is essential to contribute to the reduction of this complication. Therefore, it was motivated to study how care technologies are developed that can be used by nursing professionals in PHC to prevent diabetic foot. Therefore, this work has the general objective to describe the care technologies for the prevention of diabetic foot in primary health care. This is a narrative review, developed based on articles published in journals and documents from official bodies. This method allows describing the state of the art, in order to synthesize the knowledge already exposed in the literature, added to the reflections proposed by the authors. Such a methodology contributes to the discussion on a topic and is indicated for topics that need further study, as a basis for practice and as a subsidy to look at care technologies that can be used by nursing professionals in PHC to prevent diabetic foot. The results were divided into diabetic foot epidemiology and risk factors, primary health care and diabetic foot care and prevention, and diabetic foot care technologies. The present study aims to benefit academics and professionals about a greater knowledge about the diabetic foot and the role of nursing in its prevention. In addition, to improve the quality of preventive care for foot ulcers for diabetic patients, thus reducing the incidence of this serious health problem.

KEYWORDS: Care technologies, primary health care, prevention, diabetic foot.

INTRODUÇÃO

As lesões em pé diabético (LPD) destacam-se como a complicação mais frequente que ocorre em pacientes diagnosticados com Diabetes Mellitus (DM) tipo I e II, resultando em significativa taxa de prevalência, morbimortalidade e aumento de custos associado a internações hospitalares. Desta forma, faz-se necessário a criação e implementação de tecnologias de cuidado pela enfermagem na atenção primária a saúde para a prevenção do pé diabético.

A definição, as condições clínicas e as complicações do pé diabético, inclusive a amputação são temáticas discutidas por estudiosos a nível internacional. Segundo o IWFGD

(*International Working Group on the Diabetic Foot*) (2019), pé diabético pode ser definido como “infecção, ulceração e/ou destruição de tecidos moles associadas a alterações neurológicas e vários graus de doença arterial periférica (DAP) nos membros inferiores”. Ou seja, trata-se de uma condição clínica complexa que está associada a presença de ulcerações nos pés, resultantes principalmente de neuropatia periférica diabética e doença arterial. Essas ulcerações, quando não tratadas adequadamente, podem progredir com infecções, osteomielite e, em último caso, amputação do membro (TOSCANO, 2018).

A prevalência de lesões de pé diabéticos variam entre 2 e 13% no Brasil e no mundo. A nível mundial possui uma média de 6,4%, variando entre 3% na Oceania e de 13% na América do Norte. Uma estimativa de 2015 concluiu que a cada ano entre 9,1 milhões a 26,1 milhões de pessoas diabéticas desenvolvem ulcerações nos pés, sendo que a prevalência do pé diabético é maior em homens do que em mulheres e maior em pessoas com diabetes tipo 2. (IDF, 2017) No Brasil, no ano de 2013 estimou-se que a prevalência de diabéticos com lesões nos pés foi de 5,27%, com incidência anual de 2% e um risco de 25% em desenvolvê-las ao longo da vida. (BRASIL, 2016). Observa-se que a maioria das LPD acabam levando a internamentos hospitalares devido ao agravamento do quadro.

Essas lesões nos membros inferiores são responsáveis por cerca de 20% das internações hospitalares prolongadas e por 40% a 70% do total de amputações não traumáticas na população geral (BRASIL, 2016). Devido a essas grandes taxas de internações hospitalares e necessidade de tratamentos, os custos com o pé diabético são aproximadamente cinco vezes maiores quando comparados aos indivíduos diabéticos que não apresentam essa complicação (TOSCANO, 2018). Ou seja, as LPD são umas das principais causas de hospitalizações prolongadas e amputações, o que gera impactos econômicos ao serviço de saúde em virtude dos altos custos que essa complicação ocasiona quando não tratada precocemente.

Os custos provocados pelo pé diabético são elevados em diversos lugares do mundo. Nos Estados Unidos, compreendem cerca de 28 mil dólares a cada admissão por ulceração; na Suécia, 18 mil dólares em casos sem amputação e 34 mil dólares naqueles com amputação. Em relação ao Brasil, no ano de 2014 foram gastos, cerca de Int\$ 335.500 milhões com o pé diabético a nível ambulatorial, representando 0,31% do PIB (SBD, 2020). Além disso, é importante considerar que os gastos para o tratamento de úlceras de maior grau de complexidade são oito vezes maiores quando equiparados com as de baixo grau. (IDF, 2017). Contudo, percebe-se que o pé diabético sobrecarrega economicamente o Sistema de Saúde Brasileiro, tornando necessário que a Atenção Primária à Saúde (APS) invista em tecnologias de cuidado com o objetivo de melhorar a prevenção.

A APS é o primeiro nível de atenção e abrange a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação e a manutenção da saúde. (FERREIRA, 2017). Portanto, tem papel fundamental na prevenção do pé diabético, uma vez que esta deve ser realizada através da educação para os pacientes diabéticos,

identificação e intervenção dos fatores de riscos e promover tratamento efetivo e imediato quando necessário (BRASIL, 2016). Diante disso, entende-se que a enfermagem, principal atuante no gerenciamento e produção do cuidado na APS, terá função indispensável na aplicação das tecnologias de cuidado para realizar a prevenção dessas ulcerações.

Objetivando alcançar uma melhor prevenção do pé diabético na APS, se faz necessário o uso das tecnologias de cuidado. Tais tecnologias, podem ser definidas como “todas as técnicas, procedimentos, conhecimentos utilizados pelo enfermeiro no cuidado” (KOERICH, 2006). De acordo com Merhy (2002) podem ser classificadas em (1) leves, que são as tecnologias de relação; (2) leve-duras, que são os conhecimentos científicos e (3) duras, que são os equipamentos e estruturas organizacionais utilizados no cuidado. Diante disso, percebe-se que as tecnologias são fundamentais para facilitar as ações práticas em enfermagem e promover a qualidade do cuidado aos pacientes com risco a desenvolverem o pé diabético na APS.

Entende-se que, devido à alta prevalência do pé diabético associado aos altos custos que são gerados aos sistemas de saúde, é imprescindível contribuir para a redução dessa complicaçāo. Diante disso, motivou-se estudar como se desenvolvem as tecnologias de cuidado que podem ser utilizadas pelo profissional de enfermagem na APS para prevenir o pé diabético. Portanto, esse trabalho tem como objetivo geral descrever as tecnologias de cuidado para a prevenção do pé diabético na atenção primária à saúde e como objetivos específicos: (1) conceituar o pé diabético; (2) descrever características e complicações do pé diabético; (3) conceituar as tecnologias de cuidado para a prevenção do pé diabético na atenção primária.

METODOLOGIA

Trata-se de revisão narrativa, desenvolvida com base em artigos publicados em periódicos e documentos de órgãos oficiais. Este método permite descrever o estado da arte, de modo a sintetizar o conhecimento já exposto na literatura, somado às reflexões propostas pelos autores. Tal metodologia contribui para a discussão sobre um tema e é indicada para temáticas que necessitam de maiores aprofundamentos, que embase a prática e sirva de subsídio para olhar para as tecnologias de cuidado que podem ser utilizadas pelo profissional de enfermagem na APS para prevenir o pé diabético.

RESULTADOS

Epidemiologia e fatores de risco do pé diabético

Em 1991 o pé diabético ganhou notoriedade no âmbito da saúde brasileira em decorrência do trabalho da equipe do Distrito Federal, através do Projeto Salvando o Pé Diabético. No qual foi implementado medidas preventivas simples e integração com

o nível básico de saúde gerando pontos positivos, como a redução de amputações, sendo posteriormente ampliando para todos os estados brasileiros. Tal projeto possibilitou a participação de representantes do Brasil no Grupo de Trabalho Internacional sobre Pé Diabético (IWGDF) criado em 1996 para melhor compreensão dessa problemática mundial. (IWGDF, 2001)

O pé diabético é um crescente problema de saúde pública mundial que está entre as complicações mais graves da DM, portanto foi definido por diversos autores. De acordo com o International Diabetes Federation (IDF) é uma complicação crônica grave da Diabetes Mellitus e consiste em lesões nos tecidos profundos associados a distúrbio neurológicos e doença arterial periférica (DAP) nos membros inferiores. Trata-se de uma série de condições clínicas que podem levar à ulceração do pé, principalmente resultantes da neuropatia periférica e da doença arterial periférica. Essas condições quando não tratadas podem progredir com outras complicações como infecção, osteomielite e amputação do membro. (TOSCANO et al. 2018)

Os dados epidemiológico dessa doença são variados no mundo dependendo do desenvolvimento de cada país. A nível mundial, a prevalência de LPD varia de 4 a 10 % e a incidência anual entre 5 a 6,3%, ambas são maiores em países com baixo desenvolvimento socioeconômico. (SBD, 2019) Essas lesões quando não prevenidas e tratadas adequadamente podem resultar em amputação dos membros inferiores, segundo o Gershater (2021) a cada 20 segundo uma amputação é realizada em alguém lugar do mundo em decorrência da DM. Se tratando de Brasil, a prevalência do pé diabético acomete de 5% a 10% da população diabética, mas segundo o Ministério da Saúde esses números podem ser reduzidos em 50% quando prevenidos por meios e ações educativas e identificação dos fatores de riscos. (SANTOS; CAPIRUNGA, SOUZA, 2013) (VARGAS et al. 2017).

Apesar da sua prevalência variar em diferentes regiões do mundo, independentemente do desenvolvimento econômico, social ou político de cada país, as vias de ulcerações são semelhantes na maior parte dos pacientes diabéticos. Segundo as diretrizes do IWGDF, envolvem frequentemente dois ou mais fatores de riscos, principalmente a neuropatia periférica e a doença arterial periférica (DAP). (IWGDF, 2019)

A Neuropatia periférica é a forma mais frequente do pé diabético e ainda não se sabe a causa exata, mas evidências indicam associação com hiperglicemias prolongadas. Tal condição, ocasiona o comprometimento de todas as fibras nervosas, incluindo as fibras mielíticas somáticas e do sistema nervoso autônomo. (DUARTE; GONÇALVES, 2011) Esse comprometimento é caracterizado por dores, parestesia, perda da sensorial, deformidades, e limitação da mobilidade articular, resultando em uma carga biomecânica anormal sobre o pé, e posteriormente a ulceração. (OWGDF, 2019).

Ao contrário da neuropatia, a doença arterial periférica não é resultado direto da diabetes, mas está presente em grande parte dos pacientes com lesões de pé diabético e

geralmente acontece devido aos efeitos da aterosclerose. (DUARTE; GONÇALVES, 2011) A DAP quando associada a oclusão aterosclerótica é um fator de risco importante para a má cicatrização de úlceras e para amputação dos membros inferiores, caracteriza-se pela redução dos pulsos periféricos, isquemia, atrofia dos membros inferiores e sensação dolorosa nos pés. (IWGDF,2019); (SANTOS; CAPIRUNGA, SOUZA, 2013).

De acordo com outras literaturas, outros fatores de risco que contribuem para o surgimento do pé diabético estão relacionados à idade; sexo, sendo mais frequente em homens devido mau controle das complicações; controle glicêmico ineficaz; traumas; deficiência de informações sobre a doença e cuidado preventivos; autocuidado insatisfatório, como higiene precária e corte das unhas incorreto; e uso de calçados inadequados. (SANTOS; CAPIRUNGA, SOUZA, 2013); (BRASIL, 2016); (CUBAS et al.,2013).

Esses fatores de risco quando não identificado e tratados precocemente levam a LPD que são responsáveis por grande parte das internações hospitalares em paciente diabéticos, podendo resultar em amputação de membros inferiores. Isso a torna a complicação mais cara do DM, consequentemente, causando sobrecarga econômica para a saúde pública. (TOSCANO et al., 2018) Além disso, é fonte de grande impacto social, cultural, emocional e biológico devido as consequências que podem gerar como o sofrimento, gastos com internações, invalidez e representar um grande problema para a família do paciente, profissionais de saúde e para a sociedade como um todo. Portanto, torna-se necessários estratégias de prevenção pra reduzir a prevalência e os danos causados por essa doença. (IWGDF, 2019)

Atenção primaria a saúde e o cuidado e prevenção ao pé diabético

A Atenção Primária a Saúde (APS) caracteriza-se por um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo e é o contato preferencial dos usuários com os sistemas de saúde. Essas ações de saúde são desenvolvidas pelos profissionais de saúde em conjunto, mas cada um com atribuições específicas. Compete ao profissional médico e enfermeiro, realizar o cuidado da saúde da população adscrita, ações de atenção à saúde conforme a necessidade de saúde da população; ações de educação em saúde; consultas e procedimentos; participação do acolhimento dos usuários e no gerenciamento dos insumos. (BRASIL, 2012)

Desse forma, a APS tem papel fundamental no processo de prevenção, pois é a principal porta de entrada do sistema de saúde devendo abranger a promoção, prevenção e recuperação da saúde e garantir a integralidade do cuidado. (VARGAS,2017) Nesse contexto, a enfermagem destaca-se por ser o profissional que está em contato direto com a comunidade sendo de sua responsabilidade garantir a assistência integral na promoção e proteção da saúde, prevenção de agravos, diagnóstico, tratamento, reabilitação e manutenção da saúde, além de promover ações educativas para conscientização dos pacientes diabéticos. (SOUZA et al., 2017)

A prevenção de LDP vem sendo discutida por diversos autores e profissionais da saúde, nesse sentido, foi criado em 2001 o primeiro Consenso Internacional sobre Pé diabético que preconiza os seguintes pilares para prevenir essas lesões: (1) identificação do pé em risco; (2) exame regular dos pés; (3) abordagem educativa; (4) garantir uso de calçados adequados e (5) tratamento de fatores de risco. Estudos tem comprovado que intervenções, principalmente as que incluem exame regular dos pés, juntamente com a classificação de risco e ações educativas reduzem a prevalência de lesões pela metade. (CUBAS et al., 2013)

A identificação do pé em risco ou fatores de risco que podem desenvolver LDP podem ser facilmente detectados através da história clínica e por meio do sistema de classificação de risco preconizado pelo IWGDF, onde dependendo do risco identificado verifica-se a necessidade da frequência de avaliação e exame dos pés. (IWGDF, 2001)

Em relação ao exame regular do pés, especialistas recomendam que os pacientes diagnosticados com DM dever ser examinados e avaliados, preferencialmente, pelo enfermeiro da atenção básica como recomenda o Manual do pé diabético, ao menos uma vez por ano. Quando apresentando fatores de risco esse paciente deve ser examinados com maior frequência para a redução dessa complicação (IWGDF, 2021) (BRASIL, 2016). Esse exame clínico associado ao histórico clínico e anamnese, podem identificar os dois fatores de risco mais importantes para ulcerações dos pés, a neuropatia periférica e da DAP. (Brasil, 2016)

O exame deve abranger, histórico clínico; avaliação da anatomia dos pés verificando se há deformidades nos pés característicos da neuropatia diabética, avaliação da cor da pele, hidratação, temperatura, presença de calos, edema e sinais ulcerativos; palpação dos pulsos dos pés; avaliação da sensibilidade tático e protetora; e observar a higiene dos pés. A avaliação tático pode ser feita com monofilamento de Semmes-Weinstem, que é método recomendado para o rastreamento da neuropatia diabética e a protetora com diapason de 128 Hz. (Brasil, 2016) (IWDG, 2019)

A educação é a primeira linha de defesa para prevenir as LPD e possui como objetivo modificar o comportamento da pacientes quanto ao autocuidado, melhorar o conhecimento, e ensinar a reconhecer lesões e problemas potenciais nos próprios pés e promover a adesão das orientações recebidas como o uso de sapatos adequados, controle glicêmico entre outras. E além do pacientes, a educação em saúde deve ser destinadas aos profissionais de saúde e aos familiares do paciente, quando os cuidados diários envolvem essas pessoas. (IWGDF, 2019) (IWGDF, 2001); (SANTOS; CAPIRUNGA, SOUZA, 2013). Pesquisas comprovam que essas intervenções educativas quando aplicadas possuem eficácia e reduzem as úlceras nos pés. (MENEZES; LOPES; NOGUEIRA, 2016). Essas ações educativas para a prevenção do pé diabético devem incluir: incentivo da inspeção diária dos pés, controle glicêmico, desenvolvimento de habilidades de identificar e notificar qualquer alterações nos membros inferiores; explicar a importância do uso de sapatos

adequados, hidratação da pele e corte das unhas correto. (IWGDF, 2019)

O uso de calçados inadequados e o hábito de andar descalço são as principais causas de traumas que antecedem ulcerações em pacientes com sensibilidade tátil diminuída e deformidades, portanto é necessário o incentivo de calçados apropriados em todos os ambientes, externos e interno. (IWGDF, 2019); (IWGDF,2001)

E o quinto pilar da prevenção preconiza que em pacientes com diabetes deve-se tratar qualquer fator de risco ou qualquer sinal indicativo de ulcerações. São exemplos desse tratamento, remoção de calos; proteção de bolhas, realização de drenagens se necessário e tratamento antifúngicos para infecções fúngicas. Existem ainda o tratamento na APS de ulcerações quando já estão desenvolvidas, no entanto dependendo do grau da lesão pode haver necessidade de hospitalização. Segundo as recomendações do IWGDF os tratamentos podem ser realizados por meio de descarga de peso e proteção da úlcera; restauração da perfusão do tecido; tratamento de infecções; controle metabólico e tratamento de comorbidades; e tratamento local da úlcera através de limpeza e realização de curativos. (IWGDF,2019)

Embora as diretrizes, manuais e protocolos enfatizarem a importância de prevenir o pé diabético, a prevenção não vem sendo desenvolvida de forma eficaz, e é considerado um desafio para a atuação da enfermagem na atenção primária à saúde. (ARRUDA et al,2018) Menezes (2016) associa essa dificuldade ao crescimento do casos da doença, à falta de tempo de pacientes e a escassez de profissionais e educadores. Outros autores trazem ainda como desafios, a falta de conhecimento dos profissionais, infraestrutura inadequada, demanda excessiva, o baixo nível de escolaridade e idade do paciente dificultando o entendimento e falta de educação continuada. (SOUZA, 2017) (VARGAS, 2017)

Diante desse contexto, é de suma importância os profissionais serem capacitados, conhecer e aplicar as tecnologias de cuidado de prevenção do pé diabético baseando-se nas recomendações científicas, melhorando a qualidade do atendimento, atuando sobre uma perspectiva holística e com a interação de várias disciplinas. (SBD,2019)

Tecnologias de cuidado na aps

A palavra tecnologia é de origem grega derivada da junção do termo “tecnō” que vem do grego techne e significa fabricar, produzir, fazer ou construir; e do tremo “logia”, que vem do grego logus, razão, estudo ou teoria. Ou seja, tecnologia significa a razão do saber fazer, principalmente através do trabalho ou da arte. (VERASZTO; MIRANDA; SIMON, 2008) Apesar do significado abrangente, essa expressão é muitas vezes associada exclusivamente à produção de máquinas, aparelhos e equipamentos, porém a tecnologia não produz somente máquinas e instrumentos físicos, mas também pode ser utilizada como forma de organização e sistematização de atividades com objetivo de melhorar a eficiência da atividade humana e buscar inovações capazes de transformar o cotidiano nas mais variadas esferas, principalmente na saúde. (KOERICH, 2006.)

Nesse sentido, a tecnologia pode ser considerada um conjunto de conhecimentos científicos e empíricos que no campo da saúde está interligada ao cuidado de enfermagem, uma vez que a enfermagem está comprometida com princípios, leis e teorias. (ROCHA et al., 2008). A tecnologia de cuidado é conceituada como “todas as técnicas, procedimentos, conhecimentos utilizados pelo enfermeiro no cuidado” e configurando-se como instrumento utilizado para melhorar a qualidade do cuidado. (KOERICH, 2006.)

A tecnologia permeia por todos os níveis de atenção à saúde, sendo indispensável na atenção primária a saúde para o fortalecimento de ações de prevenção, promoção e recuperação a saúde. (FERNANDES; SILVA; SOARES, 2011) Segundo Merhy (2002), as tecnologias podem ser classificadas como duras, que são representadas por equipamentos, máquinas, materiais e estruturas; em leve-duras que compreendem saberes estruturados, normas e protocolos; e leves estão relacionadas com o acolhimento, produção de vínculo, busca por autonomia do paciente, utilizando diálogo adequado e escuta qualificada.

São exemplos de tecnologias de cuidado na atenção primária os medicamentos; materiais e equipamentos como glicômetro, balança e aparelho de pressão; procedimentos; sistemas organizacionais, educacionais, de informação e de suporte; programas e protocolos assistenciais. Em outras palavras é todo e qualquer método ou dispositivo utilizado para promover o cuidado a saúde. Nesse nível de atenção as tecnologias leves e leve-duras podem ser desenvolvidas através de ações educativas, com o auxílio de dinâmicas em grupos e recursos e uso de linguagem adequada, buscando vínculo com paciente através do acolhimento e a melhoria das condições de saúde. (SANTOS; FROTA; MARTINS, 2016); (FERNANDES; SILVA; SOARES, 2011).

Tratando-se do pé diabético, as tecnologias de cuidados utilizadas para a prevenção na APS evolvem os três tipos de tecnologias: leves, leve-duras e duras que englobam equipamentos como glicômetro no controle glicêmico, minofinamentos, e diapasão no exames dos pés; acolhimento e utilização do sistema de estratificação de risco, para realizar classificação de risco do pé diabético preconizada pelo IWGDF. Outro tipo de tecnologia material que colabora para a prevenção do pé diabético são os calçados adequados que devem ser utilizados pelos pacientes.

Além disso é essencial, representando as tecnologias leves, a humanização com acolhimento, escuta qualificada e o desenvolvimento de ações de educação em saúde, que tem como objetivo modificar comportamentos inadequados, incentivar o autocuidado, promover adesão de conselhos e orientar sobre riscos e cuidados. Apesar de todas as tecnologias se relacionarem e serem importantes, nesse contexto de prevenção destaca-se as tecnologias de baixa densidade na atenção primária, tendo em vista que, muitos fatores de risco relacionados ao pé diabético podem ser reduzidos, principalmente, por meio de informações ações de educativas (BRASIL, 2016).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente estudo tem o intuito de beneficiar acadêmicos e profissionais acerca de um maior conhecimento sobre o pé diabético e da atuação da enfermagem na sua prevenção. Além disso, possibilitar a melhora da qualidade do atendimento preventivo de úlceras nos pés a paciente diabéticos e assim diminuindo a incidência desse grave problema de saúde.

REFERÊNCIAS

ARRUDA, Luana Savana Nascimento de Sousa et al. **Conhecimento do Enfermeiro Acerca dos Cuidados com o Pé Diabético** Rev enferm UFPE on line, 2018. Disponível em: <<https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-1051335>> acesso em: 2021.

BRASIL. Ministério da saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Manual do Pé Diabético, estratégias para o cuidado de pessoas com doenças crônicas**. Brasília, 2016. Disponível em: <http://www.as.saude.ms.gov.br/wp-content/uploads/2016/06/manual_do_pe_diabetico.pdf> acesso em: 2021.

BRASIL. Ministério da saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Política Nacional de Atenção Básica, PNAB**. Brasília, 2012. Disponível em:< <http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/pnab.pdf>> acesso em: 2021.

CUBAS, Marcia Regina et al. **Pé diabético: orientações e conhecimento sobre cuidados preventivos. Fisioter. mov.**, Curitiba , v. 26, n. 3, p. 647-655, Sept. 2013 . Disponível em: <<https://www.scielo.br/pdf/fm/v26n3/a19v26n3.pdf>> acesso em: 2021.

DUARTE, Nádia; GONÇALVES, Ana. **Pé Diabético**. Revista de Angiologia e Cirurgia Vascular Volume 7, Número 2, Junho 2011.

FERNANDES, M. T. O.; SILVA, L. B.; SOARES, S. M. **Utilização de tecnologias no trabalho com grupos de diabéticos e hipertensos na Saúde da Família**. Ciência & Saúde Coletiva, v. 16, p.1331-1340, 2011. Disponível em: <https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232011000700067> acesso em: 2021.

FERREIRA, Sandra Rejane et. al. **A complexidade do trabalho do enfermeiro na Atenção Primária à Saúde**. Resvista Brasileira de Enfermagem, Florianópolis 2017. Disponível em: <https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S003471672018000700704&lng=e&nrm=iso&tlang=pt> acesso em: 2021.

Galvão TF, Pansani T de SA, Harrad D. **Principais itens para relatar Revisões sistemáticas e Meta-análises: A recomendação PRISMA**. Epidemiol e Serviços Saúde. 2015; 24(2):335–42.

GALVAO, Cristina Maria. **Níveis de evidência. Acta paul.** enferm., São Paulo , v. 19, n. 2, p. 5, June 2006 . Disponível em: <https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2237-96222015000200335> acesso em: 2021.

GERSHATER, Magdalena A. **The diabetic foot in hospitalised stroke patients: Documentation of nursing actions and the need for improvement**. Journal of Wound Management. Volume 22, No 1, April, 2021. DOI: 10.35279/jowm202104.02

IDF- International Diabetes Federation. **Diabetes complications**. Diabetes Atlas, Eighth Edition, cap.5 pg. 84, 2017. Disponível em: <www.diabetesatlas.org> acesso em: 2021.

IWFGD - **Diretrizes do IWGDF sobre a prevenção e tratamento de pé diabético**. 2019 Tradução Brasileira das Diretrizes IWGDF no 34º Congresso da Sociedade Brasileira de Endocrinologia e Metabologia, 2020 Brasília. Disponível em: <<http://www.saude.ba.gov.br/wp-content/uploads/2020/12/CONSENSO-INTERNACIONAL-DE-PE-DIABETICO-2019.pdf>> acesso em: 2021.

IWFGD - **Diretrizes do IWGDF sobre a prevenção e tratamento de pé diabético**. 2019 Tradução Brasileira das Diretrizes IWGDF no 34º Congresso da Sociedade Brasileira de Endocrinologia e Metabologia, 2020 Brasília. Disponível em: <<http://www.saude.ba.gov.br/wp-content/uploads/2020/12/CONSENSO-INTERNACIONAL-DE-PE-DIABETICO-2019.pdf>> acesso em: 2021.

IWGDF- Grupo de Trabalho Internacional sobre Pé Diabético. **Consenso Internacional sobre Pé Diabético**. Tradução de Ana Claudia de Andrade e Hermelinda Cordeiro Pedrosa. Brasília, DF: Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal; 2001. Disponível em: <http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/conce_inter_pediatrico.pdf> acesso em: 2021

KOERICH, Magda Santos et. al. **Tecnologias de cuidado em saúde e enfermagem e suas perspectivas filosóficas**. Texto contexto - enferm., Florianópolis , v. 15, n. spe, p. 178-185, 2006. Disponível em: <https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-07072006000500022&script=sci_abstract&tlang=pt> acesso em 2021.

MENDES, Karina Dal Sasso; SILVEIRA, Renata Cristina de Campos Pereira; GALVAO, Cristina Maria. **Revisão integrativa: método de pesquisa para a incorporação de evidências na saúde e na enfermagem**. Texto contexto - enferm, Florianópolis , v. 17, n. 4, p. 758-764, Dec. 2008 . Disponível em:<https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072008000400018> acesso em: 2021.

MENEZES, Marcela Machado; LOPES, Camila Takáo; NOGUEIRA, Lilia de Souza. **Impacto de intervenções educativas na redução das complicações diabéticas: revisão sistemática**. Rev. Bras. Enferm., Brasília , v. 69, n. 4, p. 773-784, Aug. 2016 . Disponível em: <https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672016000400773> acesso em: 2021.

MERHY, E. E. **Saúde: cartografia do trabalho vivo em ato**. São Paulo: Hucitec, 2002. Disponível em: <https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2008000800023> acesso em: 2021.

ROCHA, Patrícia Kuerten et al. **Cuidado e tecnologia: aproximações através do Modelo de Cuidado**. Rev. bras. enferm., Brasília , v. 61, n. 1, p. 113-116, Fev. 2008. Disponível em: <https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S003471672008000100018&script=sci_abstract&tlang=pt> acesso em: 2021.

SANTOS, Gardênia Ingrid Marques; CAPIRUNGA, Jéssica Barbosa Mendes; SOUZA, Olívia Souza Castro Almeida. **Pé diabético: Condutas do Enfermeiro**. Revista Enfermagem Contemporânea. 2013. Disponível em: <<https://www5.bahiana.edu.br/index.php/enfermagem/article/view/303>> acesso em: 2021.

SANTOS, Z.M.D.S.A; FROTA, M.A; MARTINS, A.B.T. **TECNOLOGIAS EM SAÚDE: DA ABORDAGEM TEÓRICA A CONSTRUÇÃO E APLICAÇÃO NO CENÁRIO DO CUIDADO**. Editora da Universidade Estadual do Ceará. 1ª Edição Fortaleza – CE, 2016.

SBD – Sociedade Brasileira de Diabetes Diretrizes. **Tratamento do diabetes mellitus associado a outras comorbidades:** avaliação, prevenção e tratamento do pé diabético. Capítulo 9 pág. 338, 2019-2020.

SBD – Sociedade Brasileira de Diabetes Diretrizes. **Tratamento do diabetes mellitus associado a outras comorbidades:** avaliação, prevenção e tratamento do pé diabético. Capítulo 9 pág. 338, 2019-2020.

SBD – Sociedade Brasileira de Diabetes. **O alto custo do pé diabético no Brasil.** 20 de fev. de 2018.

SOUZA, LMM; et al. **Metodologia de Revisão Integrativa da Literatura em Enfermagem.** Revista investigação em Enfermagem 2017.

SOUZA Luana Savana et al. **Conhecimento do Enfermeiro sobre a Prevenção do Pé Diabético: Revisão Integrativa da Literatura.** Revista Brasileira em Promoção da saúde, 2017. Disponível em: <<https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-876388>> acesso: em 2021.

SOUZA, Marcela Tavares de; SILVA, Michelly Dias da; CARVALHO, Rachel de. **Revisão integrativa: o que é e como fazer.** Einstein (São Paulo), São Paulo, v. 8, n. 1, p. 102-106, Mar. 2010. Disponível em:<https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1679-45082010000100102&script=sci_arttext&tlang=pt> acesso em: 2021.

TOSCANO, Cristina M et al. **Annual Direct Medical Costs of Diabetic Foot Disease in Brazil: A Cost of Illness Study.** Int J Environ Res Public Health. 2018. Disponível em: <<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29316689/>> acesso em: 2021. DOI:10.3390/ijerph15010089

VARGAS, Caroline Porcelis et al. **Condutas dos Enfermeiros da Atenção Primária no Cuidado a Pessoas com Pé Diabético.** Rev enferm UFPE online., Recife, nov. 2017. Disponível em: <<https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/bde-33476>> acesso em: 2021.

VERASZTO, E.V; MIRANDA, D.S.N.A; SIMON, F.O. **Tecnologia:** Buscando uma definição para o conceito PRISMA.COM nº7 2008. Disponível em: <<http://ojs.letras.up.pt/index.php/prismacom/article/viewFile/2078/1913>> acesso em: 2021.

CAPÍTULO 18

URGÊNCIA E EMERGÊNCIA NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE: UM OLHAR SOBRE A REALIDADE

Data de aceite: 01/04/2022

Data de submissão: 24/02/2022

Lucas Alves Gontijo

Enfermeiro. Secretaria Municipal de Saúde de Nova Serrana. Mestrando em Ciências pelo PPGENF da UFSJ-CCO. Especialista em Saúde Pública pela Universidade Norte do Paraná. Especialista em Urgência e Emergência

<http://lattes.cnpq.br/3593959411074871>

Keli Cristina da Silva

Enfermeira. Secretaria Municipal de Saúde de Nova Serrana. Especialista em Terapia Intensiva, Urgência, Emergência e Trauma.

Especialista em Gestão Hospitalar

<http://lattes.cnpq.br/5907594757572211>

a progressão não satisfatória do agravio à saúde. Este trabalho justifica-se em entender e compreender a urgência e emergência dentro da APS diante das disparidades regionais no atendimento à saúde, onde encontram-se UBS em estruturas próprias e outras provisórias, equipes multiprofissionais incompletas, ausência de equipamentos adequados e equipe preparada tecnicamente. Conceber o modo de produção de saúde (em especial às urgências e emergências) e a sua repercussão na APS, e quais os desdobramentos possíveis para gestão e organização desses serviços em âmbito local.

PALAVRAS-CHAVE: Urgência e Emergência; Atenção Primária à Saúde; Assistência à Saúde.

URGENCY AND EMERGENCY IN PRIMARY HEALTH CARE: A LOOK AT THE REALITY

ABSTRACT: In health care, the Family Health Strategy teams stand out for the promotion, recovery, and maintenance of the health of the enrolled community, preventing clinical complications that would require an emergency character if not identified in a timely manner. This is a theoretical essay in order to understand the state of the art in relation to the subject so that it would enable the theoretical foundation. In this sense, the main objective of this study is to know the health care in cases of urgency and emergencies in Primary Health Care, identifying potential and complicating factors for effective, safe and timely assistance, avoiding the unsatisfactory progression of the health problem. This work is justified to understand urgency and emergency in Primary Health Care in face of

RESUMO: Na assistência à saúde, as equipes de Estratégia Saúde da Família (ESF) destacam-se pela promoção, recuperação e manutenção da saúde da comunidade adscritas, prevenindo complicações clínicas que demandariam caráter emergencial se não identificadas em tempo oportuno. Trata-se de um ensaio teórico de modo a compreender o estado da arte em relação ao assunto para que possibilitasse a fundamentação teórica. Neste sentido o objetivo central deste estudo é conhecer a assistência à saúde nos casos de urgência e emergências na Atenção Primária à Saúde (APS), identificando fatores potencializadores e dificultadores para assistência efetiva, segura e oportuna, evitando

regional disparities in health care, where there are Basic Health Units in their own structures and other temporary ones, incomplete multiprofessional teams, lack of adequate equipment and technically prepared staff. Conceive the mode of production of health (especially urgencies and emergencies) and its repercussion in Primary Health Care, and what are the possible developments for management and organization of these services at local level.

KEYWORDS: Urgency and Emergency; Primary Health Care; Health Care.

INTRODUÇÃO

O Sistema Único de Saúde (SUS), instituído na Constituição da República Federativa Brasileira de 1988 como sistema público de acesso universal, integral e equânime, para garantir a saúde como direito de todos e dever do Estado (BRASIL, 1988). Em seus mais 30 anos de existência são reconhecidos os inúmeros avanços e desafios nas políticas de saúde implementadas (LIMA; CARVALH; COELI, 2018).

A Política Nacional da Atenção Básica (PNAB) criada como estratégia de cuidado integral e direcionado a demanda da população, e tendo a Atenção Primária à Saúde (APS) como porta de entrada aos serviços de saúde e possuindo organização em Redes de Atenção à Saúde (RAS), leva em consideração as especificidades locorregionais, onde existem populações específicas, itinerantes e dispersas, que também são responsabilidade da equipe enquanto estiverem na área de cobertura populacional, em consonância com os princípios doutrinários do SUS (BRASIL, 2017).

As Unidades Básicas de Saúde (UBS) são componentes chaves da RAS uma vez que são considerados espaços essenciais para educação, formação de recursos humanos, ensino em serviço, inovação e avaliação tecnológica. Tal equipamento possibilita o cuidado integral e direcionado às necessidades de saúde da população, dado que é APS que o planejamento em saúde ganha sentido e concretude, onde é possível conhecer o território de atuação e programar suas ações de acordo com o perfil e nas necessidades da comunidade (BRASIL, 2017).

Quanto melhor se conhece a comunidade, mais eficazes e resolutivas são as ações em saúde no suprimento das necessidades dos grupos, famílias e indivíduos, posto que são utilizados dados epidemiológicos, ambientais, sanitários e laborais, proporcionando então atenção adequada as pessoas, com diagnósticos precisos e oportunos, afastando as complicações e situações de urgência e emergência na APS (BRASIL, 2018).

Na assistência a saúde, as equipes de Estratégia Saúde da Família (ESF) destacam-se pela promoção, recuperação e manutenção da saúde da comunidade adscritas, prevenindo complicações clínicas que demandariam caráter emergencial se não identificadas em tempo oportuno. Importante salientar que embora o trabalho na APS seja pautado na promoção da saúde, as instabilidades clínicas e urgências também estão presentes nas demandas espontâneas, onde serão ofertados os primeiros atendimentos e encaminhados para os demais componentes da RAS, assegurando a integralidade da

atenção (LAURINDO, et al., 2019).

Apesar das orientações fornecidas às populações, ainda é comum que os usuários procurem as UBS para atendimento de urgência emergência e as Unidades de Pronto de Atendimento (UPA) para queixas sensíveis à APS (AMARAL, et. al, 2018). A APS é responsável pelo acolhimento a toda população independente de sua queixa, inclusive às urgências. Afinal, tal equipamento é a porta de entrada no SUS, e é a partir daí que o usuário será direcionado a atenção especializada assegurando o princípio da integralidade da atenção e universalidade de acesso (FARIAS, et. al, 2015).

Somado a isto, as situações de urgência e emergência são compreendidas como eventos em que ocorrem de forma imprevista, que proporcionam agravo à saúde com ou sem risco potencial de morte, e é nessa procura que será determinada a sua cura, reabilitação e/ou morte do usuário, porém é preciso enfatizar, que somente o acesso não é garantia de qualidade da assistência, visto que inúmeros fatores contribuem para melhora do paciente durante o primeiro atendimento, através de uma assistência bem-sucedida, oportuna e resolutiva (FARIAS, et. al, 2015).

Farias et. al. (2015) esclarece ainda que as urgências que recebem atendimento inicial dentro dos primeiros 60 minutos do início do agravo à saúde, por profissionais qualificados e supridos de material necessário, grande é a possibilidade de sobrevivência.

Neste sentido o objetivo central deste estudo é conhecer a assistência à saúde nos casos de urgência e emergências na APS, identificando fatores potencializadores e dificultadores para assistência efetiva, segura e oportuna, evitando a progressão não satisfatória do agravo à saúde.

O presente estudo teve como objetivo compreender e entender através de um ensaio teórico o estado da arte da urgência e emergência dentro da APS diante das disparidades regionais no atendimento à saúde, onde encontram-se UBS em estruturas próprias e outras provisórias, equipes multiprofissionais incompletas, ausência de equipamentos adequados e equipe preparada tecnicamente. Conceber o modo de produção de saúde (em especial às urgências e emergências) e a sua repercussão na APS, e quais os desdobramentos possíveis para gestão e organização desses serviços em âmbito local.

O ensaio teórico tem como natureza o caráter reflexivo e interpretativo, de forma a sair da razão e da argumentação padronizada. Assim sendo, o ensaio obriga os pesquisadores a pensar o objeto de estudo, desde o primeiro passo, levando em consideração alguns elementos: o todo e as partes, o discurso, a aparência e a essência e a lógica. Diferente das pesquisas metodológicas tradicionais, o ensaio teórico não é dado pelas buscas de respostas e afirmações verdadeiras, mas pelas perguntas que direcionam os pesquisadores às reflexões mais profundas, portanto o ensaio instiga os leitores a tirarem suas próprias reflexões e conclusões sobre o conhecimento em estudo (MENEGHETTI, 2011).

REFERENCIAL TEÓRICO

Atenção Primária à Saúde enquanto ordenadora da rede e coordenadora do cuidado

A APS ganha força no Brasil em 1990 quando o governo federal visava estruturar um sistema de saúde de caráter preventivo e com propostas assistências básicas especialmente no que tangia a promoção da saúde. Tais propostas se efetivaram com a implantação do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PAC,s) e posteriormente com a criação do Programa Saúde da Família em 1994. A posteriori, a Estratégia Saúde da Família (ESF), em que a APS passa a desenvolver sua versão mais holista e inclusiva, passando a ser compreendida como uma estratégia de reorientação do SUS. Operacionalizada pela equipe de saúde multiprofissional, territórios adscritos, a APS é estruturada com a finalidade de promover a atenção continuada e integral, edificada nos princípios da universalidade, acessibilidade, vínculo, responsabilização, humanização, equidade e participação social (RIBEIRO; SCATENA, 2019).

Como visto, a APS é um importante eixo estruturante do Sistema Único de Saúde (SUS), que nos seus 32 anos de existência ainda enfrenta inúmeros desafios, entre eles a consolidação e efetivação do acolhimento a demanda espontânea, a efetividade e a resolutividade das suas práticas, e a gestão da clínica e do cuidado (BRASIL, 2012).

Coordenar o cuidado é um objetivo comum da APS independente de onde esteja implantada, onde visa-se a garantia da continuidade da atenção integrada nos diferentes ponto de atenção à saúde que compõem a RAS, de forma verticalizada compreendendo a APS e demais níveis de atenção, e horizontalizada abrangendo a própria APS, serviços de saúde e equipes sociais. É partir da coordenação do cuidado que as intervenções são construídas e aplicadas de forma contínua, a fim de alcançar os objetivos propostos (RIBEIRO; CALVALCANTI, 2020.).

O Brasil apresenta um dos maiores sistemas públicos de saúde do mundo com resultado positivo e destaque internacional, ancorado por uma extensa APS, porém com entraves no financiamento, gestão, provisão de profissionais e estruturação dos serviços. É notória a influência deste serviço na redução da mortalidade e desigualdade em saúde, sendo potencializado pelas políticas de transferência de renda e proteção social (SARTI, et al, 2020).

A intensificação de investimentos na APS nas últimas décadas, especialmente após a implantação da ESF, produziu impacto positivo em importantes indicadores de saúde, como a redução da taxa de mortalidade infantil, a diminuição das internações por condições sensíveis à APS, a elevação do acompanhamento pré-natal e o aumento expressivo da cobertura populacional por essa modalidade de serviço. Especificamente sobre a elevação da cobertura, cabe ressaltar que o seu ritmo ocorreu de maneiras distintas, variando segundo a região e o porte populacional dos municípios (RIBEIRO; SCATENA, 2019).

No estudo de Ros et al (2018) a APS é apontada como ponto de comunicação da Rede de Atenção à Saúde (RAS) que expressam nas mais variadas demandas de cuidados, sendo eles inclusivos e resolutivos com integração entre os pontos de atenção ao sistema de saúde. Neste sentido, reforçam que este equipamento é considerado o ponto de comunicação da RAS e o coordenador do cuidado, organizando e racionalizando o uso de todos os recursos básicos e especializados direcionados a promoção, manutenção e melhora da saúde. Nesta perspectiva, quando a APS não consegue assumir seu cuidado através dos cuidados programáticos e atendimentos das pessoas acometidas por quadros agudos de baixa complexidade, as Unidades de Pronto Atendimentos (UPA's) encontram-se abarrotadas de demandas de baixa complexidades somadas as situações de urgência e emergência, prejudicando o trabalho das equipes e na baixa qualidade do cuidado prestado.

A Atenção Primária à Saúde (APS) é considerada a principal estratégia de reorientação do modelo assistencial, apontada como centro de comunicação das redes e nó intercambiador coordenador de fluxos e contrafluxos. Uma APS como porta de entrada, não focalizada em grupos em situação de pobreza, capaz de assumir a coordenação do cuidado dos usuários como um atributo fundamental na organização de sistemas de saúde, promotora de equidade, acesso, qualidade e continuidade da atenção (RIBEIRO; CALVALCANTI, 2020.).

No que se refere ao atendimento de baixa complexidade é importante ressaltar que o atendimento as urgências e emergências devem ser realizadas em todos os pontos de atenção à saúde e não somente nas unidades de pronto de atendimento, porém, ao comparar os serviços, o atendimento as urgências nas UBS diferenciam-se das unidades de pronto atendimento, visto que a APS envolve trabalho em equipe, que envolve conhecimento prévio do quadro de saúde da população adscrita, possibilidade de acesso a queixa anterior do paciente através do prontuário, o acompanhamento do quadro e o estabelecimento de vínculo, o que possibilita o cuidado longitudinal e não somente o atendimento pontual (BRASIL, 2012).

A garantia do acesso e do acolhimento é de suma importância para a consolidação do direito universal da população ao SUS e demanda uma estratégia de mudança no processo de trabalho, no qual procura estabelecer uma relação de vínculo e confiança entre profissionais/serviço/usuários, no intuito de, coletivamente, chegarem a soluções conjuntas para resolução das necessidades de saúde e, principalmente, ao alcance do princípio do SUS denominado integralidade (SILVA, et al., 2019).

Na exposição de Ribeiro e Calvalcanti (2020), que aborda a APS e a coordenação do cuidado, é enfatizado que estudos apontam que a coordenação do cuidado não prerrogativa da APS, entretanto os pesquisadores afirmam que o fortalecimento da APS é um importante instrumento para coordenar o percurso terapêutico do usuário. A APS só é efetiva quando consegue resolver a maior parte dos problemas de saúde, em tempo oportuno, com acessibilidade, equidade e continuidade do cuidado. Portanto, é nítida a importância

do fortalecimento do APS em um ambiente que está propício para a desorganização macroestrutural da rede, associado muitas vezes a falhas de comunicação entre os serviços, da desvalorização da APS, da baixa qualificação profissional e das fragilidades nos instrumentos adotados para integração dos níveis assistenciais.

No estudo de Konder e O'Dwyer (2016) onde é abordado a integração das Unidades de Pronto Atendimentos (UPAs) com as unidades assistenciais no município do Rio de Janeiro é evidenciado que a comunicação e interação entre a APS e unidade de urgência e emergência acontecem de forma fragilizada prejudicando o fluxo formal de encaminhamentos da APS para as UPAs tornando o acesso pelos usuários previamente atendidos pela APS de forma dificultosa. Como também o caminho contrário. É claro que se trata de unidade bastante diferentes, porém, a relação de apoio nem sempre está bem estabelecida e de maneira formalizada.

Os dados da pesquisa de Rol et. al. (2018), onde foi abordado a APS enquanto equipamento ordenador da assistência à saúde na rede de urgência e emergência, revelou que a integração entre APS e UPA encontra-se frágil, fragmentada e desarticulada de toda RAS e que as funções de cada equipamento encontra-se mal entendida pelo próprios gestores e profissionais e saúde.

Importante salientar que a APS possui dificuldades de acolher a demanda espontânea a livre demanda, visto as tarefas estabelecidas – agenda programada - e a proposta de promoção de prevenção da saúde estabelecida em na Política Nacional da Atenção Básica (PNAB).

O questionamento sobre possíveis limitações dos serviços de atenção básica na assistência à demanda não agendada e preocupações de que essa assistência poderia levar a um fortalecimento de ações historicamente distorcidas, caracterizadas por atendimentos pontuais, sem continuidade ou vínculo com os serviços de saúde, tipo queixa-conduta, tem dificultado a estruturação de um modelo que dê conta dessa questão. Ocorre que atender prontamente, e com médicos, é objetivamente fundamental para a atenção básica. A questão que se coloca é como fazer isso de forma racional, ampla, estável e articulada com os princípios gerais de defesa do direito de todos à saúde; como fazer isso de forma a ampliar a assistência imediata, garantindo sua continuidade, incluindo a contribuição de diferentes profissionais de saúde que permita uma ampliação do trabalho interdisciplinar e o cuidado integral e continuado. O processo de conversão da rede básica em rede de saúde da família e a modalidade de serviço de saúde intermediária entre as unidades básicas e os pronto-socorros podem resultar em limitado papel da atenção básica na rede de serviços com possíveis repercussões para a saúde da população, sobretudo diante de condições que, em especial, exigem integralidade e continuidade dos cuidados (PUCCINI, et al., 2012).

Somado a isso, a APS figura como um forte instrumento para garantia do acesso na utilização dos serviços de saúde e na resposta das necessidades da população. Estudos revelam que o aumento do acesso aos serviços de saúde pela APS tem sido associado aos efeitos benéficos sobre a equidade de acesso e maior vínculo entre usuários e equipes de

saúde, bem como de ser a principal referência de cuidado para a população. É evidente que a acessibilidade é um grande desafio no Brasil, sendo as barreiras geográficas obstáculos para acesso à saúde, o que demonstra a importância da ampliação da cobertura pela APS a fim de romper com práticas de cuidados centradas no acesso a partir de fichas e filas e possibilitando organizar ofertas de saúde mais inclusivas, com horário de atendimento flexível (FIGUEIREDO; SHIMIZU; RAMALHO, 2020).

O acesso aos serviços de atenção primária é uma ferramenta importante para reduzir a morbidade e mortalidade, especialmente quando a primeira exposição dos indivíduos ao serviço é adequadamente promovida. Além disso, um sistema de saúde baseado na atenção primária deve ter uma série de funções e elementos estruturais destinados a promover e garantir cobertura satisfatória de sua população, acesso universal aos serviços e aumento da equidade (ALVES, et al., 2020).

No estudo de Alves e colaboradores (2020) fica evidente que quando o serviço parece inacessível, é criada uma barreira. Portanto, os potenciais usuários do sistema não podem usar a barreira. A acessibilidade está diretamente relacionada ao que o requerente vê no serviço para que ele possa usá-lo. Este é para o usuário a principal barreira a ser superada. No entanto, segundo a PNAB, a atenção básica deve ser o meio de contato preferencial do usuário, é a principal porta de entrada da rede de atenção à saúde, e deve seguir princípios como a acessibilidade, e os mecanismos devem garantir que esses princípios sejam acessíveis. Assegurando-os completamente.

Embora a AB tenha maior centralidade na consideração das políticas e organizações dos serviços de saúde, o escopo de atribuição relacionado aos atributos atribuíveis à rede básica ainda é reduzido, principalmente ao se considerar os usuários portadores de doenças crônicas que agudizam. Pessoas com baixo grau de autonomia e alto grau de dependência raramente recebem apoio para sua continuidade na APS. Essas circunstâncias revelam suas limitações e questionam sua resolutividade e capacidade de se tornar uma “ordem da rede de serviços de saúde”. Compreensivelmente, sob esse ponto de vista, existe uma lacuna que precisa ser preenchida, ou seja, a AB deveria poder continuar o acompanhamento nessa situação (FRANCO; HUBNER, 2020.).

Nesse sentido, observa-se a necessidade de ampliação do escopo das tarefas da AB, partindo do pressuposto de que a resolubilidade da AB é aprimorada, além de mostrar ações fortes nos agravos à saúde relacionados ao adoecimento agudo e à baixa autonomia do usuário. Nestes termos, pretende-se conceber a AB como uma rede forte que pode prestar atendimento à atenção domiciliar e aos usuários da região, bem como atendimento intermediário, podendo também atender às necessidades de subagudos, crônicos ou egressos de internação, tornando-se então uma alta potência da gestão cuidados, e ao mesmo tempo, operando em rede como todo o sistema de saúde (FRANCO; HUBNER, 2020.).

EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE

A Educação Permanente em Saúde (EPS) é vista como uma ferramenta para transformação da prática e como método significativo de aprendizagem, voltada para qualificação dos profissionais e trabalhadores com objetivo de construir a formação crítica-reflexiva, possibilitando a transformação da prática (CAMPOS; SENA; SILVA, 2017).

Neste contexto foi criado e instituído em 2004 a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS) onde objetiva fortalecer o SUS através da aprendizagem no trabalho, pelo trabalho e para o trabalho, onde tais prática e ensinos são baseados em problemas enfrentados na realidade dos serviços, propiciando então a reflexão coletiva sobre o trabalho e oferecendo aos trabalhadores possibilidades de transformação diretamente no cotidiano do trabalho (BRASIL, 2018).

A EPS é uma estratégia político-pedagógica que toma como objeto os problemas e necessidades emanadas do processo de trabalho em saúde e incorpora o ensino, a atenção à saúde, a gestão do sistema e a participação e controle social no cotidiano do trabalho com vistas à produção de mudanças neste contexto. Objetiva, assim, a qualificação e aperfeiçoamento do processo de trabalho em vários níveis do sistema, orientando-se para a melhoria do acesso, qualidade e humanização na prestação de serviços e para o fortalecimento dos processos de gestão político-institucional do SUS, no âmbito federal, estadual e municipal (BRASIL, 2018).

No estudo de Ribeiro e Scatena (2019) é revelado que a baixa formação profissional está associada diretamente com a qualidade dos serviços pela APS, o que se evidencia a importância de investimentos na qualificação profissional.

Portanto, o processo de ensino não deve se limitar à transferência de normas e protocolos, considerando a experiência profissional e pessoal. O conhecimento trazido pelos indivíduos deve ser considerado e agregado ao desenvolvimento de serviços de qualidade. Portanto, é construtivo para o profissional participar deste curso, pois ele pode não só propor convênios pré-estabelecidos, mas também estabelecê-los de acordo com as necessidades dos profissionais, gestores e usuários (ALMEIDA et al., 2016).

Nesse sentido, a proposta da EPS está comprometida em mudar a forma de trabalho cotidiano, valorizando o conhecimento e a experiência dos profissionais, fortalecendo a forma de cuidar e avançando na integralidade. A integralidade é a diretriz da EPS, pois envolve a compreensão das questões de saúde em diferentes dimensões e direciona o trabalho em saúde para o trabalho multidisciplinar e multiprofissional (MESQUITA, et al., 2020).

Os mesmos autores afirmam ainda que a EP se baseia em diferentes pontos de vista metodológicos, a fim de integrar a aprendizagem e o ensino no trabalho diário. Estimulando então os profissionais e gestores da ESF a melhorar a qualidade dos serviços de saúde por meio do pensamento crítico baseado nos arranjos de trabalho e nas práticas cotidianas. É preciso que os governos municipais e estaduais considerem a EPS não apenas como

um curso, mas também como uma estratégia de gestão com potencial para mudar o comportamento dos sujeitos e suas práticas de saúde (MESQUITA, et al., 2020).

A educação permanente em saúde, abrindo espaço para reflexões e trocas, é fundamental para agenciar outra dinâmica. Todos aprendem pela experiência, então é preciso que o façam coletivamente, o que enriquece muito a possibilidade de interrogar, de colocar o trabalho produzido e seus efeitos em análise. Como o meu trabalho afeta o outro? Como o que eu desejo interfere no modo do outro trabalhar ou viver? Como conseguimos cuidar do usuário X, e não do usuário Y? Muitas perguntas e provocações, singularmente produzidas a partir das situações vividas, possibilitam abrir outras visibilidades para o trabalho e trazer a complexidade das vidas para a cena (MERHY, et al., 2020).

ESTRUTURA FÍSICA

No Brasil, o avanço da atenção básica à saúde é inegável, com mais de 39 mil UBS que enfrentam desafios importantes, dentre estes a rede física insuficiente da unidade, financiamentos insuficientes, dificuldades de integração da atenção básica à rede para garantir a continuidade e coordenação Atenção à saúde na rede de atenção à saúde e integração de recursos humanos qualificados. Entre os muitos desafios que precisam ser enfrentados na construção da atenção básica é preciso preservar a qualidade, resolução e coordenação da atenção à saúde (BOUSQUAT, et al., 2018).

Bousquat e colaboradores (2018) esclarecem que a estrutura se refere às condições relativamente estáveis dos serviços de saúde, incluindo as ferramentas para realizar esses serviços, recursos materiais e humanos e o ambiente físico e organizacional. Ações de saúde em uma estrutura adequada ajuda no desenvolvimento de procedimentos de enfermagem, influenciam positivamente nos resultados e é essencial para melhorar a qualidade dos serviços prestados.

No estudo de Soratto et al. (2017), onde foi abordado a insatisfação no trabalho de profissionais da saúde na Estratégia Saúde da Família, evidenciaram que a estrutura física é fator relacionado a insatisfação visto que muitas UBS sofrem com extrema necessidade estrutural, ausência de manutenção predial, ambientes interditados, o que afeta diretamente na prestação do serviço do trabalhador e concomitantemente a satisfação no trabalho. Importante trazer o presente estudo ao atendimento de urgência e emergência nas UBS, que torna-se quase impossível visto aos déficits na estrutura física e instrumentos de trabalho disponíveis.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A APS é um importante equipamento de assistência à saúde, porém é preciso deixar claro que tal precisa se configurar em uma via de mão dupla, onde não existe RAS sem APS, e vice-versa. Logo, todos equipamentos existentes em um arranjo regional precisam

estar articulados a ponto de transformar a prática cotidiana.

Neste mesmo sentido, a coordenação do cuidado depende de profissionais qualificados e engajados, cientes da importância da comunicação na partilha de informação para construção do cuidado. Para isso, é necessário o fortalecimento do trabalho em equipe, partindo da perspectiva autoritária, fragmentada e individualista para uma visão democrática, integrada, baseada no trabalho coletivo, na solidariedade e na comunicação. E não menos importante o investimento em infraestrutura, tecnologia de informação, capacitação de pessoal, visando construir profissionais comprometidos com o processo de trabalho horizontal, rompendo características hegemônicas do modelo atual de atenção à saúde, fortalecendo o papel do generalista na condução do cuidado e profissionais abertos aos novos modelos organizacionais.

A urgência na APS requer profundas reflexões pelos gestores federais, estaduais e municipais, em especial do seu papel na RAS, enquanto equipamento norteador e organizador do cuidado nos serviços de saúde (FIGUEIREDO; SHIMIZU; RAMALHO, 2020).

Portanto a EPS é vista como instrumento potencializador ligado a mecanismos de gerar reflexões sobre o processo de trabalho possibilitando a autocrítica e constituição de conhecimentos sobre a realidade local, onde os vieses são pensados, adaptados e transformados através das práticas em serviço, por meio de aprender a aprender, de trabalhar em equipe, de construir cotidianos e eles mesmo construírem-se como objeto de aprendizagem individual, coletivo e institucional (BRASIL, 2018).

Outro ponto a considerar é o cenário demográfico dos últimos anos que evidencia um aumento expressivo na população idosa, o que requer o fortalecimento da AB, principalmente no atendimento ao paciente crônico. Hoje, essa é uma emergência, principalmente considerando a elevada taxa de crescimento desta população. Essa parcela está mais suscetível a doenças crônicas e precisa buscar um plano de resposta consistente da rede de saúde (principalmente na área AB) para atender às suas necessidades. Portanto, no processo de produção da enfermagem, serviços com capacidades operacionais voltadas para recuperação e reabilitação são essenciais para dar esta resposta (FRANCO; HUBNER, 2020.).

Neste sentido é preciso enxergar a AB de forma resolutiva até mesmo nos casos de urgência a fim de reduzir internações desnecessárias e inadequadas, otimizando o uso de leitos, com possibilidade de aumentar essa oferta. O cuidado intermediário entre a AB e a rede urgência e emergência pode atender às necessidades de agravos à saúde relacionados aos casos em que as necessidades de cuidado dos usuários superam suas condições. Dessa forma, podem prestar um cuidado mais adequado a esses usuários, evitando internações desnecessárias, e estão comprometidos com a reabilitação e reabilitação de pacientes com doenças crônicas ou com baixa autonomia (FRANCO; HUBNER, 2020).

É inegável o desenvolvimento da atenção primária à saúde no Brasil nos últimos

dez anos onde evidencia-se aumento da oferta, acesso facilitado, maior disponibilidade de serviços prestados e expansão dos recursos financeiros. Há evidências de que a expansão da ESF teve impacto positivo na saúde da população com a redução da mortalidade infantil, da mortalidade cardiovascular e cerebrovascular e a redução das taxas de internações sensíveis à atenção primária. Importante destacar que tais avanços ocorrem em cenário de baixa infraestrutura em muitas UBS de norte a sul do país, o que nos faz pensar a importância das melhorias estruturais no avanço dos indicadores e na superação das desigualdades regionais brasileiras (BOUSQUAT, et al., 2018).

Refletindo nessas direções, fica evidente que as visões identificadas se integram ao conjunto de questões que permeiam a ampliação do acesso na atenção básica. Esse conjunto não se reduz ao conhecimento de recursos disponíveis, aos processos normalizados burocraticamente ou ao volume de produção de atos e procedimentos, aspectos necessários, mas não suficientes para a compreensão da estruturação da atenção básica em cada local. É impossível compreender os problemas da organização sem considerar a visão dos sujeitos envolvidos e as relações que se estabelecem entre as pessoas e seus grupos de interesse como parte da totalidade do funcionamento dessa política social (PUCCINI, et al., 2012).

O atendimento adequado às urgências e emergências depende de vários fatores: infraestrutura local, sistema de central de regulação dos casos e da capacitação de recursos humanos. A atenção às urgências deve fluir em todos os níveis do SUS, organizando a assistência desde as UBS, equipes de Saúde da Família até os cuidados pós-hospitalares na convalescença, recuperação e reabilitação. O papel dos profissionais que atuam na atenção primária à saúde é fundamental na prevenção, que começa na percepção dos problemas detectados na sua área de abrangência. A equipe de Saúde de Família deve atuar na detecção dos casos crônicos que podem se tornar agudos, orientando os pacientes ao melhor controle da doença. É necessário envolver a comunidade para que ela participe efetivamente das ações para a promoção da saúde, buscando a solidariedade para auxiliar nos atendimentos de casos agudos (MELO, 2011).

A qualificação da assistência e a promoção da capacitação continuada das equipes de saúde do Sistema Único de Saúde na atenção às urgências devem seguir os princípios da integralidade e humanização (MELO, 2011).

Portanto é fundamental que a atenção primária e o Programa Saúde da Família se responsabilizem pelo acolhimento dos pacientes com quadros agudos ou crônicos agudizados de sua área de cobertura ou adstrição de clientela, cuja complexidade seja compatível com esse nível de assistência. Relevante ressaltar ainda a importância da capacitação periódica dos profissionais e a adequação do espaço físico nas UBS são fundamentais para a atenção aos casos agudizados (MELO, 2011).

REFERÊNCIAS

- ALMEIDA, J. R. S. et al. Educação Permanente em Saúde: uma estratégia para refletir sobre o processo de trabalho. **Revista ABENO**, v. 16, n. 2, p.7-15, 2016.
- ALVES, A. N.; et al. Acesso de primeiro contato na atenção primária: uma avaliação pela população masculina. **Revista Brasileira de Epidemiologia** [online]. v.23 Acessado 27 Setembro 2020. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/1980-549720200072>>.
- AMARAL, C. S.; et al. Situações de urgência e emergência na atenção primária reguladas pelo SAMU. **Journal Health NPEPS**. v. 3, n.1, p.241-252, 2018.
- BOUSQUAT, A.; et al . Tipologia da estrutura das unidades básicas de saúde brasileiras: os 5 R. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro , v. 33, n. 8, 2017 . Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2017000805005&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 28 outubro 2020.
- BRASIL. Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília: Senado Federal, 1988.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Acolhimento à demanda espontânea: queixas mais comuns na Atenção Básica**. Brasília: DF, 2012.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Gabinete do Ministro. **Política Nacional da Atenção Básica**. Brasília: DF, 2017.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Guia Política Nacional de Atenção Básica – Módulo 1: Integração Atenção Básica e Vigilância em Saúde**. Brasília: DF, 2018.
- Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. **Política Nacional de Educação Permanente em Saúde: o que se tem produzido para o seu fortalecimento?** Brasília: DF, 2018.
- CAMPOS, K.F.C., SENA, R.R., SILVA, K.L. Educação permanentes nos serviços de saúde. **Esc Anna Nery**. v.21, n.4, 2017.
- FARIAS, D. C., et. al. Acolhimento e Resolubilidade das Urgências na Estratégia Saúde da Família. **Revista Brasileira de Educação Médica**. v. 39, n. 1, p. 79-87, 2015.
- FIGUEIREDO, D.C.M.M., SHIMIZU, H.E., RAMALHO, W.M. A Acessibilidade da Atenção Básica no Brasil na avaliação dos usuários. **Cad Saúde Colet**, v. 28, n. 2, p. 288-301, 2020.
- FRANCO, T. B. e HUBNER, L. C. A Atenção Básica e os cuidados intermediários: um debate necessário. **Saúde em Debate** [online]. v. 44, n. 125, p. 516-526, 2020. Acessado 27 Setembro 2020. Disponível em: <<https://doi.org/10.150/0103-1104202012518>>.
- KONDER, M. T. O'SWYER, G. A integração das Unidades de Pronto Atendimento (UPA) com a rede assistencial no município do Rio de Janeiro, Brasil. **Interface**, v.20, n.59, p. 879-92, 2016.

LAURINDO, M. V.; et al. A importância de adaptar as unidades básicas de saúde para o atendimento de urgências e emergências de menor complexidade. **Braz. J. Hea. Rev.**, Curitiba, v. 2, n. 3,p. 1688-1709, mar./apr. 2019.

LIMA, L. D.; CARVALHO, M. S.; COELI, C. M.. Sistema Único de Saúde: 30 anos de avanços e desafios. **Cad. Saúde Pública**, v. 34, n. 7, Rio de Janeiro, 2018. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2018000700201&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 21 de junho 2020

MELO, M. C. B. **Urgência e Emergência na Atenção Primária à Saúde**. Belo Horizonte: Nescon/ UFMG, 2011.

MENEGHETTI, F. K.. O que é um ensaio-teórico? **Rev. adm. contemp.**, Curitiba, v.15, n.2, p.320-332, Abr. 2011. DOI: <https://doi.org/10.1590/S1415-65552011000200010>. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-65552011000200010&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 19 Mar. 2021.

MESQUITA, L. M.; et al. Estratégias de Educação Permanente na Avaliação das Equipes de Saúde da Família: uma Revisão Sistemática. **Rev. bras. educ. med.** [online]. vol.44, n.1, 2020. Acesso em: 27 setembro 2020. Disponível em:<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-55022020000100301&lng=en&nrm=iso>

MERHY, E. E.; et al. Rede Básica, campo de forças e micropolítica: implicações para a gestão e cuidado em saúde. **Saúde em Debate** [online]. v. 43, n.6, p. 70-83, 2020. Acessado 27 Setembro 2020. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/0103-11042019S606>>.

PUCCINI, P. T.; et al . Concepção de profissionais de saúde sobre o papel das unidades básicas nas redes de atenção do SUS/Brasil. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v.17, n.11, p.2941-2952, 2012.. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232012001100011&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 28 outubro 2020.

RIBEIRO, L. A. SCATENA, J. H. G. Avaliação da qualidade da Estratégia de Saúde da Família em um município de porte médio. **Saúde Debate**, Rio de Janeiro, v. 43, n. especial, p. 126-140, 2019.

RIBEIRO, S. P.; CAVALCANTI, M. L. T. Atenção Primária e Coordenação do Cuidado: dispositivo para ampliação do acesso e a melhoria da qualidade. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 5, 2020.

ROS, C. P.; et al. Atenção primária à saúde: ordenadora da integração assistencial na rede de urgência e emergência. **REME – Rev Min Enferm**. 2018. Disponível em: <https://cdn.publisher.gn1.link/reme.org.br/pdf/e1137.pdf>

SARTI, T. D., et al. Qual o papel da Atenção Primária à Saúde diante da pandemia provocada pela COVID-19? **Epidemiol. Serv. Saude**, Brasília, v. 29, n. 2, 2020.

SILVA, L. Á. N.; et al. Acesso e acolhimento na Atenção Básica da região Oeste do Pará. **Saúde em Debate** [online]. v. 43, n. 122, pp. 742-754, 2019. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/0103-1104201912207>>. Acessado 28 Outubro 2020.

SORATTO, J.; et al. Insatisfação no trabalho de profissionais da saúde na estratégia saúde da família. **Texto contexto - enferm.**, Florianópolis, v.26, n.3, 2017. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072017000300325&lng=en&nrm=iso>. Acessado em 28 outubro 2020.

CAPÍTULO 19

HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA EM IDOSOS: FALTA DE ADESÃO AO TRATAMENTO MEDICAMENTOSO

Data de aceite: 01/04/2022

Josiane Priscila Sales Rocha

Acadêmica do Curso de Enfermagem da Universidade Federal do Amapá (UNIFAP). Bolsista do Programa de Educação Tutorial - PET Enfermagem UNIFAP

Afonso Pedro Guimarães Pinheiro

Acadêmico do Curso de Enfermagem da Universidade Federal do Amapá (UNIFAP). Bolsista de Iniciação Científica - UNIFAP

Aimê Mareco Pinheiro Brandão

Acadêmica do Curso de Enfermagem da Universidade Federal do Amapá (UNIFAP). Bolsista do Programa de Educação Tutorial - PET Enfermagem UNIFAP

Naiara Miranda Barboza

Acadêmica do Curso de Enfermagem da Universidade Federal do Amapá (UNIFAP)

Gabriel Luan Campos Albuquerque

Acadêmico do Curso de Enfermagem da Universidade Federal do Amapá (UNIFAP)

Ana Cláudia Paiva Cardoso

Acadêmica do Curso de Enfermagem da Universidade Federal do Amapá (UNIFAP). Monitora bolsista da disciplina de Enfermagem em Doenças Transmissíveis - UNIFAP

Vencelau Jackson da Conceicao Pantoja

Enfermeiro da Superintendência de Vigilância em Saúde do Amapá e Especialista em Gestão de Sistemas e Serviços de Saúde e Sexualidade humana Macapá - Amapá, Brasil

Giovanni Paulo Ventura Costa

Pós-Graduação Stricto Sensu em Ciências da Saúde pela Universidade Federal do Amapá (UNIFAP) e Presidente do Comitê Local de Acompanhamento e Avaliação dos Programas de Educação Tutorial (CLAAPET) da Universidade Federal do Amapá Macapá - Amapá, Brasil

Camila Rodrigues Barbosa Nemer

Docente de enfermagem da Universidade Federal do Amapá (UNIFAP) e Doutoranda em Saúde Pública pela Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca (ENSP/FIOCRUZ) Macapá - Amapá, Brasil

Rubens Alex de Oliveira Menezes

Tutor do Programa de Educação Tutorial - PET Enfermagem da Universidade Federal do Amapá (UNIFAP). Docente do Curso de Pós-graduação em Ciências da Saúde da UINIFAP

RESUMO: **Objetivo:** Identificar os fatores que levam à falta de adesão ao tratamento medicamentoso da hipertensão arterial sistêmica em idosos. **Métodos e materiais:** Trata-se de uma revisão integrativa da literatura, a busca de dados foi realizada na Biblioteca Virtual de Saúde (BVS), MEDLINE, BDENF e LILACS, por meio de artigos científicos, publicados no idioma português, relacionados à temática de investigação com os seguintes descritores: Adesão à Medicação, Hipertensão, Idoso, no idioma português. A pesquisa teve por limite temporal os últimos 05 anos, tendo sido somente incluídos os estudos realizados do ano 2016

ao ano 2021. **Resultado:** Identificou-se nos artigos científicos os fatores que levam à falta de adesão ao tratamento medicamentoso da HAS em idosos, sendo eles: Ausência de sintomas e esquecimento, falta de conhecimento em relação a doença, polifarmácia e efeitos colaterais, rede de apoio e dificuldade de acesso ao sistema de saúde e recusa emocional. **Considerações finais:** Considera-se que esses achados podem proporcionar subsídios para a realização de intervenções na assistência aos pacientes que vivem com HAS com o objetivo de aumentar o índice de adesão ao tratamento, como também melhorar cada vez mais sua qualidade de vida.

PALAVRAS-CHAVE: Adesão à Medicação. Hipertensão. Idoso.

ABSTRACT: **Objective:** To identify the factors that lead to lack of adherence to drug treatment for systemic arterial hypertension in the elderly. **Methods and materials:** This is an integrative literature review, the data search was performed in the Virtual Health Library (VHL), MEDLINE, BDENF and LILACS, through scientific articles, published in Portuguese, related to the research theme with the following descriptors: Adherence to Medication, Hypertension, Elderly, in Portuguese. The research had the last 05 years as a time limit, and only studies carried out from the year 2016 to the year 2021 were included. **Result:** The factors that lead to lack of adherence to the drug treatment of SAH in the elderly were identified in the scientific articles. they: Absence of symptoms and forgetfulness, lack of knowledge about the disease, polypharmacy and side effects, support network and difficulty in accessing the health system and emotional refusal. **Final considerations:** It is considered that these findings can provide support for the realization of care in the care of patients who live with the objective of increasing the rate of adherence to treatment, as well as improving their quality of life.

KEYWORDS: Medication Adherence. Hypertension. Aged.

INTRODUÇÃO

A Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) tem relação direta com o aumento da idade, sendo mais prevalente na população idosa, ou seja, em indivíduos acima de 60 anos. A prevalência dessa doença torna-se preocupante em virtude da mudança progressiva do perfil demográfico no Brasil e das possíveis repercussões sobre as políticas de saúde do país (BRASIL, 2013; MENEZES, 2016).

Segundo o Ministério da Saúde (MS), os idosos representam 14,3% dos brasileiros, ou seja, 29,3 milhões de pessoas. Em 2030, o número de idosos deve superar o de crianças e adolescentes de zero a quatorze anos (BRASIL, 2018). O aumento do número de anos é decorrente da redução nas taxas de fertilidade e do acréscimo da longevidade nas últimas décadas. Em todo o mundo, observam-se quedas abruptas nas taxas de fertilidade (WHO, 2005).

De acordo com Santos e Ferreira (2018), o problema que mais chama a atenção é que a pessoa idosa diagnosticada com HAS adota condutas como, ingerir alimentos com excesso de sal, não comparecer às consultas, ficar sem os medicamentos por alguns dias, tomar o medicamento de outra pessoa, dentre outras, que podem agravar o seu estado

clínico.

Apesar de ser uma doença de fácil diagnóstico e controle, estima-se que apenas 23% dos hipertensos controlam corretamente a doença, 36% não fazem controle e 41% abandonam o tratamento após melhora inicial (RIO DE JANEIRO, 2015). O controle inadequado da PA está diretamente associado com eventos como morte súbita, Acidente Vascular Encefálico (AVE), Infarto Agudo do Miocárdio (IAM), Insuficiência Cardíaca (IC), Doença Arterial Periférica (DAP) e Doença Renal Crônica (DRC), fatal e não fatal (LESSA, 2010; SPANHOL, 2009).

Adicionalmente, o não controle clínico das doenças do aparelho circulatório, favorece a ocorrência anual de mais de um milhão de internações, processadas pelo Sistema Único de Saúde (SUS), com um custo aproximado de um bilhão e 800 milhões de reais, caracterizando essas doenças como principal causa agrupada de mortes no país (BRASIL, 2013).

Este estudo teve como objetivo, fazer uma revisão integrativa na literatura, utilizando artigos que abordassem a temática sobre os fatores que levam à falta de adesão ao tratamento medicamentoso da HAS em idosos. Tal estudo foi motivado ao considerar a realidade percebida nas consultas às unidades de saúde, bem como durante as visitas domiciliares em área de ressaca, observadas durante as aulas práticas da disciplina de Saúde do Adulto e Idoso I, da Universidade Federal do Amapá (UNIFAP). Onde os idosos diagnosticados com HAS encontravam-se com valores pressóricos muito elevados, não faziam uso das medicações prescritas e demonstravam total desinteresse pela utilização do medicamento.

Ressalta-se que a HAS está diretamente relacionada a eventos considerados graves que podem reduzir a longevidade e a qualidade de vida das pessoas. Tornando-se assim, relevante a investigação dos fatores que influenciam diretamente neste processo, para que sejam elaboradas e implementadas estratégias de intervenção que favoreçam um maior grau de adesão ao tratamento e o consequente controle dos níveis tensionais, reduzindo os agravos associados à doença.

MÉTODOS E MATERIAIS

Trata-se de uma revisão integrativa da literatura desenvolvida em seis etapas: 1) seleção da questão norteadora; 2) amostragem ou busca na literatura; 3) seleção das pesquisas que compuseram a amostra; 4) extração de dados dos estudos incluídos; 5) avaliação e interpretação dos resultados; e 6) apresentação da revisão ou síntese do conhecimento produzido (SOUZA; SILVA; CARVALHO, 2010).

Adotou-se a revisão integrativa da literatura, pois ela contribui para o processo de sistematização e análise dos resultados, visando à compreensão de determinado tema, a partir de outros estudos independentes (GANONG, 1987). A questão norteadora foi

elaborada de acordo com a estratégia PICo, definindo-se P: “idosos”, I: “falta de adesão ao tratamento medicamentoso”, Co: “hipertensão arterial sistêmica”. Assim, elaborou-se a seguinte pergunta de pesquisa: “Quais os fatores que levam à falta de adesão ao tratamento medicamentoso da HAS em idosos? ”.

Elencaram-se como critérios, os descritores selecionados do Descritores em Ciências da Saúde (DeCS), e as expressões de buscas foram elaboradas utilizando os operadores booleanos “AND” e “OR”, selecionando então os descritores: Adesão à Medicação OR Medication Adherence OR Cumplimiento de la Medicación AND Hipertensão OR Hypertension OR Hipertensión AND Idoso OR Aged OR Anciano). A busca de dados foi realizada na Biblioteca Virtual de Saúde (BVS), foram incluídos artigos das bases de dados MEDLINE, BDENF e LILACS, tendo como eixo norteador a pergunta e os critérios de inclusão da revisão integrativa.

Os artigos foram selecionados pelos seguintes critérios de inclusão: artigos disponíveis nas bases de dados com acesso livre e gratuito, textos completos, publicados no idioma português, tendo por limite temporal os últimos 05 anos, sendo incluídos somente os estudos realizados do ano 2016 ao ano 2021, e artigos que respondessem à questão do estudo. Adotou-se como critérios de exclusão: artigos sem acesso gratuito, publicações em forma de dissertações, teses, relatos de casos, casos clínicos, artigos duplicados e títulos não condizentes com os descritores elencados.

A sistematização dos dados ocorreu pela técnica da análise de conteúdo da temática seguindo as seguintes etapas: pré-análise; regra de exaustividade; exploração do material e o tratamento dos dados, inferências e interpretações.

Conforme a Lei de Direitos Autorais, Lei nº 12.853, de 14 de agosto de 2013, que entrou em vigor alterando a Lei nº 9.610/1998, o estudo atendeu aos aspectos éticos, uma vez que foram respeitados os direitos autorais das pesquisas coletadas. Ainda, pelo seu perfil científico, esse tipo de revisão não necessita de apreciação ética.

RESULTADOS

Na presente revisão, após seleção dos estudos, analisaram-se 27 artigos (Figura 1).

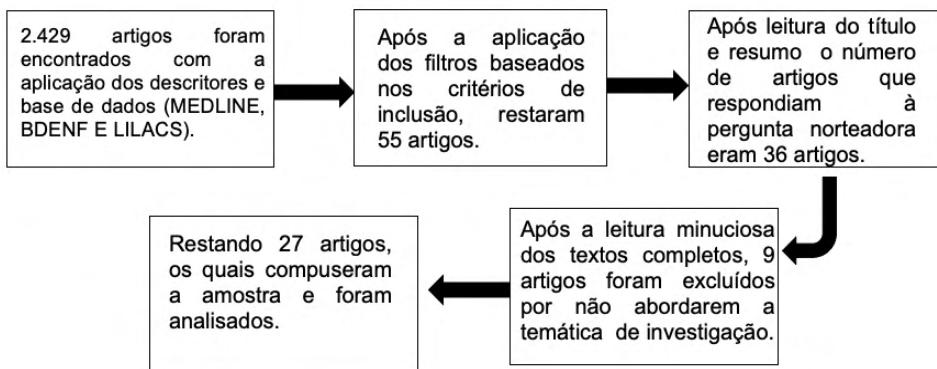


Figura 1 - Fluxograma dos estudos contemplados na pesquisa segundo os critérios de elegibilidade.

No quadro 1 abaixo pode-se observar o resumo dos artigos que compuseram a amostra, de acordo com seus objetivos, tipo de estudo e principais resultados.

Nº	Autor e ano	Título	Objetivo	Desenho do estudo	Principais resultados
1	Miranda <i>et al.</i> , (2021).	Percepção de pessoas com HAS sobre aspectos que influenciam o tratamento.	Descrever a percepção de pessoas com HAS sobre aspectos que facilitam e dificultam a adesão ao tratamento.	Estudo qualitativo descritivo desenvolvido com 16 pessoas atendidas em consultas de enfermagem.	Pouco conhecimento, preguiça, falta de infraestrutura urbana e condições climáticas, bebidas alcoólicas e tabaco, custo do tratamento e esquecimento de tomar a medicação dificultaram a adesão.
2	Fernandes <i>et al.</i> , (2020).	Acesso e uso racional de medicamentos para hipertensão na atenção primária à saúde.	Analizar o acesso aos medicamentos e fatores associados ao seu uso por usuários hipertensos na Atenção Primária em Saúde.	Estudo observacional, descritivo e de corte transversal. Avaliou-se o uso dos medicamentos por 250 pacientes hipertensos.	Em relação aos hábitos racionais, a grande maioria dos pacientes não pararam de tomar os medicamentos, mesmo sentindo a pressão controlada, não sentiram incômodo por seguir corretamente o tratamento e não apresentaram descuidos na adesão ao tratamento farmacológico.

3	Silva <i>et al.</i> , (2020).	Adesão ao tratamento e síndrome da fragilidade em idosos hipertensos.	Analizar a associação entre adesão ao tratamento anti-hipertensivo e síndrome da fragilidade em idosos hipertensos.	Estudo descritivo, transversal com abordagem quantitativa com idosos.	Os fatores que se associaram à adesão ao tratamento foram pressão arterial diastólica, escolaridade e tempo de tabagismo do idoso. A fragilidade não se associou aos níveis de adesão ao tratamento.
4	Costa <i>et al.</i> , (2019).	Analfabetismo funcional em saúde em pessoas idosas hipertensas na atenção primária.	Avaliar a relação entre alfabetismo funcional em saúde inadequado e controle inadequado da pressão arterial em pessoas idosas hipertensas na Atenção Primária.	Trata-se de estudo transversal, observacional, quantitativo e analítico.	Fatores associados à pressão arterial inadequada foram: alfabetismo funcional em saúde inadequado, cor parda-negra, sobre peso-obesidade, tempo de diagnóstico da hipertensão, não adesão a exercício/dieta, não adesão a tratamento medicamentoso.
5	Mota <i>et al.</i> , (2019).	Efetividade da consulta de enfermagem na adesão ao tratamento da HAS.	Avaliar a adesão ao tratamento medicamentoso e não-medicamentoso de usuários de um serviço de atenção primária diagnosticados com HAS antes e após a implementação da consulta de enfermagem sistematizada.	Trata-se de um ensaio clínico não-controlado.	Verificou-se uma diferença estatisticamente significativa na adesão ao tratamento da HAS após as intervenções de enfermagem, que foram realizadas individualmente e coletivamente.
6	Almeida <i>et al.</i> , (2019).	Adesão ao tratamento medicamentoso da HAS em dois modelos de atenção à saúde.	Comparar o grau de adesão à terapêutica medicamentosa de indivíduos com hipertensão assistidos em Estratégia de Saúde da Família (ESF) e Unidade Básica de Saúde (UBS).	Trata-se de um estudo transversal qualitativo.	Pessoas com menos de 60 anos demonstraram menor adesão ao tratamento. Houve diferença significativa na adesão ao tratamento medicamentoso (ESF - UBS).
7	Dallacosta <i>et al.</i> , (2019).	Adesão ao tratamento e hábitos de vida de hipertensos.	Analizar a adesão ao tratamento anti-hipertensivo e hábitos de vida de hipertensos.	Estudo transversal.	A adesão ao tratamento foi baixa, especialmente naqueles que usam múltiplas doses.
8	Luz <i>et al.</i> , (2019).	O impacto das crenças em saúde sobre o controle da hipertensão arterial de idosos.	Avaliar o impacto das crenças em saúde no controle da pressão arterial de idosos hipertensos.	Estudo de prevalência.	Observou-se que a maioria dos pacientes aderiu ao tratamento, tendo noção dos benefícios de controlar os fatores de risco de hipertensão.

9	Ferreira <i>et al.</i> , (2019).	Abandono ao tratamento anti-hipertensivo em idosos: conhecendo seus condicionantes	Identificar os motivos que levam o cliente idoso com hipertensão arterial sistêmica a abandonar o tratamento anti-hipertensivo.	Estudo qualitativo, descritivo e exploratório.	Esquecimento em tomar a medicação, os efeitos colaterais dos medicamentos e, ainda, a ausência de sintomas como os principais fatores que levaram os idosos a abandonarem seu tratamento.
10	Albuquerque <i>et al.</i> , (2018).	Associação entre acompanhamento em serviços de saúde e adesão terapêutica anti-hipertensiva.	Analizar a associação entre as características do seguimento em serviços de saúde e a adesão à medicação anti-hipertensiva em pacientes com doenças cardiovasculares.	Estudo analítico.	Os pacientes que não procuraram o serviço de emergência nos últimos 2 anos, ou o fizeram apenas uma vez, tiveram melhor adesão ao tratamento quando comparados àqueles que tiveram maior frequência de admissões.
11	Sousa <i>et al.</i> , (2018).	Associação entre adesão ao tratamento anti-hipertensivo e integralidade no atendimento de enfermeiros.	Verificar a associação entre nível de adesão dos clientes ao tratamento anti-hipertensivo e a integralidade no atendimento de enfermeiros.	Estudo quantitativo.	A baixa condição socioeconômica, a deficiência de autocuidado e de conhecimentos sobre a enfermidade interferem diretamente na adesão ao tratamento.
12	Resende <i>et al.</i> , (2018)	Dificuldades de idosos na adesão ao tratamento da HAS.	Analizar as dificuldades de idosos na adesão ao tratamento da HAS.	Estudo qualitativo e descritivo.	Evidenciou-se, que o esquecimento, o medo de interações medicamentosas e a falta de apoio familiar e social, interferem na adesão à terapia medicamentosa. Além disso, foi observado que a dieta foi o cuidado não farmacológico mais aceito.
13	Feriato <i>et al.</i> , (2018)	Antihypertensive treatment adherence in workers of a General Hospital. (Adesão ao tratamento anti-hipertensivo em trabalhadores de Hospital Geral).	Avaliar a adesão ao tratamento anti-hipertensivo e fatores associados em trabalhadores de um Hospital.	Pesquisa Transversal.	Como a hipertensão e o colesterol são doenças assintomáticas que requerem tratamento contínuo, os hipertensos têm dificuldade em compreender a importância de aderir ao tratamento, mesmo sendo profissionais de saúde ou trabalhando em hospitais.

14	Falcão <i>et al.</i> , (2018)	Estilo de vida e adesão ao tratamento de HAS em homens idosos	Avaliar estilo de vida e adesão ao tratamento de HAS em homens idosos.	Estudo transversal, descritivo, com abordagem quantitativa.	Houve predomínio dos hipertensos que deixam de tomar a medicação para HAS ao menos uma vez por ano.
15	Ghelman <i>et al.</i> , (2018).	Adesão ao tratamento medicamentoso da HAS e fatores associados.	Identificar o grau de adesão ao tratamento medicamentoso de portadores de HAS.	Estudo quantitativo, seccional.	Dos 60 hipertensos, 10% apresentavam alta adesão ao tratamento medicamentoso; 46,7%, média adesão e 43,3% apresentaram baixa adesão. A maioria (95%) acreditava ter sido suficientemente informada sobre a HAS e seu tratamento. Os fatores que se mostraram associados à baixa adesão à terapia foram idade menor de 60 anos e desconforto quando não toma a medicação.
16	Barreto <i>et al.</i> , (2018).	Não utilização de consultas de rotina na Atenção Básica por pessoas com HAS.	Identificar, entre os indivíduos com HAS, fatores sociodemográficos associados à não utilização das consultas médicas de rotina disponíveis na atenção básica e verificar se a não utilização das consultas interfere no abandono da farmacoterapia, descontrole da pressão arterial e hospitalização.	Trata-se de um estudo transversal com amostragem aleatória e estratificada.	Constatou-se que, nos seis meses anteriores à entrevista, 47 (11,1%) indivíduos não realizaram consultas de rotina. Ser do sexo masculino, não branco e usar apenas serviços públicos de saúde estiveram associados à não utilização de consultas. A maioria dos que não consultaram também não aderiu à farmacoterapia e apresentou pressão arterial desregulada.
17	Souza <i>et al.</i> , (2018).	Particularidades de idosos hipertensos à adesão ao tratamento medicamentoso.	Verificar em idosos hipertensos as particularidades que envolvem a adesão ao tratamento medicamentoso.	Estudo qualitativo, descritivo e exploratório	As dificuldades encontradas nos idosos quanto ao uso do medicamento, estão relacionadas ao esquecimento e a dificuldade em utilizar o medicamento por não saberem ler.

18	Machado <i>et al.</i> , (2017).	Perfil clínico-epidemiológico e adesão ao tratamento de idosos com hipertensão.	Descrever o perfil clínico-epidemiológico e a adesão ao tratamento de idosos hipertensos.	Estudo quantitativo, descritivo.	Alguns dados peculiares foram observados, como não possuir um cuidador (58,6%) e elevada frequência do nível 90 na escala de adesão, demonstrando que o esquecimento da medicação ainda representa grande obstáculo para os idosos.
19	Klafke, Vaghetti e Costa (2017).	Efeito do vínculo com um médico de família no controle da pressão arterial em hipertensos.	Avaliar a associação entre vínculo com um médico de família e controle da pressão arterial em hipertensos de duas unidades de saúde de Porto Alegre, RS.	Estudo transversal.	68,0% da população do estudo possuía vínculo com um médico e 61,7% estavam com a pressão controlada. A presença de vínculo com um médico foi associada a um controle da pressão arterial 48% maior, controlado para possíveis fatores de confusão.
20	Maciel <i>et al.</i> , (2017).	Avaliação de intervenção para profissionais de saúde e impacto na gestão do cuidado de pessoas hipertensas.	Avaliar o impacto de uma intervenção para profissionais de saúde	Estudo epidemiológico, experimental, controlado.	Houve mudança estatisticamente significativa na adesão medicamentosa ($p=0,003$), com melhor adesão do grupo que passou pela intervenção.
21	Becho, Oliveira e Almeida (2017).	Dificuldade de adesão ao tratamento por hipertensos de uma unidade de atenção primária à saúde.	Identificar as dificuldades para a adesão do usuário ao tratamento prescrito.	Estudo de natureza descritiva, com abordagem qualitativa.	A principal forma de controle/tratamento da hipertensão arterial é o farmacológico. Usuários têm adesão insatisfatória ao tratamento anti-hipertensivo. Isso se deve ao déficit de conhecimento em relação à doença e ao tratamento não medicamentoso, à ausência de sintomatologia, a dificuldades financeiras e efeitos colaterais do tratamento farmacológico instituído.

22	Hoepfner <i>et al.</i> , (2017).	Apoio Matricial e Controle da HAS.	Estimar a prevalência do controle da hipertensão arterial e da inéria terapêutica em adultos atendidos nas Unidades Básicas da Saúde após a implantação de um programa de apoio matricial em cardiologia.	Estudo transversal.	Observaram-se redução das médias da pressão arterial ($148,62/91,60 \pm 23,52/14,51$ mmHg para $137,60/84,03 \pm 21,84/12,72$ mmHg) entre o primeiro e o último registro, e controle em 58% dos pacientes, ou seja, superior aos 36,6% encontrados em 2007. A média de fármacos por paciente aumentou de 1,85 para 2,05, predominando diuréticos e inibidores da enzima de conversão da angiotensina.
23	Pereira <i>et al.</i> , (2017).	Resultados de seguimento farmacoterapêutico a pacientes hipertensos em farmácia comunitária privada na Bahia.	Discutir o papel do farmacêutico, por meio dos resultados encontrados, no tratamento de pacientes hipertensos, na adesão à farmacoterapia e sua influência nos níveis pressóricos, na qualidade de vida e na satisfação dos pacientes.	Estudo transversal retrospectivo.	Foi possível observar uma redução significativa dos níveis de pressão arterial dos pacientes, assim como resultados positivos na satisfação com o serviço e na possibilidade de remuneração pela prestação de serviços de Atenção Farmacêutica.
24	Jesus <i>et al.</i> , (2016).	Blood pressure treatment adherence and control after participation in the ReHOT.	Verificar a adesão e fatores relacionados a ela, além do controle pressórico de pacientes que participaram do ensaio clínico.	Estudo transversal.	Houve redução do controle da PA e da adesão pelo MMAS após pelo menos 6 meses de participação no ensaio clínico ReHOT.
25	Vieira <i>et al.</i> , (2016).	Prevalência referida, fatores de risco e controle da hipertensão arterial em idosos	Identificar a prevalência referida de hipertensão arterial e os fatores de risco; e levantar as práticas de controle entre idosos adscritos a uma Estratégia Saúde da Família de Teresina, Piauí, Brasil.	Estudo descritivo transversal quantitativo.	A principal prática de controle referida foi o uso de medicamentos anti-hipertensivos, mas 16,2% com uso irregular. A prevalência encontrada foi elevada e os resultados evidenciaram as dificuldades de adesão ao tratamento.

26	Albuquerque et al., (2016).	Adesão de hipertensos e diabéticos analfabetos ao uso de medicamento a partir da prescrição pictográfica.	Avaliar o impacto de prescrição pictórica na adesão ao tratamento.	Materialismo histórico-dialético.	Como resultado, entre os analfabetos, observou-se a elevação da adesão de 60% para 93,33% em relação ao tratamento medicamentoso. No grupo de alfabetizados não houve mudança na adesão.
27	Marin et al., (2016).	Perception of hypertensive patients about their non-adherence to the use of medication.	Analizar a percepção do portador de hipertensão arterial sobre a sua não adesão ao tratamento medicamentoso.	Estudo qualitativo.	Os dados apontam para contradições na abordagem sobre o que é ser ou não aderente, a dificuldade de aderir ao uso dos medicamentos devido ao hábito de vida, que o esquecimento é compreendido como uma justificativa para a não adesão, além de reforçarem fatores que dificultam tal prática, como o uso de muitos medicamentos, presença de sinais e sintomas e mudanças na rotina diária.

Quadro 1: Demonstração dos artigos selecionados de acordo com seus objetivos, tipo de estudo e principais resultados.

FONTE: Elaborado pelos autores.

Identificou-se nos artigos científicos os fatores reincidientes que levam à falta de adesão ao tratamento medicamentoso da HAS em idosos, sendo eles: ausência de sintomas e esquecimento, falta de conhecimento em relação a doença, polifarmácia e efeitos colaterais, rede de apoio e dificuldade de acesso ao sistema de saúde e recusa emocional.

DISCUSSÃO

Ausência de sintomas e esquecimento

De acordo com Dallacosta et al., (2019) e Ghelman et al., (2018), um dos principais fatores que influenciam na falta de adesão ao tratamento de idosos hipertensos se deve porque os pacientes são em sua maioria assintomáticos. O autor também chama atenção para detecção precoce e inclusão dos pacientes nos programas Hiperdia, para que tenham entendimento sobre a doença e possam ser acompanhados, porque os pacientes que não tem complicações e/ou mantém a pressão estável, são os que mais abandonam o tratamento.

Segundo Becho *et al.*, (2017), neste contexto de ausência de sintomas, o hipertenso pode também achar que está curado, já que não apresenta sintomas e se sente bem, acaba optando por interromper o tratamento, tornando-se vulnerável às complicações decorrentes da doença. Um ponto observado em seu estudo é que alguns pacientes só foram descobrir a doença e só deram início ao tratamento após o primeiro AVE.

Ferreira *et al.*, (2019) faz um alerta aos pacientes que não se tratam adequadamente, abandonam o tratamento medicamentoso e só procuram atendimento em crise hipertensiva, pois futuramente irão desenvolver piores complicações hipertensivas, além da aquisição de outras comorbidades.

Outro ponto discutido por Ferreira *et al.*, (2019) e por Vieira *et al.*, (2016), é que os idosos em tratamento tiveram falta de adesão no uso da medicação devido o esquecimento, pois faziam uso irregular ou mesmo não se lembravam dos horários da medicação, como também é mencionado no estudo feito por Dallacosta *et al.*, (2019), em que os idosos relataram dificuldade para lembrar de tomar todos os remédios, bem como esquecem de tomá-los pelo menos em um dia da semana, variando na quantidade de vezes. Já o estudo de Fernandes *et al.*, (2020), relata que embora 60,8% tenham declarado não ter dificuldade para lembrar-se de tomar os medicamentos, um total representativo de 39,2% relata que isto aconteceu em algum momento.

Vale ressaltar que, como é descrito por Albuquerque *et al.*, (2018), a descontinuidade da ação medicamentosa ocasionada pelo esquecimento de doses e/ou tomada em horários incorretos acarreta oscilações pressóricas que comprometem não só o controle das doenças, mas levam a situações perigosas como o risco de Infarto Agudo do Miocárdio (IAM) e angina, que além, de levar a internações, contribuem para a baixa adesão ao tratamento.

Por fim, como observado no estudo de Luz *et al.*, (2019) e Dellacosta *et al.*, (2019), os pontos destacados têm uma relação entre a classe social agindo inversamente a adesão medicamentosa, bem como na característica desses idosos, que por já terem idade avançada, apresentam lapsos de memória e, menor ainda quando os mesmos não tem um familiar ou cuidador para ajudá-los.

Falta de conhecimento em relação a doença

Segundo Ferreira et al., (2019) e Jesus et al., (2016), a HAS tem maior prevalência na população com menor nível de escolaridade e poder socioeconômico. Esses fatores influenciam no conhecimento sobre a doença e por consequência, determinam a falta de adesão ao tratamento medicamentoso.

Silva et al., (2020), traz achados importantes relacionados a escolaridade e adesão ao tratamento medicamentoso, onde os idosos que apresentaram uma boa adesão possuíam uma média maior de anos em que frequentaram a escola. Um estudo realizado em uma unidade de atenção primária à saúde em Minas Gerais, com idosos hipertensos,

demonstrou que grande parte dos participantes apresentaram dificuldade no conhecimento e informações equivocadas acerca do que seria a HAS.

Além disso, foi possível identificar a despreocupação dos participantes com a saúde e a HAS, o que também está diretamente associado ao desconhecimento em relação à doença e suas complicações, sendo esse fato um obstáculo para que o indivíduo controle a doença, levando-o à não adesão e abandono às medidas terapêuticas recomendadas (BECHO et al., 2017).

Almeida et al., (2019), verificou em seu estudo que indivíduos com maior escolaridade aderiram menos ao uso de medicação para controle da HAS, constatando que a escolaridade não possui significância sobre a adesão ao tratamento medicamentoso. “Porém, isso reforça que o mais importante é avaliar o alfabetismo funcional em saúde, e não apenas a escolaridade, pois é aquele que se relaciona com a obtenção, compreensão e utilização das informações em prol de promover sua própria saúde.” (COSTA et al., 2019).

Para Dallacosta et al., (2019), estratégias lúdicas são uma alternativa de adesão ao medicamento para a população idosa e analfabeta. No entanto, dependendo da estratégia, pode se tornar fator da falta de uso da medicação quando não trabalhado a autonomia e empoderamento desse paciente, já que algumas técnicas procuram resolver apenas o uso da medicação, não a compreensão dela, o que faz com que o idoso apenas decore o nome do fármaco e não entenda o que está usando.

Polifarmácia e efeitos colaterais

Dallacosta et al., (2019) destaca que o maior número de morbidades influencia na quantidade de fármacos e no recebimento de múltiplas doses, o que favorece a falta de adesão aos medicamentos anti-hipertensivos. Inclusive, a HAS é tida como um dos motivos para o desenvolvimento de outras morbidades e para o aumento da mortalidade de idosos, como as doenças cardíacas e cerebrovasculares. Em consequência dessas morbidades, como relatado no estudo de Luz et al., (2019), a grande quantidade de medicamentos aumenta a complexidade do regime terapêutico e piora a adesão ao tratamento.

Isso porque, além da dificuldade de lembrar já destacado acima, Ferreira et al., (2019) discute que a ingestão de vários medicamentos ou de múltiplas doses causam vários efeitos colaterais nos pacientes e complicações, como no caso da gastrite.

Estudos mostram também que a identificação desses efeitos colaterais do tratamento farmacológico, representa um importante motivo para a inadequação ao tratamento. Isso foi observado no estudo de Becho et al., (2017), onde os efeitos colaterais instituídos principalmente do diurético (anti-hipertensivo mais utilizado na terapia medicamentosa devido a sua ótima eficácia e baixo custo), leva ao aumento da diurese. Gerando efeito indesejado aos usuários, levando-os a tomarem o medicamento fora do horário estipulado ou mesmo deixando-os de tomar quando precisam sair de casa.

Diante do exposto, Dellacosta et al., (2019) sugere a escolha por fármacos

com menor número de doses diárias como uma alternativa na problemática de adesão medicamentosa.

Rede de apoio e dificuldade de acesso ao sistema de saúde

Estudos mostram que a família representa um importante aliado no tratamento da HAS, sendo percebida como um agente facilitador no processo de adesão ao tratamento. No estudo de Dallacosta *et al.*, (2019) em que os idosos relataram dificuldade para lembrar de tomar os medicamentos, foi relatado que um dos fatores que dificultam o tratamento é justamente por não terem um familiar ou cuidador para ajudá-los.

Nos estudos de Sousa *et al.*, (2018) e de Falcão *et al.*, (2018), os idosos hipertensos demonstraram ter dificuldades na adesão ao tratamento e enfrentamento da doença, mas isso foi amenizado pela atuação dos familiares em momentos oportunos na tomada das medicações. O tratamento requer um engajamento por parte de todos os envolvidos: doentes, familiares, das pessoas de convívio mais próximo, bem como dos profissionais de saúde, responsáveis pela promoção e manutenção da saúde.

Almeida *et al.*, (2019), investigou a relação entre o grau de adesão terapêutica medicamentosa de indivíduos com HAS entre a Estratégia Saúde da Família (ESF) e a Unidade Básica de Saúde (UBS). Os resultados obtidos mostraram que a adesão é maior na ESF do que na UBS, apesar de ambos apresentarem uma adesão insatisfatória, mostrando que o modelo de atenção à saúde pode influenciar diretamente na adesão ao esquema terapêutico.

Klafke *et al.*, (2017), destaca a importância do vínculo do profissional de saúde com o paciente para uma melhor adesão ao tratamento, uma vez que o vínculo, estimula uma relação horizontal e de confiança, com liberdade para o paciente tirar suas dúvidas. No seu estudo, foi possível evidenciar uma maior adesão ao tratamento em pacientes que apresentavam vínculo com o profissional de saúde médico, tendo como resultado um melhor controle pressórico.

Além disso, Cortez *et al.*, (2019), em um ensaio clínico não-controlado realizado em uma equipe ESF de Minas Gerais, verificou-se uma diferença estatisticamente significativa na adesão ao tratamento da HAS após a sistematização da assistência de enfermagem.

A dificuldade de comunicação entre o profissional de saúde e o usuário foi observada no estudo de Becho *et al.*, (2017). Segundo o autor, esse processo comunicacional pode ser falho quando os profissionais disponibilizam informações de modo insatisfatório (poucas informações) ou pela incapacidade de compreensão do usuário, fato que dificulta a adesão ao tratamento da HAS, por isso se torna necessário realizar ações e estratégias que visem melhorar a comunicação, o vínculo e a oferta de informações no intuito de aumentar a adesão do paciente ao tratamento.

Dallacosta *et al.*, (2019) chama a atenção para o papel do profissional como meio de resolução da falta de adesão medicamentosa hipertensiva. O autor descreve que:

Os profissionais da saúde desempenham papel fundamental para melhorar a adesão ao tratamento, sendo a interação usuário-profissional determinante para a adesão farmacológica.

Logo, é importante que a equipe trabalhe não só de forma lúdica, como já destacado por outros autores, mas que se atentem para o atendimento integral, no qual identifique os pacientes que aderem e os que não aderem ao tratamento, assim como trabalhar a autonomia do idoso e reforçar o acompanhamento de forma independente dos cuidadores ou familiares, tornando esse idoso mais ativo e comprometido com o tratamento medicamentoso da HAS.

Outra dificuldade encontrada nos estudos, foi a falta de medicamentos nas unidades de saúde para o cumprimento das medidas terapêuticas medicamentosas, uma vez que é um direito a aquisição dos anti-hipertensivos nos serviços de saúde, considerando que nem sempre é possível o usuário comprar medicamentos pela falta de recursos financeiros, o que leva o usuário a ficar sem o medicamento, podendo desenvolver comportamentos inadequados, como pedir medicamentos emprestados a outros pacientes portadores da doença (BECHO *et al.*, 2017).

Por fim, Albuquerque *et al.*, (2016) destaca o analfabetismo como dificuldade na adesão ao tratamento. O analfabetismo está presente como fator dificultador da adesão ao tratamento, pois, por mais que pacientes tenham interesse em modificar hábitos de vida e desejem seguir a prescrição e orientação da equipe de saúde, há momentos em que isso se torna impossível, pela incapacidade de leitura e compreensão da prescrição.

Recusa emocional

Becho *et al.*, (2017) e Marin *et al.*, (2016) ressaltam que a HAS traz um fator emocional de recusa: o hipertenso se sente impotente, inseguro e frágil diante de uma doença crônica que pode causar danos irreversíveis, se não controlada. Além disso, o estado emocional interfere na variabilidade da pressão arterial, e sentimentos como: raiva, ansiedade, estresse e angústia em pacientes com HAS criam um núcleo de tensão e elevam a pressão arterial, levando à necessidade de uma abordagem multiprofissional para obter melhores resultados em relação à adesão ao tratamento, pois este saberá que possui apoio dos profissionais de saúde que atuam na atenção primária à saúde.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Dessa forma, foi possível evidenciar que os fatores que influenciam a falta de adesão ao tratamento medicamentoso da HAS pelos idosos são, o esquecimento, bem como a ausência de sintomas que os levam a cessar o uso do fármaco por acreditarem não precisar da medicação e, ainda, a presença dos efeitos colaterais, devido o não entendimento da HAS sendo uma doença crônica na qual há a necessidade do uso da terapia medicamentosa. Tais resultados indicam a necessidade de mudança de comportamento

dos idosos hipertensos e de ações mais efetivas na atenção primária para o diagnóstico e o controle da doença.

Espera-se que este estudo, venha fortalecer as estratégias educativas de ações de saúde, de forma a motivar e encorajar os pacientes a incorporarem as medidas terapêuticas em relação ao tratamento medicamentoso da HAS assim como a autonomia e empoderamento dos idosos no tratamento. Uma vez que os achados podem proporcionar subsídios para a realização de intervenções na assistência aos pacientes que vivem com HAS com o objetivo de aumentar o índice de adesão ao tratamento, como também melhorar cada vez mais sua qualidade de vida.

Vale destacar também, que se evidenciou durante a execução da pesquisa, que a não adesão medicamentosa é a principal causa de pressão arterial sistêmica não controlada, o que ocasiona muitas vezes outras doenças cardiovasculares.

REFERÊNCIAS

ALBUQUERQUE, G. S. C. et al. Adesão de hipertensos e diabéticos analfabetos ao uso de medicamentos a partir da prescrição pictográfica. **Trab. Educ. Saúde**, Rio de Janeiro, v. 14 n. 2, p. 611-624, maio/ago. 2016.

ALBUQUERQUE, N. L. S. et al. Associação entre seguimento em serviços de saúde e adesão a medicamentos anti-hipertensivos. **Revista brasileira de enfermagem**, v. 71, p. 3006-3012, 2018.

ALMEIDA, A. L. J. et al. Adesão ao tratamento medicamentoso da hipertensão arterial em dois modelos de atenção à saúde/Medication adherence to the treatment of hypertension in two models of health care. **Rev. APS** ; 22(2): 235-250, 20190401.

BARRETO, M. S. et al. Não utilização de consultas de rotina na Atenção Básica por pessoas com hipertensão arterial. **Ciência & Saúde Coletiva** [online]. 2018, v. 23, n. 3.

BECHO, A. S. et al. Dificuldade de adesão ao tratamento por hipertensos de uma unidade de atenção primária à saúde. **Rev. APS**. 2017 jul/set; 20(3): 349 - 359.

BRASIL. Lei nº 12.853 de 14 de agosto de 2013. Altera os arts. 5º, 68, 97, 98, 99 e 100, acrescenta os arts. 98-A, 98-B, 98-C, 99-A, 99-B, 100-A, 100-B e 109-A e revoga o art. 94 da Lei nº 9.610, de 19 de fevereiro de 1998, para dispor sobre a gestão coletiva de direitos autorais, e dá outras providências. Diário Oficial da União [Internet]. 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde (MS). **Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: hipertensão arterial sistêmica** Brasília, 2013.

BRASIL, Ministério da saúde (MS). **Dia Nacional do Idoso e Dia Internacional da Terceira Idade**, 2018.

COSTA, V. R. S et al. Alfabetismo funcional em saúde em pessoas idosas hipertensas na atenção primária. **Revista Brasileira de Enfermagem**. 72 (2), 278-285. 2019.

DALLACOSTA, F. M. et al. Adherence to treatment and life style of patients with hypertension. **Revista de Pesquisa, Cuidado é Fundamental Online**, v. 11, n. 1, p. 113-117, 2019.

FALCÃO, A. S. et al. Estilo de vida e adesão ao tratamento de hipertensão arterial sistêmica em homens idosos. **Rev Bras Promoção da Saúde**, Fortaleza, 31(2): 1-10, abr./jun., 2018.

FERNANDES, P. S. L. P. et al. Acesso e uso racional de medicamentos para hipertensão na atenção primária à saúde / Access and rational use of hypertension medications in primary health care / Acceso y utilización racional de medicamentos para la hipertensión en la atención primaria de salud. **Rev. bras. promoç. saúde (Impr.)** ; 33: 1-11, 03/01/2020.

FERREIRA, E. A. et al. Abandono ao tratamento anti-hipertensivo em idosos: conhecendo seus condicionantes. **Rev. enferm. UFPE on line**, p. 118-125, 2019.

FERIATO, K. T. et al. Antihypertensive treatment adherence in workers of a General Hospital / Adhesión al tratamiento antihipertensivo en trabajadores de un Hospital General / Adesão ao tratamento anti-hipertensivo em trabalhadores de um Hospital Geral. **Rev. bras. enferm** ; 71(4): 1875-1882, Jul.-Aug. 2018.

GANONG, L. H. Integrative reviews of nursing research. **Res Nurs Health**, 1987.

GHELMAN, L. G. et al. Adesão ao tratamento medicamentoso da hipertensão arterial e fatores associados / Adherence to the drug treatment of blood hypertension and associated factors. **Rev. enferm. UFPE on line** ; 12(5): 1273-1280, maio 2018.

HOEPFNER, C. et al. Apoio matricial e controle da hipertensão arterial. **International Journal of Cardiovascular Sciences**, 2017.

KLAFKE, A. et al. Efeito do vínculo com um médico de família no controle da pressão arterial em hipertensos. **Rev Bras Med Fam Comunidade**. Rio de Janeiro, 2017.

LESSA, I. Hipertensão arterial sistêmica no Brasil: tendência temporal. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 26(8):1470-1471, 2010.

LUZ, M. M. et al. O impacto das crenças em saúde sobre o controle da hipertensão arterial de idosos. **Rev. Soc. Cardiol. Estado de São Paulo**, p. 72-77, 2019.

MACHADO, G. L. A. et al. Perfil clínico-epidemiológico e adesão ao tratamento de idosos com hipertensão. **Rev enferm UFPE online**. Recife, 2017.

MACIEL, F. P. A. et al. Avaliação de intervenção para profissionais de saúde e impacto na gestão do cuidado de pessoas hipertensas. **Rev enferm UFPE online**. Recife, 2017.

MARIN, N. S. et al. Perception of hypertensive patients about their non-adherence to the use of medication. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**. 2016, v. 50, n. spe, pp. 61-67.

MENEZES, T. N. et al. Prevalência e controle da hipertensão arterial em idosos: um estudo populacional. **Rev Port Sau Pub**, 2016.

MIRANDA, P. R. O. et al. Percepção de pessoas com hipertensão arterial sobre aspectos que influenciam a adesão ao tratamento. **Rev. Enferm. UFSM**, vol.11 e6: 1-23, 2021.

MOTA, B. A. M; MOURA, L. F; NOGUEIRA, C. D. Efetividade da consulta de enfermagem na adesão ao tratamento da hipertensão arterial sistêmica. **Revista de Salud Pública**, v. 21, n. 3, 2019.

PEREIRA, M. G. et al. **Resultados de seguimento farmacoterapêutico a pacientes hipertensos em farmácia comunitária privada na Bahia**. Pública. Revista Baiana de Saúde Pública. v. 41, n. 2, p. 277-296 abr./jun. 2017.

RESENDE, A. K. M. et al. Dificuldades de idosos na adesão ao tratamento da hipertensão arterial / Difficulties of elderly people in accession to the treatment of blood hypertension.. **Rev. enferm. UFPE** on line ; 12(10): 2546-2554, out. 2018.

RIO DE JANEIRO. A taxa de morte por hipertensão arterial cresceu 13,2% na última década. **Sociedade brasileira de hipertensão arterial**, 2015.

SANTOS, S. M; FERREIRA, A. B; Avaliação da Adesão ao Tratamento da hipertensão arterial em pessoas idosas. **Rev Kairós**, 2018.

SILVA, N. S, et al. Blood pressure treatment adherence and control after participation in the ReHOT. **Arq. Bras. Cardiol.** 2016, 107, 437-445.

SILVA, L. M. et al. Treatment adherence and frailty syndrome in hypertensive older adults / Adherencia al tratamiento y síndrome de fragilidad en adultos mayores hipertensos / Adesão ao tratamento e síndrome da fragilidade em idosos hipertensos. **Rev. Esc. Enferm. USP** ; 54: e03590, 2020.

SOUSA, R. C. et al. Particularidades de idosos hipertensos à adesão ao tratamento medicamentoso. **Rev enferm UFPE** on line., Recife, 12(1):216-23, jan., 2018.

SOUZA, M. T.; SILVA, M. D; CARVALHO, R. Integrative review: what is it? How to do it?. **Einstein** (São Paulo) [online]. 2010, v. 8, n. 1, pp. 102-106.

SOUSA, J. A. S. et al. Associação entre adesão ao tratamento anti-hipertensivo e integralidade no atendimento de enfermeiros [Associação entre adesão ao tratamento anti-hipertensivo e assistência integral de enfermagem]. **Revista Enfermagem UERJ** , v. 26, p. 25250, 2018.

VIEIRA, C. P. B.; NASCIMENTO, J. J; BARROS, S. S.; LUZ, M. H. B. A.; VALLE, A. R. M. C. Prevalência referida, fatores de risco e controle da hipertensão arterial em idosos/ Self-reported prevalence, risk factors and hypertension control in older adults. **Ciência, Cuidado e Saúde**, v. 15, n. 3, p. 413 - 420, 1 jul. 2016.

WORLD, Health Organization. Envelhecimento ativo: uma política de saúde. Brasília: **Organização Pan-Americana da Saúde**, 2005.

CAPÍTULO 20

INCORPORAÇÃO DE FERRAMENTA TECNOLÓGICA PARA O MONITORAMENTO DAS AÇÕES DE TUBERCULOSE NA REDE DE ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE DO MUNICÍPIO DE MANAUS-AM

Data de aceite: 01/04/2022

Adriane Farias Valentim

Secretaria Municipal de Saúde de Manaus (SEMSA), Departamento de Informação, Controle, Avaliação e Regulação (DICAR)
Manaus, AM

Ericle Luna Costa

Secretaria Municipal de Saúde de Manaus (SEMSA), Departamento de Informação, Controle, Avaliação e Regulação (DICAR)
Manaus, AM

Sanay Souza Pedrosa

Secretaria Municipal de Saúde de Manaus (SEMSA), Departamento de Informação, Controle, Avaliação e Regulação (DICAR)
Manaus, AM

disease caused by bacteria that primarily affects the lungs. Brazil is among the 30 countries with high TB burden and the State of Amazonas has the highest TB incidence rate in the country. The Primary Health Care network (PHC), in turn, plays a relevant role in controlling this disease. From this context, we propose to describe the use of the dashboard as an innovative technological tool for the monitoring and control of tuberculosis in the PHC network in the city of Manaus.

CONTEXTO E MOTIVAÇÃO

A tuberculose (TB) é uma doença infecciosa causada por bactérias que afetam principalmente os pulmões. Sua transmissão ocorre frequentemente por via aérea, a partir da inalação de gotículas contendo bacilos expelidos pela tosse, fala ou espirro da pessoa doente¹.

No cenário mundial, estima-se que em 2019 cerca de 10 milhões de pessoas desenvolveram TB e 1,2 milhão morreram da doença. No mesmo ano cerca de 6,1 milhões de casos novos de TB foram descritos².

O Brasil está entre os 30 países de alta carga para TB, sendo o controle desta doença prioridade na agenda política do Ministério da Saúde¹.

Em relação aos Estados, em 2020, o Amazonas apresenta a maior taxa de incidência da TB no país, com 2.863 casos novos da doença registrados. Desse total, 2.080 casos

RESUMO: A tuberculose (TB) é uma doença infecciosa causada por bactérias que afetam principalmente os pulmões. O Brasil está entre os 30 países de alta carga para TB e o Estado do Amazonas apresenta a maior taxa de incidência da TB no país. A rede de Atenção Primária à Saúde (APS), por sua vez, tem papel relevante no controle dessa doença. A partir deste contexto, propomos descrever a utilização do dashboard como ferramenta tecnológica inovadora para o monitoramento e controle da tuberculose na rede de APS do município de Manaus.

PALAVRAS-CHAVE: Tuberculose; Atenção Primária à Saúde; Dashboard.

ABSTRACT: Tuberculosis (TB) is an infectious

foram registrados em Manaus (72,70%) e 783 (27,30%) no interior do Estado (FVS/AM)².

Visando o controle da tuberculose no país, o Ministério da Saúde, estabeleceu para os anos de 2021 e 2022, através do Programa Previne Brasil, a inclusão de indicadores que contemplaram ações relacionadas ao cuidado de pessoas com TB.

Ainda neste contexto, destacamos a relevância da rede de Atenção Primária à Saúde (APS) no controle desta doença. Pois tem a capacidade de ofertar atendimentos abrangentes que vão desde a identificação do sintomático respiratório, diagnóstico de casos, tratamento e cura das pessoas acometidas pela TB.

A partir desse cenário e entendendo a necessidade da utilização de estratégias inovadoras para a melhoria dos serviços de saúde no que tange ao cuidado das pessoas com TB na rede de APS do município de Manaus, criou-se uma ferramenta tecnológica chamada Dashboard Tuberculose.

DESCRÍÇÃO DA SOLUÇÃO

Dashboard Tuberculose

É uma ferramenta de gestão que apresenta em sua estrutura componentes estratégicos que contribuem para o monitoramento de dados, além de indicar o desempenho do que deseja ser avaliado³.

Vale destacar que as ferramentas de gestão de dados colaboram para o processo de trabalho das instituições e estão cada vez mais acessíveis⁴.

A partir desta premissa, o Dashboard Tuberculose constitui-se como uma ferramenta tecnológica inovadora que tem como intuito monitorar o desempenho das unidades de saúde que prestam cuidados às pessoas com TB na rede de APS e, por conseguinte, avaliar o controle desta doença no município de Manaus.

Seu uso está direcionado para a área técnica da Secretaria Municipal de Saúde (SEMSA), diretores das unidades de saúde da rede de APS e profissionais de saúde que compõe as equipes de Saúde da Família (eSF) e equipes de Atenção Primária (eAP). Ressalta-se, ainda, que a utilização dessa ferramenta propiciará a esses atores uma tomada de decisão mais oportuna e assertiva no que tange a assistência das pessoas com TB.

Metodologia de construção

A construção do Dashboard Tuberculose seguiu cinco (05) etapas: definição do projeto; escolha do software; elaboração do script; construção da ferramenta; e validação da ferramenta pela área técnica do Programa de Controle da TB Municipal e Estadual.

O respectivo dashboard foi desenvolvido utilizando o software Microsoft Power BI e estruturado a partir de três (03) componentes estratégicos que, de forma simples e objetiva, apresentam dados e geram informações importantes sobre o cuidado às pessoas com TB.

A seguir, destacaremos os três (03) componentes utilizados no dashboard, bem como suas especificidades e objetivos.

Indicadores operacionais da TB

Foram utilizados neste dashboard três indicadores operacionais (Figura 1).

O primeiro indicador apresenta a proporção de Sintomáticos Respiratórios Avaliados (SRA) na rede da APS do município de Manaus em relação ao número de Sintomáticos Respiratórios Esperados (SRE). Tem como objetivo identificar precocemente os casos bacilíferos, iniciar o tratamento e, consequentemente, interromper a cadeia de transmissão, reduzindo a incidência da doença a longo prazo. Periodicidade de mensuração: mensal. Parâmetro: 1% da população geral. Meta: $\geq 70\%$.

O segundo indicador apresenta a proporção de testagens para HIV avaliadas em relação aos casos novos de tuberculose identificados na rede da APS do município de Manaus. Tem como intuito diagnosticar precocemente a infecção pelo HIV em pessoas com tuberculose e iniciar de forma oportuna o tratamento antirretroviral reduzindo, assim, a mortalidade nesse público específico. Periodicidade de mensuração: mensal. Parâmetro: 100%. Meta: $\geq 80\%$.

O terceiro indicador apresenta a proporção de contatos examinados dos casos de tuberculose na rede da APS do município de Manaus em relação ao número de contatos identificados no Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN). Visa identificar precocemente os casos de tuberculose e as pessoas recém-infectadas pelo bacilo entre os contatos de uma pessoa com TB. Periodicidade de mensuração: mensal. Parâmetro: 100%. Meta: $\geq 70\%$.

Georreferenciamento dos casos de TB pulmonar e laríngea com confirmação laboratorial

A utilização do georreferenciamento no dashboard tuberculose, permite visualizar, especificamente, a distribuição espacial dos casos de TB pulmonar e laríngea com confirmação laboratorial no município de Manaus, com o intuito de auxiliar no planejamento estratégico de ações de promoção, prevenção e controle dessa doença (Figura 2).

Tabela de controle do tratamento dos casos de TB pulmonar e laríngea com confirmação laboratorial

O critério para a utilização desta forma clínica específica na tabela justifica-se por sua relevância para a saúde pública, pois quando bacilífera é responsável pela manutenção da cadeia de transmissão desta doença.

Foram utilizadas na tabela 14 variáveis, sendo elas: Unidade de saúde; CNS/CPF; Início do tratamento; Data provável do término; Última consulta realizada; Quantidade de dias sem consulta; Mês de tratamento; Quantidade de consultas; Teste HIV; BAAR controle

(bacilosscopia direta para bacilos álcool-ácido resistentes); TDO (Tratamento Diretamente Observado); Desfecho; Data do desfecho; e Status (Figura 2).

Quando analisadas em conjunto, essas variáveis apresentam informações relevantes sobre o tratamento do paciente com tuberculose na rede de APS do município de Manaus.

Ao observamos, especificamente, as seguintes variáveis: Quantidade de consultas, Teste HIV, BAAR controle e TDO, conseguimos informações pertinentes de como está o tratamento da pessoa com TB na rede de APS do município. Isso porque, as variáveis em destaque compõem as principais ações programáticas a serem realizadas para a efetivação do tratamento da TB.

Destacamos como ações programáticas essenciais para os seis (06) meses de tratamento da TB: Acompanhamento clínico através de consultas mensais, totalizando ao final do tratamento o mínimo de seis (6) consultas; um (01) teste rápido ou sorologia para HIV avaliados; Realização do TDO, no mínimo três vezes por semana durante todo tratamento, 24 doses na fase intensiva e 48 doses na fase de manutenção; e a realização de seis (06) BAAR (controle).

Ainda neste contexto, utilizamos a variável status para classificar, através de cores, o alcance das ações programáticas estabelecidas para cada mês de competência, tomando como ponto de referência o mês de tratamento atual do paciente.

A seguir, apresentaremos as cores e classificações utilizadas na variável status para demonstrar o alcance das ações programáticas do tratamento da TB: verde (excelente): refere-se ao cumprimento das quatro (04) variáveis (Quantidade de consultas, Teste HIV, BAAR controle e TDO); azul (bom): refere-se ao cumprimento de três (03) variáveis; lilás (regular): refere-se ao cumprimento de duas (02) variáveis; e vermelho (ruim): refere-se ao cumprimento de apenas (01) variável.

O objetivo primordial da tabela é intensificar o controle da TB, através do acompanhamento da execução das atividades programáticas que permitirão avaliar a evolução da doença, sucesso terapêutico e efetivação do tratamento.

Segue abaixo figuras do Dashboard Tuberculose:

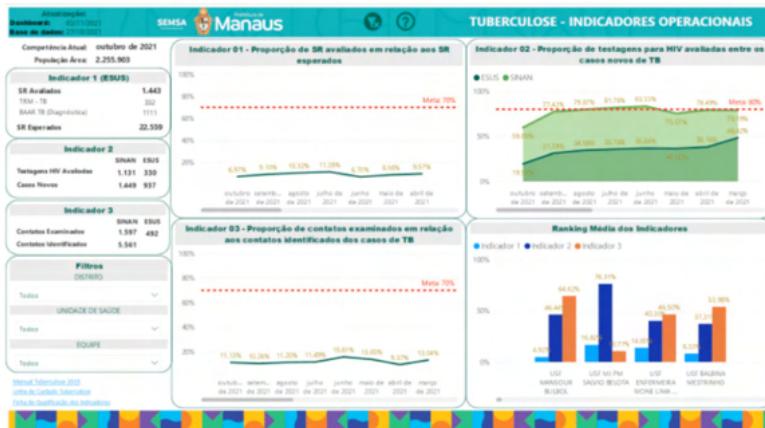


Figura 1. Dashboard Tuberculose



Figura 2. Dashboard Tuberculose

Dados utilizados e disponibilizados

Os dados utilizados no dashboard são extraídos do Sistema e-SUS Atenção Primária (e-SUS APS) e SINAN. Ressaltamos, ainda, que os dados disponibilizados referem-se à competência atual de cada mês e são atualizados com delay de três (03) dias.

Proteção de dados

O dashboard tuberculose encontra-se, atualmente, disponível em uma rede interna da SEMSA Manaus. Seu acesso está totalmente restrito à profissionais de saúde e gestores autorizados, respeitando o estabelecido pela Lei 13.853/19, denominada Lei Geral de Proteção de Dados Pessoais (LGPD), uma vez que utiliza dados pessoais de identificação, como CNS e CPF.

PONTOS RELEVANTES DA INOVAÇÃO

O dashboard tuberculose é uma ferramenta de fácil manuseio e visualização, produz informações confiáveis, permite acompanhar o fluxo do processo de trabalho, além de habilitar gestores para a tomada de decisão mais rápida e assertiva.

A efetivação da incorporação desta ferramenta nos serviços de saúde na rede de APS do município de Manaus contribuirá para: organizar e qualificar o processo de trabalho dos profissionais de saúde no atendimento às pessoas com TB; fomentar nos profissionais de saúde a boa prática do registro visando à geração de relatórios e informações mais confiáveis e úteis; disponibilizar dados em tempo oportuno para o planejamento de ações relacionadas ao cuidado das pessoas com TB; e viabilizar o monitoramento e avaliação do desempenho das equipes e serviços de saúde no cuidado às pessoas com TB.

CONCLUSÕES

Esperamos que o Dashboard Tuberculose auxilie a gestão na realização de planejamentos estratégicos voltados para o controle dessa doença, principalmente no que tange a adequação do processo de trabalho para esse atendimento na rede de Atenção Primária à Saúde do município de Manaus, a partir da demonstração de pontos que merecem atenção.

Ressaltamos, ainda, que esta ferramenta não substitui o trabalho da vigilância epidemiológica, mas sim a complementa para o controle da tuberculose.

AGRADECIMENTOS

À SEMSA Manaus e ao Departamento de Informação, Controle, Avaliação e Regulação (DICAR).

REFERÊNCIAS

1. Brasil. Ministério da Saúde. Manual de recomendações para o controle da tuberculose no Brasil. 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde; 2019. 366p.
2. Brasil. Boletim Epidemiológico de Tuberculose. Brasília: Ministério da Saúde (Número Especial); 2021. 44p.
3. Silva AMF. Desenvolvimento de um dashboard de indicadores de gestão científica numa Instituição de Ensino Superior [Portugal]. Dissertação [Mestrado Integrado em Engenharia e Gestão Industrial] - Faculdade de Engenharia da Universidade do Porto (FEUP); 2021. 73p.
4. Torres DR, Cardoso GCP, Abreu DMF, Soranz DR, Oliveira, EA. Aplicabilidade e potencialidades no uso de ferramentas de Business Intelligence na Atenção Primária em Saúde. Ciênc. saúde coletiva jun 2021; 26 (6): 2065-2074.

CAPÍTULO 21

EPIDEMIOLOGIA DO COVID-19 EM UMA CIDADE NO OESTE DO PARÁ: IMPACTOS NEGATIVOS A QUALIDADE DE VIDA

Data de aceite: 01/04/2022

Data de submissão: 04/02/2022

Adriele Pantoja Cunha

Universidade do Estado do Pará – UEPA
Santarém – Pará
<https://orcid.org/0000-0002-2115-5138>

Lívia de Aguiar Valentim

Universidade do Estado do Pará – UEPA
Santarém – Pará
<https://orcid.org/0000-0003-4255-8988>

Sheyla Mara Silva de Oliveira

Universidade do Estado do Pará – UEPA
Santarém – Pará
<https://orcid.org/0000-0003-1313-3147>

Tatiane Costa Quaresma

Universidade do Estado do Pará – UEPA
Santarém – Pará
<https://orcid.org/0000-0003-3052-2363>

Yara Macambira Santana Lima

Universidade do Estado do Pará – UEPA
Santarém – Pará
<https://orcid.org/0000-0001-9809-0267>

Franciane de Paula Fernandes

Universidade do Estado do Pará – UEPA
Santarém – Pará
<https://orcid.org/0000-0002-4617-1919>

Maria Goreth da Silva Ferreira

Universidade do Estado do Pará – UEPA
Santarém – Pará
<https://orcid.org/0000-0003-0809-5625>

RESUMO: A Covid-19 é uma doença infectocontagiosa ocasionada pelo novo coronavírus e sua transmissão se dá por meio de inalação ou contato direto com gotículas infectadas, sendo necessário traçar estratégias de ação para minimizar os efeitos negativos a qualidade de vida do indivíduo. Diante disso o objetivo do estudo foi analisar e descrever dados epidemiológicos acerca da pandemia e seus impactos negativos para a qualidade de vida da população de uma cidade no Oeste do Pará. Trata-se de um estudo epidemiológico descritivo, utilizando dados de bases secundárias dos casos confirmados e notificados de Covid-19 à Secretaria de Saúde de Santarém no estado do Pará. As variáveis analisadas foram: número de casos novos; tipos de testes realizados; número total de pacientes internados no hospital; número de pacientes em isolamento domiciliar; pacientes recuperados; óbitos confirmados; e idade dos pacientes que evoluíram a óbito. De acordo com os dados analisados, verificou-se que Santarém possui a incidência de casos totais confirmados, inferior à incidência brasileira. No entanto, quando comparadas às taxas de letalidade e mortalidade, o município apresentou maiores taxas que o Brasil. Conclui-se que com o atual cenário da pandemia no Brasil as ações de prevenção se tornam essenciais para o controle e combate a doença. Com isso, podemos observar que a realização de mais estudos epidemiológicos no Município sobre a evolução da doença se faz necessário para que os órgãos governamentais possam criar estratégias mais adequadas para controlar a contaminação através da prevenção e controle da infecção

PALAVRAS-CHAVE: Covid-19, qualidade de vida, epidemiologia.

EPIDEMIOLOGY OF COVID-19 IN A CITY IN THE WEST OF PARÁ: NEGATIVE IMPACTS ON QUALITY OF LIFE

ABSTRACT: Covid-19 is an infectious disease caused by the new coronavirus and its transmission occurs through inhalation or direct contact with infected droplets, making it necessary to outline action strategies to minimize the negative effects on the individual's quality of life. Therefore, the objective of the study was to analyze and describe epidemiological data about the pandemic and its negative impacts on the quality of life of the population of a city in western Pará. It is a descriptive epidemiological study, using data from secondary databases of cases confirmed and notified of Covid-19 to the Health Department of Santarém in the state of Pará. The variables analyzed were: number of new cases; types of tests performed; total number of patients admitted to the hospital; number of patients in home isolation; recovered patients; confirmed deaths; and age of patients who died. According to the data analyzed, it was found that Santarém has an incidence of total confirmed cases, which is lower than the Brazilian incidence. However, when compared to lethality and mortality rates, the municipality had higher rates than Brazil. It is concluded that with the current scenario of the pandemic in Brazil, prevention actions become essential to control and combat the disease. With this, we can observe that the accomplishment of more epidemiological studies in the Municipality on the evolution of the disease is necessary so that the government agencies can create more adequate strategies to control the contamination through the prevention and control of the infection.

KEYWORDS: Covid-19, quality of life, epidemiology.

INTRODUÇÃO

A Covid-19 é uma doença infectocontagiosa ocasionada pelo novo coronavírus (SARS-COV-2), sendo os sintomas mais comuns à febre acima de 37°C, fadiga, tosse e mialgias, além de alguns casos em que os pacientes podem apresentar cefaleia, congestão nasal, dor de garganta, diarreia e a perda ou diminuição de paladar e olfato. Essa sintomatologia em geral pode surgir entre 2 e 14 dias após a exposição ao vírus devido ao período de incubação deste agente infeccioso (NUNES et al., 2020).

A transmissão do SARS-COV-2 se dá por meio de inalação ou contato direto com gotículas infectadas. Além disso, seus sintomas não são específicos, podendo o indivíduo apresentar em quadros graves sintomas semelhantes a pneumonia viral podendo evoluir com Síndrome de Dificuldade Respiratória Aguda (SDRA), sepse, choque, insuficiência cardíaca e lesão renal agudas (ESTEVÃO, 2020).

Segundo Alvarenga et al. (2020) este vírus pode ocasionar quadros clínicos assintomáticos, leves ou problemas respiratórios graves. De acordo com a Organização Mundial de Saúde (OMS) cerca de 80% das pessoas são infectadas pelo vírus apresentando apenas sintomas leves, tendo boa recuperação sem necessitar de atendimento hospitalar, enquanto que os outros 20% necessitam de hospitalização e destes 5% podem necessitar de

suporte ventilatório para tratamento se insuficiência respiratória manifestada principalmente através da dispneia (WHO, 2020).

Para fazer a identificação do vírus é necessário realizar tanto a inspeção dos aspectos clínicos do paciente, quanto da análise dos exames laboratoriais, sendo os testes mais utilizados, o de transcrição reversa seguida de reação em cadeia da polimerase (RT-PCR) considerado método padrão ouro para detecção de doenças virais que basicamente aumenta as sequências de RNA do vírus facilitando sua identificação; e o teste rápido sorológico de antígeno (que identifica as proteínas na fase aguda da infecção) e de anticorpo (que detecta a resposta imunológica do corpo em relação ao vírus) (FORTUNA; FORTUNA 2020; VEROTTI et al., 2020).

Outro fator importante está relacionado ao tempo de duplicação da epidemia da Covid-19 que varia de 5,2 a 7,4 dias e de sua capacidade de reprodução estando entre 1,5 a 6,49 indivíduos, o que significa dizer quanto mais lenta é a progressão da epidemia, maior será sua duração. (LI et al., 2020; LIU et al., 2020).

Em decorrência dos fatores e complicações desta doença é necessário que medidas de prevenção e intervenção sejam estabelecidas pelos serviços de saúde, como o aumento no número de testagem dos suspeitos, investigação e identificação dos comunicantes, investimentos voltados à proteção dos profissionais da área da saúde, implementação e monitoramento de estratégias de controle comunitário e o isolamento social (RAFAEL et al., 2020).

Em suma, estas medidas são essenciais para reduzir o índice de casos desta doença, no entanto principalmente o isolamento social realizado através da diminuição da circulação de pessoas em ruas e espaços públicos e fechamento de comércios não essenciais, interferem diretamente na qualidade de vida da população, devido envolver aspectos que prejudicam o convívio social, escolaridade, moradia, renda, dentre outros, ocasionando a vulnerabilidade social (BEZERRA et al., 2020). Diante disso o objetivo do estudo foi analisar e descrever dados epidemiológicos acerca da pandemia e seus impactos negativos para a qualidade de vida da população de uma cidade no Oeste do Pará.

METODOLOGIA

Trata-se de um estudo epidemiológico descritivo, utilizando dados de bases secundárias dos casos confirmados e notificados de Covid-19 à Secretaria de Saúde de Santarém no estado do Pará. Todos os dados analisados foram obtidos por meio do boletim informativo divulgados pela Prefeitura Municipal de Santarém (PMS) onde constam dados desde o primeiro caso confirmado abril de 2020 até março de 2021 totalizando 1 ano.

Foram incluídos na pesquisa todos os casos confirmados dos indivíduos residentes do município de Santarém que atendiam aos critérios de diagnóstico para Covid-19 de acordo com as diretrizes do Ministério da Saúde.

Segundo o Índice Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) o município de Santarém fica localizado na região norte do Brasil mais precisamente no oeste do Pará, com uma população aproximada 306.480 habitantes e densidade demográfica de 12,87 hab/km² (IBGE, 2020).

As variáveis analisadas foram: número de casos novos; tipos de testes realizados; número total de pacientes internados no hospital; número de pacientes em isolamento domiciliar; pacientes recuperados; óbitos confirmados; e idade dos pacientes que evoluíram a óbito (0-12, 13-39, 40-59, 60-69, 70-79, e ≥80). A análise epidemiológica foi realizada através de estatística descritiva (frequência absoluta e relativa) utilizando-se o programa Excel.

Para caracterização da incidência da Covid-19, o cálculo foi realizado por meio do total de casos divididos pela população total, multiplicada por 100 mil habitantes (Número de casos no Município/ População total x 100 mil habitantes). A mortalidade foi calculada pelo número total de óbitos divididos pela população total, multiplicada por 100 mil habitantes (Número de óbitos no município/ População total x 100 mil habitantes). A taxa de letalidade foi calculada através do número de óbitos divididos pelo número de casos confirmados, multiplicados por 100 (Número de óbitos/Número de casos confirmados x 100). A taxa de testagem foi obtida por meio do total de testes realizados divididos pela população total, multiplicados por 100 mil habitantes (Total de teste realizados/ População total x 100 mil habitantes).

Para o cálculo do percentil de óbitos por idade, realizou-se a soma dos óbitos diários de todas as faixas etárias e para o cálculo percentual de internações, utilizou-se a soma das internações diárias na UTI e dos leitos de enfermaria de forma conjunta. Além disso, verificou-se o percentual de casos novos por mês. Para descrição destes dados, foi realizada a soma mensal e a partir disso representados em forma de tabelas.

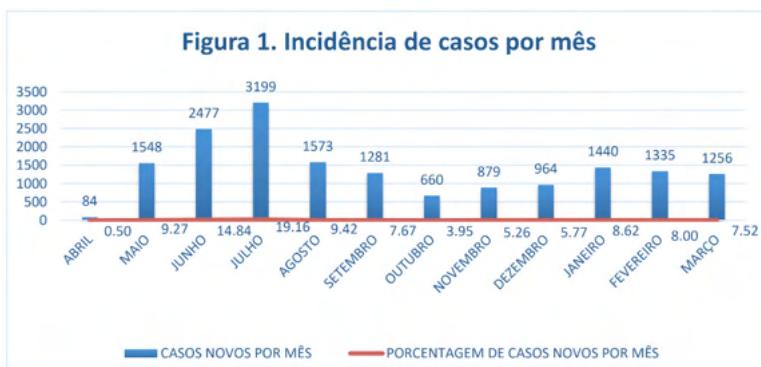
Para o presente estudo não houve a necessidade de aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) por se tratar de dados de bases secundárias de domínio e acesso público, sendo disponibilizados diariamente pela Prefeitura Municipal de Santarém através do boletim informativo de COVID-19 sem divulgação de nomes, respeitando a privacidade dos pacientes estando de acordo com a resolução nº 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde que assegura os direitos de pesquisa para o avanço da ciência no Brasil, sem acarretar risco ou maleficências aos indivíduos estudados.

RESULTADOS

No período de 02 de abril de 2020 a 31 de março de 2021 a incidência de casos confirmados pela COVID-19 foi de 5.447,66 casos/ 100 mil habitantes, o total de testes realizados foi de 36.381, destes 16.696 (45,89%) foram positivos e 19.685 (54,11%) negativos e a taxa de testagem foi de 11.870,59/100 mil habitantes. Durante o período estudado também foi registrado o número de 834 óbitos, a taxa de letalidade foi de 4,99%

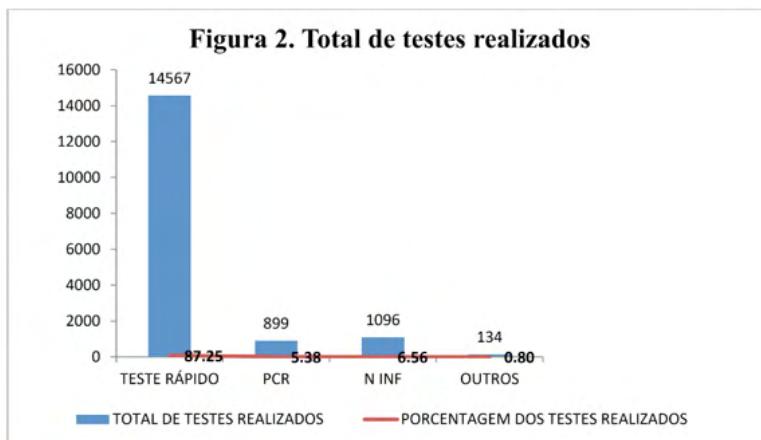
e o índice de mortalidade foi de 272,12/ 100 mil habitantes.

A figura 1 apresenta a incidência de casos novos por mês dos 16.696 casos ocorridos desde abril de 2020 a março de 2021. Nota-se a predominância de casos no mês de julho (19,16%), junho (14,84) e maio (9,27%) e os menores índices de casos nos meses de abril (0,50%) e outubro (3,95%) se 2020. É importante salientar que o primeiro caso de Covid-19 na cidade foi notificado em abril de 2020 pela prefeitura e secretaria de saúde, após três meses (maio, junho e julho) o município já tinha acumulado 7.308 casos confirmados.



Fonte: Secretaria Municipal de Saúde/ Prefeitura Municipal de Santarém

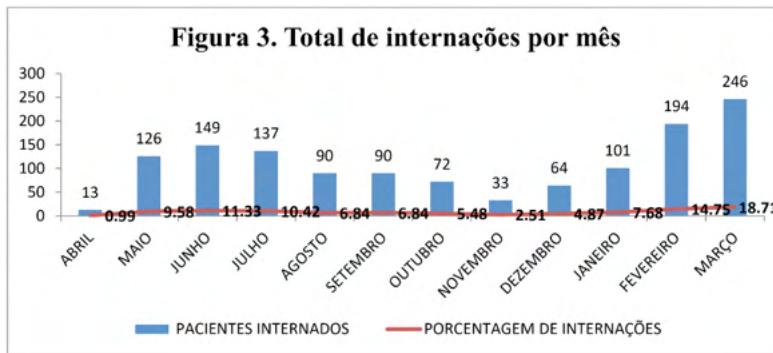
A figura 2 mostra o total de testes realizados no período estudado entre os meses de abril de 2020 e março de 2021, onde se verifica a maior incidência para diagnóstico com uso de testes rápidos (84,54%) e o menor índice em outros tipos de testes (0,80%). É importante ressaltar o alto índice de testes realizados sem informações.



Fonte: Secretaria Municipal de Saúde/ Prefeitura Municipal de Santarém

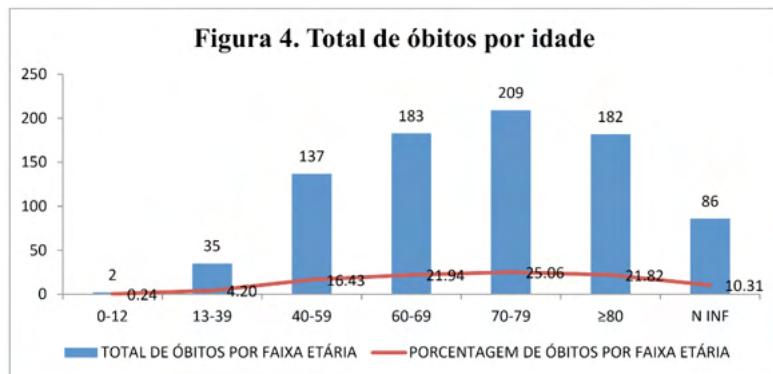
*Outros: Clínico imagem/ Clínica epidemiológica; N INF: Não Informados

Na figura 3, é apresentada a distribuição do total de pacientes internados por mês, onde se observa o maior índice de internações nos meses de fevereiro (14,75%) e março (18,71%) de 2021 e os menores índices no mês de abril (0,99%) e novembro (2,51%) de 2020. É importante salientar que no período estudado, 1315 pacientes foram internados nos leitos destinados ao isolamento respiratório hospitalar, sendo disponibilizados 71 leitos de UTI (64 adultos, 4 pediátricos e 3 neonatais) e 164 leitos clínicos. No entanto, a disponibilidade dos leitos não era informada desde o início da pandemia, apenas o número de pessoas internadas, impossibilitando assim o cálculo da taxa de ocupação dos leitos.



Fonte: Secretaria Municipal de Saúde/ Prefeitura Municipal de Santarém

A figura 4 apresenta dados referentes aos óbitos por faixa etária entre os meses de abril de 2020 a março de 2021. Os maiores índices de mortes foram observados na faixa etária de 70-79 (25,06%), 60-69 (21,94%) e ≥ 80 (21,82%). Ressalta-se ainda que a idade mínima foi < 1 ano e a máxima de 98 anos.

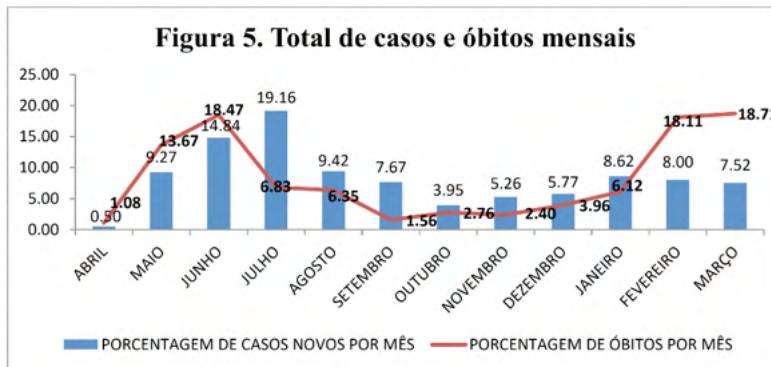


Fonte: Secretaria Municipal de Saúde/ Prefeitura Municipal de Santarém

* N INF: Não Informados

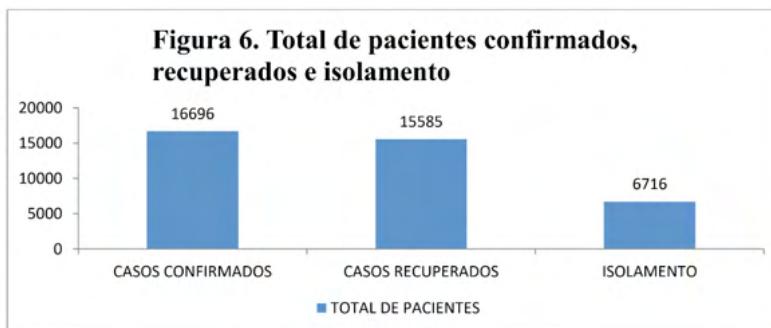
Segundo o Ministério da Saúde, de acordo com os dados da semana epidemiológica do mês de março de 2021, os casos e óbitos acumulados pela covid-19, respectivamente, eram de 119.515.052 e 1.648.162, no mundo e 11.439.558 e 277.102 no Brasil, 1.238.548 e 29.342 no Norte, 382.212 e 9.290 no Pará e; 16.013 e 721 em Santarém.

Dentre os 306.480 habitantes de Santarém, até o fim de março, período de estudo da presente pesquisa o número de casos e óbitos aumentaram para 16.696 e 830, respectivamente. Além disso, conforme a figura 5 a incidência maior de casos novos e óbitos estavam nos meses de maio (9,27% e 13,67%) e junho (13,67% e 14,84%)



Fonte: Secretaria Municipal de Saúde/ Prefeitura Municipal de Santarém

Até o final do mês de março, Santarém contabilizava 16696 casos confirmados de Covid-19 e conforme apresentado na figura 6, destes 15585 estavam recuperados e 6716 haviam entrado em isolamento segundo os boletins epidemiológicos.



Fonte: Secretaria Municipal de Saúde/ Prefeitura Municipal de Santarém

DISCUSSÃO

De acordo com os dados analisados, verificou-se que Santarém possui a incidência

de casos totais confirmados, inferior à incidência brasileira (7563,3/100 mil habitantes). No entanto, quando comparadas às taxas de letalidade e mortalidade, o município apresentou maiores taxas que o Brasil (2,8% e 211,3 óbitos/100 mil habitantes). A região Norte, em relação ao município, registrou incidência superior (8533,4/100 mil habitantes), já as taxas de letalidade e mortalidade se mostraram inferiores, respectivamente (2,5% e 218,2/100 mil habitantes) (BRASIL, 2021).

Sobre a incidência de casos mensais, observou-se que houve um aumento expressivo de casos novos nos primeiros três meses seguintes (maio (1.632), junho (4.109) e julho (7.308)) após o mês de início (abril) da pandemia no município de Santarém, resultado este também verificado em outro estudo realizado em todo estado de São Paulo, no qual mostra o índice de aumento de casos nos três primeiros meses (março (1.015); abril (20.652) e maio (85.459)) após o primeiro caso confirmado em fevereiro (MOURA et al., 2020).

Com relação ao tipo de teste realizado no diagnóstico da Covid-19, observou-se que os mais utilizados foram o teste rápido e o RT-PCR o que corrobora com os dados analisados em uma pesquisa a qual demonstra que ambos os testes anteriormente citados foram os mais utilizados no Brasil, no entanto o mesmo estudo enfatiza que apenas cerca de 50% dos testes foram realizados em tempo adequado dificultando a veracidade dos resultados (LIMA et al., 2021).

A cerca deste fato Verotti et al., (2020) coloca que os testes utilizados para o diagnóstico da Covid-19 apresentam algumas limitações de informações disponibilizadas pelo fabricante a cerca de sua eficácia e tanto os resultados falsos-positivos quanto os falso-positivos colocam em dúvida a qualidade dos testes e consequentemente dificulta o monitoramento e manejo da pandemia no Brasil.

A respeito do número de internações mensais, um estudo realizado na Bahia apresentou dificuldades referentes à impossibilidade de cálculo da taxa de ocupação de leitos em consequência da indisponibilidade de dados nos boletins epidemiológicos, o que também foi evidenciado na presente pesquisa. Neste mesmo estudo, o autor coloca ainda que as informações não seguiam um padrão específico, sendo disponibilizadas esporadicamente nos boletins, fato este também observado durante a realização desta pesquisa (FORTUNA; FORTUNA, 2020).

A cerca deste problema, Noronha et al., (2020) considera que a organização das informações sobre a demanda de leitos disponíveis em cada região é de extrema importância para conter a evolução da covid-19, haja vista que muitos pacientes são encaminhados de outros locais com menos recursos e a falta desta informação sobre a oferta de leitos pode gerar consequências devido a rapidez com que a doença evolui em alguns casos, levando os mesmos a óbito.

No que se refere à mortalidade por faixa etária, o presente estudo evidenciou que a maioria foram idosos entre 70 e 79, resultado este também verificado em outro estudo, cujo mostra que o pico de mortalidade em ambos os sexos se dá entre esta mesma faixa

de idade (SANCHEZ et al., 2021). De acordo com Barbosa et al., (2020) esta incidência pode estar relacionada a questões demográficas como raça, idade e renda, aumentado especialmente nos idosos que possuem doenças crônicas.

De acordo com Rosa et al (2020) os idosos são os principais acometidos pela Covid-19 devido pertencerem ao grupo de risco de maior prevalência de comorbidades, especialmente cardiovasculares que geralmente estão associadas a um prognóstico ruim. No entanto, quando se refere aos pacientes pediátricos, os mesmos possuem uma menor taxa de mortalidade, devido raramente apresentarem formas graves da doença (SILVA et al., 2020).

Quanto ao índice de casos e óbitos mensais o pico de incidência se deu entre os meses de maio e junho de 2020. Um estudo realizado no Paraná demonstrou resultado semelhante no que tange a incidência geral de ambas as variáveis (DE PAIVA et al., 2020). Em suma, estes resultados podem ser explicados devido o aumento da prevalência de anticorpos para SARS-COV-2 de cerca de 50% entre as semanas dos dias 14 à 21 de maio e 4 à 7 de junho em todo o Brasil, tendo aumento inicial nas regiões norte e nordeste (HALLAL et al., 2020).

Em uma pesquisa realizada em pelotas foi observado que o índice de isolamento domiciliar se mostrou menor em relação tanto ao número de pacientes recuperados, quanto dos confirmados, resultado este também evidenciado no presente estudo. Segundo o Ministério da Saúde no mês de março o Pará apresentou uma taxa de (49,9%) de isolamento social e Santarém ocupava a 52º posição no índice de isolamento com (43,7%), taxas estas ainda consideradas baixas, haja vista que o índice estabelecido é de 70%, o que indica que menos de 50% da população respeita as recomendações das autoridades o que acarreta problemas e influencia no aumento dos novos casos (BRASIL, 2021; VIEIRA; ALVES; PEREIRA, 2020).

O isolamento social está entre as principais medidas utilizadas para minimizar a transmissão do vírus com objetivo de diminuir o contato entre as pessoas infectadas das saudáveis ou de grupos com potencial alto de infecção/transmissão dos com baixo potencial. No entanto, esta medida se torna um desafio devido à dificuldade de rastreio ou isolamento dos casos e seus contatos, haja vista que existe o risco de pacientes assintomáticos infectarem os saudáveis antes de apresentarem sintomas (SILVA et al., 2021).

Além disso, o isolamento social está entre os principais problemas enfrentados na pandemia, devido suas consequências e seu impacto negativo a população, tais como: mudança drástica de rotinas, hábitos e costumes, doenças psicológicas como aquisição de ansiedade e depressão, aumento no índice de violência, e principalmente a problemas financeiros causados pela diminuição das atividades econômicas (SCHUCHMANN et al., 2020).

CONCLUSÃO

Os dados epidemiológicos analisados sobre a Covid-19 em Santarém mostraram a grande incidência de casos novos por mês, além da alta incidência de óbitos entre os idosos acima de 70 anos e baixo índice de isolamento. A respeito do baixo índice de isolamento, podemos relacionar ao fato de que o município possui uma baixa taxa de adesão às medidas preventivas para o controle da pandemia por parte dos indivíduos.

Com o atual cenário da pandemia no Brasil as ações de prevenção se tornam essenciais para o controle e combate a doença. No entanto, a preocupação está relacionada não somente ao avanço do vírus, mas também na dificuldade de adoção de ações preventivas como o isolamento domiciliar que tem impactado de forma negativa, devido principalmente à desigualdade social de muitas famílias que necessitam da sua renda mensal ou diária para sua sobrevivência.

Com isso, podemos observar que a realização de mais estudos epidemiológicos no Município sobre a evolução da doença se faz necessário para que os órgãos governamentais possam criar estratégias mais adequadas para controlar a contaminação através da prevenção e controle da infecção, realizadas por meio de estratégias como a ampliação da testagem e rastreio de indivíduos, identificação e isolamento dos contatos, conscientização da população sobre a importância do isolamento, imposição de medidas restritivas mais rígidas de acordo com a possibilidade do indivíduo, fiscalização do uso de máscaras, vacinação, dentre outras.

Como principal limitação do estudo está à falta de informações a respeito de alguns dados relacionados à pandemia no município. A cerca disso, recomenda-se que os boletins epidemiológicos disponibilizados pela prefeitura sejam mais completos e que sua divulgação seja padronizada e regular, dando não só transparência das informações ao público, como também possam servir de subsídio para futuros estudos mais aprofundados e precisos.

REFERÊNCIAS

ALVARENGA, Robson et al. Percepção da qualidade de vida de professores das redes públicas e privadas frente à pandemia do covid-19. **Revista CPAQV–Centro de Pesquisas Avançadas em Qualidade de Vida**, v. 12, n. 3, p. 2, 2020. <https://doi.org/10.36692/cpaqv-v12n3-1>

BARBOSA, Isabelle Ribeiro et al. Incidência e mortalidade por COVID-19 na população idosa brasileira e sua relação com indicadores contextuais: um estudo ecológico. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, v. 23, n. 1, p.1-11, 2020. <https://doi.org/10.1590/1981-22562020023.200171>

BEZERRA, Anselmo César Vasconcelos et al. Fatores associados ao comportamento da população durante o isolamento social na pandemia de COVID-19. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 25, n.1, p. 2411-2421, 2020. <https://doi.org/10.1590/1413-81232020256.1.10792020>

BRASIL, Ministério da Saúde. Boletim Epidemiológico Especial-Doença Pelo Coronavírus Covid-19: Semana epidemiológica 8 (21 a 27/2/2021). Acesso em: 19/05/2021. Disponível em: https://www.gov.br/saude/pt-br/media/pdf/2021/marco/05/boletim_epidemiologico_covid_52_final2.pdf

BRASIL, Ministério da Saúde. Painel de casos da doença pelo coronavírus 2019 (COVID-19) no Brasil pelo Ministério da Saúde, 2021. Acesso em: 20/05/2021. Disponível em: <https://covid.saude.gov.br/>

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Estado de Saúde Pública do Pará- SESPA. Secretaria de Estado de segurança Pública e Defesa Social-SEGUP. Levantamento-COVID-19, 22/03/2021. Acesso em: 23/05/2021. Disponível em: http://segup.pa.gov.br/sites/default/files/levantamento_covid_-_16073.pdf

DE PAIVA, Clara Inácio et al. Perfil epidemiológico da Covid-19 no Estado do Paraná. **Revista de Saúde Pública do Paraná**, v. 3, n. 1, P. 39-61, 2020. <https://doi.org/10.32811/25954482-2020v3sup1p39>

ESTEVÃO, Amélia. COVID-19. **Acta Radiológica Portuguesa**, v. 32, n. 1, p. 5-6, 2020. <https://doi.org/10.25748/arp.19800>

FORTUNA, Danielle Barros Silva; FORTUNA, Jorge Luiz. Perfil epidemiológico dos casos de COVID-19 no município de Teixeira de Freitas-BA. **Brazilian Journal of Development**, v. 6, n. 10, p. 76374-76392, 2020. Disponível em: <https://www.brazilianjournals.com/index.php/BRJD/article/view/17949/14533>

HALLAL, Pedro C. et al. SARS-CoV-2 antibody prevalence in Brazil: results from two successive nationwide serological household surveys. **The Lancet Global Health**, v. 8, n. 11, p. 1390-1398, 2020. [https://doi.org/10.1016/S2214-109X\(20\)30387-9](https://doi.org/10.1016/S2214-109X(20)30387-9)

HUANG, Chaolin et al. Clinical features of patients infected with 2019 novel coronavirus in Wuhan, China. **The lancet**, v. 395, n. 10223, p. 497-506, 2020. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(20\)30183-5](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(20)30183-5)

IBGE, Índice Brasileiro de Geografia e Estatística. População estimada de Santarém-Pará em 2020. Acesso em: 20/04/2021. Disponível em: <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/pa/santarem>

LIMA, Francisca Elisângela Teixeira et al. Intervalo de tempo decorrido entre o início dos sintomas e a realização do exame para COVID-19 nas capitais brasileiras, agosto de 2020. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, v. 30, n. 1, p. 1-10, 2020. <https://doi.org/10.1590/S1679-4974202100010002>

LI, Qun et al. Early transmission dynamics in Wuhan, China, of novel coronavirus–infected pneumonia. **New England journal of medicine**, v. 382, n. 13, p. 1199-1207, 2020. <https://www.nejm.org/doi/full/10.1056/NEJMoa2001316>

LIU, Ying et al. The reproductive number of COVID-19 is higher compared to SARS coronavirus. **Journal of travel medicine**, v.27, n. 2, p. 1-4, 2020. <https://doi.org/10.1093/jtm/taaa021>

MOURA, Roudom Ferreira et al. Epidemia do novo coronavírus (COVID-19): análise dos indicadores nos três primeiros meses, Estado de São Paulo, Brasil. **ARCHIVES OF HEALTH INVESTIGATION**, v. 9, n. 4, p. 314-319, 2020. <https://doi.org/10.21270/archi.v9i4.5102>

NUNES, Vilani Medeiros de Araújo et al. COVID-19 e o cuidado de idosos: Recomendações para instituições de longa permanência. Rio Grande do Norte, 2020. <https://repositorio.ufrn.br/jspui/handle/123456789/28754>

RAFAEL, Ricardo de Mattos Russo et al. Epidemiologia, políticas públicas e pandemia de Covid-19: o que esperar no Brasil? **Revista enfermagem UERJ**, v. 28, p. 1-6, 2020. <https://doi.org/10.12957/reuerj.2020.49570>

ROSA, Maria Fernanda Prado et al. Epidemiologia da COVID-19 em Uberlândia (MG): análise preliminar do impacto do grau de abertura comercial. **JOURNAL HEALTH NPEPS**, v. 5, n. 2, p. 20-41, 2020. <http://dx.doi.org/10.30681/252610104844>

SILVA, Fábio Castagna da et al. Isolamento social e a velocidade de casos de covid-19: medida de prevenção da transmissão. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, v. 42, n. spe, p. 1-10, 2021. <https://doi.org/10.1590/1983-1447.20200238>

SILVA, João Ricardo Azevedo et al. COVID-19 em Pediatria: um panorama entre incidência e mortalidade. **Rev Residência Pediátrica. Sociedade Brasileira de Pediatria**, v. 10, n.3, p. 1-4, 2020. <https://cdn.publisher.gn1.link/residenciapediatrica.com.br/pdf/rp280121a11.pdf>

VEROTTI, Mariana Pastorello et al. Testes diagnósticos para COVID-19 registrados na Agência Nacional de Vigilância Sanitária: sensibilidade e especificidade reportadas pelos fabricantes. **Revista Comunicação em Ciências da Saúde**, v. 30, n.1, p. 217-229, 2020. <https://www.arca.fiocruz.br/handle/icict/44223>

VIEIRA, Ima Célia Guimarães; ALVES, Frederick Fagundes; PEREIRA, Fabiana. Nota Técnica: Cenários de Isolamento Social e Uso de Máscaras no Arquipélago do Marajó, Pará, 2020. Acesso em: 23/05/2021. Disponível em: <https://www.museu-goeldi.br/noticias/nota-tecnica-panorama-da-covid-19-nos-municípios-do-marajo/nota-tecnica-pandemia-marajo.pdf/view>

WHO. COVID-19 Fact Sheet [internet]. World Health Organization; 2020 [citado em 01 Oct 2020]. Disponível em: <https://www.paho.org/pt/covid19>

CAPÍTULO 22

ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM A PACIENTES COM COVID-19 BASEADA NA TEORIA DAS NECESSIDADES HUMANAS BÁSICAS: UMA REVISÃO INTEGRATIVA DA LITERATURA

Data de aceite: 01/04/2022

Mylena Carolina Gonçalves

Graduadado Curso de Graduação em Enfermagem do Centro Universitário de Brasília
<http://lattes.cnpq.br/3170925942039637>

Renata de Paula Faria Rocha

Professora Titular do Curso de Graduação em Enfermagem do Centro Universitário de Brasília
<http://lattes.cnpq.br/0813438945211032>

RESUMO: Wanda Horta desenvolveu a teoria das necessidades humanas básicas que é o referencial conceitual mais utilizado para orientar as etapas do Processo de Enfermagem. O objetivo deste estudo foi identificar, através das publicações científicas, as necessidades humanas básicas afetadas nos pacientes diagnosticados com a COVID-19. Foi realizada uma revisão integrativa com abordagem qualitativa. Foram analisados 16 artigos e obtidas 3 categorias: Necessidades psicobiológicas; Necessidades psicosociais; Necessidades psicoespirituais. A assistência de enfermagem tomou novos horizontes em decorrência da pandemia, novos desafios precisaram ser vencidos, para uma melhor assistência ao paciente. Uma boa assistência de enfermagem se dá através da capacidade crítica de fazer inferências clínicas, prever situações de risco, planejar e garantir os cuidados de manutenção da vida, redobrar a vigilância sobre os riscos de disseminação da doença de forma organizada e sistematizada e cientificamente fundamentada.

PALAVRAS-CHAVE: Infecções por Coronavírus; Cuidados de Enfermagem; Processo de Enfermagem; Espiritualidade.

NURSING CARE FOR PATIENTS WITH COVID-19 BASED ON THE BASIC HUMAN NEEDS THEORY: AN INTEGRATIVE LITERATURE REVIEW

ABSTRACT: Horta developed the theory of basic human needs, which is the conceptual framework most used to guide the stages of the Nursing Process. The objective is to identify, through scientific publications, the basic human needs affected in patients diagnosed with COVID-19. An integrative review with a qualitative approach was carried out. 16 articles were analyzed and 3 categories were obtained: Psychobiological needs; Psychosocial needs; Psychospiritual needs. Nursing care took on new horizons as a result of the pandemic, new challenges needed to be overcome for better patient care. Good nursing care is provided through the critical ability to make clinical inferences, predict risk situations, plan and guarantee life-sustaining care, redouble surveillance on the risks of disease dissemination in an organized, systematized and scientifically based manner.

KEYWORDS: Coronavirus infections; Nursing care; Nursing Process; Spirituality.

INTRODUÇÃO

Em dezembro de 2019 em Wuhan na China, houve a transmissão do COVID-19 que é uma doença do tipo SARS-CoV-2 causada pelo coronavírus, no mesmo ano foi rapidamente

transmitida e disseminada de pessoa para pessoa. A Organização Mundial da Saúde (OMS) declarou, em 30 de janeiro de 2020 uma emergência de saúde pública de importância internacional para o surto da doença. Ainda com o mais alto nível de alerta da OMS, conforme previsto no Regulamento Sanitário Internacional. A COVID-19 foi caracterizada pela OMS como uma pandemia no dia 11 de março de 2020, sendo até o dia 13 de outubro de 2020 confirmados no mundo 37.704.153 casos de COVID-19. O número de recuperados foi de 8.699.384 na região das Américas (BRASIL, 2020; OPAS, 2020).

De acordo com a OMS, cerca de 80% dos pacientes com COVID-19 podem ser assintomáticos e em média 20% dos casos detectados requerem atendimento hospitalar por apresentarem dificuldade respiratória, sendo que 5% podem necessitar de suporte ventilatório. A transmissão ocorre quando uma pessoa infectada tem contato próximo por meio de aperto de mão, gotículas de saliva, espirro, tosse, catarro, objeto ou superfícies contaminadas por outra pessoa. O início da doença varia de um resfriado, a uma síndrome gripal ou até mesmo uma pneumonia severa. Os sintomas mais comuns são: febre, tosse, cefaléia, coriza, dor de garganta, dispneia, dificuldade de respirar, astenia, hiporexia, anosmia, ageusia, náusea, vômito e diarreia (BRASIL, 2020).

Frente às circunstâncias citadas acima, a enfermeira Florence Nightingale deixou seu legado no que tange aos cenários similares do ano de 2020, reforçando sua mensagem de cuidado à saúde para proteção da vida. Seus ensinamentos nunca estiveram tão em evidência e atuais como no ano da pandemia do COVID-19 em que a ausência de medicamentos específicos e de vacina trouxe novamente a importância e reafirmação imprescindíveis de medidas como a lavagem das mãos, a limpeza dos hospitais e dos ambientes domésticos, e a implementação de boletins epidemiológicos como medidas de acompanhamento da doença e da curva epidêmica, trazendo ainda a importância da enfermagem na assistência, na gestão e no ensino em saúde diante dos desafios trazidos pelo COVID-19 (KNEODLER *et al.*, 2017; MCENROE, 2020).

A equipe de enfermagem no cenário atual presta cuidados na linha de frente na prevenção e resposta à COVID-19, vivenciando desafios principalmente em relação ao instrumento metodológico do cuidado de enfermagem. O elemento fundamental no trabalho da enfermagem, principalmente em frente a pandemia, é o processo de enfermagem (PE). Sendo assim, a dinâmica das ações sistematizadas e inter-relacionadas, que viabiliza a organização da assistência de enfermagem é feita através do PE e foi a partir dos trabalhos realizados por Wanda de Aguiar Horta, na década de 1970 potencializando o avanço e a compreensão da enfermagem (CHOI *et al.*, 2020).

Wanda de Aguiar Horta aponta as necessidades do cumprimento do rigor metodológico, a partir de ações sistematizadas e inter-relacionadas, com o enfoque no cuidado humano a partir de ações no que tange ao fazer, assistir, orientar, supervisionar ou encaminhar para apoio interdisciplinar. Essas necessidades estão sendo cumpridas no cenário atual de pandemia em que a enfermagem tem buscado apoiar-se no PE

para direcionar e dinamizar a assistência de enfermagem ética e humanizada, dirigida à resolução de problemas, atendendo as necessidades de cuidados de saúde frente às pessoas com COVID-19. A Resolução do Conselho Federal de Enfermagem (COFEN) nº 358/2009 traz suporte normativo para o PE, aplicando de modo deliberado e sistematizado em todos os ambientes onde ocorrem o cuidado profissional de enfermagem, ainda no 429/2012 normatiza a necessidade do registro das ações profissionais como produto da assistência prestada e tendo por base os elementos do PE (COFEN, 2009; HORTA, 2011; BERWANGER, C. *et al*, 2019).

Diante do exposto, o PE é uma ferramenta colaborativa exigindo que o profissional desenvolva um estilo de pensamento para orientar no julgamento clínico e terapêutico fundamentando sua tomada de decisão. A enfermagem frente à pandemia tem tido exigências na sua capacidade crítica de fazer interferências clínicas, prever situações de risco, planejar e garantir os cuidados de manutenção da vida, redobrar a vigilância sobre os riscos de disseminação da doença de forma organizada e sistematizada e cientificamente fundamentada para assim sejam parte o fim da pandemia de forma integral (HERISIYANTO *et al.*, 2020).

A organização de dados e métodos para analisar e interpretar situações, guiar a assistência de enfermagem para que sejam centradas no paciente se dá através das teorias. Diante disso, Wanda Horta desenvolveu a teoria das necessidades humanas básicas (NHB) a partir da motivação humana de Maslow, trazendo a enfermagem como um serviço prestado ao ser humano e é o referencial conceitual mais utilizado para orientar as etapas do Processo de Enfermagem. As NHB são pensadas em 3 grandes grupos sendo um importante guia de ação: psicobiológicas, psicosociais e psicoespirituais. O interesse na prestação de cuidados mais individualizados e holísticos aos pacientes desenvolveu um pensamento mais crítico da enfermagem e passou-se a buscar a compreensão não somente das funções orgânicas, mas também de todo o ambiente que envolve o indivíduo e possíveis melhorias (BARROS.; BISPO, 2017).

A equipe de enfermagem no cenário da COVID-19 presta cuidados na linha de frente, vivenciando vários desafios principalmente em relação ao PE que traz ao profissional um estilo de pensamento organizado, sistematizado e científico para um melhor cuidado aos pacientes com coronavírus.

MÉTODO

Trata-se de uma pesquisa bibliográfica do tipo revisão integrativa com abordagem qualitativa, que segundo Gil (2008) é um estudo realizado a partir de fontes secundárias, por meio de levantamento bibliográfico, buscando semelhanças e diferenças entre os artigos levantados nos documentos de referência. Com o propósito de reunir dados descritivos e conhecimento sobre um tópico, ajudando nas fundações de um estudo significativo para a

enfermagem.

Foram utilizados artigos científicos da Base de Dados de Enfermagem (BDENF), Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS) e Medical Literature Analysis and Retrieval System Online (MEDLINE), a partir dos descritores definidos no Descritores em Ciência da saúde (DeCS): Infecções por Coronavírus, Cuidados de Enfermagem, Processo de Enfermagem, Espiritualidade.

Como critério de inclusão definidos para seleção foram utilizados artigos científicos com período de publicações entre 2020 a 2021, textos completos de acesso online, artigos publicados em português, inglês e espanhol. Foram excluídos artigos que não contemplam o assunto da pesquisa.

A pesquisa possui grande relevância por identificar quais são as necessidades afetadas nos pacientes com COVID-19. Diante do exposto definiu-se como objetivo identificar, nas publicações científicas, as necessidades humanas básicas afetadas nos pacientes com COVID-19 e como questão de pesquisa: Quais são as necessidades humanas básicas afetadas nos pacientes com COVID-19?

Para coleta e organização dos dados foi realizada uma leitura prévia dos artigos científicos selecionados, em seguida a autora elaborou uma ficha, sendo possível realizar uma leitura seletiva mais detida com as seguintes informações: referência, tipo de estudo, objetivo geral, participantes, principais resultados e principais conclusões. A partir desse instrumento de coleta foi possível organizar as informações registradas que posteriormente, contribuíram para a análise dos dados.

Para análise dos dados foram seguidas as etapas sugeridas por Gil (2008) de levantamento de dados, leitura do material e interpretação do assunto. Diante disso, foi feito leitura e releitura do material, extraiendo unidades de significados. Essas unidades de significados foram agrupadas e formaram categorias. As categorias foram descritas à luz do referencial teórico.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

A figura 1 a seguir apresenta o fluxograma da seleção das referências para estudo, demonstrando a quantidade de publicações identificadas em cada base de dados e, também, a progressão da seleção dos artigos utilizados na presente pesquisa:

BUSCA DOS ARTIGOS

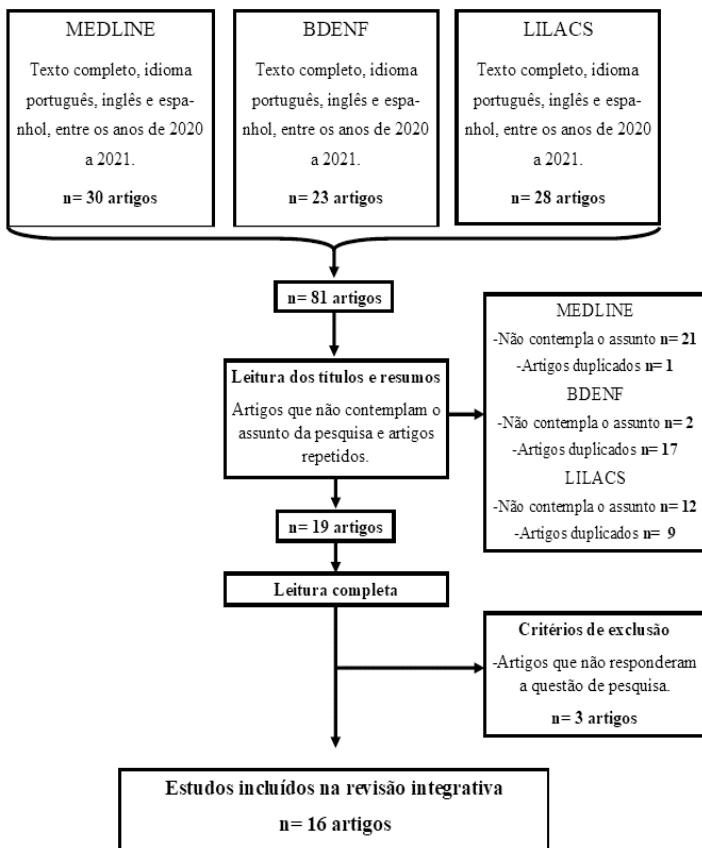


Figura 1 – Fluxograma da seleção das referências para estudo. Brasília, 2021.

Fonte: Próprio Autor.

Para auxiliar na avaliação dos artigos, foi utilizado o nível de evidência, segundo Joanna Briggs Institute (2015) como contribuição para classificação dos artigos, que é definida como: Nível I: evidências resultantes da meta-análise de múltiplos estudos clínicos controlados e randomizados; Nível II: evidências obtidas em estudos individuais com delineamento experimental; Nível III: evidências de estudos quase experimentais; Nível IV: evidências de estudos descritivos (não experimentais) ou com abordagem qualitativa; Nível V: evidências provenientes de relatos de caso ou de experiência; Nível VI: evidências buscadas em opiniões de especialistas. O quadro 1 apresenta a relação das referências selecionadas para pesquisa.

Nº	Título	Autores/Ano de publicação	Tipo de estudo/Objetivo	Nível de evidência
1	Contribuições da rede de pesquisa em processo de enfermagem para assistência na pandemia de COVID-19.	BARROS, A. <i>et al.</i> 2020.	Relato de experiência. Descrever o processo de construção teórica dos documentos de apoio ao PE nos cenários e atendimento à COVID-19.	V
2	Infecções por coronavírus: planejamento da assistência fundamentado na Teoria de Enfermagem de Orem.	NASCIMENTO, T. <i>et al.</i> 2021.	Relato de experiência. Relatar a experiência de docentes e discentes de uma disciplina de pós graduação sobre assistência de enfermagem no combate ao novo coronavírus (COVID-19) fundamentada na Teoria do Autocuidado.	V
3	Diagnósticos/ Resultados e intervenções de enfermagem para pacientes graves acometidos por covid-19 e sepse.	RAMALHO, N. <i>et al.</i> 2020.	Estudo documental. Relacionar diagnósticos/resultados e intervenções de enfermagem para pacientes graves acometidos por COVID-19 e sepse na Unidade de Terapia Intensiva, segundo a Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE).	IV
4	Processo de enfermagem para pacientes com manifestações respiratórias da COVID-19	LIMA, L. <i>et al.</i> 2021.	Qualitativo, descritivo, informativo. Discutir sobre o Processo de Enfermagem diante dos aspectos clínicos respiratórios da COVID-19.	IV
5	Monitoramento telefônico de dois casos de infecção pelo novo Coronavírus: relato de experiência.	MONFRIM, X. <i>et al.</i> 2020.	Relato de experiência. Apresentar as experiências de duas enfermeiras sobre o monitoramento telefônico de dois casos de infecção por Coronavírus na região Sul do Rio Grande do Sul.	V
6	Cuidados à pessoa suspeita de COVID-19 com sinais de gravidade na Atenção Primária.	HERMIDA, P. <i>et al.</i> 2020.	Relato de experiência. Descrever o processo de elaboração e a implementação de um checklist de cuidados à pessoas suspeita do novo coronavírus com sinais de gravidade na Atenção Primária à Saúde.	V
7	Atuação da enfermagem em trabalho remoto no contexto da pandemia COVID-19.	SCARCELLA, M.; LAGO, P. 2020.	Descritivo, exploratório, qualitativo, relato de experiência. Relatar a experiência de desenvolvimento do trabalho remoto pela equipe de enfermagem, sua sistematização e desafios, durante a pandemia da COVID-19.	V
8	A religiosidade/espiritualidade como recurso no enfrentamento da COVID-19.	SCORSOLINI, F. <i>et al.</i> 2020.	Reflexão teórica baseada na literatura científica da área. Problematizar de que modo a Religiosidade/Espiritualidade pode ser empregada como um recurso no enfrentamento da pandemia da COVID-19.	IV

9	Dimensões do cuidado na perspectiva da espiritualidade durante a pandemia pelo novo coronavírus (COVID-19).	TAVARES, C. 2020.	Descritivo. Reconhecimento da espiritualidade como objeto do cuidado.	IV
10	El cuidado de sí y la espiritualidad en tiempos de contingencia por covid-19	CASTAÑEDA, R.; QUETZALCÓATL, H. 2020.	Reflexão teórica. Autocuidado e a espiritualidade em tempos de contingência por COVID-19.	IV
11	O processo de morrer e morte de pacientes com covid-19: uma reflexão à luz da espiritualidade	SILVA, M. et al. 2020.	Reflexivo. O processo de morrer e morte de pacientes com COVID-19 à luz da espiritualidade	IV
12	COVID-19: a espiritualidade harmonizando saúde mental e física.	MIRANDA, H. 2020.	Descritivo. Mostrar que a espiritualidade torna-se elemento imprescindível para nutrir o ensejo de lutar pela sobrevivência.	IV
13	Religion and Faith Perception in a Pandemic of COVID-19.	KOWALCZYK, O. et al. 2020.	Estudo quantitativo. Relacionar a exposição do COVID-19 com o aumento da fé.	V
14	Spiritual care – ‘A deeper immunity’ – A response to Covid-19 pandemic.	ROMAN, N.; MTHEMBU, T. 2020.	Descritivo, qualitativo. Percepções sobre a necessidade de fornecer cuidado espiritual como um meio de enfrentamento para profissionais e família.	IV
15	Religious Cliché and Stigma: A Brief Response to Overlooked Barriers in COVID-19 Management	HASHMI, F. et al. 2020.	Descritivo. Barreiras religiosas relacionadas à religião.	IV
16	An Italian Experience of Spirituality from the Coronavirus Pandemic	CHIRICO, F.; NUCERA, G. 2020.	Relato de experiência. Habilidades espirituais dos profissionais de saúde	V

Quadro 1 – Distribuição das referências incluídas na revisão integrativa, de acordo com títulos, autores, ano de publicação, tipo de estudo, objetivo e nível de evidência. Brasília, 2021.

Fonte: Desenvolvido pela autora.

A implicação do relato de experiência no estudo é trazer a realidade da assistência prestada nos pacientes no meio de uma pandemia onde a maioria dos processos se deram por experiências novas ou diferentes e demonstrar assim a realidade da assistência diante do ocorrido.

A partir da leitura dos resultados obtidos pelas pesquisas selecionadas para o desenvolvimento do presente estudo, foi realizada a análise desses dados em forma discursiva, no intuito de compreender os cuidados de enfermagem em pacientes diagnosticados com COVID-19. Nesse sentido, a discussão foi dividida em três categorias: 1) necessidades psicobiológicas; 2) necessidades psicossociais e 3) necessidades psicoespirituais. Estas categorias sintetizam os principais fatores que os artigos analisados demonstram em seus resultados/discussões.

Necessidades Psicobiológicas

Todos os indivíduos, apesar da idade, podem ser infectados pelo COVID-19 e apresentar a Síndrome Respiratória Aguda (SDRA) como apresentação clínica mais comum da doença que se manifesta com febre, sinais e sintomas respiratórios. A maioria dos indivíduos não apresentam manifestações graves, mas a infecção pode variar de assintomática a grave (PEREIRA *et al.*, 2020).

Segundo Chen *et al.* (2020) as principais manifestações clínicas encontradas em pacientes com COVID-19 hospitalizados foram febre, tosse, dispneia, diminuição da saturação de oxigênio, hipotensão, cefaleia, mialgia, vômito e diarreia. Para prestar uma assistência qualificada e baseada em evidências diante da clínica apresentada da COVID-19 é necessário realizar o processo de enfermagem, elaborando um plano centrado no paciente.

Lima *et al.* (2021) concordam que os principais diagnósticos de enfermagem apresentados em pacientes com clínica respiratória da COVID-19 são: hipertermia, padrão respiratório ineficaz e troca de gases prejudicada. Os autores ainda ressaltam a necessidade de uma boa coleta de dados a partir da anamnese, queixa principal, história atual da doença, história pregressa, familiar e hábitos de vida. Seguidamente a importância de uma revisão minuciosa do paciente, observando e detectando as principais necessidades.

Horta (2011) aponta ainda a necessidade do enfoque no cuidado humano a partir de ações no que tange ao fazer, assistir, orientar, supervisionar ou encaminhar para apoio interdisciplinar, principalmente no cenário atual em que faltam informações consolidadas.

Barros *et al.* (2020) acrescentam que à medida que o vírus lesiona o parênquima pulmonar se tem como consequência um padrão respiratório ineficaz. Então é preciso realizar uma monitorização respiratória com controle das vias aéreas para facilitação da passagem de ar, oxigenoterapia para administração e monitoramento do efeito do oxigênio. Ainda segundo Nascimento *et al.* (2021), é importante a redução da ansiedade e controle da ventilação mecânica não invasiva, desmame e monitorização dos sinais vitais.

Baston *et al* (2019) e Araújo *et al* (2021) mostram estudos em que pacientes com SDRA foram colocados em posição prona e tiveram aumento na oxigenação diminuindo taxas de hipoxemia. Os resultados positivos da posição superaram as complicações e diminuem a mortalidade, pois nos dias atuais existem protocolos e uma equipe cada vez mais treinada para a realização dessa manobra.

Barros *et al.* (2020) corroboram com o fato de um dos cuidados nas situações de IRAs e na SDRA são principalmente a realização da posição prona para recrutamento alveolar. A posição prona ainda é algo muito discutido e não é algo consensual e bem definido na literatura. Contudo Ramalho *et al.* (2020) mostram que o protocolo desta posição deve ser aplicado com base treinamento da equipe e recursos disponíveis, sempre atentando para possíveis complicações como lesões por pressão, extubação acidental,

perda de dispositivos, dentre outras.

Acredita-se que em pacientes com SDRA sistêmica, há um incremento na complacência pulmonar com a pronação, pois há uma distribuição mais uniforme da ventilação, isso proporciona um recrutamento de regiões dorsais, isso se dá pela descompressão e reexpansão alveolar, tem ainda o deslocamento do coração ventralmente fazendo com que haja um maior volume disponível para ventilação e manutenção do fluxo sanguíneo, com isso o pulmão fica mais ventilado e perfundido (KOULOURAS *et al.*, 2016).

Elkattawy e Noori (2020) em um estudo mostram que pacientes com IRAs, após 12 horas de pronação evoluíram para uma saturação de 95%, em que na situação inicial era de 85%. A posição prona ainda melhora a oxigenação do paciente pela mobilização de secreções que a posição promove, ocorrendo melhor drenagem de secreções, também diminui o risco de infecção respiratória associada. É importante a realização da posição prona assim que paciente se torna elegível, sendo feita a estabilização de 13 a 24 seguidas. Cabe salientar que é importante a avaliação da condição de cada paciente.

Segundo Souza e Whitaker (2018) as lesões por pressão (LPP) são uma das principais complicações do posicionamento em prona. Os pacientes que têm instabilidade hemodinâmica e respiratórias apresentam um risco maior de desenvolver LPP, além disso a sedação, a ventilação mecânica invasiva e as drogas vasoativas implicam nessa complicação. Diante disso o paciente diagnosticado com COVID-19 e em terapia intensiva tem o risco para essa complicação que acaba afetando o processo de recuperação, provoca dor, pode levar a graves infecções e sepse, aumentando a mortalidade.

Corroborando com a presente questão, Barros *et al.* (2020) e Nascimento *et al.* (2021), propõem como um importante cuidado do enfermeiro avaliar o risco e supervisionar a evolução da ferida para evitar agravos maiores. Diante disso, o cuidado descrito pelos autores foi o controle hídrico, imobilização e posicionamento, supervisão da pele e os cuidados com as lesões.

Jansen *et al.* (2020) apontam que para uma melhor prevenção das lesões por pressão, prestando uma melhoria na qualidade da assistência postula utilizar a Escala de Braden. A prevenção através da escala e o planejamento das medidas que acolham cada paciente é de suma importância por parte do enfermeiro, pois ele, junto com a sua equipe, tem a responsabilidade de avaliar a pele do cliente, discutir as ações de enfermagem e decidir a implementação destas na prevenção e cuidado das lesões.

Barros *et al.* (2020) tratam também do risco de infecção e hipertermia, que acontece, pois, além do tecido pulmonar o COVID-19 invade outras células do organismo, desencadeando resposta inflamatória e alterações hematológicas. A infecção é o efeito do microbiano que se caracteriza por uma resposta inflamatória frente ao microrganismo. A inflamação que é desencadeada pelo organismo frente a uma agressão infecciosa ou não infecciosa é conhecida como Síndrome da Resposta Inflamatória (SIRS). A resposta sistêmica inflamatória a uma variedade de estímulos infecciosos e o estímulo excessivo de

mediadores pró inflamatórios geram a SIRS e consequentemente a sepse.

Diante disso, Ramalho *et al.* (2020) referem-se propício à abertura de protocolo de sepse para os pacientes de COVID-19, inclusive para os suspeitos que apresentam síndrome gripal associada na presença de alguma disfunção orgânica. Um dos mecanismos envolvidos no cerne do processo fisiopatológico da sepse é a disfunção imunológica. São responsáveis por carrear a ativação de citocinas pró e anti-inflamatórias, alterações na viscosidade sanguínea, considerável heterogeneidade na distribuição do fluxo sanguíneo, com trombose na microcirculação, as hemácias se agregam mais facilmente as células endoteliais, levando a redução da oferta de oxigênio, consequentemente incompatibilidade entre oferta e consumo, aumentando metabolismo anaeróbico e hiperlactemia.

Nos casos de COVID-19 os cuidados de enfermagem são determinantes, pois os pacientes que desenvolvem um quadro séptico concomitante em resposta ao insulto viral e ainda decorrente de uma infecção parasitária, fúngica ou bacteriana torna a demanda de cuidados de difícil manejo. Ramalho *et al.* (2020) ainda relata que é primordial as proteções contra infecções e sepse, com diversas atividades, como manutenção de isolamento de contato de aerossóis, a restrição de visitas, a lavagem de mãos e a regulação da temperatura.

Corroborando com os cuidados relacionados ao risco de infecção, sepse e prevenção de choque, Ramalho *et al.* (2020) pontuam que a equipe de enfermagem deve: administrar medicação anti-histamínica e anti térmica prescrita além de avaliar a resposta do paciente, controlar a febre usando meios físicos, monitorar o uso de antimicrobianos, monitorar a pressão arterial, o débito urinário e a função renal, avaliar a relação PaO₂ /FiO₂, investigar focos de infecção, bem como monitorar o tempo de permanência de dispositivos invasivos.

Scarella e Lago (2020) falam que alguns enfermeiros foram colocados em trabalho remoto e ficaram como segunda linha de frente da COVID-19. Eles contribuíram com materiais educativos, instruções de técnicas de trabalho que envolviam a pandemia e execução de protocolos assistenciais de manejo da COVID-19. Essa forma de trabalho teve muita importância para o serviço de saúde, pois os profissionais tinham pouco ou nenhum conhecimento teórico e técnico sobre a doença por se tratar de uma situação emergente. Enquanto as instituições estavam voltadas para o cuidado clínico, a enfermagem com as atividades administrativas que envolvem o cuidado, viabilizava a assistência direta.

Complementando Scarella e Lago (2020), Hermida *et al.* (2020) reforçam o que a enfermagem tem apresentado no contexto da pandemia e a forma do cuidado organizado na sua prática através de checklists. Sistematizar a assistência de enfermagem com essa ferramenta em uma pandemia desta magnitude, tem enorme importância ao contexto de enfrentamento da situação e a maior segurança no cuidado concedida para o profissional, pois possibilitou o acesso às informações de forma rápida, favoreceu o diálogo entre os profissionais e família, otimizou o atendimento e proporcionou maior eficiência na utilização de recursos fundamentais nas urgências.

Necessidades psicosociais

As teorias de enfermagem decorrem de forma enfática sobre questões de humanização do cuidado, atentando-se ao cliente de forma global, diligente, para assim, prestar uma assistência de qualidade. O enfermeiro tem lidado cada vez mais com as questões emocionais em sua prática, salientado e redirecionando um olhar profissional mais atento e cuidadoso para identificação dessas necessidades (TEIXEIRA, 2021).

Segundo Monfrim *et al.* (2020) a equipe de enfermagem além de monitorar questões direcionadas a aspectos físicos e estarem atentas aos agravos, tiveram também que lidar e manejar questões psicológicas e sociais. Não raro, os diálogos foram direcionados para outras questões que excederam sinais e sintomas, o que exigiu dos profissionais o exercício da empatia e a mobilização de recursos ligados a sentimentos, principalmente em tempos de pandemia em que a morte na maioria dos casos acontece de forma inesperada. Esse fato torna para muitos o processo de superação do luto e a elaboração do sentido de perda dificultoso, pois a falta dos rituais fúnebres, são muito importantes para alguns.

O processo do cuidar é relacional, essas relações fazem parte do meio de comunicação e libertação do ser humano, tendo em vista a enfermagem como ciência do cuidar, não podendo ser indiferente ou desligada às emoções humanas. Atentando ainda que no exercício do cuidado, estão o amor, a devoção e a empatia, isto é uma das habilidades que os enfermeiros são estimulados a cultivar (WATSON; KATHLEEN, 2018).

Monfrim *et al.* (2020) ainda corroboraram dizendo que há necessidade de manejar situações emocionais de extrema dor e sofrimento dos pacientes e familiares frente ao COVID-19 faz necessário uma assistência pautada no diálogo terapêutico, construção de um vínculo e aproximação, escuta, acolhimento diante da dor e trabalhar o fortalecimento das redes afetivas e não focar na perda propriamente dita.

Os cuidados nesse sentido devem ser reajustados de modo que o indivíduo se torne o centro do processo do cuidado, sendo importante ressaltar que a enfermagem é capaz de detectar e reconhecer o subjetivo por trás das palavras e possíveis gestos, olhar e expressão e que as interações e escuta ativa podem ser mais prolongadas para permitir a formação de um relacionamento terapêutico, confiança e vínculo (WATSON; KATHLEEN, 2018).

O cuidado de enfermagem frente às necessidades psicológicas acontece de várias formas, principalmente em frente a uma pandemia que modificou tanto as reflexões acerca da enfermagem que sempre teve como características ideias humanistas. Entende-se que é importante o enfermeiro equilibrar envolvimento humano com o objeto do cuidado, para que o cuidado seja integral, sem excluir as emoções humanas da assistência.

Necessidades psicoespirituais

Entre as necessidades humanas básicas abarcadas, a espiritualidade é imprescindível para que a pessoa possa organizar-se de forma coerente e segura no universo em que

habita. Para tal, é preciso que ela encontre um pilar que direcione e justifique suas ações que, por vezes, provêm do âmbito divinal.

Segundo Roman e Mthembu (2020), Hashmi *et al.* (2020) e Chirico e Nucera (2020) a religião, fé e a espiritualidade fazem parte da constituição humana desde o início da história, fazendo com que isso seja um componente importante na integralidade da qualidade de vida, saúde e bem estar. Reconhecem também que essas práticas têm sido reconhecidas como um poderoso mecanismo de enfrentamento para lidar com as mudanças e eventos traumáticos devido a pandemia da COVID-19. Ainda relatam que as habilidades espirituais dos profissionais de saúde devem ser reconhecidas e respeitadas, ainda mais em um cenário de desastre como esse da pandemia.

De acordo com Kowalczyk *et al.* (2020) a espiritualidade no contexto da saúde é uma área nova e as pesquisas mostram as práticas e crenças religiosas estão associadas a vários aspectos da saúde, como a capacidade de lidar com a doença, a recuperação após hospitalização e uma atitude positiva em uma situação difícil. A análise da pesquisa mostra que um grupo de jovens de 21 a 35 anos teve como essência a fé e declararam que foi acompanhado pela prática frequente da oração. Então as pessoas que sentem medo, sofrimento ou que têm uma doença muitas vezes experimentam uma renovação espiritual e que essa experiência da pandemia do COVID-19 traga um desenvolvimento da espiritualidade.

Segundo Roman e Mthembu (2020) a infecção pelo coronavírus gera um sofrimento grave associado a diversos fatores, incluindo o emocional e a espiritualidade. Isso significa que a assistência de enfermagem precisa oferecer um ambiente de apoio, pois é quem passa a maior parte do tempo com o paciente. Essa assistência da equipe contribui significativamente para a melhora do bem-estar geral de seus pacientes. Espiritualizar o cuidado permite que os pacientes lidem com a adversidade de uma melhor forma, aumentando também as esperanças para o futuro.

Corroborando com isso, Scorsolini *et al.* (2020) afirmam que a religiosidade e a espiritualidade é um recurso, em níveis individual e coletivo para o enfrentamento e compreensão do momento de pandemia que trouxe vários desafios e efeitos que tem afetado a vida cotidiana, como: necessidades de adaptações com relação às universidades, escolas, equipamentos de saúde, construção de sentimento coletivo de responsabilidade com o outro através da empatia, mudanças familiares, sociais e culturais devido aos adoecimentos e mortes dos próximos e as reverberações emocionais devido às restrições sociais.

Miranda (2020) ainda corrobora que a imprevisibilidade do futuro e as alterações de forma drástica desenvolvem aflições e sofrimento. Ainda traz que o que pode favorecer nesse momento é a espiritualidade, dando um impulso na qualidade de vida e que o ingrediente que melhor traduz isso é a fé, que é um elemento estratégico para enfrentar as adversidades.

Com isso Tavares (2020) traz que a assistência à espiritualidade pode definir e compreender as relações terapêuticas, pois a ressignificação dos fatos da vida e os processos de significados são favoráveis quando as pessoas têm uma autoconsciência e sensibilidade maior acerca da sua espiritualidade. A assistência relacionada à espiritualidade desenvolvida nesse cenário faz com que o profissional se atente e valorize o paciente, reduzindo pânicos e aflições através daquilo que ele acredita.

Castañeda e Quetzalcóatl (2020) dizem que a enfermagem em meio a tantas mudanças passou ter um papel muito importante no plano espiritual por meio de ações de promoção de saúde, contribuindo para uma assistência vital diferente, pautada nas orientações relacionadas a cuidados com o ambiente, reflexões pessoais, incentivando conexões humanas, criação de rotinas e práticas de crenças, favorecendo assim a esperança e a fé, empatia e escuta ativa.

Segundo Silva *et al.* (2020) é importante se refletir acerca da dimensão espiritual que o momento gerou na vida de cada um e de seus familiares em relação à finitude. Ainda existem lacunas relacionadas ao processo de morrer e à espiritualidade. É necessário que os profissionais entendam qual a dimensão espiritual do seu paciente para suportar a dor da perda de seu familiar através da avaliação de forma segura. Isso pode ser feito de forma a orientar, conversar ou diminuir a dor do sofrimento através de intervenções terapêuticas de acordo com suas crenças e dogmas religiosos, fornecer um líder religioso/espiritual à escolha do paciente.

Silva *et al.* (2020) ainda afirmam que, todo profissional de saúde, na qualidade de cuidador, tem o dever fundamental de aliviar o sofrimento, adequando atendimento favorável a partir dos recursos disponíveis, assim como atenção na espiritualidade, independentemente das chances de sobrevivência, reconhecendo que essa dimensão integradora jamais poderá ser esquecida, por ser parte da nossa essência como seres humanos.

A pandemia trouxe vários desafios, principalmente em relação à assistência psicoespiritual, que se tornou um componente indispensável para o cuidado. A espiritualidade já era algo inerente ao ser humano, mas os cuidados dos profissionais ainda não eram vivenciados de forma tão forte. A espiritualidade nesse momento deu à pessoa uma compreensão do momento difícil e fé ao que está por vir. A assistência de enfermagem fez total diferença em um momento como esse e fortalece cada vez mais o profissional e a equipe a prestar a melhor assistência e tem feito diferença na evolução individual e coletiva da população (BARROS; BISPO, 2017).

CONCLUSÃO

É possível notar que o profissional de enfermagem frente à pandemia da COVID-19 teve vários desafios no que tange o pensamento, julgamento clínico e terapêutico para

fundamentar sua tomada de decisão. A enfermagem ganhou visibilidade, respeito e acima de tudo autonomia nas suas ações, mas também teve exigências na sua capacidade crítica de fazer inferências clínicas, prever situações de risco, planejar e garantir os cuidados de manutenção da vida, redobrar a vigilância sobre os riscos de disseminação da doença de forma organizada e sistematizada e cientificamente fundamentada para prestar os cuidados devidos aos pacientes.

Diante de todo esse cenário precisou resgatar ensinamentos que são a base da profissão através de Florence Nightingale e Wanda de Aguiar Horta que foram essenciais para a prática do cuidado da enfermagem, fortalecendo a enfermagem como um serviço prestado ao ser humano com cuidados individualizados e holísticos, pensando não só nas funções orgânicas, mas também em todo o ambiente que envolve o paciente e as possíveis melhorias.

O enfermeiro tem papel primordial no cuidado e evolução dos pacientes, principalmente frente a uma pandemia avaliando a clínica apresentada por cada paciente para manejo de cuidados de forma adequada. O cuidado frente às necessidades psicobiológicas, psicossociais e psicoespirituais acontecem de várias formas e modifica as reflexões acerca da enfermagem como uma profissão humanista e que se fortalece cada vez mais.

O enfermeiro atua no cuidado dos pacientes com IRA, SDRA, na posição prona e no risco de infecções, sepse e choque. É de suma importância a avaliação da clínica apresentada por cada paciente para manejo de cuidados de forma adequada.

Acrescenta-se os serviços administrativos e gerenciais da enfermagem, que fazem parte da assistência, principalmente em um momento de pandemia, sendo crucial para a qualidade e segurança da assistência prestada aos pacientes. Por fim, os instrumentos e orientações dos profissionais que trabalham de forma remota, considerados segunda linha de frente da COVID-19 são essenciais para a assistência de forma integral com criações de protocolos, checklists, orientações técnicas, dentre tanto outras coisas, tornando o processo claro, objetivo de forma embasada para um bom direcionamento do atendimento e assistência para equipe.

Por fim entende-se a importância da atuação do profissional de enfermagem, de um bom referencial teórico para embasar sua atuação e como a teoria das necessidades humanas básicas se fazem necessárias para uma assistência humanizada e completa frente a pandemia e mesmo depois à medida que novos estudos sejam desenvolvidos, uma vez que as evidências científicas são escassas no contexto desse cenário.

REFERÊNCIAS

1. BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Sobre a doença o que é o covid.** Brasília, 2020. Disponível em: <https://coronavirus.saude.gov.br/sobre-a-doenca#o-que-e-covid>. Acesso em: 10 set 2020.

2. OPAS (Organização Pan-Americana da Saúde). **Folha informativa COVIS-19 - Escritório da OPAS e da OMS no Brasil.** 2020. Disponível em: <https://www.paho.org/pt/covid19>. Acesso em: 10 set 2020.
3. KNEODLER, T. et al. A enfermagem em tempos de guerra: propaganda política e valorização profissional. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 70, n. 2, p. 407-414, mar-abr, 2017. DOI: 10.1590/0034-7167-2016-0440.
4. MCENROE, N. Celebrating Florence Nightingale's bicentenary. **Lancet**, London, v395, n10235, p1475-1478, mai., 2020. DOI: 10.1016/S0140-6736(20)30992-2.
5. CHOI, K; JEFFERS, K; LOGSDON, M. Nursing and the novel coronavirus: Risks and responsibilities in a global outbreak. **Journal of advanced nursing**, Oxford, v76, n7, p1486-1487, jul. 2020. DOI: 10.1111/jan.14369.
6. COFEN (Conselho Federal de Enfermagem). **Resolução No 358/2009**. Brasília, 2009. Disponível em: http://www.cofen.gov.br/resolucao-cofen3582009_4384.html#:~:text=Disp%C3%B5e%20sobre%20a%20Sistematiza%C3%A7%C3%A3o%20da,Enfermagem%2C%20e%20d%C3%A1%20outras%20provid%C3%A1ncias. Acesso em: 10 set. 2020.
7. HORTA WA. **Processo de Enfermagem**. Rio de Janeiro: Gua-nabara Koogan; 2011. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/reeusp/a/z3PMpv3bMNst7jCJH77WKLB/?lang=pt&format=pdf>. Acesso em: 17 set. 2020.
8. BERWANGER, C. et al. Processo de enfermagem: vantagens e desvantagens para a prática clínica do enfermeiro. **Nursing**, São Paulo, v.257, n.22, p.3204-3208, out. 2019. Disponível em: <http://www.revistanursing.com.br/revistas/257/pg34.pdf>. Acesso em: 10 jan 2022.
9. HERISIYANTO, K; RAMLI, S; ABDULLAH, S. The Effect of Nursing Documentation and Communication Practices on Patient Safety Practices in the Pemalang Ashari Hospital. **Asian Journal of Research in Nursing and Health**, United States, v. 3, n. 1, p. 10-19, Abr, 2020. Disponível em: <https://www.journalajrnh.com/index.php/AJRNH/article/view/30102/56481>. Acesso em: 10 set 2020.
10. BARROS, A.; BISPO, G. Teorias de enfermagem: base para o processo de enfermagem. In: **Anais do Encontro Internacional do Processo de Enfermagem**, 2017, Campinas: Galoá, 2017. DOI: 10.17648/enipe-2017-85605
11. GIL, A. C. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 4. ed. São Paulo: Atlas, 2008. Disponível em: <https://home.ufam.edu.br/salomao/Tecnicas%20de%20Pesquisa%20em%20Economia/Textos%20de%20apoio/GIL,%20Antonio%20Carlos%20-%20Como%20elaborar%20projetos%20de%20pesquisa.pdf>. Acesso em: 11 set. 2020.
12. BRIGGS, J. Joanna Briggs Institute Reviewers Manual:2015 edition / Supplement. Australia: The Joanna Briggs Institute; 2015. Disponível em:<https://nursing.lsuhsc.edu/JBI/docs/ReviewersManuals/Scoping-.pdf>.
13. PEREIRA, M. et al. Aspectos epidemiológicos, clínicos e terapêuticos da COVID-19. **Journal of Health and Biological Sciences**, Brasil, v. 8, n. 1, p. 1-8, jan. 2020. DOI: 10.12662/2317-3076jhbs.v8i1.3297.
14. CHEN, T. et al. Clinical characteristics of 113 deceased patients with coronavirus disease 2019: retrospective study. **BMJ**, London, v.26, n. 368, p. m1091, mar. 2020. DOI: 10.1136/bmj.m1091.

15. LIMA, L. et al. Processo de enfermagem para pacientes com manifestações respiratórias da COVID-19. **Revista de enfermagem UFPE on line**, Pernambuco, v. 15, n. 1, p. 1-10, jan. 2021. Disponível em: <https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/view/245345/37515>. Acesso em: 13 maio 2021.
16. BARROS, A. et al. Contribuições da rede de pesquisa em processo de enfermagem para assistência na pandemia de COVID-19. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 73, n.supl.2, p. e20200798, out. 2020. DOI: 10.1590/0034-7167-2020-0798.
17. NASCIMENTO, T. et al. Infecções por coronavírus: planejamento da assistência fundamentado na Teoria de Enfermagem de Orem. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 74, n. supl.1, p. e20200281, fev. 2021 DOI: 10.1590/0034-7167-2020-0281.
18. BASTON, M. et al. The Cost-Effectiveness of Interventions to Increase Utilization of Prone Positioning for Severe Acute Respiratory Distress Syndrome. **Society of Critical Care Medicine**, Nova Iorque, v.74, n.3, p.e198-e205, mar. 2019. DOI: 10.1097/CCM.0000000000003617.
19. ARAÚJO, M. et al. Posição prona como ferramenta emergente na assistência ao paciente acometido por COVID-19: scoping review. **Revista latino-americana de enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 29, p. e3397, jan. 2021. DOI: 10.1590/1518-8345.4732.3397.
20. RAMALHO, N. et al. Diagnósticos/resultados e intervenções de enfermagem para pacientes graves acometidos por covid-19 e sepse. **Texto & contexto - Enfermagem**, Florianópolis, v. 29, p. e20200160, jan-dez. 2020. DOI: <https://doi.org/10.1590/1980-265x-tce-2020-0160>.
21. KOULOURAS, V. et al. Efficacy of prone position in acute respiratory distress syndrome patients: A pathophysiology-based review. **World journal of critical care medicine**, Hong Kong, v. 5, n. 2, p. 121-36, mai. 2016. DOI: 10.5492/wjccm. v5.i2.121.
22. ELKATTAWY, S.; NOORI, M. A case of improved oxygenation in SARS-CoV-2 positive patient on nasal cannula undergoing prone positioning. **Respiratory medicine case reports**. Oxford, v. 4, n. 30, p. 101070 mai. 2020. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.rmc.2020.101070>.
23. SOUZA, M.; ZANEI, S.; WHITAKER, I. Risco de lesão por pressão em UTI: adaptação transcultural e confiabilidade da EVARUCI. **Acta Paulista de Enfermagem**, São Paulo, v. 31, n. 2, p. 201-208, mar. 2018. DOI: 10.1590/1982-0194201800029.
24. JANSEN, R.; SILVA, K.; MOURA, M. A Escala de Braden na avaliação do risco para lesão por pressão. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 73, n. 6, p. e20190413, ago. 2020 DOI: 10.1590/0034-7167-2019-0413.
25. SCARCELLA, M.; LAGO, P. Atuação da enfermagem em trabalho remoto no contexto da pandemia COVID-19. **Nursing**. São Paulo, v. 23, n. 267, p. 4514-4517, ago. 2020. Disponível em: <http://www.revistanursing.com.br/revistas/267/pg111.pdf>. Acesso em 15 maio 2021.
26. HERMIDA, P. et al. Cuidados à pessoa suspeita de COVID-19 com sinais de gravidade na Atenção Primária à Saúde. **Enfermagem em Foco**. Brasília, v. 11, n. 2, p. 192-198, dez. 2020. Disponível em: <http://revista.cofen.gov.br/index.php/enfermagem/article/view/4223/1005>. Acesso em: 15 maio 2021.

27. TEIXEIRA, H.; SALGADO, J. A humanização no serviço prestado na saúde pública. **Revista Científica Multidisciplinar Núcleo do Conhecimento**, São Paulo, v.01, n.06, p.177-193. Ago. 2021. DOI: 10.32749/nucleodoconhecimento.com.br/saude/serviço.
28. MONFRIM, X. *et al.* Monitoramento telefônico de dois casos de infecção pelo novo Coronavírus: relato de experiência. **Journal of Nursing and Health**, Pelotas, v. 10, n. 4, p. 20104044, abr. 2020. Disponível em : https://docs.bvsalud.org/biblioref/2020/12/1145282/monitoramento-telefonico-de-dois-casos-de-infeccao-pelo-novo-c_MLPqRI.pdf. Acesso em 14 maio 2021.
29. WATSON J.; KATHLEEN, S. **Caring Science, Mindful Practice: implementing Watson's Human Caring Theory**. 2 ed. Springer Publishing Company, LLC, 2018. Disponível em: https://books.google.com.br/books?hl=pt-BR&lr=&id=CjZKDwAAQBAJ&oi=fnd&pg=PP1&dq=Human+caring+science:+a+theory+of+nursing&ots=v0kjoKDht&sig=qjUVmgyRrYKVOBME_vd3dPyM63U#v=onepage&q=Human%20caring%20science%3A%20a%20theory%20of%20nursing&f=false. Acesso em: 10 jan 2022.
30. ROMAN, N.; MTHEMBU, T. Mujeeb Hoosen. Spiritual care - 'A deeper immunity' - A response to Covid-19 pandemic. **African journal of primary health care & family medicine**, Tygervalley, v. 12, n. 1, p. 1-3, jun. 2020. DOI: 10.4102/phcfm.v12i1.2456
31. HASHMI, F. *et al.* Religious Cliché and Stigma: A Brief Response to Overlooked Barriers in COVID-19 Management. **Journal of religion and health**, New York, v. 59, n. 6, p. 2697-2700, dez. 2020. DOI: 10.1007/s10943-020-01063-y.
32. CHIRICO, F.; NUCERA, G. An Italian Experience of Spirituality from the Coronavirus Pandemic. **Journal of religion and health**, New York, v. 59, n. 5, p. 2193-2195, out. 2020. DOI: 10.1007/s10943-020-01036-1.
33. KOWALCZYK, O. *et al.* Religion and Faith Perception in a Pandemic of COVID-19. **Journal of religion and health**, New York, v. 59, n. 6, p. 2671-2677, dez. 2020. DOI: 10.1007/s10943-020-01088-3.
34. SCORSOLINI, F. *et al.* A religiosidade/espiritualidade como recurso no enfrentamento da covid-19. **Revista de Enfermagem do Centro Oeste Mineiro**, Divinópolis, v. 10, n. 1, p. 3723, out. 2020. DOI: 10.19175/recom.v10i0.3723.
35. MIRANDA, H. COVID-19: a espiritualidade harmonizando saúde mental e física. **Journal of Health & Biological Sciences (Online)**, Fortaleza, v. 8, n. 1, p. 1-3, jan. 2020. DOI: 10.12662/2317-3206jhbs.v8i1. 3549.p1-10.2020.
36. TAVARES, C. Dimensões do cuidado na perspectiva da espiritualidade durante a pandemia pelo novo coronavírus (COVID-19). **Journal. Health NPEPS**, tangará da Serra, v. 5, n. 1, p. 1-4, jan-jun. 2020. DOI: 10.30681/252610104517.
37. CASTAÑEDA, R.; QUETZALCÓATL, H. El cuidado de sí y la espiritualidad en tiempos de contingencia por covid-19. **Cogitare Enfermagem**, Curitiba, v. 25, p. e73518, jun. 2020, DOI: 10.5380/ce.v25i0.73518.
38. SILVA, M. *et al.* O processo de morrer e morte de pacientes com covid-19: uma reflexão à luz da espiritualidade. **Cogitare Enfermagem**, Curitiba, v. 25, p. e735771, maio. 2020. DOI: 10.5380/ce.v25i0.73571.

CAPÍTULO 23

“VARANDA DE ESPERAS”: NOVOS POSICIONAMENTOS DA FAMÍLIA NOS DISPOSITIVOS DA REFORMA PSIQUIÁTRICA

Data de aceite: 01/04/2022

Data de submissão: 15/03/2021

João Camilo de Souza Junior

Psicólogo. Mestre em Psicologia. Professor Contratado da Unifucamp Monte Carmelo, MG, Brasil
ORCID: 0000-0003-0955-9620

Anamaria Silva Neves

Psicóloga. Pós-Doutora em Psicologia. Professora Associada do Instituto de Psicologia da UFU Uberlândia, MG, Brasil
ORCID: 0000-0002-7722-8690

RESUMO: O artigo tem o objetivo de dissertar sobre o posicionamento subjetivo da família em relação aos serviços oferecidos pela nova política de Saúde Mental. Para tanto, observou-se, durante alguns meses, em um Centro de Atenção Psicossocial da Infância e Adolescência, a forma como as famílias eram acolhidas e abordadas pelo serviço, utilizando-se também de entrevistas com funcionários e familiares de usuários. A Psicanálise orientou a prática e análise dos achados. Atualmente, a política que regulamenta os dispositivos Centro de Atenção Psicossocial postula a inclusão dos familiares no tratamento do usuário, porém, o que se observou na prática, em diversos momentos, é uma rivalidade entre equipe e família, em outras oportunidades, percebeu-se que há a manutenção de distanciamento, pois os familiares

são vistos apenas como acompanhantes e não fazendo parte do cuidado terapêutico. Nesse sentido, percebeu-se a necessidade de uma constante discussão e avaliação sobre as práticas estabelecidas pela Reforma Psiquiátrica.

PALAVRAS-CHAVE: Família; Saúde Mental; Psicanálise.

“WAITING ROOM”: NEW POSITIONS OF THE FAMILY IN THE DEVICES OF THE PSYCHIATRIC REFORM

ABSTRACT: The article aims to discuss the subjective positioning of the family in relation to the services offered by the new Mental Health policy. In order to do so, it was observed for a few months in a Center for Psychosocial Care of Childhood and Adolescence, how families were welcomed and approached by the service, also using interviews with employees and family members. Psychoanalysis guided the practice and analysis of the findings. Currently, the policy that regulates the Psychosocial Attention Center devices postulates the inclusion of family members in the treatment of the user, however, what has been observed in practice at various times is a rivalry between team and family, in other opportunities, it was noticed that there is the maintenance of distance, since the relatives are seen only as companions and not part of the therapeutic care. In this sense, it was noticed the necessity of a constant discussion and evaluation on the practices established by the Psychiatric Reform.

KEYWORDS: Family; Mental Health; Psychoanalysis.

1 | INTRODUÇÃO

Atualmente ainda é possível perceber um questionamento por parte dos profissionais, principalmente daqueles que lidam com a infância, se as famílias, sobretudo as famílias pobres, são capazes de dar suporte para o desenvolvimento psicológico de seus filhos, questionamento que é enfatizado quando estes apresentam algum tipo de sofrimento psíquico que pode tornar o cuidado em algo mais complexo¹. Tal questionamento tem vastas raízes históricas, haja vista a culpabilização das famílias em relação aos “desvios de comportamento” (RIZZINI; LEITE; MENEZES; p. 25, 2013) das crianças e adolescentes, culpabilização realizada pelo saber científico e social datado desde princípios do século XVIII. O Estado recorria sistematicamente às instituições fechadas para a educação e pedagogização das crianças e adolescentes, e acreditava-se que ali era oferecido algum tipo de proteção que a família era incapaz de fornecer (DONZELOT, 1980).

As instituições, sobretudo terapêuticas, predominantes até o início da década 1990, prezavam pelo *isolamento terapêutico*, isto é, a separação entre paciente e família. Tal estratégia de tratamento se sustentava a partir da forma na qual a família era concebida pelo campo médico higienista, ou seja, como família alienante e responsável por dificultar o tratamento do paciente. Assim, o grupo familiar era percebida como “agente patogênico” (p. 206), devendo ser isolada (ROSA, 2011).

A promessa de cura era ensejada somente pela capacidade do tratamento e às técnicas das instituições de cuidado. Sendo assim, tendo em vista o isolamento terapêutico, os cuidados endereçados às famílias foram relegados a um segundo plano, no qual a família esperava passivamente a melhora de seu parente. “A mensagem implícita era que o cuidado com o paciente era atribuição exclusiva dos trabalhadores da saúde mental e dos serviços assistenciais” (ROSA, 2011, p. 206).

Situação semelhante ocorreu também com os sujeitos que historicamente foram considerados “loucos”. A situação calamitosa vivenciada por essas pessoas em instituições fechadas perdurou em nosso país até o final da década de 1970 (AMARANTE; NUNES, 2018). Quando Franco Basaglia, importante psiquiatra italiano, em visita ao Brasil, convocou a imprensa para denunciar as atrocidades do manicômio de Barbacena, tal fato ajudou a intensificar o movimento de luta pela Reforma Psiquiátrica, propiciando um reforço ao insurgente Movimento dos Trabalhadores de Saúde Mental (MTSM) e ampliando a movimentação e discussão política por esta causa em âmbito nacional (ARBEX, 2013).

Efetivas mudanças institucionais estavam sendo fomentadas desde meados da década de 1980; entretanto, somente após vários anos de luta por mudanças legislativas que tinham como alcunha acabar com as longas internações e propiciar a criação de novos dispositivos de Saúde Mental, instituiu-se no Brasil leis para um novo modelo de atenção psicossocial que datam do início dos anos 2000, a saber a lei 10.216 (BORGES; BAPTISTA, 2008).

No novo modelo de atenção psicossocial, o dispositivo CAPS (Centro de Atenção Psicossocial) inseriu-se como ferramenta na proposta de substituição à visão hospitalocêntrica do trabalho outrora realizado com a “loucura”, ferramenta embasada na interdisciplinaridade, almejando conceber o usuário do serviço em sua dimensão multifacetada. Nesse sentido, o serviço do CAPS foi instituído a partir de uma série de ações que visaram a reconstrução de laços perdidos ou rompidos do sujeito com o seu meio, consigo mesmo e/ou com familiares, proporcionando condições para que tais indivíduos pudesse vivenciar trocas afetivas e o desenvolvimento de novas capacidades em sua lida com a vida social (AMARANTE; NUNES, 2018).

Portanto, se a Reforma Psiquiátrica instaura movimentações institucionais, com práticas e dispositivos diferenciados, no bojo dessas mudanças ressurge a família, cingida por novas facetas. Com a implantação dos CAPS, foi possibilitado o tratamento dos usuários em serviços de atenção psicossocial e o retorno diário desses para seus lares e casas (AMARANTE; NUNES, 2018). Os sujeitos que outrora estiveram internados por longos períodos em instituições segregacionistas, ou fizeram uso do também recente serviço de Residências terapêuticas (moradias destinadas a pessoas em sofrimento psíquico que permaneceram em longas internações psiquiátricas e impossibilitadas às suas famílias de origem), ou retornaram às suas famílias, constituindo uma nova realidade no âmbito familiar e no aspecto social da loucura (SANTOS, 2008).

Vê-se então alho que de certa forma apresenta-se como inédito, a relação entre os familiares dos usuários e os serviços de Saúde Mental. Com o retorno diário dos usuários aos seus lares, a família passou a demandar do serviço uma nova abordagem, pois o convívio cotidiano com o parente outrora afastado implicou e ainda implica em novas perspectivas relacionais; sendo assim, nesse sentido, o grupo familiar tornou-se um sujeito estratégico no cuidado terapêutico, passando também a conviver com as possíveis dificuldades decorrentes do sofrimento psíquico (ROSA; SILVA, 2019). Além disso, o vínculo familiar surgiu em evidência nas instituições, haja vista que tais vínculos, adoecidos por relações que muitas vezes são cingidas por violência e rupturas, passaram a demandar atenção das equipes dos CAPS, pois, ao frequentar as instituições juntamente com os usuários, elas escancaram, em diversos momentos, tragédias vividas em seus cotidianos.

A lógica de proteção da cidadania do indivíduo usuário do CAPS se ampliou com a Portaria 251, de 2002, para a proteção da cidadania da família. Essa Portaria estabeleceu uma abordagem propriamente dirigida ao grupo familiar no projeto terapêutico de todo usuário dos novos dispositivos de Saúde Mental. Dessa forma, deve-se nessa abordagem esclarecer a família, a fim de orientá-la sobre o diagnóstico, sobre o programa de tratamento, em relação a alta hospitalar, entre outras informações referentes ao serviço (ROSA, 2011).

Em suma, a família tornou-se, a priori, a principal “cuidadora” do sujeito em sofrimento psíquico, seja ele adulto, adolescente ou criança, e, esse encargo trouxe novas circunstâncias para o meio familiar (SCHRANK; OLSHOWSKY, 2018). Num primeiro

momento após a Reforma Psiquiátrica, a responsabilidade do cuidado foi relegada à família, sem nenhum tipo de auxílio dos serviços de saúde. Entretanto, mesmo após a estruturação dos novos dispositivos do serviço de saúde mental, muitas famílias ainda se dizem sobre carregadas, relatando cansaço físico e emocional, parte gerado, segundo os familiares, pelo desamparo causado pela falta de apoio dos serviços (MACIEL *et al*, 2018).

Sendo assim, tendo em vista o histórico da condição de isolamento terapêutico instituído pela institucionalização do tratamento relegado à infância e à “loucura”, assim como a constituição da Reforma Psiquiátrica e o surgimento do grupo familiar como importante sujeito estratégico, o presente artigo traz um recorte de uma dissertação de mestrado que visou analisar, no âmbito de um CAPSi (Centro de Atenção Psicossocial da Infância e Adolescência), a abordagem de tal instituição para com as famílias dos usuários atendidos por ela, como também o campo subjetivo que o grupo familiar ocupava em relação ao atendimento das crianças e adolescentes, assim como a sua influência no cotidiano institucional. O presente recorte então se pauta naquilo que se chamou no estudo de “Varanda de esperas”, posição marginalizada ocupada pelas famílias no CAPSi, a qual parece subsistir dado o acordo tácito e confuso entre instituição e grupo familiar.

2 | MÉTODO

O presente estudo utilizou a pesquisa de campo como método de pesquisa. Ao longo de 15 observações na instituição CAPSi acima mencionada, pôde-se apreender uma diversa gama de experiências, as quais contribuíram para as reflexões propostas na presente pesquisa. Tais observações ocorreram em dias e horários alternados com o intuito de ampliar o conhecimento sobre a rotina institucional. Cada uma das instituições teve duração média de cerca de seis horas, buscando com elas observar/capturar/apreender as práticas e os vínculos criados e sustentados no CAPSi. Com tal prática buscou-se conhecer também o público atendido e as diversas famílias que fizeram parte das reflexões do presente estudo. Previamente às observações, submeteu-se o projeto de pesquisa ao Comitê de Ética em Pesquisa alocado no website gerido pela Plataforma Brasil e também houve submissão do projeto à Secretaria de Saúde do município no qual ocorreu a pesquisa. Após a aprovação de ambas as gestões, iniciou-se a pesquisa prática.

No presente estudo, o método psicanalítico norteou a apreensão e análise dos achados. Na Psicanálise há uma distinção entre *técnica* e *método*. A técnica psicanalítica desenvolvida por Freud se refere ao aparato técnico utilizado na clínica, consistindo, por exemplo, na atenção flutuante, interpretação transferencial, neutralidade.... Quanto ao método interpretativo, este ultrapassa a técnica e pode ser utilizado fora do consultório, nos locais onde a técnica clássica é inexequível. A ideia de *clínica extensa* (p. 32) consistiria então na utilização do método psicanalítico em locais externos ao consultório, criando para tal, variações da técnica, utilizando a *escuta interpretativa* (p.54) dos discursos que

circulam no campo de pesquisa (HERRMANN, 2004).

Adentrando no campo de pesquisa e sendo implicado por ele, estabeleceu-se na pesquisa o que se chama de campo transferencial, indispensável para a produção da prática. A transferência, nesse sentido, é a acepção de que há sujeito para além do discurso consciente e que a transmissão ultrapassa o que é superficialmente observado. Estar em transferência, então, é estar disponível para a produção inconsciente de ambas as partes, analista e analisando (ELIA, 1999).

No CAPSi também se entrevistou familiares de usuários e funcionários da instituição. Em tais conversas, buscou-se analisar os diferentes pontos de vista e a forma como tais sujeitos se relacionavam, ou seja, como a família percebia o acolhimento da instituição, assim como os funcionários percebiam o envolvimento da família com o tratamento. Nesse sentido, acolheu-se uma maior quantidade de informações, necessárias para o entendimento das questões da pesquisa.

Analisou-se também prontuários da instituição e também alguns procedimentos que puderam ser acompanhados, como por exemplo, o acolhimento a duas famílias que buscavam o atendimento de seus filhos no CAPSi. A escuta analítica em uma instituição leva em consideração desde os discursos das pessoas que compõem o grupo institucional, passando pelos prontuários e documentos técnicos, chegando até mesmo a refletir sobre o sentido compartilhado pela instituição e por seus usuários sobre o mobiliário e as paredes. A posição do pesquisador que utiliza o método psicanalítico na instituição não está interessada em formar alianças ou criar oposições, mas sim, partindo de um lugar de não-saber, estar preparado a cada momento a produzir novas leituras ainda não imaginadas (NEVES, 1999).

Buscando também compreender a escuta do grupo-família em uma pesquisa psicanalítica, tal está atenta aos discursos que representam os desejos compartilhados pelos psiquismos primários de cada um do grupo familiar, porém, também não descarta em sua escuta a parcela de autonomia de cada membro familiar¹⁴. Nesse sentido, o analista que se propõe a escutar famílias em uma pesquisa que tem a Psicanálise Vincular como corrente teórica norteadora, está atento aos sintomas compartilhados pela família como grupo, ora tendo um sujeito como porta-voz cumprindo determinado papel, ora tendo outro familiar como porta-voz do sintoma (KAËS, 2015).

Também houve em diversos momentos interações com crianças e adolescentes atendidos pelo CAPSi. Por meio de brincadeiras e ajuda na lida cotidiana, conheceu-se várias crianças e adolescentes acompanhados pela instituição. Os relatos conhecidos na pesquisa foram de suma importância, sendo necessário ressaltar a diversidade de experiências, apontando para a singularidade da vivência psíquica que demanda da instituição um cuidado diversificado. Analisou-se também prontuários da instituição e também alguns procedimentos que puderam ser acompanhados, como por exemplo, o acolhimento a duas famílias que buscavam o atendimento de seus filhos no CAPSi.

Diariamente, após as observações, lançou-se mão dos diários de campo, registrando os diálogos que permaneciam, lembranças e afetações despertadas na vivência. O diário de campo é uma importante ferramenta de pesquisa, na qual o pesquisador se redescobre quando se aprofunda em sua análise (LEAL, 2016).

3 I RESULTADOS

A instituição CAPSi observada tem como local de funcionamento uma antiga casa residencial numa região próxima ao centro da cidade. Nesse sentido, a arquitetura da instituição apresenta vários aspectos de uma residência, possui cozinha, sala, piscina, quartos, um campinho de futebol e uma varanda. Cada cômodo da casa tem sua função na rotina institucional. Porém um cômodo sua função em particular chamou mais atenção no decorrer da pesquisa.

Tal cômodo que tanto chamou a atenção é a varanda da casa, na qual os familiares esperam, às vezes, uma, duas, três ou até mais horas; esperam ali por diversas coisas: atendimento com o psiquiatra, o atendimento às crianças que se passa no interior da residência/instituição, esperam também pelo recebimento de algum documento ou por conversas com algum funcionário do CAPSi... Nas conversas tanto com a equipe como com os familiares, pude perceber que ambos se referem à varanda como “lado de fora” e a casa como “lado de dentro”. Essa distinção demarca o entendimento em que há uma separação, da qual pode se apreender que a criança e o adolescente, atendidos no interior da casa, são os usuários e a família, que aguardam o atendimento ou as atividades que ocorrem na residência, são acompanhantes. No processo de escrita da dissertação, ao se referir à varanda, nomeou-se em um ato falho, a varanda como a “Varanda de esperas”. Ao refletir sobre tal nomeação, pôde-se perceber a quantidade de sentidos que esse ato falho guardava. Utilizou-se então tal expressão, expressão que será analisada na discussão do presente artigo.

O funcionamento do CAPSi ocorre em turnos; pela manhã, a rotina de atividades ocorre das 8 horas às 10 horas e a tarde, das 14 horas às 16 horas. No começo da rotina, mães, pais, tios e avós chegam acompanhando as crianças e adolescentes. Os pequenos entram para o interior da casa, enquanto seus acompanhantes sentam-se nas cadeiras reservadas a eles na varanda. No final da rotina, crianças e adolescentes saem, e novamente na varanda encontram seus parentes.

Dentro desse cotidiano dos atendimentos, atravessados por algumas conversas com os familiares na varanda, alguns atendimentos em alguma sala ou informes sobre a rotina, ocorre na varanda, uma vez por semana, um grupo de familiares, conduzido normalmente pela assistente social ou pela psicóloga do CAPSi, podendo também ter a participação de profissionais de outros lugares, como educadores e nutricionistas. Acompanhou-se em algumas oportunidades tal grupo. Havia sempre um tema preestabelecido que direcionava

a condução do grupo, temas como a alimentação da criança, a melhor forma como educar ou “corrigir” determinados comportamentos. A fala dos familiares polarizava-se em alguns participantes que se queixavam do dia a dia, buscavam esclarecer alguma dúvida ou se inquietavam com alguma angústia ou reclamação.

Nos acolhimentos acompanhados, os funcionários seguiam protocolos de acolhimento. Tal acolhimento era feito de modo objetivo e diretivo, coletando-se a partir de fichas, principais pontos da história da criança ou adolescente ou tentava-se desdobrar e entender melhor a queixa que o levava ao CAPSi. Especificamente, em um acolhimento observado, pôde-se perceber que o direcionamento dado deixava a desejar no sentido de que importantes questões não eram trazidas à tona, ou seja, priorizando o protocolo, perdia-se a amplitude e profundidade que o acolhimento demanda para a realização do Projeto Terapêutico Singular, assim como se negligenciava angústias dos familiares e dos usuários. Salientando, percebeu-se também que as conversas entre familiares e profissionais eram realizadas na maioria das vezes apressadamente, apreendendo-se assim uma tentativa de resumir ou apressar o encontro com os familiares.

Em diversas conversas com familiares, percebeu-se um significativo sofrimento que durava gerações. As histórias convergiam para uma fragilidade afetiva, cultural e financeira. O desamparo e a violência transmitidos por tais histórias geravam no pesquisador a vontade também de se desvencilhar de conteúdos tão intensos e árduos; nesse sentido, analisando que atrelada ao cansaço da rotina de serviço, a lida com as famílias pode tornar-se algo que com o tempo passe a ser preferível de ser evitado, levando-se em conta os afetos que tal pode gerar no profissional. Em algumas oportunidades observou-se também que alguns familiares já chegavam à instituição com comportamento mais agressivo, gritando ou conversando de forma ríspida. Dessa forma, percebeu-se que a violência vivida familiarmente por vezes era direcionada à instituição.

O sofrimento psicológico das crianças e adolescentes era algo que mexia tanto com os profissionais como com os familiares. Assim, apreendeu-se que a persistência ou agravamento dos sintomas angustia a ambos, família e CAPSi, gerando desgaste das relações e desesperança. Porém, ao invés de gerar empatia ou possibilidade de caminhar juntos, tal situação cria uma rivalidade, dando maior ênfase ao distanciamento. Aos poucos, o isolamento dificulta o tratamento, e, nesse sentido, recorre-se à medicação para lidar com o sofrimento trazido pela criança ou adolescente, haja vista que isso foi observado em diversos momentos, quando o psiquiatra tornava-se a única da família comparecer ao CAPSi e os usuários chegavam praticamente “dopados”.

Por fim, a miserabilidade e violência da família, traduzidas nos vários adoecimentos das crianças e adolescentes, demandam atenção e cuidado que a instituição já não consegue manter. Assim, para se proteger de tais aspectos, criou-se um dispositivo que no texto se chamou de “Varanda de esperas”, no qual as famílias são reunidas em local que se considera como possível para mantê-las, ou seja, onde não “interfere” na prática cotidiana

dos profissionais. Nessa mesma Varanda, quando não havia nenhum profissional por perto, os familiares conversavam entre sobre suas angústias do dia a dia, sobre os medos do destino de seus filhos e netos, das maneiras como a família adaptava a medicação prescrita e dos sustos quando a farmácia mais próxima não tinha os medicamentos necessários.

4 | DISCUSSÃO

Em determinado momento, quando o autor do presente texto redigia um dos diários de campo, ocorreu um precioso ato falho. Ao relatar sobre a varanda da casa na qual funciona o CAPSi, ela foi chamada de “Varanda de esperas”, com a palavra “espera” no plural. Refletindo juntamente com a supervisora sobre tal ato falho, apreendeu-se dele uma diversidade de coisas. Primeiramente, as várias esperas que ocorriam na varanda, “lado de fora”, conclama a pensar sobre diferentes sentidos: desde a completa paralisação e estagnação dessas mães, pais e/ou avós esperando passivamente o serviço ser feito do lado de dentro da casa; ou, por outro lado, significa as “esperas” no sentido de “esperança”, já que esperar e esperança originam do vocábulo latino *spes*, que significa “confiar em algo positivo” (REZENDE; BIANCHET, 2014). Nesse âmbito, as famílias esperam que algo que ocorra ali dentro da instituição, melhore a situação dos filhos (as) e netos (as) atendidos (as). Nesse sentido, é importante salientar que tais familiares parecem não participarativamente da rotina da instituição, esperam de forma alheia e, por vezes, alienada, ao que se fomenta no interior da casa.

Tal separação reproduz também a cisão presente na psicose, sendo que, ao abordá-la, a instituição acaba por (re) produzi-la, juntamente com a família. Limitar a família a ocupar um lugar pré-estabelecido e delimitado na instituição acaba por instituir e negar, de forma ambígua, a dimensão do papel/função da família enquanto sujeito fundamental, responsável e indispensável na vida das crianças e adolescentes, seus filhos, netos e sobrinhos.

Gradativamente, família e instituição parecem contribuir reciprocamente para que a relação de distanciamento seja mantida. O funcionamento psicótico, princípio regente entre família e instituição em diversos momentos, contribui para um funcionamento hermético, fechado ao diálogo, tentando distanciar e imobilizar os autores que poderiam movimentar afetos que poderiam provocar angústia, mas também poderiam provocar a melhora das situações ali acolhidas. Entretanto, tal pactuação retorna com violência, familiares e instituição se atacam, ambos distantes da demanda da criança e do adolescente, construindo, ao invés disso, mais um novo sintoma a ser considerado no atendimento. Instaura-se um jogo de forças entre família e instituição e, como abordado, as forças do Estado e de suas instituições sobressaem às normas familiares, modificando-as e tratando-as para que se adaptem aos desejos dominantes revelando, assim, uma unidirecionalidade de forças.

Pode-se evocar o conceito de pactos denegativos (KAËS, 2003). Tais pactos escamoteiam representações e afetos que tentam ser negados, porém insiste em ser trazido à tona – e, no presente caso, esses conteúdos são espelhados entre família e instituição. Alude-se, a exemplo, a tentativa de ocupar em relação à criança uma posição de quem detém o saber, ou também, de quem sabe o que é melhor para ela.

Em relação ao jogo de forças entre família e CAPSi, que pode remeter, historicamente, a um tempo anterior à Reforma Psiquiátrica. A relação entre Estado (leis e instituições) e família foi mediada, desde o século XVIII, pelo saber médico e atendeu a fins ideológicos e políticos. O Estado utilizou das normas médicas para a manipulação do grupo familiar, a fim de controlar os cidadãos através da ameaça dos “perigos” da saúde e da moral vividos pelas famílias que não seguiam as normas vinculares indicadas a elas. Assim, o estado minou na ideologia familiar funções para cada ente, de modo que tais funções auxiliavam no controle do cidadão e na gestão do biopoder. A família passa a viver então as diretrizes propostas, a se ajustar àquilo que o saber médico, tido como superior, indicava ou não fazer (DONZELOT, 1980).

Na instituição CAPSi, o chamado jogo de forças faz-se valer, e nesse sentido, a família acata o lugar reservado a ela. Alguns exemplos demonstram a passividade/ alienação da família diante da força institucional, como a longa permanência de espera na “Varanda de esperas” e também o silêncio de alguns familiares. Em outros momentos, aparentemente, a família tenta alterar a lógica de forças criticando o serviço, limitando-se e insistindo a fazer o acompanhamento apenas com o psiquiatra, dentre outras formas. Porém, deve-se questionar se tais atos buscam alterar tal jogo de forças, ou se almejam adaptar às circunstâncias, sendo absorvidas pela realidade vivida pela família e instituição.

Reflete-se que o entendimento do percurso familiar por parte da equipe do CAPSi, desde o reconhecimento do sofrimento psíquico, a manutenção deste para dar respostas às próprias angústias, quanto a busca por atendimento, diversas vezes fica aquém do que seria necessário para a condução dos atendimentos. Ilustrando tal percurso, a família, ao se deparar com o ambiente psiquiátrico, diversas vezes fica aterrorizada com a impressão tecida sobre as instalações e os usuários. Num primeiro momento a família resiste em aceitar que seu parente partilhe da mesma condição dos outros usuários. Ainda no momento imediatamente posterior ao diagnóstico do transtorno mental, lançando mão de várias estratégias, a família investe maciçamente na possibilidade de cura do paciente, acreditando que a condição é passageira e que a tomada de decisões “certas” levará à total remissão do quadro psicopatológico (ROSA, 2011).

Porém, com a estagnação ou arrastamento do quadro sintomático, o grupo familiar se desorienta, sentindo-se culpado pela produção do problema e pela sensação de incapacidade em resolver a situação. Em contrapartida, buscando amenizar o sentimento de culpa, a família, por vezes, procura por uma explicação biologicista do transtorno psiquiátrico, de forma que retire sua implicação na causação do problema. Nesse sentido, é

comum a família demandar às equipes de saúde mais exames, mesmo quando o psiquiatra relata a desnecessidade dos mesmos (ROSA, 2011). A busca pela organicidade do quadro sintomático visa retirar o peso do drama familiar sobre o diagnóstico da criança; então, o diagnóstico de um problema orgânico ameniza o sentimento da culpa familiar (MANNONNI, 1999).

A lida com tal culpa, assim como possíveis mudanças da família em conceber as questões que envolvem seus entes, perpassa pela atuação da equipe, promovendo o papel dos familiares na atuação no cuidado, mas também ponderam os limites que a família possui em relação à melhora do sujeito em sofrimento psíquico (SANTOS, 2016).

Porém, quando isso não é possível, recorre-se à visão mais distanciada do problema, e, nesse sentido, volta-se para um biologicista da questão. Sobre tal, atualmente, a atribuição dos cuidados da infância à psiquiatria médica – que produz diagnósticos rápidos e contundentes – prescinde da escuta da família sobre o relacionamento com a criança e a significação familiar do problema. A medida comum e ritualesca tomada aqui é a da medicalização (KAMERS, 2018).

Em outras tentativas, por parte das famílias, de “normalizar” (p. 243) os sintomas do transtorno mental, tentando integralizá-los à rotina vivida antes da deflagração da condição psiquiátrica. Dessa forma, os esforços mobilizados se concentram no controle comportamental, no sentido de transformar as peculiaridades da condição do sujeito psicótico em comportamentos que não destoem do que é considerado normal. As explicações médicas são significadas pela família a fim de amenizar o problema, produzindo, eles próprios, sentidos e explicações que não afetam em sobremaneira a família (ROSA, 2011).

É importante salientar a responsabilidade do profissional de saúde mental para não repetir a exclusão social praticada em torno da “loucura”. Nesse sentido, o autor postula que a equipe de saúde mental não deve agir de modo a educar ou disciplinar quem procura pelo serviço, porém também não se trata de agir com permissividade. Assim, a atuação deve promover a responsabilidade de ambas as partes, usuário e instituição (ELIA, 2016).

É necessário ainda salientar a importância de não posicionar o grupo familiar como mera vítima na sua relação com a psicose e com o seu círculo social; tal perspectiva não considera a complexidade e a profundidade da questão, ao mesmo tempo em que se cria uma relação maniqueísta e também improdutiva. Prezar, somente pela inclusão da família no tratamento, sem responsabilizá-la por sua produção, não assegura mudança na posição subjetiva da família.

5 | CONCLUSÃO

Apresente pesquisa, por se tratar do trabalho em uma única instituição, provavelmente tem, por isso, sua metodologia limitada, assim como tem-se limitada a abrangência de seus achados em diferentes regiões culturais do país, haja a vista a riqueza cultural

brasileira. Nesse sentido, faz-se necessário estudos que estabeleçam uma articulação de diferentes realidades que podem ser encontradas no cenário nacional. O curto prazo que se permaneceu na instituição (em 15 observações) também pode ser um aspecto limitador da metodologia do presente estudo.

Entretanto, por aquilo que pôde se analisar, os novos dispositivos de saúde ainda se principiam nas suas diretrizes e atravessam um novo campo político e terapêutico, os quais devem ser incessantemente abordados para a manutenção dos objetivos de libertação das agruras dos manicômios. Para tal, é necessário questionar-se sobre a real participação da família e do usuário na condução institucional e se sua singularidade é respeitada pelas decisões tomadas. Nesse sentido, é necessário pensar em uma constante reforma.

O trabalho com as famílias que levam suas crianças e adolescentes à instituição é um trabalho difícil, haja vista a violência e o adoecimento de tais vínculos. Porém, como foi proposto pelas mudanças terapêuticas advindas da Reforma, é necessário dar ao sujeito voz para que ele perceba sua condição e seja senhor de sua mudança. Tratá-lo passivamente, com remédios e cuidados unidireccionais, ou reservá-los a eles uma varanda, consiste na institucionalização do sofrimento psíquico.

É pertinente concluir que a família parece constituir-se como uma importante protagonista a ser considerada nos processos terapêuticos e políticos atuais, com inédita proximidade da relação entre dispositivos de Saúde Mental e família. As teorias e os trabalhos que mudam esse modo de ver a família ainda são recentes, sendo, nesse sentido, necessário refletir e questionar sobre as variáveis estabelecidas nessa situação. Tomando por base a Psicanálise Vincular, é fundamental acolher os vínculos construídos por essas famílias, haja vista que suas alianças atuam nos destinos afetivos, assim como tentam permanecer impermeáveis às mudanças propostas. Conceber a posição das famílias nos serviços de Saúde Mental é um questionamento ainda embrionário a ser ajustado entre os saberes atuantes nos dispositivos pós-Reforma. Porém, analisando os achados dessa pesquisa, fica em relevo a necessidade de aprender a auxiliá-las a travessarem suas fantasias e fantasmas, como também a lidar com a sobrecarga dos cuidados cotidianos.

REFERÊNCIAS

AMARANTE, P.; NUNES, M. O. A Reforma Psiquiátrica no SUS e a luta por uma sociedade sem manicômios. *Revista Ciência e Saúde Coletiva* [Internet]. 2018 [citado em 26 de out de 2019]; 23(6): 2067-2074. Doi: <https://doi.org/10.1590/1413-81232018236.07082018>.

⁵ARBEX, D. **Holocausto brasileiro: vida, genocídio e 60 mil mortes no maior hospício do Brasil.** São Paulo: Geração Editorial, 2013.

⁶BORGES, C. F., BAPTISTA T. W. F. O modelo assistencial em saúde mental no Brasil: a trajetória da construção política de 1990 a 2004. *Revista Caderno de Saúde Pública* [Internet]. 2008 [citado em 26 de out. de 2019]; 24(2):456-468. Disponível em: <http://www.scielosp.org/pdf/csp/v24n2/24.pdf>.

DONZELOT, J. **A polícia das famílias**. Rio de Janeiro: Edições Graal, 1980.

ELIA, L. A transferência em Psicanálise: lugar ou excesso? **Psicologia: Reflexão e Crítica [Internet]**, 1999 [citado em 26 de out. de 2019]; 12(3): 775-788. Disponível em: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=18812315>.

ELIA, L. Responsabilidade do sujeito e responsabilidade do cuidado no campo da Saúde Mental. **Revista Científica da Saúde [Internet]**, 2016 [citado em 27 de out. 2019], 3(4). Disponível em: <https://smsrio.org/revista/index.php/revs/article/viewFile/92/114>.

HERRMANN, F. **Introdução a teoria dos campos**. ed. 2^a. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2004.

GOMES, I. C.; LEVY, L. Psicanálise de família e casal: principais referenciais teóricos e perspectivas brasileiras. **Revista Aletheia [Internet]**. 2009 [citado em 26 de out. 2019]; 29: 151-160. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/aletheia/n29/n29a13.pdf>.

KAËS, R. A Negatividade: problemática geral. **Psicologia USP [Internet]**. 2003 [citado em 27 de out. 2019]; 14(1): 21-36. Disponível em: <http://www.revistas.usp.br/psicousp/article/view/42389/46060>.

KAËS, R. **Um singular plural: a Psicanálise à prova do grupo**. São Paulo: Loyola, 2010.

KAMERS, M. **Da criança a matar à morte da criança: reflexões psicanalíticas sobre a medicalização na infância** (Tese) [Internet]. São Paulo, SP. Universidade de São Paulo/USP, 2018 [citado em 27 de out de 2019]. Disponível em: https://teses.usp.br/teses/disponiveis/47/47131/tde-14112018-160943/publico/kamers_do.pdf.

LEAL, J. Diários de campo: modos de fazer, modos de usar. In: Almeida SVD e Cachado RA., organizadores, **Os Arquivos dos Antropólogos**, Lisboa: Palavrão, 2016, p. 143-154.

MACIEL, S. C.; BARROS, D. R.; SILVA, A. O.; CAMINO, L. Reforma psiquiátrica e inclusão social: um estudo com familiares de doentes mentais. **Revista Psicologia: Ciência e Profissão [Internet]**. 2009 [citado em 26 de out. 2019]. 29(3): 433-447. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/pcp/v29n3/v29n3a02.pdf>.

MANNONNI, M. **A criança retardada e a mãe**. ed 5^a, São Paulo: Martins Fontes, 1999.

NEVES, A. S. O psicólogo e o paciente-instituição: considerações teóricas acerca da intervenção. **Revista Psicologia: Ciência e Profissão [Internet]**. 1999 [citado em 27 de out. 2019]; 19(2): 44-49. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1414-9893199900200006&script=sci_arttext.

RIZZINI, I. LEITE, A. D. S.; MENEZES, C. D. **Cuidado Familiar e Saúde Mental: a atenção das Famílias a Seus Filhos na Infância e na Adolescência**. Rio de Janeiro: Editora PUC , 2013.

ROSA, L. C. S. **Transtorno mental e o cuidado na família**. ed: 3^a São Paulo: Cortez, 2011.

ROSA, L. C. S.; SILVA, E. K. B. Família na política brasileira de saúde mental, álcool e drogas. **Revista Ser social [Internet]**. 2019 [citado em 26 de out. de 2019]; 21(44):199-222. Doi: https://doi.org/10.26512/ser_social.v21i44.23491.

SANTOS, G. L. G. **Sobre discursos e práticas: a reabilitação psicossocial pelo “olhar” dos técnicos de referência de um CAPS da região metropolitana de Recife** (Dissertação). Recife, PE: Universidade Federal de Pernambuco/UFPE; [Internet] 2008. 146p. [citado em 26 de out de 2019]. Disponível em: http://repositorio.ufpe.br/bitstream/handle/123456789/8261/arquivo3599_1.pdf?sequence=1&isAllowed=y.

SCHRANK, G.; OLSHOWSKY, A. O centro de Atenção Psicossocial e as estratégias para inserção da família. **Revista Escola de Enfermagem USP** [Internet]. 2018 [citado em 26 de out. de 2019]; 42(1): 127-34. Disponível em: http://dgi.unifesp.br/sites/comunicacao/pdf/entreteses/guia_biblio.pdf. Acesso em 26 de out de 2019.

REZENDE, A. M.; BIANCHET, S. B. **Dicionário do latim essencial**. Rio de Janeiro: Autêntica, 2014.

SANTOS, S. S. **Influência familiar no tratamento terapêutico de paciente portador de transtorno mental**. Trabalho de conclusão de curso (TCC especialização) [Internet]. Florianópolis, SC: Universidade Federal de Santa Catarina/UFSC, 2016 [citado em 27 de out de 2019]. Disponível em: <https://repositorio.ufsc.br/xmlui/handle/123456789/168583>.

A IMPORTÂNCIA DA EDUCAÇÃO SOBRE O MANEJO EM SURTOS PSICÓTICOS NA EMERGÊNCIA

Data de aceite: 01/04/2022

Data de submissão: 08/03/2022

Isabella Caroline Leventi Vasconcelos

Universidade de Cuiabá – UNIC
Cuiabá-MT

<http://lattes.cnpq.br/6676266223316024>

Gabrielly Jack Frizon

Universidade de Cuiabá – UNIC
Cuiabá-MT

<http://lattes.cnpq.br/9002741444682834>

RESUMO: INTRODUÇÃO: A crise psicótica pode ser caracterizada pela dissociação da estrutura psíquica, desenvolvendo comportamentos desorganizados, alterações no pensamento e na sensopercepção. Para definir um paciente como psicótico, é necessário reconhecer prejuízo grosseiro com a realidade, manifestado de modo inadequado e persistente, ocasionando delírios e alucinações. A crise psicótica é comum na esquizofrenia, no abuso de substâncias psicoativas, transtorno afetivo bipolar, depressão psicótica e demências, sendo comum admissão de surto psicótico na sala de emergência. **OBJETIVO:** Identificar a importância de uma proposta de intervenção padronizada em pacientes psicóticos na emergência. **METODOLOGIA:** Trata-se de uma revisão bibliográfica a partir de informações coletadas das bases de dados do SciELO e do PubMed, dos quais foram selecionados 05 artigos que tivessem como descritor “Psicose”,

“Surto psicótico”, “Emergência” e “Emergência psiquiátrica”, sendo excluídos quaisquer artigos que não contemplassem os elementos supracitados. **RESULTADOS:** Através da análise, pode-se constatar que a emergência psiquiátrica é um problema de saúde pública, tornando-se tema relevante aos profissionais da saúde no geral e em especial aos profissionais atuantes na emergência. O manejo envolve o trabalho em equipe e atenção à possibilidade da interpretação distorcida do paciente em delírio, sendo necessário precaução com palavras e oferta de segurança ao indivíduo e aos profissionais. Todavia, a falta de protocolos, padronização e treinamento, além do estigma criado em torno de pacientes psiquiátricos, refletem diretamente na conduta humanizada no paciente em surto psicótico, uma vez que, esse quadro exige avaliação e manejo rápido e adequado. **CONCLUSÕES:** Apesar do conhecimento de conceitos e manifestações de crises psicóticas, há uma dificuldade por parte dos profissionais em ofertar o manejo humanizado em torno do paciente psicótico. Dessa forma, surge a necessidade de capacitar profissionais da emergência sobre temáticas psiquiátricas, incentivar humanização ao paciente com transtornos mentais, além de padronização da intervenção nesses indivíduos, para que haja melhor desenvolvimento da equipe.

PALAVRAS-CHAVE: Crise psicótica. Psicose. Emergência psiquiátrica.

THE IMPORTANCE OF EDUCATION ON MANAGEMENT OF PSYCHOTIC PATIENT IN EMERGENCY

ABSTRACT: The psychotic crisis can be characterized by the dissociation of the psychic structure, developing disorganized behavior, alterations in thought and in perception. To define a patient as psychotic, it is necessary to recognize gross impairment with reality, manifested in an inappropriate and persistent manner, causing delusions and hallucinations. Psychotic crisis is common in schizophrenia, substance abuse, bipolar affective disorder, psychotic depression, and dementias, and psychotic break admission to the emergency room is common. **OBJECTIVE:** To identify the importance of a standardized intervention proposal in psychotic patients in the emergency room. **METHODOLOGY:** This is a literature review based on information collected from SciELO and PubMed databases, from which 05 articles were selected that had “Psychosis”, “Psychotic Outbreak”, “Emergency” and “Psychiatric Emergency” as descriptors, being excluded any articles that did not include the aforementioned elements. **RESULTS:** Through the analysis, it can be seen that psychiatric emergency is a public health problem, becoming a relevant topic to health professionals in general and especially to professionals acting in the emergency. The management involves teamwork and attention to the possibility of distorted interpretation of the patient in delirium, requiring caution with words and offering safety to the individual and to professionals. However, the lack of protocols, standardization and training, as well as the stigma created around psychiatric patients, reflect directly in the humanized conduct in patients with psychotic outburst, since this condition requires rapid and appropriate assessment and management. **CONCLUSIONS:** Despite the knowledge of concepts and manifestations of psychotic crisis, there is a difficulty on the part of professionals in offering the humanized management around the psychotic patient. Thus, there is a need to train emergency professionals on psychiatric issues, encourage humanization to patients with mental disorders, and standardization of intervention in these individuals, so that there is better development of the team.

KEYWORDS: Psychotic crisis, Psychosis, Psychiatric emergency.

REFERÊNCIAS

GOMES, Carolina Godoy; TONIAZZO, Paula Bedin; SPANEMBERG, Lucas. **Abordagem e manejo inicial do paciente psicótico na emergência.** Acta méd.(Porto Alegre), p. [5]-[5], 2014.

SCHMIDT, Rodrigo Fabian Castillo. **Contenção do paciente agitado no Departamento de Emergência.** JBMEDE-Jornal Brasileiro de Medicina de Emergência, v. 1, n. 2, p. e21011-e21011, 2021.

LOUZÃ NETO, Mario R. **Manejo clínico do primeiro episódio psicótico.** Brazilian Journal of Psychiatry, v. 22, p. 45-46, 2000.

Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais [recurso eletrônico]: DSM-5 / [American Psychiatric Association ; tradução: Maria Inês Corrêa Nascimento ... et al.] ; revisão técnica: Aristides Volpatto Cordioli ... [et al.]. – 5. ed. – Dados eletrônicos. – Porto Alegre: Artmed, 2014.

SILVA, Hayanna Carvalho Santos Ribeiro da. **O ambiente de cuidado no manejo de crises psicóticas: uma leitura winniciottia.** 2017.

CAPÍTULO 25

DESAFIOS E PERSPECTIVAS DE UMA LIGA ACADÊMICA DE PSIQUIATRIA NO CONTEXTO PANDêmICO: RELATO DE EXPERIÊNCIA

Data de aceite: 01/04/2022

Luiz Alfredo Roque Lonzetti

Graduação em andamento em Medicina
Universidade do Vale do Itajaí
Itajaí - SC

Emily Meireles

Graduação em andamento em Medicina
Universidade do Vale do Itajaí
Itajaí - SC

Ricardo Berti

Graduação em andamento em Medicina
Universidade do Vale do Itajaí
Itajaí - SC

Maria Eduarda Chiquetti

Graduação em andamento em Medicina
Universidade do Vale do Itajaí
Itajaí - SC

Patrick Poloni

Graduação em andamento em Medicina
Universidade do Vale do Itajaí
Itajaí - SC

acadêmicos devido à transição gerada entre o ensino tradicional e a nova realidade virtual, tendo como fruto a viabilidade de novas perspectivas de educação médica. Considerações finais: a pandemia, invariavelmente, trouxe consigo uma necessidade abrupta de transição dos métodos de ensino clássicos presenciais em direção ao mundo digital, o que acarretou na quebra da interação interpessoal e estabeleceu desafios na educação médica, mas, ao mesmo tempo, serviu como propulsão à geração de inovações no método ensino-aprendizagem.

PALAVRAS-CHAVE: Educação médica, Métodos de ensino-aprendizagem, Inovação em educação.

CHALLENGES AND PERSPECTIVES OF AN ACADEMIC PSYCHIATRIC LEAGUE IN THE PANDEMIC CONTEXT: EXPERIENCE REPORT

ABSTRACT: Objective: to report the experience of medical students who are part of the management of a psychiatric league regarding the prospects of medical education in the midst of the pandemic and virtual teaching. Method: this is an experience report based on the experience generated by medical students regarding medical education in the midst of virtual teaching during the pandemic. Results: there was an abrupt need for adaptation of the students due to the transition between traditional teaching and the new virtual reality, resulting in the viability of new perspectives of medical education. Final considerations: the pandemic, invariably, brought with it an abrupt need for transition from classic face- to-face teaching methods to the digital world, which

RESUMO: Objetivo: relatar a experiência de acadêmicos do curso de medicina componentes da gestão de uma liga de psiquiatria quanto às perspectivas de educação médica em meio à pandemia e o ensino virtual. Método: trata-se de um relato de experiência baseado na experiência gerada por acadêmicos de medicina quanto à educação médica em meio ao ensino virtual durante a pandemia. Resultados: houve uma abrupta necessidade de adaptação dos

resulted in the breakdown of interpersonal interaction and established challenges in medical education, but, at the same time, served as propulsion for the generation of innovations in the teaching-learning method.

KEYWORDS: Medical education, Teaching-learning methods, Innovation in education.

1 | INTRODUÇÃO

O contexto pandêmico estabelecido durante o ano de 2020 trouxe consigo inúmeras alterações às dinâmicas sociais, estabelecendo uma situação de medo e ansiedade de maneira global (BROOKS, et al., 2020). A busca pelo “achatamento da curva” de incidência e pelo controle da disseminação da COVID-19 trouxe consigo, obviamente, impactos em todos os âmbitos (HANCOCK, et al., 2021; JOHNSON, et al., 2021; STELLA, et al., 2021). São fatos consolidados as modificações sofridas pela sociedade em inúmeras dinâmicas, tendo como um dos principais cernes de tal processo a quebra da interação interpessoal presencial.

A necessidade do isolamento social e do distanciamento social enquanto medidas não farmacológicas em meio à pandemia, ao mesmo tempo que objetiva o controle infeccioso, sendo, portanto, necessária, traz consigo inerentes impactos, tendo enfoque especial a esfera psicossocial. A duração do isolamento, o medo da infecção, a frustração e o “tédio”, suprimentos inadequados, informações inadequadas, perdas financeiras e a estigmatização – conceitos, invariavelmente, presentes no contexto pandêmico – se mostram os principais fatores estressantes da situação (BROOKS, et al., 2020; GOODWIN, et al., 2020).

O estado de isolamento, invariavelmente, trouxe consigo um aumento da depressão, estresse e distúrbios emocionais (BROOKS, et al., 2020; GALEA, et al., 2020; A HOLMES, et al., 2020). De tal maneira, é inegável que, em decorrência do estado de distanciamento social e isolamento, impactos sociais e psicológicos se desenvolvem de maneira diretamente proporcional (A HOLMES, et al., 2020).

A cruel realidade é que todos os contextos sociais foram pela pandemia afetados. O mundo acadêmico, indubitavelmente, não passou inerte a tal processo. Inúmeras universidades, por todo o mundo, objetivando medidas preventivas, cancelaram aulas, fecharam seus campi e migraram do clássico ambiente acadêmico presencial para os meios digitais (“on-line”) (LAI, et al., 2020). O contexto pandêmico trouxe consigo, portanto, uma abrupta transição do tradicional método de ensino presencial em direção ao método inovador digital, “on-line”, que passou a se tornar a fonte primária de desenvolvimento da educação médica nos tempos atuais (EVANS, et al., 2020).

A complexidade de tal mudança brusca, sem dúvidas, trouxe consigo, sobre os estudantes, novas cargas de pressão, afetou a saúde mental dos acadêmicos e impactou de maneira importante os níveis de estresse, ansiedade e depressão sobre a comunidade

estudantil (NASER, et al., 2020; ODRIOZOLA-GONZÁLEZ, et al., 2020). Portanto, o que se percebe é que, dentre as demais claras consequências sociais da pandemia em todas as esferas humanas, os impactos sobre a comunidade acadêmica se fizeram presentes, visto que a necessidade abrupta de adaptação a um novo ambiente – agora digital – repercute, inclusive, na performance do estudante e, claro, na saúde mental (JOHNSON, et al, 2021). A discussão da logística de transição – abrupta – do ambiente físico para o ambiente digital, justamente pelas tremendas consequências de potencial devastador que tal mudança pode trazer, faz-se essencial, sendo justamente o que objetiva este relato.

Assim, avaliando a necessidade de discutir tais repercussões sociais com enfoque sobre a comunidade acadêmica, este relato de experiência traz consigo justamente a personificação de tais perspectivas de impacto pandêmico, revelando as consequências e os desafios gerados pela pandemia sob o olhar do estudante, mais especificamente os acadêmicos constituintes da gestão da Liga Acadêmica de Psiquiatria e Saúde Mental (LAPSAM), do curso de medicina da Universidade do Vale do Itajaí (UNIVALI), em Itajaí, no estado de Santa Catarina, durante o segundo semestre de 2020, estabelecendo a possibilidade de avaliação do seguinte questionamento: como se desenvolveu a estruturação do ensino médico virtual imerso à pandemia sob os olhos dos estudantes que compõem a LAPSAM? A busca por alternativas de manutenção do ensino médico atrelado à Liga em meio ao contexto pandêmico, portanto, mostrou-se o principal desafio durante o semestre.

A imagem-objetivo deste relato é, portanto, trazer a experiência desenvolvida perante os desafios e, ao mesmo tempo, as novas possibilidades geradas por esta nova conformação acadêmica sob o horizonte específico dos olhos da gestão da LAPSAM, trazendo à tona os mecanismos logísticos desenvolvidos pelos gestores acadêmicos da Liga a fim de preservar o ensino médico em um período tão tenebroso e cruel da história humana. A quebra da relação interpessoal, sem dúvida, traz consigo inúmeros déficits na formação acadêmica médica. Contudo, o papel de no mínimo tentar defender a integridade da formação crítica, reflexiva, ética e humana exercido pela Liga Acadêmica de Psiquiatria e Saúde Mental da Universidade do Vale do Itajaí se torna cerne de uma importante discussão trazida neste trabalho.

2 | MÉTODO

Trata-se de uma pesquisa descrita, na forma de relato de experiência, em que se pretende descrever fatos e fenômenos de determinada realidade (TRIVIÑOS, et al., 1987), realidade esta vivenciada por acadêmicos do curso de medicina da Universidade do Vale do Itajaí (UNIVALI), componentes da gestão acadêmica técnica da (Liga Acadêmica de Psiquiatria e Saúde Mental, na cidade de Itajaí, no estado de Santa Catarina. O período vivenciado pela gestão e relato neste trabalho compreendo segundo semestre do ano de

2020, entre os meses de agosto e dezembro.

A Liga Acadêmica de Psiquiatria e Saúde Mental (LAPSAM) é uma das entidades que compõe a esfera extensionista do curso de medicina da UNIVALI. A Liga tem como base o funcionamento pautado na presença de uma gestão, formada por um presidente, um vice-presidente, um diretor científico, um secretário e um tesoureiro, além de um professor orientador e um professor coorientador.

O sistema de ensino da Liga funciona com base na realização de encontros durante o semestre acadêmico sobre temas diversos, multiprofissionais, a partir de palestrantes convidados, capazes de abranger perspectivas inúmeras sobre psiquiatria, psicologia, saúde mental, dentre outros mais, sendo uma forma de aprofundar o conhecimento médico nas áreas psíquicas. Em associação aos encontros, são desenvolvidos projetos de produções científicas, estágios extracurriculares quando possíveis, inserções em atividades práticas e eventos científicos de forma geral.

Assim como outras inúmeras esferas do ensino, da pesquisa e da extensão componentes da Universidade, a LAPSAM, contudo, de forma abrupta, migrou para o ambiente virtual devido ao desenvolvido da pandemia. Por esse motivo, a esfera de ensino clássica desenvolvida pela gestão e seus palestrantes convidados se transformou em meio ao mundo digital. Durante o período, dois eventos de âmbito digital foram desenvolvidos pelos acadêmicos: “1^a Jornada de Psicologia e Medicina” e “I Jornada Interligas do Setembro Amarelo”, além de encontros virtuais com temas específicos juntos de palestrantes de todos o país.

Este relato, assim, foi elaborado com base na reflexão crítica dos acadêmicos quanto à vivência desenvolvida em meio ao contexto pandêmico sob necessidade da manutenção do ensino médico – sob o horizonte psiquiátrico – agora de maneira virtual, buscando defender a viabilidade do ensino, porém em perspectivas distintas, desconhecidas e desafiadoras no mundo “on-line”, experenciando e refletindo sobre as medidas desenvolvidas pelos ligantes durante o segundo semestre de 2020 numa tentativa de preservar o ensino médico imerso ao contexto pandêmico.

3 | RESULTADOS E DISCUSSÃO

A pandemia trouxe consigo sentimentos inúmeros. Dentre estes, o sentimento de “perda”, ou seja, o estado de isolamento, que trouxe consigo impactos diretos sobre as condições sociais e psicológicas. O estudo de Williams, et al., intitulado “Public perceptions and experiences of social distancing and social isolation during the COVID- 19 pandemic: a UKbased focus group study” (WILLIAMS, et al, 2020), realizado no Reino Unido, buscou analisar as percepções e experiências da população britânica no que tange ao isolamento e ao distanciamento social em meio ao contexto pandêmico, compreendendo tal sentimento de perda como uma compreensão real da população em meio ao contexto pandêmico. Ou

seja, os impactos gerados pela perda da interação social (aquilo que na introdução deste relato chamamos de interação interpessoal presencial), acarretam em problemas diversos, consequentes da quebra da motivação, de sentido e de autoestima (WILLIAMS, et al, 2020).

Compreende-se, contudo, que as perspectivas geradas no estudo britânico podem se remeter a população de maneira geral, e, consequentemente, pode-se fazer um paralelo com a comunidade estudantil, a qual representa uma das esferas da sociedade e, consequentemente, age como reflexo social em um contexto mais restrito de avaliação. Assim, ao fim, entende-se que, como consequência direta da pandemia, há uma ruptura da interação social (entre colegas, professores e tutores em se tratando especificamente da comunidade universitária), uma perda da típica rotina de aulas e, consequentemente, a desestruturação da trajetória acadêmica esperada (vislumbrada em expectativas) pelos estudantes.

Numa tentativa de embate à tal ruptura de dinâmica social, ainda que incapaz de compensar de maneira integral as óbvias perdas acadêmicas sentidas pelos estudantes, a transição para o mundo digital foi desenvolvida – de maneira abrupta, claro. A migração para o ambiente virtual, portanto, mostrou-se uma tentativa de defesa sobre as perdas sociais vivenciadas durante a pandemia, sendo a comunidade acadêmica uma das esferas sociais que precisou se proteger em tal processo de migração “presencial-virtual”. De tal modo, mostra-se essencial a produção científica acadêmica não somente voltada na resolução do estado de crise instaurado pela pandemia, mas também voltados à avaliação das implicações secundárias ao isolamento social em meio à adaptação curricular das instituições de ensino, que, bruscamente, alteraram suas estratégias de ensino-aprendizagem (HANCOCK, et al., 2021).

O desafio, portanto, é a manutenção da educação médica pautada, como pregado a partir das conferências mundiais de Edimburgo, da Associação Brasileira de Educação Médica (Abem), da Comissão Interinstitucional Nacional de Avaliação do Ensino Médico (Cinaem) e da Rede Unida, a formação de um médico crítico, reflexivo, ético e humanista (STELLA, et al., 2021), mas agora em ambiente virtual. Afinal, historicamente, os métodos pedagógicos utilizados na educação médica para o alcance de tais qualidades demandam a relação interpessoal, a qual, como falado anteriormente, padeceu em meio ao contexto pandêmico (SANTOS, et al, 2020).

A Liga Acadêmica de Psiquiatria e Saúde Mental (LAPSAM) do curso de medicina da Universidade do Vale do Itajaí (UNIVALI) igualmente migrou para esse novo método de ensino médico. A experiência desenvolvida pelos ligantes componentes da gestão da LAPSAM abarcou, consoante com a complexidade do contexto pandêmico, uma mescla de adversidades, desafios e dificuldades, mas também conquistas, realizações e aprendizados, visto que as clássicas atividades de educação médica desenvolvidas de maneira tradicional deram lugar a um novo ambiente: o ambiente virtual. De acordo com Joye et al., o ensino à distância (EaD) se caracteriza pela mediação do conhecimento

entre professores e alunos, seja de forma síncrona, seja de maneira assíncrona, tendo como principal característica o distanciamento físico. Contudo, tal distanciamento físico não se torna sinônimo de perda de contato e interação entre professores e alunos (JOYE, et al., 2020). O desafio estabelecido sob as mãos da gestão acadêmica da LAPSAM foi justamente, portanto, preservar a manutenção do ensino médico, defendendo a viabilidade da interação entre tutores e aprendizes, em um ambiente virtual de ensino.

Para tanto, três esferas de atividades foram desenvolvidas pela Liga Acadêmica: dois eventos científicos voltados às perspectivas do Setembro Amarelo e da saúde mental e um conglomerado de palestras realizadas no decorrer do semestre junto de convidados – psiquiatras, psicológicos e demais profissionais da saúde – de todos os cantos do Brasil. O primeiro evento realizado foi intitulado “I Jornada Interligas do Setembro Amarelo”, realizado de maneira digital em conjunto com outras ligas acadêmicas de psiquiatria de outras universidades. O evento contou com os seguintes temas: “O prisioneiro de si: suicídio e transtornos mentais nos estudantes da graduação de medicina”, “Home Office, EAD e produtividade: de que forma as altas demandas interferem na saúde mental?”, “Ansiedade e depressão no contexto de pandemia: como as mudanças na dinâmica familiar e social interferem nessas enfermidades?” e “Debate sobre a saúde mental em populações vulneráveis socioeconomicamente: recortes raciais e de gênero”.

O segundo evento realizado foi intitulado “1^a Jornada de Psicologia e Medicina”, realizado em uma comunhão entre a LAPSAM, acadêmicos do curso de psicologia da UNIVALI e o Centro Acadêmico Professor Edison Villela (CAPEVI), do curso de medicina da UNIVALI. O evento teve como pilar central a promoção do conhecimento interdisciplinar e contou com palestras sobre os seguintes temas: “Ensino remoto: impactos no processo de ensino-aprendizagem na saúde mental”, “Violência de gênero: possibilidades de atuação no enfrentamento no contexto da pandemia COVID-19”, “Manejo do estresse e ansiedade durante a pandemia”, “Relações sociais e dinâmicas familiares em tempos de isolamento e os impactos à saúde mental”, “Trabalho: saúde mental dos trabalhadores em tempos de pandemia” e “Suicídio: caracterização, avaliação e intervenção”.

Por fim, no que tange ao conglomerado de palestras realizadas durante o semestre, foram desenvolvidos seis encontros baseados em interações com profissionais da área da saúde, acadêmicos dos cursos das ciências da saúde e a gestão acadêmica da liga, por via “on-line”. Tais encontros foram: “Estigma e transtornos mentais: enfrentamentos da psiquiatria frente à psicofobia”, “Mudança de hábitos: estratégias para a adesão terapêutica”, “O uso de psicotrópicos por estudantes do ensino superior”, “Terapia sexual”, “Os ecos da peste, uma discussão sobre a pandemia” e “Impacto na saúde mental e acolhimento de pessoas que vivenciam violência”.

Vários pilares sustentaram a realização de tais atividades, sendo alguns deles: a vontade de defender a autonomia do acadêmico durante os encontros, permitindo uma intensa interação entre palestrantes, professores e estudantes; a preocupação com a

adesão realmente fidedigna aos encontros (algo muitas vezes complexo em ambientes virtuais), tendo como uma das formas de defesa a intensa interação gerada entre a Liga Acadêmica e a comunidade acadêmica em geral por meio das redes sociais; a preocupação com os impactos pedagógicos dos eventos gerados, prezando por estratégias de ensino consolidadas, mas também verdadeiramente mutáveis e contrárias a paradigmas estereotipados, utilizando, para isso, discussão de casos, discussões baseadas em produções artísticas, debates entre profissionais, palestras pautadas em perguntas e respostas, dentre outros. O processo de geração de tais experiências, indubitavelmente, não se mostrou uma tarefa fácil, porém, imersos no contexto pandêmico, organizamos, portanto, seis encontros virtuais aos moldes de “palestras” e dois eventos científicos aos moldes de “congressos” para, ao menos minimamente, defender a ferida integridade das dinâmicas acadêmicas durante a pandemia. Preocupações quanto à qualidade das transmissões – feitas em tempo real –, a qualidade da conectividade da internet e a adesão acadêmica em um molde virtual diferente do clássico tradicional se mostraram presentes de forma integral.

Ao fim, a experiência gerada com tais atividades permitiu caracterizar o movimento desenvolvido pela LAPSAM não somente como uma alternativa passageira e necessária dado contexto pandêmico, mas sim uma oportunidade de ruptura com o modelo tradicional vertical de ensino-aprendizagem. Na verdade, a consequência direta dos dois eventos realizados e dos seis encontros promovidos durante o semestre foi a percepção da possibilidade de quebra do tradicionalismo dentro do ensino médico, prezando não mais unicamente por conceitos pautados na inércia, como a mecanizada exposição unilateral “professor-aluno”, mas sim a inovação baseada em métodos de ensino-aprendizagem realmente eficazes que prezem pela autonomia do acadêmico, pregando por sua formação crítico-reflexiva.

A transição dos métodos em ensino baseados na relação interpessoal presencial, portanto, ao mesmo tempo que se mostrou um abrupto choque nos métodos de ensino-aprendizagem, trouxe consigo a possibilidade de inovações relacionadas à Educação Médica. A busca por novas possibilidades de educação em meio ao mundo virtual, aproveitando-se da tecnologia, mostrou-se o principal desafio durante a pandemia, justamente pela necessidade de ruptura com o modelo tradicional baseado na unilateralidade professor-aluno típica do modelo de ensino tradicional.

Assim, a LAPSAM personificou, da mesma forma como outras inúmeras esferas acadêmicas espalhadas pelo Brasil, a necessidade de busca de métodos alternativos que, além de suprirem o déficit gerado pela pandemia, conseguissem prezar pela autonomia do acadêmico, servindo a possibilidade de qualidade ao ensino médico em meio a uma realidade de desafios inúmeros gerados pela pandemia, sejam eles a dificuldade de adesão dos alunos em ambiente virtual, as dificuldades impostas pelo mundo digital (conexão de internet, por exemplo), bem como a necessidade de transição abrupta do ensino presencial

em direção ao virtual. Ao mesmo tempo, contudo, geram-se inúmeras possibilidades de manutenção do ensino por métodos alternativos e, inclusive, com variedades que não poderiam ser dispostas em meio ao ensino presencial (como a presença de palestrantes de outros estados, como se permitiu realizar durante os eventos realizados pela liga, ou a presença multidisciplinar com diversos cursos da saúde, exemplos estes inviáveis em meio aos métodos tradicionais presenciais). Portanto, percebe-se que, ao mesmo tempo, a pandemia trouxe consigo inúmeros desafios, mas também a possibilidade de inovação dos métodos de ensino-aprendizagem.

4 | CONCLUSÃO

A busca pela defesa da integridade da educação médica em meio ao contexto pandêmico não se mostrou uma tarefa fácil. Contudo, em se tratando da análise da viabilidade da estruturação do ensino médico virtual durante pandemia sob as perspectivas da liga, afirma-se que o êxito no alcance da integridade da educação médica, ainda que imerso em alguns desafios, foi alcançado.

O ápice do projeto de ensino virtual desenvolvido pela LAPSAM permitiu a compreensão da possibilidade da utilização dos ensinos virtuais em meio ao contexto pandêmico não somente como uma alternativa à situação crítica vivida socialmente, mas também como uma forma de desviar os caminhos do pragmatismo do clássico ensino médico e, ainda assim, preservar uma educação médica de qualidade.

A Liga Acadêmica de Psiquiatria e Saúde Mental da Universidade do Vale do Itajaí, nesse movimento, buscou a manutenção da realização de suas atividades em meio à pandemia através de métodos virtuais e alternativos de ensino, buscando defender o alcance da educação por parte dos acadêmicos em meio ao ensino da psiquiatria e da saúde mental. O êxito em tal processo permite a compreensão de que a transição dos métodos de ensinos clássicos, pragmáticos e tradicionais em direção a métodos inovadores, pautados na autonomia do acadêmico (aqui representados pela educação médica no mundo virtual), mostra-se uma realidade capaz de suprir as necessidades da educação médica de maneira qualificada.

Portanto, ao fim, comprehende-se através deste relato de experiência que a pandemia, ainda que capaz de trazer inúmeros desafios na perspectiva do mundo acadêmico por além da realidade social como um todo, viabilizou o cerne de métodos alternativos de ensino capazes de prezar pela autonomia do estudante e prezar por uma educação médica de qualidade no momento que os métodos de ensino tradicionais se mostraram inviáveis.

REFERÊNCIAS

1. BROOKS, Samantha K; WEBSTER, Rebecca K; SMITH, Louise e; WOODLAND, Lisa; WESSELY, Simon; GREENBERG, Neil; RUBIN, Gideon James. The psychological impact of quarantine and how to reduce it: rapid review of the evidence. **The Lancet**, [S.L.], v. 395, n. 10227, p. 912-920, mar. 2020. Elsevier BV. [http://dx.doi.org/10.1016/s0140-6736\(20\)30460-8](http://dx.doi.org/10.1016/s0140-6736(20)30460-8).
2. DANTZER, Robert. Depression and Inflammation: an intricate relationship. **Biological Psychiatry**, [S.L.], v. 71, n. 1, p. 4-5, jan. 2012. Elsevier BV. <http://dx.doi.org/10.1016/j.biopsych.2011.10.025>.
3. DOST, Samiullah; HOSSAIN, Aleena; SHEHAB, Mai; ABDELWAHED, Aida; AL- NUSAIR, Lana. Perceptions of medical students towards online teaching during the COVID- 19 pandemic: a national cross-sectional survey of 2721 uk medical students. **Bmj Open**, [S.L.], v. 10, n. 11, p. e042378, nov. 2020. BMJ. <http://dx.doi.org/10.1136/bmjopen-2020-042378>.
4. ERDURAN, Sibel. Science Education in the Era of a Pandemic. **Science & Education**, [S.L.], v. 29, n. 2, p. 233-235, 30 mar. 2020. Springer Science and Business Media LLC. <http://dx.doi.org/10.1007/s11191-020-00122-w>.
5. EVANS, Darrell J.R.; BAY, Boon Huat; WILSON, Timothy D.; SMITH, Claire F.; LACHMAN, Nirusha; PAWLINA, Wojciech. Going Virtual to Support Anatomy Education: a stopgap in the midst of the covid-19 pandemic. **Anatomical Sciences Education**, [S.L.], v. 13, n. 3, p. 279-283, maio 2020. Wiley. <http://dx.doi.org/10.1002/ase.1963>.
6. GALEA, Sandro; MERCHANT, Raina M.; LURIE, Nicole. The Mental Health Consequences of COVID-19 and Physical Distancing. **Jama Internal Medicine**, [S.L.], v. 180, n. 6, p. 817, 1 jun. 2020. American Medical Association (AMA). <http://dx.doi.org/10.1001/jamainternmed.2020.1562>.
7. GOODWIN, Robin; HOU, Wai Kai; SUN, Shaojing; BEN-EZRA, Menachem. Quarantine, distress and interpersonal relationships during COVID-19. **General Psychiatry**, [S.L.], v. 33, n. 6, p. e100385, out. 2020. BMJ. <http://dx.doi.org/10.1136/gpsych-2020-100385>.
8. Hancock M. Controlling the spread of COVID-19: Health Secretary's statement to Parliament. [Online] GOV.UK. Disponível em: <<https://www.gov.uk/government/speeches/controlling-the-spread-of-covid-19-health-secretarys-statement-to-parliament>>. Acesso em: 9 junho 2021.
9. A HOLMES, Emily; O'CONNOR, Rory C; PERRY, V Hugh; TRACEY, Irene; WESSELY, Simon; ARSENEAULT, Louise; BALLARD, Clive; CHRISTENSEN, Helen; SILVER, Roxane Cohen; EVERALL, Ian. Multidisciplinary research priorities for the COVID-19 pandemic: a call for action for mental health science. **The Lancet Psychiatry**, [S.L.], v. 7, n. 6, p. 547-560, jun. 2020. Elsevier BV. [http://dx.doi.org/10.1016/s2215-0366\(20\)30168-1](http://dx.doi.org/10.1016/s2215-0366(20)30168-1).
10. Johnson B. PM address to the nation on coronavirus: 23 Mar 2020. [Online] GOV.UK. Disponível em: <<https://www.gov.uk/government/speeches/pm-address-to-the-nation-on-coronavirus-23-march-2020>>. Acesso em: 9 junho 2021.
11. JOYE, Cassandra Ribeiro; MOREIRA, Marília Maia; ROCHA, Sinara Socorro Duarte. Educação a Distância ou Atividade Educacional Remota Emergencial: em busca do elo perdido da educação escolar em tempos de covid-19. **Research, Society And Development**, [S.L.], v. 9, n. 7, p. e521974299, 24 maio 2020. Research, Society and Development. <http://dx.doi.org/10.33448/rsd-v9i7.4299>.

12. LAI, Agnes Yuen-Kwan; LEE, Letitia; WANG, Man-Ping; FENG, Yibin; LAI, Theresa Tze-Kwan; HO, Lai-Ming; LAM, Veronica Suk-Fun; IP, Mary Sau-Man; LAM, Tai-Hing. Mental Health Impacts of the COVID-19 Pandemic on International University Students, Related Stressors, and Coping Strategies. **Frontiers In Psychiatry**, [S.L.], v. 11, p. 1-13, 23 nov. 2020. Frontiers Media SA. <http://dx.doi.org/10.3389/fpsyg.2020.584240>.
13. NASER, Abdallah Y.; DAHMASH, Eman Zmaily; AL-ROUSAN, Rabaa; ALWAFI, Hassan; ALRAWASHDEH, Hamzeh Mohammad; GHOUL, Imene; ABIDINE, Anwer; BOKHARY, Mohammed A.; AL-HADITHI, Hadeel T.; ALI, Dalia. Mental health status of the general population, healthcare professionals, and university students during 2019 coronavirus disease outbreak in Jordan: a cross-sectional study. **Brain And Behavior**, [S.L.], v. 10, n. 8, p. e01730, 24 jun. 2020. Wiley. <http://dx.doi.org/10.1002/brb3.1730>.
14. ODRIOZOLA-GONZÁLEZ, Paula; PLANCHUELO-GÓMEZ, Álvaro; IRURTIA, María Jesús; LUIS-GARCÍA, Rodrigo de. Psychological effects of the COVID-19 outbreak and lockdown among students and workers of a Spanish university. **Psychiatry Research**, [S.L.], v. 290, p. 113108, ago. 2020. Elsevier BV. <http://dx.doi.org/10.1016/j.psychres.2020.113108>.
15. SANTOS, Bruna Mascarenhas; CORDEIRO, Maria Eduarda Coelho; SCHNEIDER, Ione Jayce Ceola; CECCON, Roger Flores. Educação Médica durante a Pandemia da Covid-19: uma revisão de escopo. **Revista Brasileira de Educação Médica**, [S.L.], v. 44, n. 1, p. e139, 2020. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/1981-5271v44.supl.1-20200383>.
16. STELLA, Regina Celes de Rosa; PUCCINI, Rosana Fiorini. **A formação profissional no contexto das Diretrizes Curriculares Nacionais para o curso de medicina**. São Paulo: Editora Unifesp, 2008. 16 p. Disponível em: <http://books.scielo.org/id/q8g25/pdf/puccini-9788561673666-04.pdf>. Acesso em: 9 jun. 2021.
17. Stevens S, Pritchard A. Letter to chief executives of all NHS trusts and foundation trusts, CCG accountable officers, GP practices and primary care networks, and providers of community health services. [Online] NHS England and NHS Improvement. Disponível em: <<https://www.england.nhs.uk/coronavirus/wp-content/uploads/sites/52/2020/03/urgent-next-steps-on-nhs-response-to-covid-19-lettersimon-stevens.pdf>>. Acesso em: 4 junho 2021.
18. TRIVIÑOS, A. N. S. Introdução à pesquisa em ciências sociais: a pesquisa qualitativa em educação. São Paulo: Atlas, 1987.
19. WILLIAMS, Simon N; ARMITAGE, Christopher J; TAMPE, Tova; DIENES, Kimberly. Public perceptions and experiences of social distancing and social isolation during the COVID-19 pandemic: a uk-based focus group study. **Bmj Open**, [S.L.], v. 10, n. 7, p. e039334, jul. 2020. BMJ. <http://dx.doi.org/10.1136/bmjopen-2020-039334>.

CAPÍTULO 26

POSSÍVEIS IMPACTOS DA DOUTRINA E TERAPÊUTICA ESPÍRITA NA SAÚDE MENTAL

Data de aceite: 01/04/2022

Data de submissão: 06/02/2022

Tiago Medeiros Sales

Doutorando – Saúde Pública. Universidade Federal do Ceará (UFC)
Fortaleza – CE
<http://lattes.cnpq.br/5377778150728092>

Raimunda Hermelinda Maia Macena

Docente – Saúde Pública. Universidade Federal do Ceará
Fortaleza – CE
<http://lattes.cnpq.br/6728123164375829>

RESUMO: O espiritismo é um movimento científico, filosófico e religioso baseado na doutrina organizada por Kardec, no século XIX. A doutrina espírita comporta um conjunto de atividades teóricas e práticas que possui uma inclinação terapêutica para a saúde mental. Em revisão da literatura científica e espírita, a pesquisa sobre as atividades espíritas de inclinação terapêutica foi realizada em paralelo com a pesquisa de atividades iguais ou análogas na ciência tradicional. Evidenciou-se que a terapêutica espírita pode potencialmente providenciar impactos positivos para a saúde mental, com destaque para o ‘Passe’ espírita que está associado à ampla quantidade de pesquisas favoráveis.

PALAVRAS-CHAVE: Espiritismo. Saúde Mental. Mediunidade.

POSSIBLE IMPACTS OF SPIRITIST DOCTRINE AND THERAPY ON MENTAL HEALTH

ABSTRACT: Spiritism is a scientific, philosophical and religious movement based on the doctrine organized by Kardec in the 19th century. The spiritist doctrine comprises a set of theoretical and practical activities that have a therapeutic inclination towards mental health. In a review of the scientific and spiritist literature, research into therapeutically inclined spiritualistic activities was carried out in parallel with research into the same or analogous activities in traditional science. It was evidenced that spiritist therapy can potentially provide positive impacts on mental health, with emphasis on the spiritist pass, which is associated with a large amount of favorable research.

KEYWORDS: Spiritism. Mental Health. Mediumship.

11 INTRODUÇÃO

O espiritismo é um movimento científico, filosófico e religioso baseado na doutrina espírita, corpo teórico organizado por Kardec (2008). De origem francesa, o espiritismo influenciou diversos campos da ciência a partir do século XX (NARCIANDI, 2018). Chegou ao Brasil ainda no século XIX, defendendo uma fé cristã racional, adogmática e não institucional, o que gerou resistência sociocultural à época (FERNANDES, 2008). Após um período de conturbação organizacional, o movimento

espírita se unificou no Brasil na primeira metade do século XX, época da fundação da Federação Espírita Brasileira (FEB) (ARRIBAS, 2017).

O movimento espírita têm influenciado a cultura brasileira em diversos aspectos, como a educação (ARTUR CESAR, 2017), a antropologia (BACCETTO, 2019) e a saúde, principalmente as áreas da psicologia e psiquiatria (JABERT; FACCHINETTI, 2011; PEREIRA NETO; AMARO, 2012). Na segunda metade do século XX, o espiritismo no Brasil apresentou um crescimento notável, providenciando um modelo brasileiro de exercício da doutrina espírita que já é exportado para outros países e culturas, sofrendo uma transnacionalização (LEWGOY, 2008).

A doutrina espírita representa um conjunto de conhecimentos que preconizam um aprimoramento humano intelectual e moral. Fruto das pesquisas de Kardec, essa doutrina é de raiz cristã, mas, possui ideias próprias, divergentes de outras linhas religiosas. Para o espiritismo, o ser humano é um espírito imortal, a partir de sua criação; reencarnante, passando por várias existências em corpos físicos diferentes; e evolutivo, com tendência à evolução intelectual e moral, sendo esse o propósito das reencarnações e da existência. Para o ser atingir um estado de plenitude e felicidade, este deve se dedicar ao aprendizado intelectual e moral e a prática da caridade (KARDEC, 2008).

Segundo Kardec (2004), a doutrina espírita possui inclinação terapêutica em todas as suas atividades, pois concentra esforços para mudanças mentais por meio de um trabalho educacional através do esclarecimento e moralização conforme a ética cristã (KARDEC, 2004). De acordo com a FEB, as casas espíritas representam um local de renovação mental, constituindo uma espécie de escola onde se pode aprender, aprimorar-se e auxiliar os outros por meio do trabalho dentro da seara, o que teria um efeito salutar sobre a saúde mental do indivíduo envolvido (FEB, 2017).

A relação do espiritismo com a psicologia, a psiquiatria e as demais ciências psíquicas é de longa data, evidenciando um embate com a visão materialista sobre esse tema (ISAIA, 2020). Dessa forma, o espiritismo e seus estudos sobre os fenômenos psíquicos representam certa relevância sociocultural, o que faz com que psicólogos e psiquiatras se interessem em pesquisar a doutrina espírita e sua influência sobre os seus adeptos (ALMEIDA; ODA; DALGALARRONDO, 2007).

Objetivou-se, com esta pesquisa, compreender melhor os possíveis impactos da doutrina espírita e sua terapêutica sobre a saúde mental. Para tanto, foi realizada uma revisão da literatura espírita e científica, em que à medida que as atividades terapêuticas espíritas, sejam práticas ou teóricas, eram abordadas, pautas análogas de caráter científico eram buscadas nos bancos de dados: SCIELO, BVS, PUBMED. É dado um destaque para a mediunidade e as pesquisas relacionadas, haja vista sua importância para a doutrina.

2 | TERAPÊUTICA ESPÍRITA E REFORMA ÍNTIMA

No Brasil, o movimento espírita é coordenado pela Federação Espírita Brasileira (FEB), órgão criado em 1884 que é responsável pelo regimento e diretrizes das federações espíritas estaduais e demais casas espíritas. A FEB conta também com um Conselho Federativo Nacional, órgão de unificação e organização da federação, responsável pelo Plano de Trabalho (2018-2022) (FEB, 2017) e pela Orientação ao Centro Espírita (FEB, 2006).

No Orientação ao Centro Espírita (FEB, 2006) há orientações para o trabalho a ser realizado pela casa: Palestras Públicas, Estudo Sistematizado da Doutrina Espírita, Atendimento Espiritual, Estudo e Educação da Mediunidade, Evangelização Espírita, Reuniões Mediúnicas, Serviço de Assistência e Promoção Social, Divulgação da Doutrina Espírita, Atividades Administrativas e Atividades de Unificação do Movimento Espírita. Excluindo as funções administrativas e de divulgação (as três últimas), todas as outras têm função terapêutica. As atividades que são terapêuticas podem ser teóricas e/ou práticas, podem ser educacionais e/ou assistenciais e, são sempre autodirigidas, ou seja, dependem do interesse e do envolvimento do próprio indivíduo.

De acordo com a doutrina espírita, todo indivíduo está amparado pelo princípio da autorresponsabilidade, ou seja, é responsável por suas ideias, suas ações e transformações. Dessa forma, a terapêutica espírita busca a elevação da consciência do indivíduo, por seus próprios esforços, através da compreensão do eu interior e das consequentes mudanças positivas provocadas pelas reflexões acerca de si mesmo, processo este conhecido como ‘reforma íntima’ (KARDEC, 2008). Portanto, a **reforma íntima** espírita preconiza um trabalho pessoal de aprendizado em busca de uma melhora pessoal e de auxílio aos outros.

Dentro da ciência, há evidências de que um trabalho psicológico autodirigido pode representar melhoria na saúde mental, como exemplo, um processo psicológico pessoal na melhora da depressão (RICHARDSON; BARKHAM, 2020), na redução do autoestima (MILLS; MULFINGER; RAEDER; RÜSCH *et al.*, 2020), no desenvolvimento de autocompaição (BIBER; ELLIS, 2019; INWOOD; FERRARI, 2018) e nas ferramentas de autogestão (BEENTJES; VAN GAAL; VAN ACHTERBERG; GOOSSENS, 2020).

Para desenvolver a reforma íntima, a doutrina espírita preconiza um sistema terapêutico de estudo e aprendizado que pode ser classificado como de **função teórica** (FEB, 2006). Além desse foco, tal sistema também utiliza atividades, como a assistência energética sobre a estrutura espiritual dos indivíduos (orações, passes, água fluidifica, desobsessão), além do trabalho de caridade e voluntariado que pode ser classificado como **função prática** (FEB, 2006).

3 I ATIVIDADES ESPÍRITAS TEÓRICAS E PESQUISAS RELACIONADAS

A função teórica da doutrina espírita corresponde ao processo de formação educacional com vistas à reforma íntima. Esta formação educacional das casas espíritas pode ser verificada pela Evangelização Espírita, na qual se estuda o evangelho de Cristo, segundo o espiritismo e, representada pelo Atendimento Espiritual e pela Evangelização da infância e da juventude; pelo Estudo Sistemático da Doutrina Espírita, no qual se estuda a doutrina codificada por Kardec; pelos Estudos da Mediunidade, no qual os médiuns são educados e capacitados em suas habilidades mediúnicas; e pelas Palestras Públicas (FEB, 2017).

Essas reuniões de estudo representam encontros sociais, em que as pessoas se comunicam e interagem de forma livre, o que auxilia na formação de vínculos e na sensação de pertencimento comunitário. Sem considerar as questões espirituais dessas atividades, mas, sim, os vínculos sociais; estudos mostram que os relacionamentos e a convivência em comunidade possibilitam melhorias na saúde mental (CASTILLO; IJADI-MAGHSOODI; SHADRAVAN; MOORE *et al.*, 2019; TOUGH; SIEGRIST; FEKETE, 2017), assim como os suportes sociais (WANG; MANN; LLOYD-EVANS; MA *et al.*, 2018). Ao contrário, o isolamento e a solidão são fatores associados à piora de parâmetros, como estresse (CAMPAGNE), depressão e doenças cardiovasculares (COURTIN; KNAPP, 2017), e suicídio (CALATI; FERRARI; BRITTLER; OASI *et al.*, 2019).

4 I ATIVIDADES ESPÍRITAS PRÁTICAS E PESQUISAS RELACIONADAS

Sobre a função prática da terapêutica espírita em busca da reforma íntima, a FEB preconiza o Atendimento Fraterno, em que o participante/trabalhador da casa espírita realiza um atendimento individual ou familiar para pessoas que buscam auxílio. Esse modelo de assistência apresenta semelhança direta com o atendimento psicoterápico tradicional. Nesse caso, percebe-se também o possível benefício da pessoa assistida, que recebe gratuitamente uma atenção em suas demandas psicoemocionais.

Outra atividade prática é a Fluidoterapia, que corresponde à realização de emanações energéticas representadas pelo ‘Passe e pela Água Fluidificada’. O ‘Passe’ corresponde à emanação energética sutil concentrada através de bons pensamentos e canalizada por meio das mãos, sendo direcionada para o corpo das pessoas em similaridade com os tratamentos magnéticos (DE SOUZA CAVALCANTE; BANIN; DE MOURA RIBEIRO PAULA; DAHER *et al.*, 2016). Atualmente no Brasil, duas técnicas de tratamento possuem correspondência com o ‘Passe’, são elas - o reiki e a técnica de imposição das mãos. O reiki demonstra evidências positivas sobre a saúde mental em pesquisas recentes (DEMIR DOĞAN, 2018; MANGIONE; SWENGROS; ANDERSON, 2017). Estas duas terapêuticas, inclusive, fazem parte do Programa Nacional de Práticas Integrativas e Complementares

(PNPIC), aprovado em portaria para uso no Sistema Único de Saúde (SUS) (FERRAZ; CLIMACO; ALMEIDA; ARAGÃO *et al.*, 2020). O mesmo processo do ‘Passe’ ocorre com ‘Água Fluidificada’, no entanto, nesse caso, uma porção de água serve de veículo para as emanações energéticas (FEB, 2006), em semelhança com a ‘água benta’ do catolicismo, em que uma porção de água é abençoada pelo padre e, a partir daí, supostamente adquire propriedades salutares.

A maioria de estudos sobre a terapêutica espírita na literatura científica se concentra no estudo sobre o ‘Passe’. Em uma pesquisa com cultura de bactérias, percebeu-se que o ‘Passe’ era capaz de inibir o crescimento bacteriano (LUCCHETTI; DE OLIVEIRA; GONÇALVES; UEDA *et al.*, 2013). Em um estudo brasileiro pareado e controlado com pacientes hospitalizados que receberam o ‘Passe espírita’, foi visto uma redução dos parâmetros de ansiedade, depressão e tensão muscular (CARNEIRO É; MORAES; TERRA, 2016). Em estudo paralelo, pacientes cardiológicos foram submetidos ao ‘Passe’, apresentando redução da ansiedade, melhorando a percepção da tensão muscular, a saturação de oxigênio e a sensação de bem-estar (CARNEIRO É; BARBOSA; MARSON; TERRA *et al.*, 2017). Em mais um estudo paralelo aos anteriores, pacientes com HIV/AIDS em tratamento hospitalar foram submetidos ao ‘Passe’ com melhora dos efeitos colaterais do tratamento, melhora da tensão muscular e da sensação de bem-estar (CARNEIRO É; BORGES; DE ASSIS; BAZAGA *et al.*, 2018).

Em estudo nacional, voluntários foram randomizados e divididos em dois grupos. O grupo teste foi submetido ao ‘Passe’. Ao final do estudo, percebeu-se uma redução significativa dos parâmetros de ansiedade no grupo-teste, quando comparado ao grupo-controle (CARNEIRO É; MORAES; TERRA, 2016). Em estudo controlado, randomizado e triplo-cego, um grupo de 120 mulheres com osteoartrite do joelho foram divididas em três grupos: ‘Passe espírita’ com componente espiritual, ‘Passe espírita’ sem componente espiritual e grupo controle sem intervenção. Avaliou-se os parâmetros de rigidez articular e da capacidade funcional, além de dados secundários de ansiedade, depressão, mobilidade e qualidade de vida. O resultado mostrou que o passe com componente espiritual pode promover melhor resultado funcional em longo prazo comparado aos dois outros grupos (ZACARON; DA SILVA MENDES; YC; LUCCHETTI, 2018).

Outra prática da terapêutica espírita são as Reuniões Mediúnicas, onde se realizam trabalhos de orientação espiritual e desobsessão mediúnica, ou seja, a interrupção da obsessão espiritual (KARDEC, 2007). Para Menezes (2010), o homem pode ser levado a um estado de loucura sem qualquer lesão cerebral, fenômeno denominado de “obsessão” pela ciência espírita. Trata-se da atuação de um espírito desencarnado que envolve energeticamente outro ser, nesse caso encarnado, impedindo que o cérebro desse ser transmita com equilíbrio ou clareza seus pensamentos (MENEZES, 2010).

A terapêutica da desobsessão corresponde a um momento de reunião em que pessoas dotadas de mediunidade buscam cancelar uma alegada má influência supostamente

provocada por um espírito sobre os indivíduos em assistência. Na psicologia, encontra-se algo semelhante com Roger Woolger (1998), criador da Deep Memory Process (DMP), uma abordagem da psicologia. Ele descreve um tratamento para o que ele chama de ‘espírito apegado’, algo semelhante à obsessão espírita. No entanto, o autor não afirma de que se trata de um espírito, mas de uma possível representação da imaginação (WOOLGER, 1998).

Em pesquisa sobre a avaliação de Reuniões Mediúnicas assistenciais (práticas espirituais, no estudo), realizadas com a intenção de promover um bem-estar para pessoas com deficiência cognitiva, evidenciou-se uma melhora considerável dos parâmetros para o grupo-teste. Estudo, pareado e controlado, (LEÃO; LOTUFO NETO, 2007). Em um estudo descritivo com dois pacientes com depressão e submetidos à terapêutica espírita através de sessões ‘cura espiritual’, que incluía palestras educacionais, desobsessão, ‘Passe’ e conselhos pessoais, observou-se a remissão dos sintomas, demonstrando a necessidade de estudos de maior porte (LUCCHETTI; PERES; VALLADA; LUCCHETTI, 2015).

Outra atividade preconizada pelo espiritismo está no exercício das Orações, realizada na casa espírita ou em ambiente domiciliar (Evangelho do lar). Para o espiritismo, a prática da oração significa um processo de conexão com a espiritualidade, em que o indivíduo concentra-se em boas vibrações, purificando a mente e harmonizando pensamentos e sentimentos (KARDEC, 2008). Estudos recentes mostram que a oração é um recurso valioso de saúde pois pode auxiliar em transtornos psiquiátricos, como depressão e ansiedade (ANDERSON; NUNNELLEY, 2016), além de melhorar a qualidade de vida (PANZINI; MOSQUEIRO; ZIMPEL; BANDEIRA *et al.*, 2017). No entanto, evidências mostram que um bom efeito da oração sobre a saúde mental depende do relacionamento percebido com Deus, ressaltando o valor da espiritualidade (relação direta com Deus) sobre a religiosidade (relação com Deus através de uma instituição) (BRADSHAW; KENT, 2018). Também há evidências, as quais mostram a importância da oração em ambiente privado, o que corrobora a relevância da prática do Evangelho no lar (RAINVILLE, 2018).

A terapêutica espírita também preconiza as atividades relacionadas a serviços de assistência e promoção social, Caridade e Voluntariado, no próprio ambiente da casa espírita ou em ações externas. Para a doutrina espírita, a prática da caridade é de importância fundamental, posto que o próprio Kardec afirma, em sua obra que fora da caridade não há salvação (para a alma) (KARDEC, 2009). Estudos mostram que o voluntariado está diretamente relacionado com melhores parâmetros de saúde mental (DOUGLAS; GEORGIOU; WESTBROOK, 2017), melhor qualidade de vida individual e comunitária (BRETT; GEORGIOU; JORGENSEN; SIETTE *et al.*, 2019), assim como aumenta o bem-estar em adultos por meio da coesão social em auxílio à comunidade (CRAMM; VAN DIJK; NIEBOER, 2013). Existem suspeitas que o voluntariado possa submeter o indivíduo a um contexto de sofrimento, gerando consequências negativas para a saúde mental, porém os sinais mais evidentes falam em melhora na saúde mental geral (CASSIDY; THOMPSON;

EL-NAGIB; HICKLING *et al.*, 2019; WILLEMS; DROSSAERT; VUIJK, 2020).

Tratando das pesquisas sobre a terapêutica espírita em geral e a saúde mental, Lucchetti et al. (2011), estudaram a relação entre a saúde e seis terapêuticas espíritas: oração, imposição das mãos (passes), água fluidificada, trabalhos voluntários, esclarecimento espiritual (segundo a doutrina espírita) e desobsessão. A pesquisa revelou fortes evidências de melhora nos parâmetros de saúde mental associada a trabalhos voluntários, o que corresponde ao exercício de caridade. Associações positivas em relação aos ‘passes e orações’ também foram encontradas. Percebeu-se uma carência de estudos associados à ‘água fluidificada’ e o tratamento de desobsessão (LUCCHETTI et al., 2011). Em estudo nacional mais recente, em casas espíritas da cidade de São Paulo, foi visto que a terapêutica espírita mais realizada foi a desobsessão (92,7%) e o problema de saúde mais tratado foi depressão (45,1%), seguido de câncer (33,3%) (LUCCHETTI; LUCCHETTI; LEÃO; PERES *et al.*, 2016).

5 | MEDIUNIDADE E PESQUISAS RELACIONADAS

As pesquisas relacionadas à mediunidade, que segundo o espiritismo significa a capacidade de comunicação com espíritos, apresentaram declínio no final do século XX, mas aumentaram de forma significativa, a partir do início do século XXI (DAHER; DAMIANO; LUCCHETTI; MOREIRA-ALMEIDA *et al.*, 2017), mostrando resultados peculiares. Em uma meta-análise recente, os resultados mostraram apoio à possibilidade de que médiums possam verdadeiramente adquirir informações sobre pessoas mortas através de meios desconhecidos (SARRAF; WOODLEY OF MENIE; TRESSOLDI, 2020).

Em pesquisa de investigação para possíveis explicações sobre a mediunidade, levantou-se quatro possibilidades: (1) fraude, (2) personalidade dissociativa gerada pela atividade mental inconsciente do médium, (3) percepção extrassensorial (PES), e (4) mente pode sobreviver à morte corporal e se comunicar por meio de outra pessoa. O resultado, pelas palavras do autor: “Médiums em transe têm sido capazes de exibir habilidades além daquelas demonstradas em estados normais de consciência, por vezes em sintonia com as da suposta personalidade comunicante” (MOREIRA-ALMEIDA, 2013).

Em um estudo nacional estabeleceu-se um perfil epidemiológico de médiums espíritas do estado de São Paulo, buscando dados sociodemográficos dessa população e as possíveis relações de suas atividades mediúnicas com sintomas e transtornos psiquiátricos dissociativos e/ou psicóticos. Evidenciou-se que os médiums apresentam baixa frequência de sintomas psiquiátricos quando comparados à população geral (ALMEIDA, 2005). Em estudo anterior, já havia sido observado que a dissociação não poderia ser considerada plenamente um transtorno psiquiátrico, pois alguns modelos teóricos percebiam esse fenômeno como algo cultural (NEGRO JUNIOR; PALLADINO-NEGRO; LOUZÃ, 1999).

Em uma pesquisa nacional mais recente sobre dissociação, evidenciou-se que

pessoas com experiências anômalas de caráter dissociativo eram saudáveis do ponto de vista psíquico (MARTINS; ZANGARI, 2012). Em uma grande amostra de conveniência de 3023 pessoas com essas características, os indivíduos que alegaram experiências de mediunidade tiveram pontuações de dissociação mais altas do que os não requerentes, mas nenhum grupo excedeu o limiar para patologia (WAHBEH; RADIN, 2017).

Em estudo qualitativo com um médium brasileiro, ressaltou-se o potencial da mediunidade equilibrada para o alívio do sofrimento psíquico e melhora da saúde mental (HOTT, 2019). Em outro estudo qualitativo realizado com 10 médiuns brasileiros portadores de experiências anômalas (análogas às experiências dissociativas), ressaltou-se a presença de angústia e medo no início das manifestações, mas que, após o contato com o espiritismo, transformou-se em resiliência, altruísmo e autoconhecimento, levantando a possibilidade de ressignificação de experiências espirituais negativas em positivas através da assistência espiritual organizada (SANCHES FURLANETTO; MÁXIMO NIEL; CORDEIRO JUNIOR; PAULINO TREVIZOL, 2020).

Em 2013, foi publicado um estudo duplo-cego que avaliou dados psicométricos e de eletrofisiologia cerebral em quatro médiuns em duas situações diferentes: (1) conhecimento sobre uma pessoa já falecida e desconhecida do médium, em que 3 dos 4 médiuns pontuaram significativamente acima do acaso ($p<0,05$); e (2) a análise de estados mentais distintos, mostrando que a impressão de se comunicar com alguém falecido é eletrofisiologicamente diferente de um estado mental relacionado ao pensamento ordinário ou à imaginação comum (DELORME; BEISCHEL; MICHEL; BOCCUZZI *et al.*, 2013).

Em um estudo com médiuns de psicografia (experiência dissociativa de escrita mediúnica), por meio de exames de imagem funcional (SPECT), foram examinados no momento da psicografia e em outro momento sem transe mediúnico, comparando a imagem e a qualidade do que foi escrito nas duas situações. O resultado mostrou que o material escrito tinha mais qualidade no momento da psicografia, embora na imagem do SPECT fosse mostrado hipoativação de diversas áreas cerebrais: cílmen esquerdo, hipocampo esquerdo, giro occipital inferior esquerdo, cíngulo anterior esquerdo, giro temporal superior direito e giro pré-central direito – áreas responsáveis pelo raciocínio e pela criatividade (PERES; MOREIRA-ALMEIDA; CAIXETA; LEAO *et al.*, 2012).

Apesar da quantidade expressiva de pesquisas acerca do tema, as evidências ainda são reduzidas por pequenas amostras, estudos mais concentrados no passe espírita e falta de abrangência para a compreensão sobre a mediunidade.

6 | CONSIDERAÇÕES FINAIS

A doutrina espírita e sua inclinação terapêutica apresentam diversas atividades teóricas educacionais e atividades práticas assistenciais. A função dessas atividades é aprimorar o indivíduo de forma intelectual e moral, por meio da reforma íntima, que consiste

em uma reformulação mental baseada em preceitos da doutrina. Em todas as atividades terapêuticas, assim com a própria reforma íntima, destaca-se o fato de serem autodirigidas, ou seja, dependem do interesse e do envolvimento do próprio indivíduo. Esta característica pode representar um aumento de autonomia do ser em direção à sua própria saúde, contrariamente a outras linhas religiosas que desautorizam o ser e creditam todo poder à figura divina.

As atividades teóricas são realizadas através de encontros sociais, que são vistos pela ciência como positivos para a saúde mental. As atividades práticas em geral apresentaram pesquisas associadas demonstrando impacto positivo para a saúde mental, com destaque para o ‘Passe’, pois este apresenta terapia análoga anexa às Práticas Integrativas e Complementares do SUS. A prática da desobsessão, presente nas Reuniões Mediúnicas, também apresenta versão similar na psicologia da Deep Memory Process, mas ainda está distante de ser um consenso científico. A prática das Orações e da Caridade, por sua vez, demonstra grande repertório científico como fator positivo para a mente. A mediunidade, por sua complexidade, ainda precisa ser melhor estudada e compreendida, assim como os instrumentos científicos para a pesquisa sobre a mediunidade também precisam ser refinados.

REFERÊNCIAS

- ALMEIDA, A. M. D. Fenomenologia das experiências mediúnicas, perfil e psicopatologia de médiuns espíritas. 2004. 2005. 278 f. (Doutorado em Psiquiatria) - Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo, São Paulo.
- ALMEIDA, A. A. S. D.; ODA, A. M. G. R.; DALGALARRONDO, P. O olhar dos psiquiatras brasileiros sobre os fenômenos de transe e possessão. **Archives of Clinical Psychiatry (São Paulo)**, 34, p. 34-41, 2007.
- ANDERSON, J. W.; NUNNELLEY, P. A. Private prayer associations with depression, anxiety and other health conditions: an analytical review of clinical studies. **Postgrad Med**, 128, n. 7, p. 635-641, Sep 2016.
- ARRIBAS, C. D. G. Espíritas de todo o Brasil, uni-vos! Meandros da unificação espírita na primeira metade do século XX. **Religião & Sociedade**, 37, p. 150-172, 2017.
- ARTUR CESAR, I. Espiritismo: Educação e Estado Laico. **Revista Brasileira de História das Religiões**, 10, n. 28, 05/02 2017.
- BACCETTO, L. Novas perspectivas nos estudos do espiritismo e da espiritualidade. **Religião & Sociedade**, 39, p. 222-225, 2019.
- BEENTJES, T. A. A.; VAN GAAL, B. G. I.; VAN ACHTERBERG, T.; GOOSSENS, P. J. J. Self-Management Support Needs From the Perspectives of Persons With Severe Mental Illness: A Systematic Review and Thematic Synthesis of Qualitative Research. **J Am Psychiatr Nurses Assoc**, 26, n. 5, p. 464-482, Sep/Oct 2020.

- BIBER, D. D.; ELLIS, R. The effect of self-compassion on the self-regulation of health behaviors: A systematic review. **J Health Psychol**, 24, n. 14, p. 2060-2071, Dec 2019.
- BRADSHAW, M.; KENT, B. V. Prayer, Attachment to God, and Changes in Psychological Well-Being in Later Life. **J Aging Health**, 30, n. 5, p. 667-691, Jun 2018.
- BRETT, L.; GEORGIOU, A.; JORGENSEN, M.; SIETTE, J. *et al.* Ageing well: evaluation of social participation and quality of life tools to enhance community aged care (study protocol). **BMC Geriatr**, 19, n. 1, p. 78, Mar 12 2019.
- CALATI, R.; FERRARI, C.; BRITTLER, M.; OASI, O. *et al.* Suicidal thoughts and behaviors and social isolation: A narrative review of the literature. **J Affect Disord**, 245, p. 653-667, Feb 15 2019.
- CAMPAGNE, D. M. Stress and perceived social isolation (loneliness). n. 1872-6976 (Electronic).
- CARNEIRO É, M.; MORAES, G. V.; TERRA, G. A. Effectiveness of Spiritist Passe (Spiritual Healing) on the Psychophysiological Parameters in Hospitalized Patients. **Adv Mind Body Med**, 30, n. 3, p. 4-10, Summer 2016.
- CARNEIRO É, M.; BARBOSA, L. P.; MARSON, J. M.; TERRA, J. A. J. *et al.* Effectiveness of Spiritist "passe" (Spiritual healing) for anxiety levels, depression, pain, muscle tension, well-being, and physiological parameters in cardiovascular inpatients: A randomized controlled trial. **Complement Ther Med**, 30, p. 73-78, Feb 2017.
- CARNEIRO É, M.; BORGES, R. M. C.; DE ASSIS, H. M. N.; BAZAGA, L. G. *et al.* Effect of Complementary Spiritist Therapy on emotional status, muscle tension, and wellbeing of inpatients with HIV/AIDS: A randomized controlled trial - single-blind. **J Complement Integr Med**, 16, n. 2, Oct 12 2018.
- CASSIDY, M.; THOMPSON, R.; EL-NAGIB, R.; HICKLING, L. M. *et al.* Motivations and experiences of volunteers and patients in mental health befriending: a thematic analysis. **BMC Psychiatry**, 19, n. 1, p. 116, Apr 17 2019.
- CASTILLO, E. G.; IJADI-MAGHSOODI, R.; SHADRAVAN, S.; MOORE, E. *et al.* Community Interventions to Promote Mental Health and Social Equity. **Curr Psychiatry Rep**, 21, n. 5, p. 35, Mar 29 2019.
- COURTIN, E.; KNAPP, M. Social isolation, loneliness and health in old age: a scoping review. **Health Soc Care Community**, 25, n. 3, p. 799-812, May 2017.
- CRAMM, J. M.; VAN DIJK, H. M.; NIEBOER, A. P. [The importance of neighborhood social cohesion and social capital for the well being of older adults in the community]. **Tijdschr Gerontol Geriatr**, 44, n. 2, p. 50-58, Apr 2013.
- DAHER, J. C., JR.; DAMIANO, R. F.; LUCCHETTI, A. L.; MOREIRA-ALMEIDA, A. *et al.* Research on Experiences Related to the Possibility of Consciousness Beyond the Brain: A Bibliometric Analysis of Global Scientific Output. **J Nerv Ment Dis**, 205, n. 1, p. 37-47, Jan 2017.
- DE SOUZA CAVALCANTE, R.; BANIN, V. B.; DE MOURA RIBEIRO PAULA, N. A.; DAHER, S. R. *et al.* Effect of the Spiritist "passe" energy therapy in reducing anxiety in volunteers: A randomized controlled trial. **Complementary Therapies in Medicine**, 27, p. 18-24, 2016/08/01/ 2016.

DELORME, A.; BEISCHEL, J.; MICHEL, L.; BOCCUZZI, M. *et al.* Electrocortical activity associated with subjective communication with the deceased. **Frontiers in psychology**, 4, p. 834-834, 2013.

DEMIR DOĞAN, M. The effect of reiki on pain: A meta-analysis. **Complement Ther Clin Pract**, 31, p. 384-387, May 2018.

DOUGLAS, H.; GEORGIOU, A.; WESTBROOK, J. Social participation as an indicator of successful aging: an overview of concepts and their associations with health. **Aust Health Rev**, 41, n. 4, p. 455-462, Aug 2017.

FEB. Orientação ao Centro Espírita. 2006.

FEB. PLANO DE TRABALHO PARA O MOVIMENTO ESPÍRITA 2018-2022. 2017.

FERNANDES, P. C. D. C. Origens do espiritismo no Brasil: diálogo, razão e resistência no início de uma experiência (1850-1914). **Sociedade e Estado**, 23, p. 799-800, 2008.

FERRAZ, I. S.; CLIMACO, L. C. C.; ALMEIDA, J. D. S.; ARAGÃO, S. A. *et al.* Expansão das práticas integrativas e complementares no brasil e o processo de implantação no sistema único de saúde. **Enfermería Actual de Costa Rica**, p. 196-208, 2020.

HOTT, M. C. M. Contribuições da espiritualidade para a promoção da saúde mental por meio da mediunidade: entrevista com o médium Orlando Noronha Carneiro. **PLURA, Revista de Estudos de Religião / PLURA, Journal for the Study of Religion**, 10, n. 1, p. 183-195, 12/24 2019.

INWOOD, E.; FERRARI, M. Mechanisms of Change in the Relationship between Self-Compassion, Emotion Regulation, and Mental Health: A Systematic Review. **Appl Psychol Health Well Being**, 10, n. 2, p. 215-235, Jul 2018.

ISAIA, A. C. Bezerra de Menezes e Gonçalves de Magalhães: muito além do cérebro. Tentativas de enfrentamento ao materialismo científico do século XIX. **Revista Brasileira de História**, 40, p. 267-288, 2020.

JABERT, A.; FACCHINETTI, C. A experiência da loucura segundo o espiritismo: uma análise dos prontuários médicos do Sanatório Espírita de Uberaba. **Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental**, 14, p. 513-529, 2011.

KARDEC, A. **O que é o Espiritismo**. Araras: Instituto de Difusão Espírita, 2004.

KARDEC, A. **O Livro dos Médiuns**. Araras: Instituto de Difusão Espírita, 2007.

KARDEC, A. **O Livro dos Espíritos**. 1 ed. Rio de Janeiro: Celd, 2008.

KARDEC, A. **O Evangelho Segundo o Espiritismo**. 365 ed. Araras: Instituto de Difusão Espírita, 2009.

LEWGOY, B. A transnacionalização do espiritismo kardecista brasileiro: uma discussão inicial. **Religião & Sociedade**, 28, p. 84-104, 2008.

LEÃO, F. C.; LOTOUFU NETO, F. Uso de práticas espirituais em instituição para portadores de deficiência mental. **Archives of Clinical Psychiatry (São Paulo)**, 34, p. 54-59, 2007.

LUCCHETTI, A. L. G.; LUCCHETTI, G.; LEÃO, F. C.; PERES, M. F. P. *et al.* Mental and Physical Health and Spiritual Healing: An Evaluation of Complementary Religious Therapies Provided by Spiritist Centers in the City of São Paulo, Brazil. **Culture, Medicine, and Psychiatry**, 40, n. 3, p. 404-421, 2016/09/01 2016.

LUCCHETTI, A. L. G.; PERES, M. F. P.; VALLADA, H. P.; LUCCHETTI, G. Spiritual Treatment for Depression in Brazil: An Experience From Spiritism. **EXPLORE**, 11, n. 5, p. 377-386, 2015/09/01/ 2015.

LUCCHETTI, G.; DE OLIVEIRA, R. F.; GONÇALVES, J. P.; UEDA, S. M. *et al.* Effect of Spiritist “passe” (Spiritual healing) on growth of bacterial cultures. **Complement Ther Med**, 21, n. 6, p. 627-632, Dec 2013.

MANGIONE, L.; SWENGROS, D.; ANDERSON, J. G. Mental Health Wellness and Biofield Therapies: An Integrative Review. **Issues Ment Health Nurs**, 38, n. 11, p. 930-944, Nov 2017.

MARTINS, L. B.; ZANGARI, W. Relações entre experiências anômalas tipicamente contemporâneas, transtornos mentais e experiências espirituais. **Archives of Clinical Psychiatry (São Paulo)**, 39, p. 198-202, 2012.

MENEZES, B. **A loucura sob novo prisma**. 14 ed. Rio de Janeiro: Federação Espírita Brasileira, 2010.

MILLS, H.; MULFINGER, N.; RAEDER, S.; RÜSCH, N. *et al.* Self-help interventions to reduce self-stigma in people with mental health problems: A systematic literature review. **Psychiatry Res**, 284, p. 112702, Feb 2020.

MOREIRA-ALMEIDA, A. Explorando a relação mente-cérebro: reflexões e diretrizes. **Archives of Clinical Psychiatry (São Paulo)**, 40, p. 105-109, 2013.

NARCIANDI, J. C. L. La verdad histórica del espiritismo. **História, Ciências, Saúde-Manguinhos**, 25, p. 888-890, 2018.

NEGRO JUNIOR, P. J.; PALLADINO-NEGRO, P.; LOUZÃ, M. R. Dissociação e transtornos dissociativos: modelos teóricos. **Brazilian Journal of Psychiatry**, 21, p. 239-248, 1999.

PANZINI, R. G.; MOSQUEIRO, B. P.; ZIMPEL, R. R.; BANDEIRA, D. R. *et al.* Quality-of-life and spirituality. **Int Rev Psychiatry**, 29, n. 3, p. 263-282, Jun 2017.

PEREIRA NETO, A. D. F.; AMARO, J. D. S. O Centro Espírita Redemptor e o tratamento de doença mental, 1910-1921. **História, Ciências, Saúde-Manguinhos**, 19, p. 491-508, 2012.

PERES, J. F.; MOREIRA-ALMEIDA, A.; CAIXETA, L.; LEAO, F. *et al.* Neuroimaging during Trance State: A Contribution to the Study of Dissociation. **PLOS ONE**, 7, n. 11, p. e49360, 2012.

RAINVILLE, G. The Interrelation of Prayer and Worship Service Attendance in Moderating the Negative Impact of Life Event Stressors on Mental Well-Being. **J Relig Health**, 57, n. 6, p. 2153-2166, Dec 2018.

RICHARDSON, K.; BARKHAM, M. Recovery from depression: a systematic review of perceptions and associated factors. **J Ment Health**, 29, n. 1, p. 103-115, Feb 2020.

SANCHES FURLANETTO, D.; MÁXIMO NIEL, M.; CORDEIRO JUNIOR, Q.; PAULINO TREVIZOL, A. From Cursed to Blessed: the Impact of Spirituality on the Life Course of 10 Brazilian Spiritist Mediums. **Journal of Religion and Health**, 2020/07/13 2020.

SARRAF, M.; WOODLEY OF MENIE, M. A.; TRESSOLDI, P. Anomalous information reception by mediums: A meta-analysis of the scientific evidence. **Explore (NY)**, Jul 3 2020.

TOUGH, H.; SIEGRIST, J.; FEKETE, C. Social relationships, mental health and wellbeing in physical disability: a systematic review. **BMC Public Health**, 17, n. 1, p. 414, May 8 2017.

WAHBEH, H.; RADIN, D. People reporting experiences of mediumship have higher dissociation symptom scores than non-mediums, but below thresholds for pathological dissociation. **F1000Research**, 6, p. 1416-1416, 2017.

WANG, J.; MANN, F.; LLOYD-EVANS, B.; MA, R. *et al.* Associations between loneliness and perceived social support and outcomes of mental health problems: a systematic review. **BMC Psychiatry**, 18, n. 1, p. 156, May 29 2018.

WILLEMS, R.; DROSSAERT, C.; VUIJK, P. Impact of Crisis Line Volunteering on Mental Wellbeing and the Associated Factors: A Systematic Review. **Int J Environ Res Public Health**, 17, n. 5, Mar 3 2020.

WOOLGER, R. J. **As várias vidas da alma**. São Paulo: Cultrix, 1998.

ZACARON, K. A. M.; DA SILVA MENDES, N.; YC, E. S.; LUCCHETTI, G. Effects of laying on of hands with and without a spiritual context on pain and functionality of older women with knee osteoarthritis: study protocol for a randomized controlled trial. **J Integr Med**, 16, n. 2, p. 106-112, Mar 2018.

SOBRE O ORGANIZADOR

EDSON DA SILVA - Possui graduação em Fisioterapia pela Fundação Educacional de Caratinga (2001), mestrado (2007) e doutorado em Biologia Celular e Estrutural pela Universidade Federal de Viçosa (2013). Possui especialização em Educação em Diabetes pela Universidade Paulista (2017), em Tecnologias Digitais e Inovação na Educação pelo Instituto Prominas (2020) e em Games e Gamificação na Educação pelo Centro Universitário Internacional (2021). Educador em Diabetes pela *International Diabetes Federation-SACA/ADJ Diabetes Brasil/Sociedade Brasileira de Diabetes* (2018). Atualmente é professor Associado na Universidade Federal dos Vales do Jequitinhonha e Mucuri (UFVJM), lotado no Departamento de Ciências Básicas (DCB) da Faculdade de Ciências Biológicas e da Saúde (FCBS). Ministra disciplinas de Anatomia Humana para diferentes cursos de graduação. No Programa de Pós-Graduação em Saúde, Sociedade e Ambiente (SaSA) atua na linha de pesquisa Educação, Saúde e Cultura. Desde 2019 está na Vice-Coordenação do Programa de Pós-Graduação em Ciências da Nutrição (PPGCN), no qual atua nas áreas de Nutrição e Saúde Coletiva. É líder do Grupo de Estudo do Diabetes (GED) credenciado pelo CNPq no Diretório dos Grupos de Pesquisa no Brasil. Desde 2006 desenvolve ações interdisciplinares de formação em saúde mediada pela extensão universitária, entre elas várias coordenações de projetos locais, além de projetos desenvolvidos em Operações do Projeto Rondon com atuações nas regiões Norte, Nordeste, Centro-Oeste e Sudeste do Brasil. Atua na área de anatomia humana, diabetes e educação em saúde. É membro da Sociedade Brasileira de Diabetes, membro de corpos editoriais e parecerista *ad hoc* de revistas científicas nacionais e internacionais da área de ciências biológicas, saúde e educação. É membro do Corpo Editorial da Revista Brasileira de Extensão Universitária (RBEU) e Diretor Científico da Coleção de Livros ‘Tecnologia e Inovação na Educação em Saúde’ da Editora Appris.

ÍNDICE REMISSIVO

A

- Acidente de trânsito 94, 96, 97, 98, 99, 100, 101
Adesão à medicação 213, 214, 216, 219
Agroquímicos 166, 167, 169, 175
Assistência à saúde 65, 76, 125, 127, 133, 137, 158, 167, 200, 202, 205, 208
Atenção primária à saúde 109, 110, 114, 115, 116, 156, 159, 163, 166, 167, 168, 169, 197, 200, 201, 203, 204, 209, 210, 212, 217, 221, 224, 227, 228, 229, 231, 232, 236, 254, 264

C

- Capacitação profissional 12
COVID-19 13, 108, 116, 121, 122, 124, 212, 237, 238, 239, 240, 241, 243, 244, 245, 246, 247, 248, 249, 250, 251, 252, 254, 255, 256, 257, 258, 259, 260, 261, 262, 263, 264, 265, 282, 286, 289, 290
Criolipólise 52, 54, 55, 56, 57, 58, 59, 60, 61, 62
Crise psicótica 279
Cuidados paliativos 1, 2, 3, 4, 5, 7, 8, 9, 10, 20, 21, 22, 24, 25, 26, 27, 28, 29, 30, 36, 41, 106, 108, 112, 141, 142, 143, 145, 146, 147, 148, 149, 150, 151, 153, 154

D

- Dashboard* 231, 232, 233, 234, 235, 236
Desfibriladores implantáveis 43, 44, 51
Diagnosis Related Groups 63, 64, 83, 84
Doenças crônicas 1, 3, 4, 6, 8, 64, 115, 116, 120, 158, 175, 197, 206, 209, 245
Dor 1, 2, 3, 7, 9, 20, 21, 22, 24, 25, 26, 27, 28, 29, 31, 32, 33, 34, 36, 37, 38, 39, 40, 41, 42, 86, 87, 88, 91, 92, 103, 104, 105, 106, 108, 109, 110, 111, 112, 113, 114, 129, 130, 141, 142, 143, 145, 146, 147, 148, 149, 150, 151, 152, 153, 154, 171, 173, 176, 238, 250, 257, 259, 261
Dor oncológica 31, 32, 33, 34, 38, 39, 40, 109, 110, 147, 150

E

- Educação médica 119, 211, 281, 282, 285, 287, 288, 290
Emergência 41, 49, 106, 200, 201, 202, 204, 205, 208, 209, 211, 212, 219, 250, 279, 280
Emergência psiquiátrica 279
Enfermagem perioperatória 126, 139
Epidemiologia 98, 101, 186, 189, 191, 211, 237, 238, 247, 248
Escalas 31, 32, 33, 34, 36, 38, 39, 40, 41, 147, 150

Espiritismo 291, 292, 294, 296, 297, 298, 299, 301, 302

Espiritualidade 249, 252, 254, 255, 259, 260, 261, 265, 296, 299, 301

F

Família 2, 25, 27, 29, 39, 114, 115, 164, 193, 197, 200, 201, 203, 205, 208, 210, 211, 212, 218, 222, 226, 229, 232, 255, 258, 266, 267, 268, 269, 270, 271, 272, 273, 274, 275, 276, 277, 278

Ferida cirúrgica 130, 132, 138

G

Genética médica 121, 122, 123, 124

Gestão 15, 16, 17, 20, 21, 22, 27, 29, 63, 68, 70, 71, 75, 76, 77, 95, 100, 106, 113, 136, 146, 147, 149, 150, 151, 153, 186, 200, 202, 203, 206, 207, 208, 211, 212, 213, 228, 229, 232, 236, 250, 274, 281, 283, 284, 285, 286

H

Hepatite B 155, 156, 157, 158, 159, 160, 161, 162, 163, 164

Hipertensão arterial 213, 214, 216, 218, 219, 222, 223, 228, 229, 230

I

Idoso 9, 21, 22, 29, 34, 37, 41, 141, 142, 143, 152, 153, 213, 214, 215, 216, 218, 219, 225, 227, 228

Infecções por Coronavírus 249, 252

Inovação em educação 281

L

Lipodistrofia 52, 53, 54, 56, 57, 58, 59, 60, 61, 62

M

Marcapasso 44, 45, 46, 47

Mediunidade 291, 292, 293, 294, 295, 297, 298, 299, 301

Métodos de ensino-aprendizagem 281, 287, 288

P

Pé diabético 188, 189, 190, 191, 192, 193, 194, 195, 196, 197, 198, 199

Pessoal da saúde 156, 159

Processo de cuidado 1

Processo de enfermagem 39, 249, 250, 251, 252, 254, 256, 263, 264

Promoção da saúde 65, 110, 114, 121, 124, 173, 199, 201, 203, 210, 229, 301

Psicanálise 266, 269, 270, 276, 277

Psicose 273, 275, 279

Q

Qualidade de vida 1, 3, 5, 6, 17, 21, 22, 31, 36, 38, 39, 40, 48, 49, 53, 71, 109, 110, 111, 112, 113, 122, 142, 214, 215, 222, 228, 237, 238, 239, 246, 260, 295, 296

Qualidade dos cuidados de saúde 11, 12, 13, 16

R

Redes sociais 121, 124, 287

S

Saúde mental 255, 265, 266, 267, 268, 269, 275, 276, 277, 282, 283, 284, 285, 286, 288, 291, 292, 293, 294, 296, 297, 298, 299, 301

T

Tecnologias de cuidado 188, 189, 190, 191, 195, 196, 198

Telessaúde 115, 116, 119, 182

Tuberculose 3, 134, 231, 232, 233, 234, 235, 236

U

Unidade de terapia intensiva 94, 95, 101, 155, 179, 254

Urgência 29, 41, 106, 200, 201, 202, 204, 205, 208, 209, 211, 212

Serviços e cuidados
NAS CIÊNCIAS DA SAÚDE



Serviços e cuidados **NAS CIÊNCIAS DA SAÚDE**

