

CIÊNCIAS DA SAÚDE:

Oferta, acesso e utilização



Edson da Silva
Rodrigo Lellis Santos
(Organizadores)

Atena
Editora
Ano 2022

CIÊNCIAS DA SAÚDE:

Oferta, acesso e utilização



Edson da Silva
Rodrigo Lellis Santos
(Organizadores)

Atena
Editora
Ano 2022

Editora chefe

Profª Drª Antonella Carvalho de Oliveira

Editora executiva

Natalia Oliveira

Assistente editorial

Flávia Roberta Barão

Bibliotecária

Janaina Ramos

Projeto gráfico

Camila Alves de Cremo

Daphynny Pamplona

Gabriel Motomu Teshima

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**

Profª Drª Aline Silva da Fonte Santa Rosa de Oliveira – Hospital Federal de Bonsucesso

Profª Drª Ana Beatriz Duarte Vieira – Universidade de Brasília

Profª Drª Ana Paula Peron – Universidade Tecnológica Federal do Paraná

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

Profª Drª Anelise Levay Murari – Universidade Federal de Pelotas

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



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



Ciências da saúde: oferta, acesso e utilização

Diagramação: Camila Alves de Cremo
Correção: Bruno Oliveira
Indexação: Amanda Kelly da Costa Veiga
Revisão: Os autores
Organizadores: Edson da Silva
Rodrigo Lellis Santos

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)

C569 Ciências da saúde: oferta, acesso e utilização /
Organizadores Edson da Silva, Rodrigo Lellis Santos. -
Ponta Grossa - PR: Atena, 2022.

Formato: PDF

Requisitos de sistema: Adobe Acrobat Reader

Modo de acesso: World Wide Web

Inclui bibliografia

ISBN 978-65-258-0051-6

DOI: <https://doi.org/10.22533/at.ed.516222303>

1. Ciências da saúde. I. Silva, Edson da (Organizador).
II. Santos, Rodrigo Lellis (Organizador). III. 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. Declaram que participaram ativamente da construção dos respectivos manuscritos, preferencialmente na: a) Concepção do estudo, e/ou aquisição de dados, e/ou análise e interpretação de dados; b) Elaboração do artigo ou revisão com vistas a tornar o material intelectualmente relevante; c) Aprovação final do manuscrito para submissão.; 3. Certificam que os artigos científicos publicados estão completamente isentos de dados e/ou resultados fraudulentos; 4. Confirmam a citação e a referência correta de todos os dados e de interpretações de dados de outras pesquisas; 5. Reconhecem terem informado todas as fontes de financiamento recebidas para a consecução da pesquisa; 6. Autorizam a edição da obra, que incluem os registros de ficha catalográfica, ISBN, DOI e demais indexadores, projeto visual e criação de capa, diagramação de miolo, assim como lançamento e divulgação da mesma conforme critérios da Atena Editora.



DECLARAÇÃO DA EDITORA

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



APRESENTAÇÃO

A coletânea '*Ciências da saúde: oferta, acesso e utilização*' é uma obra composta por 44 capítulos, organizados em dois volumes. Ambos abordam diferentes áreas de conhecimento no campo da saúde. Os autores compartilham resultados de seus projetos acadêmicos ou de atuações profissionais. Além disso, alguns capítulos são ensaios teóricos ou revisões sobre a temática.

A coletânea conta com as contribuições de discentes e docentes de vários cursos de graduação e de pós-graduação, bem como outros profissionais de instituições que estabeleceram parcerias com as universidades envolvidas.

O volume 1 reúne 20 capítulos com autoria predominante da enfermagem. Nota-se a importância da atuação interdisciplinar, revelando os avanços nesse campo do ensino superior no Brasil. As vivências compartilhadas corroboram com a consolidação das atividades acadêmicas que integram, cada vez mais, universidades, instituições e as comunidades envolvidas.

Esperamos que as vivências relatadas nessa obra contribuam para o enriquecimento da formação universitária e da atuação profissional com o fortalecimento das práticas interdisciplinares nas ciências da saúde. Agradecemos aos autores que tornaram essa coletânea possível e lhe desejamos uma ótima leitura.

Edson da Silva
Rodrigo Lellis Santos

SUMÁRIO

CAPÍTULO 1..... 1

PERCEÇÃO DE ANSIEDADE POR PESSOAS SUBMETIDAS A TRANSPLANTE RENAL: CONTRIBUIÇÕES PARA A ODONTOLOGIA

Marlon Gibb Barreto Zimmer

Rita de Cássia Gabrielli Souza Lima

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.5162223031>

CAPÍTULO 2..... 13

ANÁLISE DA SAÚDE DOS IDOSOS OCTAGENÁRIOS DE MARINGÁ-PR

Célia Maria Gomes Labegalini

Nayara Aparecida Vilela da Silva

Iara Sescon Nogueira

Heloá Costa Borim Christinelli

Dandara Novakowski Spigolon

Kely Paviani Stevanato

Barbara Andreo dos Santos Liberati

Mariana Pissoli Lourenço

Poliana Avila Silva

Ana Carolina Simões Pereira

Pedro Henrique Alves de Paulo

Gabriela Monteiro Silva

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.5162223032>

CAPÍTULO 3..... 27

APERFEIÇOAMENTO EM GERÊNCIA DE UNIDADES BÁSICAS DE SAÚDE: A EXPERIÊNCIA DA EDUCAÇÃO PERMANENTE DE PORTO VELHO, RONDÔNIA, BRASIL

Marcuce Antonio Miranda dos Santos

Amanda Diniz del Castillo

Jane Carvalho Cardoso

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.5162223033>

CAPÍTULO 4..... 37

ACOLHIMENTO COM CLASSIFICAÇÃO DE RISCO NA ATENÇÃO BÁSICA: A EXPERIÊNCIA DE UMA CAPITAL DA AMAZÔNIA LEGAL, PORTO VELHO, RONDÔNIA, BRASIL

Marcuce Antonio Miranda dos Santos

Amanda Diniz del Castillo

Jane Carvalho Cardoso

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.5162223034>

CAPÍTULO 5..... 45

PLANTAS MEDICINAIS E CULTURA POPULAR: UM OLHAR À LUZ DO USO DE PLANTAS MEDICINAIS EM PORTADORES DE HIPERTENSÃO ARTERIAL A PARTIR DE UMA REVISÃO DA LITERATURA

Enedina Nayanne Silva Martins Leal

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.5162223035>

CAPÍTULO 6..... 59

DETERIORAÇÃO CLÍNICA GRAVE NO CONTEXTO HOSPITALAR PEDIÁTRICO: UMA SÉRIE DE CASOS

Maricarla da Cruz Santos
Juliana de Oliveira Freitas Miranda
Kleize Araújo de Oliveira Souza
Aisiane Cedraz Morais
Rebeca Pinheiro Santana
Micaela Santa Rosa da Silva
Thaiane de Lima Oliveira

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.5162223036>

CAPÍTULO 7..... 74

ELABORAÇÃO DE UMA CARTILHA EDUCATIVA SOBRE O USO DA VENTILAÇÃO NÃO INVASIVA

Terezinha de Fátima Gorreis
Angela Maria Rocha de Oliveira
Rozemy Magda Vieira Gonçalves
Jonathan da Rosa

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.5162223037>

CAPÍTULO 8..... 88

REFLEXÕES SOBRE PARTICIPAÇÃO PATERNA NAS CONSULTAS DE PRÉ-NATAL

Tânia de Matos Espindola
Miriã Pontes de Albuquerque
Sunamita de Matos Lima Serem
Antonia Regynara Moreira Rodrigues

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.5162223038>

CAPÍTULO 9..... 97

APLICABILIDADE DA CONSULTA DE ENFERMAGEM EM GRUPO TERAPÊUTICO DE DOR CRÔNICA

Célia Maria de Oliveira
Selme Silqueira de Matos
Wagner Jorge dos Santos
Marcela Lemos Morais
Paulo Henrique de Oliveira Barroso
Gabrielle Guimarães Gonçalves
Daniela Bianca Bianco dos Santos

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.5162223039>

CAPÍTULO 10..... 106

O CUIDADO DE ENFERMAGEM PRESTADO AO ADOLESCENTE NA ESTRATÉGIA DE

SAÚDE DA FAMÍLIA: REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

Vinícius Rodrigues de Oliveira
Bárbara Letícia de Queiroz Xavier
João Paulo Xavier Silva
Natalia Bastos Ferreira Tavares
Amanda Kelly de Queiroz Pires
Claudia Helena Soares de Moraes Freitas

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.51622230310>

CAPÍTULO 11 115

ENVELHECIMENTO POPULACIONAL E CONDIÇÕES DE URGÊNCIAS PREVALENTES- ABORDAGEM ESPECIAL

Lucas Gonçalves Andrade
Danielly Ribeiro Cardoso
Henrique Andrade Barbosa

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.51622230311>

CAPÍTULO 12 122

O PAPEL DO ENFERMEIRO FRENTE AOS CUIDADOS DE PACIENTES HIPERTENSOS NA ATENÇÃO PRIMÁRIA

Andressa Ribeiro de Mello
Isabela de Almeida Menezes
Julys Nathan Ferreira Soares
Thayene Costa Amancio
Vitor Shiguelo Godoy Nakamura
Karla Roberta Mendonça de Melo Vieira

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.51622230312>

CAPÍTULO 13 129

EDUCAÇÃO E PROMOÇÃO DA SAÚDE DO PACIENTE COM CATETERISMO VESICAL DE DEMORA: CONTROLE DA INFECÇÃO URINÁRIA

Julietta Scheidt Carneiro
Job Tolentino Junior

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.51622230313>

CAPÍTULO 14 141

PERCEPÇÃO DO ENFERMEIRO AO PACIENTE IDOSO INTERNADO EM UNIDADE COVID, A USABILIDADE COM A TECNOLOGIA MÓVEL DE COMUNICAÇÃO

Ana Maria Rodrigues Moreira
Bruna Letícia de Almeida Batista
Vagner Rogério dos Santos

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.51622230314>

CAPÍTULO 15 146

PREVALÊNCIA DA EXPERIMENTAÇÃO DE NARGUILÉ EM UMA AMOSTRA DE ESTUDANTES DE MEDICINA E ENFERMAGEM

Beatriz Consorte de Queiroz

Gabrielle Matakas Shiguihara
Inês Maria Crespo Gutierrez Pardo de Alexandre

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.51622230315>

CAPÍTULO 16..... 159

ASSISTÊNCIA DE ENFERMEIROS FRENTE AO PARTO NATURAL

Sabrina Brenda Castelo Branco Silva
Lucas Costa De Gois
Glória Stéphanly Silva De Araújo
Gabriel Alvarenga Andreina
Loren Carianne Rodrigues Gomes
Maria Eduarda Soares Frota
Táilson Vieira da Silva
Joyce Caroline de Oliveira Sousa
Deisyele Maria Souza Moura
Ravenna Kelly Brito Muniz
Ana Isabel Belém Gomes dos Santos Sobreira
Idna De Carvalho Barros Taumaturgo

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.51622230316>

CAPÍTULO 17..... 163

ANÁLISE RETROSPECTIVA DAS OCORRÊNCIAS DE QUEDAS INFANTIS ATENDIDAS PELO SIATE NO MUNICÍPIO DE FOZ DO IGUAÇU/PR EM 2015 E 2016

Jennifer da Silva Klippel
Marieta Fernandes Santos
Sheila Cristina Rocha Brischiliari
Mariane Maiara Becker

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.51622230317>

CAPÍTULO 18..... 168

A ATUAÇÃO DOS PROFISSIONAIS DA SAÚDE DIANTE DO PRÉ-NATAL DA MULHER EM CONDIÇÃO DE RUA

Dhyrlee Dennara Magalhães Silva
Francisca Franciana de Paiva
Mara Leticia Silva dos Santos
Cristiane do Socorro de Souza Arias
Andreia do Socorro Andrade Martins
Nice Renata Sanches Campos
Cleison Willame Silva Rodrigues
Francisca Adriana da Silva Fier

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.51622230318>

CAPÍTULO 19..... 183

NURSING CARE IN OPHTHALMOLOGIC AND NEUROLOGICAL SURGERIES

Rodrigo Marques da Silva
Isabella Fernandes Messias
Jaqueline Kennedy Paiva Da Silva Ananias

Leomara Santos De Vasconcelos
Yasmin Da Costa De Almeida Trindade
Letícia Noronha Gonzaga
Lincoln Agudo Oliveira Benito
Thais de Andrade Paula
Ariane Ferreira Vieira

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.51622230319>

CAPÍTULO 20..... 194

**NURSING LEADERSHIP AND IMPLEMENTATION OF PATIENT SAFETY GOALS UNDER
SUSPICION OF COVID-19 IN A PUBLIC EMERGENCY**

Daniella Ramalhoto Ramos
Renato Barbosa Japiassu
Chennyfer Dobbins Abi Rached
Marcia Mello Costa De Liberal

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.51622230320>

SOBRE OS ORGANIZADORES 205

ÍNDICE REMISSIVO..... 206

CAPÍTULO 1

PERCEPÇÃO DE ANSIEDADE POR PESSOAS SUBMETIDAS A TRANSPLANTE RENAL: CONTRIBUIÇÕES PARA A ODONTOLOGIA

Data de aceite: 01/03/2022

Marlon Gibb Barreto Zimmer

<http://lattes.cnpq.br/0131497240691874>

Rita de Cássia Gabrielli Souza Lima

<http://lattes.cnpq.br/5256945243349535>

RESUMO: Este estudo teve por objetivo conhecer o modo como pessoas submetidas a transplante renal percebem a ansiedade em seu cotidiano pós-transplante. Foi desenvolvido por meio da técnica *snowball*. Os dados foram coletados por meio de entrevista semiestruturada, de forma online, exclusivamente por áudio, na plataforma *Whatsapp*. Depoimentos revelaram que ansiedade é percebida como um fator de insegurança gerado pelo receio da nova vida pós-transplante, pelo medo de ser rejeitado como pessoa e pelo medo de o enxerto sofrer rejeição. O medo reduz a capacidade de enfrentamento a novos desafios e a realização de sonhos e prazeres do cotidiano. O transplante renal pode resultar em problemas de saúde bucal e desencadear problemas sistêmicos. Em consultas com cirurgiões-dentistas, participantes sentiram os profissionais inseguros e despreparados para atender as suas necessidades. Torna-se fundamental que profissionais de odontologia aprimorem a formação específica para o cuidado de pacientes transplantados. Conclui-se que a condição humana de pessoas transplantadas é carregada de angústia, manifestada como ansiedade.

PALAVRAS-CHAVE: Ansiedade. Transplante. Tratamento odontológico.

THE PERCEPTION OF ANXIETY BY PEOPLE SUBMITTED TO KIDNEY TRANSPLANT: CONTRIBUTIONS TO DENTISTRY

ABSTRACT: This study aimed to understand how people undergoing kidney transplantation realize the anxiety in their post-transplant usual behavior. It was developed using the snowball technique. Data were collected through a semi-structured interview, online, exclusively by audio, on the WhatsApp platform. Testimonies revealed that anxiety is perceived as a factor of insecurity created by the fear of the new post-transplant life, the fear of being rejected as a person and the fear of the graft rejection. The fear reduces the ability to face new challenges and the realization of dreams and usual pleasures. The kidney transplant can result in poor oral health and trigger systemic problems. In dentist, participants felt that the professionals were insecure and unprepared to satisfy their needs. It becomes essential that dental professionals improve specific training for the care of transplanted patients. It is concluded that the human condition of transplanted people is characterized by anguish, manifested as anxiety.

KEYWORDS: Anxiety. Transplant. Dental treatment.

INTRODUÇÃO

Da sala de aula aos estudos solitários, do percurso de casa para a clínica integrada, da conversa com amigos a um almoço em família, do diálogo com quem amamos ao diálogo anônimo numa fila de ônibus, do medo

da epidemia de covid-19 que nos acomete ao receio de perdermos pessoas queridas; da programação de uma vida a dois ao filme que assistimos na TV, da criança ao idoso, do consultório médico de unidades básicas de saúde ao consultório privado, a relação entre a cotidianidade da vida e ansiedade está presente, implícita ou explicitamente.

O termo ansiedade é derivado do vocábulo inglês *anxiety* que, por sua vez, foi traduzido do termo alemão *agnst* que significa angústia. Esse fato histórico já nos coloca questões: ansiedade é angústia? Ansiedade é patologia? Angústia é patologia? Ou ambos os termos fazem menção à movimento? Faz diferença ser patologia ou movimento?

A tradução de *agnst* em *anxiety* se deu porque a “Edição Standard Brasileira das Obras Completas” de Sigmund Freud, ao longo dos anos de 1970, privilegiou a versão inglesa de James Stratchey, na qual encontramos em várias passagens o termo ansiedade ao invés de angústia. Para citar uma, a respeito de sua 1ª teoria da angústia: “A ansiedade é um impulso libidinal que tem origem no inconsciente [...] (FREUD, 1900/1986j, p. 360).

De acordo com Pollo e Chiabi (2013, p. 142), um dos modos de Freud conceber angústia é como “o único afeto cuja origem no inconsciente não poderia ser colocado em dúvida”. Em vários textos, ele comenta que há manifestações do somático na angústia, ou seja, angústia gera “descarga motora”, a propósito, “comum a todo afeto”, mas, por excelência, angústia seria afeto gerado no inconsciente que, na clínica freudiana representa a parte do aparelho psíquico desconhecida por nós, a nível de consciência, em que estão nossos instintos e desejos.

Não bastasse o equívoco histórico de tradução, vasta literatura, sobretudo, a médica, refere ansiedade não como angústia, mas como doença, transtorno de. A Classificação Internacional de Doenças (CID-10), aprovada em maio de 1990 pela 43ª Assembleia Mundial da Saúde da Organização Mundial de Saúde, descreve seis tipos diferentes de doenças, gestadas por ansiedade, quais sejam: ansiedade paroxística episódica (transtorno de pânico), ansiedade generalizada, transtorno misto ansioso e depressivo, outros transtornos ansiosos mistos, outros transtornos ansiosos especificados e transtorno ansioso não especificado (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2021).

Cukor *et al* (2008) observaram que a ansiedade é um diagnóstico complicado em muitos pacientes com doenças médicas. Para Chaves *et al* (2006) ansiedade é uma condição emocional. Scandiuzzi *et al* (2019) completa: é uma condição emocional relacionada a situações desconhecidas. Landeira-Fernandez; Cruz; Brandão (2006) apontam para ansiedade como transtorno que se manifesta através de sintomas. Na visão de Pessoti (1978), ansiedade é caracterizada como uma condição aversiva ou penosa, proveniente de um grau de incerteza ou dúvida ou impotência do organismo frente a uma determinada situação. Daian; Petroianu; Alberti (2009) veem ansiedade como fator estressante. Já Oliveira *et al* (2015) classificam a ansiedade em quatro campos: cognitivo, emocional, comportamental e somático.

Com relação à Odontologia, a manifestação de ansiedade como resposta ao

tratamento se dá em sua grande maioria por diversos fatores, dentre os quais o caráter histórico de a consulta ao cirurgião dentista estar associada a dor e sofrimento, gerando no indivíduo um movimento interno penoso, ao saber que deve se submeter a este(a) profissional. Esse fato se dá em virtude de experiências dolorosas vivenciadas no passado, por uma prática odontológica primitiva e rudimentar (RESENDE, 1984) que, por não possuir os recursos de hoje, realizava, por exemplo, alguns procedimentos sem anestesia, principalmente fora dos grandes centros, o que acarretava um grande desconforto e uma propaganda traumática sobre visitar o cirurgião dentista.

A motivação para realizar essa pesquisa como trabalho de conclusão de Curso de Graduação em Odontologia se deu por tratar de uma condição vivenciada por mim, primeiro autor deste artigo. Há pouco mais de cinco anos, tive a oportunidade de ser submetido a um transplante renal, depois de um ano em tratamento de hemodiálise, período esse considerado como o mais difícil vivido em minha vida.

Após o transplante renal, pude observar nitidamente, em mim, ansiedade e insegurança para realizar até mesmo coisas simples do dia a dia, como tomar um café ou estar reunido com família e amigos. Novos desafios e mudanças se tornaram de certa forma um pesadelo: um medo de não conseguir ultrapassar e vencer essas barreiras, sentimento de inferioridade, falta de força e de coragem para enfrentar os desafios que vivemos diariamente. Um dos exemplos mais recentes foi a necessidade de enfrentar o retorno às clínicas da faculdade depois de um longo período longe das práticas odontológicas devido à pandemia de covid-19. Nesse processo vi-me com um sentimento de inferioridade e incapacidade, comparado aos demais colegas, diante de procedimentos clínicos. Fora dos muros da universidade e por conta dessa insegurança, os desafios também são grandes e acontecem diariamente. Estar inserido em um grupo e me posicionar dentro dele, impor as minhas opiniões tornou-se algo muito mais difícil devido à ansiedade e, de certa forma, ao medo da rejeição, do que podem pensar de mim caso eu me exponha demais, algo que anteriormente ao transplante não acontecia nessa proporção. O fato de eu ter sido submetido ao transplante renal é motivo de extrema gratidão a Deus e aos avanços da medicina, pois me proporcionou uma nova oportunidade de vida, tirando-me da dependência de sessões de hemodiálise semanais para sobreviver. Por isso, entender essa luta que existe dentro de mim com relação à ansiedade, a partir de outras vozes, motivou a pesquisa aqui descrita.

O transplante renal propicia saúde com nível relativo de normalidade. Pacientes costumam percebê-lo como uma maneira de se libertar da obrigatoriedade da hemodiálise, possibilitando o resgate do cotidiano de vida. Além disso, muitos pacientes têm no transplante renal uma expectativa idealizada de cura. Essa idealização é um mecanismo de defesa necessário para lidar com a ansiedade e as fantasias de morte que lhes assaltam (ALENCAR, 2015).

O indivíduo que foi submetido a um transplante renal carrega uma carga emocional

muito grande, em decorrência desse procedimento, considerado um fator estressor por si só. No entanto, as pessoas que têm/tiveram a oportunidade de receber o órgão já trazem consigo a experiência de passar pelo tratamento de hemodiálise anteriormente ao transplante, tratamento esse em que os pacientes dependem de uma máquina para suprir a deficiência do funcionamento dos rins, realizado ao menos três vezes na semana. Com o passar dos anos, esse tratamento produz marcas, não só físicas, mas principalmente emocionais, em pessoas que aguardam à espera de um órgão, em uma fila com milhares de outros usuários, e essa angústia pode demorar meses, anos ou até mesmo se eternizar em caso de o transplante não acontecer.

Quando uma pessoa que já vivenciou a experiência de passar por um tratamento de diálise, ou até mesmo posteriormente a um transplante está prestes a ser submetida a uma nova experiência estressante, como é o caso de um procedimento odontológico, automaticamente se coloca em posição de defesa e medo, evidenciando o perigo que está posto.

METODOLOGIA

Trata-se de uma pesquisa qualitativa, de abordagem exploratória, aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade do Vale do Itajaí, no dia 11 de novembro de 2020 (parece n. 4.393.242).

Foi desenvolvida com três mulheres que haviam sido submetidas à transplante renal por meio da técnica de coleta de dados *snowball* e mediada por uma informante-chave que tem relação de proximidade com o pesquisador pelo fato de ter sido submetida anteriormente ao tratamento de hemodiálise juntamente com ele.

Uma vez aceito o convite para participar como informante-chave, o pesquisador lhe solicitou o envio, de forma online, pela plataforma *Whatsapp*, do número de contato da pessoa por ela indicada, considerada como semente da pesquisa.

A técnica *snowball* é uma forma de amostra não probabilística, que utiliza cadeias de referência, sendo útil quando se deseja trabalhar com grupos difíceis de serem acessados (VINUTO, 2014). Essa amostragem se inicia através de um informante-chave, esse participante auxilia o pesquisador indicando outros participantes com o perfil para a pesquisa. Posteriormente, as pessoas indicadas inicialmente pelo informante-chave podem indicar outros participantes para dar continuidade ao percurso metodológico até que a amostragem se mostre suficiente para a análise em questão

No caso do nosso estudo, desenvolvido no contexto de pandemia de covid-19, optamos por uma amostra pequena, de 03 (três) pessoas, sendo 01 (uma) a própria informante-chave e as outras 02 (duas) sementes por ela indicadas. Para preservar as identidades, as participantes foram representadas por codinomes: Bromélia, Girassol e Azaleia.

Após o recebimento dos números de contato das 02 (duas) consideradas sementes, fizemos o convite, de modo online, através da plataforma *Whatsapp*.

As participantes residem em um município do Rio Grande do Sul e atualmente fazem o acompanhamento pós-transplante.

No ato do convite, elas foram informadas sobre os procedimentos de coleta e a necessidade de firmarem o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Como as sementes residiam na mesma cidade que a informante-chave, o pesquisador solicitou gentilmente à informante-chave que coletasse para ele as assinaturas dos TCLE que, de pronto, concordou. Os TCLE foram endereçados a ela através dos Correios, por meio de Sedex e, uma vez devidamente assinados, ela endereçou-os ao pesquisador.

A coleta de dados foi realizada de forma online, somente por áudio através da plataforma *Whatsapp*, com base em um roteiro de 08 (oito) perguntas semiestruturadas

Os convites para participação da pesquisa foram enviados em dezembro de 2020. Os áudios referentes à coleta foram transcritos no período de 20/01/2020 a 15/02/2020, totalizando um tempo de 65 minutos de áudio convertidos em texto.

Os dados foram analisados por meio da análise de conteúdo de tipo temática ajustada. O ajuste foi realizado porque não é a frequência de unidades de registro que interessava ao estudo, mas a significância, independentemente do número de vezes em que se manifesta (MINAYO, 2014).

RESULTADOS

Pergunta 1:

Pesquisador: O que você pensa a respeito de ansiedade?

Participante Bromélia: *Pra mim ansiedade é como um obstáculo muito difícil de passar, o qual exige muito da minha força física, psíquica e que demanda muita energia e um desgaste emocional muito grande.*

Participante Azaleia: *O que eu penso é tipo assim, ansiedade é algo me trava às vezes sabe, me deixa nervosa, as vezes até não durmo quando é algo muito importante (risadas). Eu penso que todo mundo tem isso dentro de si sei lá, e as vezes é normal, mas em mim eu sinto que é algo maior, e me prejudica minha saúde, pois eu sei que tenho que me cuidar mais por conta da minha situação, mas é algo que eu não controlo e acontece de vez em quando entendeu?*

Pergunta 2:

Pesquisador: Quais foram as principais mudanças que você percebeu na sua vida pós transplante renal?

Participante Girassol: *A primeira assim que eu vou citar são as mudanças em relação ao meu corpo. É cicatrizes que eu vou carregar pra sempre e que marcam tudo que*

eu passei, né, então foi uma mudança bem grande que eu reparo até hoje quando eu me olho no espelho e consigo ver essa mudança. Tenho muita vergonha eu não me enxergo indo à praia, usando biquini, não me enxergo usando roupas curtas aparecendo a barriga. Então essa é uma mudança super... uma marca assim que eu vou carregar para toda a vida e mesmo sabendo que é a marca da vida né, a marca do meu renascimento. Também no primeiro ano assim que houve muita com relação ao medo; medo de sair de casa, medo de fazer as coisas por não ter imunidade, de ter o sentimento que eu era muito frágil. Mas hoje eu dia eu me sinto uma pessoa livre, enxergo as coisas de outra forma, dou mais valor as coisas do que antes.

Participante Bromélia: *A primeira delas foi ter uma vida porque antes eu vivia doente e vivia em médicos e exames direto, não que hoje seja diferente, não, hoje continua, porém, em menor quantidade, eu consigo viver melhor e as mudanças foram gigantescas, tanto em relação emocional quanto em relação física. A primeira grande mudança foi eu ter saúde, eu conseguir viver, mas tem a questão corporal, a gente engorda e passa por muitas batalhas em relação à quantidade de medicações; o corpo muda, o humor muda, essa ansiedade que eu adquiri com tempo, de algo simples pra mim se tornou uma coisa grandiosa.*

Em 13 anos de transplante foram quase 40 quilos, então a mudança é muito drástica, é muito sofrida, sem contar assim, um exemplo muito grande na minha vida é a insegurança de relacionamentos, a insegurança de muitas vezes sair na rua, a insegurança de olhar o passado e ver como eu era e olhar hoje a diferença, mesmo que eu seja uma pessoa que tenta ser positiva em relação a ter saúde que eu tenho que agradecer muitos médicos e a Deus, mas essa insegurança é o que é o maior exemplo emocional. A minha fístula funciona ainda; eu tenho ela no braço então é complicado eu tipo não uso blusa de manga curta, jamais, ou uma regata alguma coisa porque as pessoas ficam me perguntando, então é uma coisa chata.

Pergunta 3:

Pesquisador: Na sua visão, quais os principais medos que você enfrenta na vida pós-transplante?

Participante Girassol: *O maior medo é o medo da rejeição, por mais que nesse ano eu já complete 6 anos eu tenho medo da rejeição porque pode acontecer ainda, mesmo tomando as medicações, fazendo os exames periodicamente, mesmo assim ainda existe, sim. E um certo medo ainda eu tenho sobre preconceito, eu fiz um transplante duplo, então quando eu falo tem muitas que se surpreendem, me olham de certa forma, então eu ainda tenho medo do preconceito, mas ainda tenho pelo fato de minhas cicatrizes que estão sempre expostas. Então quem não me conhece me enxerga e pode não entender, né...*

Participante Azaleia: *“Bah” com certeza de perder meu rim, eu passei muitos anos dentro da hemodiálise sabe, e nunca mais quero voltar pra lá, então, se tem um medo que*

eu sinto é esse, acho que tu também deve sentir isso. Eu demorei pra conseguir receber um rim, então esse é o medo maior, porque não é fácil...um medo do futuro.

Pergunta 4:

Pesquisador: O que você tem visto de outro modo após o transplante renal?

Participante Girassol: *Uma imagem que eu carrego pra mim sempre, eu comento com as pessoas foi quando eu entrei no hospital e vi uma “guriazinha” com, acredito que leucemia, com uma faixa e uma flor no cabelo sorrindo, assim, como se não tivesse acontecendo com ela, e eu me olhei e pensei, olha como ela deve enxergar a vida, o que que eu vou reclamar. Então eu consegui vencer tudo aquilo, to bem, em casa, com saúde, por mais que a gente esteja nessa pandemia eu consigo enxergar as coisas dessa forma.*

Pergunta 5:

Pesquisador: No período em que realizava hemodiálise, como você se sentia enquanto aguardava em um fila para receber um órgão

Participante Girassol: *Enquanto fazia hemodiálise a gente vive um mix de emoções né, a vida muda de uma hora pra outra, a gente começa a conviver com pessoas que a gente nunca pensou em conviver diariamente. Mas confesso que teve momentos que eu não conseguia entender à vontade D’ele, de eu passar por aquilo...meu pai me acompanhou todos esses anos, e não conseguia entender, não conseguia aceitar, mas eu sabia que se eu me revoltasse ia ser pior né, então eu sempre confiei em Deus.*

Pergunta 6:

Pesquisador: Com relação com a Odontologia, como você considera sua condição de saúde bucal atualmente?

Participante Girassol: *Posso dizer que não ta perfeita, é... até porque que aqui na cidade eu consigo tratar a parte estética, mas quando preciso de algo a mais eu tenho que procurar o Hospital de Clínicas, porque aqui eles têm medo, então a parte estética eu acredito que tá legal, mas não 100% (cem por cento).*

Pergunta 7:

Pesquisador: Qual a principal adversidade que você enfrenta quando tem que realizar uma consulta odontológica?

Participante Girassol: *Hoje em dia da minha parte eu não tenho mais assim medo do meu dentista, o que acontece é que aqui eles não gostam muito de me atender, pelas medicações que eu tomo, eu tomo AAS, então eles ficam com esse medo.*

Pesquisador: Você já passou por alguma experiência de rejeição quando necessitou de tratamento odontológico?

Participante Girassol: *Já, já sim... eu fui pra fazer uma avaliação e quando eu comentei ele quis que eu pedisse um laudo do médico, senti que ele tinha medo de me*

atender.

Pergunta 8:

Pesquisador: Como você acredita que a ansiedade pode interferir na sua nova vida e nos desafios que você vai enfrentar pela frente

Participante Girassol: *Logo que eu fiz o transplante, dias depois internada, naquela aparelhagem e tudo, eu me senti bastante ansiosa em questão do que ia acontecer depois, como ia ser minha vida, se eu ia conseguir retomar o trabalho, estudos, sair com amigas, enfim... na época eu tive muita ansiedade com relação a isso. Hoje em dia tomo remédio pra ansiedade né, no início como eu disse tive muita e comecei a engordar em questão a isso, a ansiedade dava vontade de comer e comer porque eu não sabia como preencher aquele buraco. Mas hoje em dia eu consigo manter o controle com a minha ansiedade. Acho legal tu estar fazendo um trabalho, gostaria de um dia em estar fazendo um trabalho assim e dizer para as pessoas que hoje o maior “veneno” é a ansiedade.*

DISCUSSÃO

Na relação com os depoimentos, foi-nos possível observar as cicatrizes que cada uma carrega consigo, que vão muito além de marcas físicas no corpo, pois são sequelas emocionais que adentram a alma de cada uma, e carregam consigo as lembranças de momentos vividos nos períodos mais sombrios de suas vidas. As participantes expressaram que o tratamento de hemodiálise traz uma carga psicológica muito grande, e após cada sessão o alívio por mais uma oportunidade de vida se mistura ao sentimento dolorido de quantos dias ainda restam para aquelas que dependem de uma máquina que substitui a função renal para sobreviver.

Caropreso e Aguiar (2015) analisaram as duas teorias de Freud sobre angústia, sendo que em uma delas Freud expressa que a origem da angústia está na transformação de energia sexual que não pôde ser descarregada adequadamente e na segunda ele a compreende como uma reação em decorrência de um perigo. Analisando o primeiro conceito de Freud podemos observar que a angústia pode ser considerada como uma descarga de energia que temos em estoque, em decorrência de diversos motivos, e que acarreta, em circunstâncias que podem ser observadas no segundo conceito, medo, desespero e preocupação, nos colocando em situações vistas como perigo que, muitas vezes, nos deparamos e enfrentamos dificuldades em lida .

Pollo e Chiabi (2013), por sua vez, ao estudarem os conceitos freudianos de angústia observaram uma mudança: quando traduzida do idioma alemão ao inglês a palavra *agnst* (angústia como afeto) se transmuta para *anxiety* (patologia), termo médico e mais usual na contemporaneidade.

Vimos que, na perspectiva de Freud, o movimento de angústia não é considerado um estado patológico, pois é considerado um afeto que reside no nosso inconsciente,

constituído por várias gradações; logo, não se trata de doença. Se angústia é o real termo para caracterizar ansiedade, conforme literatura do clássico que a estudou exaustivamente, ansiedade não é doença, mas afeto, um estado de normalidade e, além disso, algo necessário para a vida de um indivíduo. Se retraduzia nos dias de hoje, traria um conforto à vida, já que angústia não diferencia o doente do sadio: todos temos angústia, basta estar vivo. Ao contrário de ansiedade que, só no CID-10 tem seis tipificações de doença. Não somos médicos, mas somos observadores da contínua medicalização da vida; sabemos, pela própria CID-10, que crises de ansiedade, pânico e situações extremas têm interferência médica e muitas vezes farmacológica, porém, devemos defender a “desmedicalização” da vida. E, aqui, uma questão: a quem interessa que a vida seja medicalizada e conduzida por fármacos, psicofármacos?

Participantes expressaram o sofrimento gerado pelo aumento de peso, seja pelo uso de determinados medicamentos, seja pela própria ansiedade que, em alguns casos, gera o desejo descontrolado de comer. Revelaram também que as marcas físicas da fístula nos braços e da cicatriz gigante no abdômen, após hemodiálise e transplante, respectivamente, geraram mudanças importantes em seus corpos, que as impedem de sentir-se à vontade para usar camisetas de manga curta e biquíni, gerando desconforto próprio e, em alguns casos, até mesmo preconceito por parte de terceiros.

Os pacientes que são submetidos a um transplante renal sabem que esse procedimento é considerado como um tratamento para que não necessitem continuar realizando a hemodiálise semanalmente, mas que isso não é a cura definitiva para a falência renal. Levando isso em consideração, quando perguntados sobre os principais medos que eles enfrentam na vida após o transplante foram unânimes em relatar que o principal medo que eles enfrentam é o da rejeição do enxerto e, por consequência, ter que retornar às sessões de hemodiálise. A sensação de liberdade da pessoa que foi submetida a um tratamento dialítico e hoje goza de uma vida sem depender de uma máquina é indescritível, e não tem preço que pague por sentir o sopro da vida novamente, como fosse uma segunda oportunidade para esses pacientes. Pensando nisso, o medo de ter que retornar à “prisão” das clínicas é considerado de longe a sensação mais sombria de todas, fato relatado pelos próprios participantes, que relatam tomar todos os cuidados para que isso não ocorra. Ainda assim, outro medo relatado é o de rejeição social. Alguns relatos mostraram o medo de frequentar lugares, estar em público e poder viver sem um rótulo de “doente”, de paciente especial.

Segundo Piovesan e Nahas (2018) o Brasil ocupava, em 2017, o 2º lugar no mundo em número de procedimentos de transplante renal (5.700 transplantes por ano) e o 33º lugar em número de transplantes renais realizados por milhão de população (27,9 transplantes por mil habitantes). A posição de 2º lugar se deve às dimensões continentais do nosso país e não pela qualidade do nosso sistema de captação de órgãos. Já o 33º lugar é uma posição contextualizada, que expressa o quanto temos que evoluir em termos de sistema

de transplantes.

Ao serem questionadas sobre o sentimento gerado pela fila à espera de transplante, tendo em vista que ninguém sabe quando terá a oportunidade de receber um novo rim e dependendo da região em que reside esse tempo poderia ser multiplicado em virtude da má distribuição dos centros de transplantes renais no Brasil, uma das participantes relatou angústia em função da necessidade de sair de sua cidade de origem e se mudar para uma cidade mais próxima de um grande centro para que suas expectativas fossem aumentadas, e relatou também o sentimento de, em alguns momentos, não enxergar a luz da esperança no fim do túnel

A pessoa submetida a um transplante renal deve manter alguns cuidados específicos para com o novo rim transplantado, alguns exemplos: ingerir muita água, não realizar esforços físicos excessivos e tomar medicamentos imunossupressores nos horários pré-determinados. Esses medicamentos, por exemplo, podem acarretar alterações na saúde bucal como, por exemplo, xerostomia, uma redução na quantidade do fluxo salivar. Pensando nisso devemos, como dentistas, ter um cuidado maior no atendimento desses pacientes e, também, o próprio paciente deve manter sua condição de higiene bucal adequada, tomando os devidos cuidados diariamente.

Quando perguntado sobre a condição de saúde bucal, houve relato de cuidado, de uma preocupação com a saúde bucal e sistêmica e relatos de preconceito por parte dos dentistas em atender pacientes submetidos à transplante renal. Depoimentos sinalizaram que, quando frequentam um consultório odontológico, sentem que o profissional cirurgião-dentista manifesta uma certa insegurança no atendimento.

Historicamente a consulta odontológica está, para muitos pacientes, associada a dor, medo e trauma, devido a experiências traumáticas anteriores, como também por um passado recente onde muitos procedimentos odontológicos eram realizados sem anestesia e com poucos recursos, promovendo uma experiência dolorosa. Com o passar dos anos, a Odontologia se modernizou e os recursos atuais promovem experiências bem menos traumáticas e cada vez mais pensando no bem-estar do paciente. No entanto, ainda hoje existem rótulos de que as experiências dentro do consultório são, na maioria das vezes, traumáticas.

Com relação à interferência que a ansiedade pode promover na “nova vida” desses pacientes, após o transplante, e os desafios que essa nova fase promove, observamos que existem medos com relação à recolocação no mercado de trabalho, à aceitação de si próprio com relação a suas limitações, e à aceitação da sociedade como um todo, fatores que desencadeiam um recuo frente a novos desafios, bem como frustração de querer buscar um objetivo e “travar” no medo que a ansiedade causa.

Por fim, registra-se a importância de novos estudos qualitativos sobre ansiedade, no contexto aqui estudado. Os resultados desta pesquisa possibilitaram o diálogo com a medicalização da vida e a transmutação de afeto em patologia. A pesquisa sinalizou a

importância de se compreender as mudanças psicológicas e emocionais que ocorrem em pessoas que foram submetidos a um transplante renal.

CONCLUSÃO

O estudo buscou conhecer o modo como a ansiedade aparece na vida de pessoas que passaram por transplante renal. Observamos que a ansiedade, termo substitutivo de angústia, se manifesta na relação com a nova vida pós-transplante, uma vez que esta carrega medo do futuro, da não aceitação e da rejeição do órgão transplantado.

Relatos de sofrimento pelo aumento de peso, baixa autoestima, isolamento social, restrição da capacidade de enfrentamento a novos desafios, limitação dos pequenos prazeres do dia a dia e sentimento de insegurança e despreparo de cirurgiões-dentistas, frente ao atendimento odontológico de pacientes renais crônicos, se fizeram manifestos

Torna-se fundamental que profissionais de odontologia se aprimorem cientificamente para cuidar de pessoas que se submeteram à transplante renal e se aprimorem humanisticamente para interagir com horizontalidade, com sensibilidade de perceber-se igual à pessoa cuidada, em termos de condição humana que se angustia.

REFERÊNCIAS

ALENCAR, Eudes Oliveira de *et al.* Estresse e ansiedade em transplante renal. **Rev. Saúde e Ciência**, Online, Campina Grande, v.4, n.2, p.61-82, dez. 2015.

CAROPRESO, Fátima; AGUIAR, Marina Bilig de. O conceito de angústia a teoria freudiana inicial. **Nat Hum**, São Paulo, v. 17, n. 1, p. 1-14, 2015.

CHAVES, Alejandro Muñoz *et al.* Estudo epidemiológico da ansiedade dos pacientes ao tratamento odontológico. **Rev Odontol UNESP**, Araraquara, v. 35, n. 4, p. 263-8, 2006.

CUKOR, Daniel *et al.* Anxiety disorders in adults treated by hemodialysis: a single-center study. **Am J Kidney Dis**, v. 52, n. 1, p. 128-36, 2008.

DAIAN, Márcia Rodrigues; PETROIANU, Andy; ALBERTI, Luiz Ronaldo. Avaliação do estresse psiquiátrico em pacientes submetidos a operações de grande porte sob anestesia geral. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**, v. 58, n. 4, p. 245-51, 2009.

FREUD, Sigmund. A Interpretação dos Sonhos (Die Traumdeutung) (Freud, 1900/1986j). Capítulo VII. In: J. Strachey (Ed. & Trad.), **Edição Standard das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud**. 2ª ed. Rio de Janeiro: Imago, 1986.

LANDEIRA-FERNANDEZ, Jesus; CRUZ, Antônio Pedro de Mello.; BRANDÃO, Marcus Lira. Padrões de respostas defensivas de congelamento associados a diferentes transtornos de ansiedade. **Psicol. USP**, São Paulo, v. 17, n. 4, p. 175-192, set. 2006.

MINAYO, M.C.S. **O desafio do conhecimento**. Pesquisa qualitativa em saúde. 14. ed. São Paulo: HUCITEC, 2014.

OLIVEIRA, M. L. R. S. *et al.* Ansiedade ao tratamento odontológico: perfil de um grupo de adultos em situação não clínica. **Arq. Cienc. Saúde UNIPAR**, Umuarama, v. 19, n. 3, p.165-70, set./dez. 2015.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. **Classificação Internacional das Doenças. 199** . Disponível em: <https://bvsms.saude.gov.br/organizacao-mundial-da-saude-divulga-nova-classificacao-internacional-de-doencas/>. Acesso em: 30 abr. 2021.

PIOVESAN, Affonso; NAHAS, William Carlos. Estado atual do transplante renal no Brasil e sua inserção no contexto mundial. **Revista de Medicina**, São Paulo, v. 97, n. 3, p. 334-9, 2018.

POLLO, Vera; CHIABI, Sandra. A angústia: conceito e fenômenos. **Revista de Psicologia**, Fortaleza, v. 4, n. 1, p. 137-54, 2013.

RESENDE, Vera Lúcia Silva. **A história da Odontologia**. Belo Horizonte: Faculdade de Odontologia da UFMG, 1994.

SCANDIUZZI, Simone *et al.* Avaliação do status de ansiedade durante o atendimento odontológico. **Rev Cubana Estomatol**, Havana, v. 56, n. 1, p. 33-41, fev. 2019.

VINUTO, J. A amostragem em bola de neve na pesquisa qualitativa: um debate em aberto. **Temáticas**, Campinas, SP, v. 22, n. 44, p. 203–220, 2014.

CAPÍTULO 2

ANÁLISE DA SAÚDE DOS IDOSOS OCTAGENÁRIOS DE MARINGÁ-PR

Data de aceite: 01/03/2022

Data de submissão: 16/02/2022

Célia Maria Gomes Labegalini

Universidade Estadual do Paraná - UNESPAR
Paranavaí – PR
<https://orcid.org/0000-0001-9469-4872>
<http://lattes.cnpq.br/0026263831825992>

Nayara Aparecida Vilela da Silva

Faculdade Santa Maria da Glória – SMG
Maringá – PR
<http://lattes.cnpq.br/1214772367685180>
<https://orcid.org/0000-0002-9968-1963>

Iara Sescon Nogueira

Centro Universitário Ingá – UNINGÁ
Maringá – PR
<https://orcid.org/0000-0001-5815-9493>
<http://lattes.cnpq.br/8164339764901005>

Heloá Costa Borim Christinelli

Universidade Estadual do Paraná - UNESPAR
Paranavaí – PR
<https://orcid.org/0000-0003-0772-4194>
<http://lattes.cnpq.br/7222741015173387>

Dandara Novakowski Spigolon

Universidade Estadual do Paraná - UNESPAR
Paranavaí – PR
<https://orcid.org/0000-0002-9615-4420>
<http://lattes.cnpq.br/1655443191957455>

Kely Paviani Stevanato

Universidade Estadual do Paraná - UNESPAR
Paranavaí – PR
<https://orcid.org/0000-0003-1872-8246>
<http://lattes.cnpq.br/3877090200945626>

Barbara Andreo dos Santos Liberati

Universidade Estadual do Paraná - UNESPAR
Paranavaí – PR
<https://orcid.org/0000-0003-3678-7530>
<http://lattes.cnpq.br/3669646407752029>

Mariana Pissoli Lourenço

Universidade Estadual de Maringá – UEM
Maringá – PR
<https://orcid.org/0000-0003-4097-5040>
<http://lattes.cnpq.br/0544903529001529>

Poliana Avila Silva

Universidade Estadual do Mato Grosso do Sul
– UEMS
Dourados – MS
<https://orcid.org/0000-0002-5930-7424>
<http://lattes.cnpq.br/3156951423567955>

Ana Carolina Simões Pereira

Universidade Estadual do Paraná - UNESPAR
Paranavaí – PR
<https://orcid.org/0000-0001-6075-665X>
<http://lattes.cnpq.br/8961460143905019>

Pedro Henrique Alves de Paulo

Universidade Estadual do Paraná - UNESPAR
Paranavaí – PR
<https://orcid.org/0000-0003-0772-7838>
<http://lattes.cnpq.br/3023650680585445>

Gabriela Monteiro Silva

Universidade Estadual do Paraná - UNESPAR
Paranavaí – PR
<https://orcid.org/0000-0001-8911-7704>
<http://lattes.cnpq.br/2644394775624236>

RESUMO: As alterações econômicas, sociais, tecnológicas e científicas permitiram o aumento da expectativa de vida e a longevidade. Idosos com 80 anos ou mais são frequentes em nossa sociedade e essa faixa etária vem aumentando significativamente. Objetivou-se analisar os idosos com 80 anos ou mais atendidos pelas equipes Estratégia Saúde da Família (ESF) de Maringá-PR-BR. Pesquisa quantitativa, do tipo descritiva e exploratória, sobre o dimensionamento espacial dos idosos octogenários residentes no Município de Maringá-PR e vinculados as Unidades Básicas de Saúde, considerando as variáveis: equipe da ESF, sexo, idade, núcleo familiar e condições de saúde. Os dados desse estudo foram obtidos dos cadastros dos idosos vinculados as 72 equipes da ESF do Município de Maringá-PR, por meio dos relatórios gerados pelo Sistema Gestor da Secretaria Municipal de Saúde (SMS). Foram gerados relatórios por equipes da ESF, os dados foram tabulados em planilha do *Microsoft Excell*. Os mesmos foram analisados utilizando estatística descritiva simples. Seguimos todos os preceitos éticos da Resolução 466/2012. As pessoas com 80 anos ou mais correspondem a 2,8% da população total do município e a 16,8% da população idosa. Os octogenários são predominantemente (59,1%) mulheres, possuem doenças crônicas, com destaque para hipertensão arterial (52,7) e diabetes (15,3). As doenças transmissíveis possuem incidência insignificante, correspondendo a menos de 0,1%. Os dados demonstram que o avançar da idade garante menos doenças, podendo-se inferir que as pessoas com idade acima de 100 anos obtiveram essa longevidade por não possuir doenças, visto que 55,7% dos idosos estudados nessa faixa etária não possuíam nenhuma patologia. Assim a longevidade associa-se a não ter uma doença crônica de base. Conclui-se que Maringá possui um número expressivo de idosos octogenários, sendo imprescindível destinar ações de saúde pública específica para esse grupo populacional e suas especificidades

PALAVRAS-CHAVE: Idoso; Octogenário; Condições de Saúde.

HEALTH ANALYSIS OF OCTAGENARY ELDERLY IN MARINGÁ-PR

ABSTRACT: The economic, social, technological and scientific changes allowed the increase in life expectancy and longevity. Elderly people aged 80 and over are frequent in our society and this age group has been increasing significantly. The objective was to analyze the elderly aged 80 years or older assisted by the Family Health Strategy (ESF) teams in Maringá-PR-BR. Quantitative, descriptive and exploratory research on the spatial dimensioning of the octogenarian elderly residing in the Municipality of Maringá-PR and linked to the Basic Health Units, considering the variables: FHS team, gender, age, family nucleus and health conditions. The data of this study were obtained from the records of the elderly linked to the 72 teams of the FHS in the Municipality of Maringá-PR, through the reports generated by the Management System of the Municipal Health Department (SMS). Reports were generated by ESF teams, the data were tabulated in a Microsoft Excel spreadsheet. They were analyzed using simple descriptive statistics. We follow all the ethical precepts of Resolution 466/2012. People aged 80 or over correspond to 2.8% of the total population of the municipality and 16.8% of the elderly population. Octogenarians are predominantly (59.1%) women, have chronic diseases, especially arterial hypertension (52.7) and diabetes (15.3). Communicable diseases have an insignificant incidence, corresponding to less than 0.1%. The data show that advancing age guarantees fewer diseases, and it can be inferred that people over 100 years old obtained this longevity because they did not have diseases, since 55.7% of the elderly studied in this age

group did not have any pathology. Thus, longevity is associated with not having an underlying chronic disease. It is concluded that Maringá has an expressive number of octogenarian elderly, and it is essential to allocate actions.

KEYWORDS: Old man; Octogenarian; Health conditions.

1 | INTRODUÇÃO

O envelhecimento é um processo natural na vida do ser humano, no início da civilização o envelhecimento era entendido como algo bom, pois quanto mais a pessoa envelhecia, mais sábia era considerada, e ela era o ser responsável por transferir os costumes e tradições de geração à geração. Os idosos, somente tinham respeito, alimento e cuidados se fossem considerados úteis, os que eram dementes, não tinham consideração dos mais novos, eram sacrificados ritualmente ou abandonados, onde morriam de fome ou doença. Gregos, Romanos, Renascentistas e outros povos, praticavam e forçavam o suicídio na velhice, uma das formas é a prática da eutanásia (NORO, 2015; DALLEPIANE, 2009).

Dados estatísticos governamentais, demonstram que desde 1940, ocorreu um aumento de 30 anos na expectativa de vida no Brasil, ultrapassando uma média que era de 45,5 para 75,5 anos. Observa-se que a maior predominância é do gênero feminino, com idade de 80-89 anos. Este fato acontece porque as mulheres estão menos expostas a condições de risco, além de procurar mais os serviços de saúde, mantendo ações de prevenção e autocuidado, porém as mulheres têm maior predisposição a desenvolver problemas físicos e mentais. Destaca-se que a maior parte dos idosos no Brasil vivem em suas moradias sozinhos, devido ter dependência funcional (JORGE *et al.*, 2017).

O envelhecimento populacional, deve ser discutido desde a juventude, com foco em suas especificidades e implicações, buscando prevenir agravos, criando estratégias para dar a esta população na velhice uma melhor qualidade de vida. Por este motivo, deve ser orientados sobre a aposentadoria, onde os governantes junto com as empresas, abordem os funcionários, no início da sua vida laborativa, e os informe sobre suas implicações, estimulando medidas preventivas, onde tornará menos traumática a transição da etapa da vida ativa para a vida de aposentados (DALLEPIANE, 2009).

Ao inserir as pessoas idosas no meio social, para que os mesmo sejam autônomos e independentes, foram criadas atividades como: bailes, artesanato, exercícios físicos, canto, teatro, leitura, que estimulam a comunicação. Quando os idosos participam de um grupo de terceira idade, apresentam uma promoção e a manutenção de uma velhice saudável (DALLEPIANE, 2009).

O governo deve garantir políticas públicas, onde os idosos tenham direitos fundamentais como a habilitação, renda, alimentação, entre outros. E devem desenvolver ações focada nas necessidades específicas da população idosa, através de centros de

convivência, assistência à saúde especializada, centros-dia, serviços de apoio domiciliar ao idoso, programas de medicamentos, universidades da terceira idade, entre outros (DALLEPIANE, 2009).

Do ponto de vista fisiológico, com o envelhecimento o corpo sofre mudanças biológicas, orgânicas, emocionais, cognitivas e motoras. O envelhecimento pode ser acompanhado de patologias, e estas impactam no auto cuidado, fazendo com que as pessoas necessitem de cuidados de terceiros (NORO, 2015).

Cabe destacar que todas as pessoas envelhecem, mas cada uma em circunstâncias diferentes, por isso muitos conseguem manter a qualidade de vida, e são chamados de idosos ativos e independentes. Outros têm necessidades especiais, pois estão em condições de morbidade, e necessitam de cuidados, como: ajudar a caminhar, tomar banho, se vestir, comer, entre outros (GARCES, 2013; CAMPOS *et al.*, 2016).

Portanto, para ter um envelhecimento saudável é necessário ter qualidade de vida durante todas as fases do ciclo vital, e conseqüentemente vários fatores contribuem, desde genéticos, como: hábito saudável e boa condição de moradia para se viver, além de ter uma vida fisicamente e cognitivamente ativa. Trata-se de um processo onde abrange a realização pessoal, tendo como objetivo principal a independência e autonomia (GARCES, 2013; CAMPOS *et al.*, 2016).

Para obter uma velhice com saúde, deve-se ter um estilo de vida saudável, desde a infância. Para tal, é importante desenvolver e exercitar hábitos de vida saudáveis, tais como: alimentação adequada, praticar exercícios, não usar drogas e diminuir o estresse (DALLEPIANE, 2009).

No programa de promoção da saúde e prevenção de enfermidades, incentiva-se as pessoas a realizar regularmente exercícios físicos, uma alimentação equilibrada, e adoção de medidas profiláticas como a imunização das pessoas com 60 anos ou mais (DALLEPIANE, 2009).

Outro fator que melhora a qualidade de vida dos idosos é o Círculo Familiar, pois, quando mantém a tradição e o vínculo familiar, melhora a condição emocional e psicológica, já que os sentimentos de respeito e amor aumentam o bem estar (DALLEPIANE, 2009).

Ainda com o aumento da população, especialmente dos octogenários, ocorrem problemas ao Estado, especialmente no que se refere a economia e a saúde, pois aumenta-se a ocorrência de doenças crônico-degenerativas. Devido as estas patologias, as pessoas perdem a capacidade funcional, o que prejudica a independência e autonomia, e estas condições fragilizam a qualidade de vida e saúde, necessitando de cuidados permanentes (COURA *et al.*, 2015).

Dados estatísticos relatam que os idosos apresentam mais problemas de saúde do que a população em geral, a metade dos idosos apresentam algum problema de saúde, 23,1% possuem morbidades crônicas, 85% da população idosa fazem uso de pelo menos um medicamento regularmente, 50% utilizam dois a três medicamentos diariamente, os

mais utilizados são: anti-hipertensivos, hipoglicemiantes e antidepressivos. Deste modo, devemos direcionar um olhar analítico aos idosos, atentando-se as enfermidades já adquiridas e buscando recuperar a saúde, independência e autonomia (DALLEPIANE, 2009).

Para isso, o Governo deve investir no desenvolvimento de ações e políticas públicas direcionadas a área de Gerontogeriatría, ampliando a profissionalização dos profissionais de saúde e dos enfermeiros nessa área, para melhorar a qualidade de vida dos idosos. Além de educar a população fornecendo cursos profissionalizantes aos familiares, para que os mesmos tenham habilidades para realizar os cuidados, dando qualidade a vida e a saúde dos idosos (COURA *et al.*, 2015).

Ao capacitar a Enfermagem voltada à prática da gerontologia, é possível alcançar metas que direcionem a um atendimento integral ao idoso e a sua família, no que diz respeito: à promoção de viver saudável e controle no curso do envelhecimento; tratamentos e cuidados específicos, e facilitação do processo do cuidar (POARO *et al.*, 2013).

Dada à fragilidade desses idosos, principalmente dos octogenários, vários necessitam de cuidados, e quem assume esses papéis, em geral são os cuidadores familiares. Estes normalmente não possuem nenhum preparo técnico e psicológico para realizar os mesmos, e muitos não têm condições financeiras para pagarem um cuidador ou enfermeiro para prestar assistência ao seu familiar (COURA *et al.*, 2015).

Deve-se dar maior atenção aos idosos e seus cuidadores no âmbito institucional, político, econômico e da saúde, pois têm necessidades especiais, e precisam de ajuda em todos os aspectos. Devido a mudança do perfil demográfico mundial, é necessária uma reestruturação social, política e econômica, sendo indispensável a criação de novos espaços, serviços de saúde, e reformulação de conceitos e posturas, adequando-se às necessidades da terceira idade (ZIMERMAN, 2000).

Portanto, é importante partir da apreensão do território para o planejamento e organização da atenção primária em saúde, a fim de tornar as práticas de atenção à saúde do idoso oportuna e qualificada. Considerando as lacunas do conhecimento científico e técnico em relação a localização dos idosos e suas condições de saúde em Maringá-PR, e suas possíveis influências no planejamento de ações para este grupo etário, esse estudo pode contribuir para melhoria na atenção ao idoso. Assim, objetivou-se analisar os idosos com 80 anos ou mais atendidos pelas equipes Estratégia Saúde da Família de Maringá-PR-BR.

2 | DELINEAMENTO DO ESTUDO

Tratou-se de uma pesquisa quantitativa, do tipo descritiva e exploratória, sobre os idosos residentes no Município de Maringá-PR e vinculados as Unidades Básicas de Saúde quanto as suas condições de saúde, considerando as variáveis: equipe de Estratégia Saúde

da Família, sexo, idade, núcleo familiar e condições de saúde.

Os dados desse estudo foram coletados nos cadastros dos idosos vinculados as 72 equipes da Estratégia Saúde da Família (ESF) do Município de Maringá-PR. Os critérios de inclusão serão: ter idade igual ou superior a 80 anos, estar cadastrado no sistema Gestor no momento da coleta de dados, e de exclusão: ausência de informações cadastrais.

Os dados foram coletados por meio dos relatórios gerados pelo Sistema Gestor da Secretaria Municipal de Saúde (SMS) de Maringá-PR. Foram gerados relatórios por equipes da ESF, os dados foram tabulados em planilha do *Microsoft Excell* com as seguintes informações: Nome da Unidade Básica de Saúde, número da equipe da Estratégia Saúde da Família (ESF), código do usuário, nome do usuário, sexo, data de nascimento, nome da mãe, número do cartão nacional de saúde e condições ou doenças referidas, classificada em: hipertensão arterial, diabetes, epilepsia, doença mental, alcoolismo, tabagismo e se encontra-se acamado.

Os dados foram analisados por estatística, a qual objetiva descrever e resumir um grande volume de dados. Trata-se de um ramo da estatística que aplica várias técnicas para descrever e sumarizar um conjunto de dados. Os mesmos foram tabulados em planilha do *Microsoft Excell* (DRUCK et al. 2004; RABELO; LEITE; MORAIS, 2014). Os dados organizados das UBS foram agrupados nas regiões de saúde, para permitir sua análise e apresentação.

O estudo seguiu todos os preceitos éticos da Resolução 466/2012, do Conselho Nacional de Saúde. Possui autorização do órgão competente da Secretaria Municipal de Saúde de Maringá-PR, e aprovação do Comitê Permanente de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Estadual de Maringá, sob parecer nº 2.798.351/2018 (CAAE: 90116518.3.0000.0104). Os dados de identificação dos pacientes foram preservados garantindo confidencialidade e anonimato dos mesmos

3 | CARACTERÍSTICAS DOS OCTAGENÁRIOS DE MARINGÁ-PR-BR

As unidades de saúde de Maringá-PR possuem 291.188 pessoas cadastradas em suas áreas de abrangências, destas 17,1% (N= 49.659) são idosas (Tabela 1), o que corrobora aos dados nacionais e estaduais. Em 2015, no Brasil, a população idosa representava 14,3% da população geral, e no Paraná, 14,6%, sendo o nono estado com a maior população idosa do país (PARANÁ, 2017).

Projeta-se aumento do percentual de idosos para 18,8% em 2030 e para 29,3% em 2050 no Brasil. No Paraná, estima-se que o aumento populacional avance mais rapidamente e que em 2030 os idosos representem 29,9% da população geral no estado (PARANÁ, 2017).

Regiões	Número de UBS	Número de ESF	População total atendida	Total idosos N	%
Pinheiros	4	12	52921	7987	15,1
Zona Sul	6	11	39215	6139	15,7
Iguaçu	6	10	40971	7601	16,9
Quebec	4	11	43435	7023	16,2
Tuiuti	5	14	53857	10933	20,3
Zona 07	3	05	18525	3974	21,5
Mandacaru	5	11	42264	6002	14,2
Maringá	33	74	291188	49659	17,1

Tabela 1 – Caracterização das regiões, segundo número de UBS, número de ESF, população atendida e total de idosos. Maringá (PR), 2018.

Fonte: Gestor Saúde Maringá.

A Tabela 1 apresenta que a região de saúde com maior concentração de idosos é a Zona 7, com 21,5 % de população idosa, seguida da Tuiuti e Iguaçu, sendo que estas possuem número acima da média municipal de 17,1%. As regiões que possuem maior número de idosos são as que abrangem os bairros mais antigos da cidade, que tiveram grande expansão populacional na década de 1950, a saber: Vila Operária e Maringá, seguidos pelas zonas 1, 7 e 6. (MARINGÁ, 2018). Nessas regiões, os pioneiros fizeram suas casas e mantiveram-se até os dias atuais, tornando os bairros compostos por população envelhecida.

Região	Faixa Etária									
	60 e 69		70 e 79		80 e 89		90 e 99		100 anos ou mais	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Pinheiros	4430	55,5	2438	30,5	939	11,8	166	2,1	14	0,2
Zona Sul	3117	50,8	1982	32,3	864	14,1	165	2,7	11	0,2
Iguaçu	3749	49,3	2508	33,0	1082	14,2	247	3,2	15	0,2
Quebec	3988	56,8	2080	29,6	782	11,1	161	2,3	12	0,2
Tuiuti	5175	47,3	3701	33,9	1730	15,8	310	2,8	17	0,2
Zona 7	1756	44,2	1345	33,8	716	18,0	153	3,9	4	0,1
Mandacaru	3151	52,5	1904	31,7	782	13,0	151	2,5	14	0,2
Maringá	25366	51,1	15958	32,1	6895	13,9	1353	2,7	87	0,2

Tabela 2 – Número absoluto e porcentagem de idosos por região de saúde, segundo faixa etária. Maringá (PR), 2018.

Fonte: Gestor Saúde Maringá.

Dentre os idosos, a região Zona 7 é a que possui maior número de idosos com 80 anos ou mais, correspondendo a 18% (n=85.92) da população idosa atendida, seguida da Tuiti, Iguaçu e Zona Sul, com médias acima da municipal (Tabela 2).

Os dados do estudo demonstram que em Maringá as pessoas com 80 anos ou mais correspondem a 2,8% da população total e a 16,8% da população idosa, no Paraná, em 2015, 12,4% da população idosa estadual possuía mais de 80 anos (PARANÁ, 2017), demonstra-se que o município está em consonância aos dados estaduais (Tabela 2).

Faixa Etária	Masculino		Feminino		Total
	N	%	N	%	N
80-89 anos	2941	41,6	4129	58,4	7070
90-99 anos	549	38,4	881	61,6	1430
100 ou mais	28	30,4	64	69,6	92
TOTAL	3518	40,9	5074	59,1	8592

Tabela 3 – Número absoluto e porcentagem de idosos por sexo, segundo faixa etária. Maringá (PR), 2018.

Fonte: Gestor Saúde Maringá.

A Tabela 3 apresenta um fenômeno inerente ao envelhecimento populacional, a feminilização da velhice, pois 59,1% dos idosos são mulheres, e esta porcentagem eleva-se seguindo o aumento do número de anos vividos, as 69,6 das pessoas com 100 anos ou mais no município em questão são mulheres, aumentando ainda mais a discrepância entre os sexos. O sexo feminino foi prevalente em outros estudos, fazendo-se necessária ampliação de estudos e políticas de saúde pública que incorporem o conceito gênero e envelhecimento em seu delineamento (SILVA *et al.*, 2018).

Além disso, considerando as especificidades das mulheres, esse público pode estar mais predisposto às doenças e problemas relacionados à adaptação às mudanças fisiológicas decorrentes da idade, que são agravadas pela pobreza, gestações múltiplas, desgaste físico e psicológico das árduas jornadas de trabalho, pela falta de atividade física, além de sua subordinação social e econômica frente à figura masculina (FIQUEIREDO, 2017). Cabe destacar que as mulheres apresentam piores resultados de qualidade de vida em relação aos homens, e que os índices de insatisfação aumentam com a idade (DANIEL *et al.*, 2018).

Concomitantemente às modificações demográficas, está ocorrendo mudanças no perfil epidemiológico da população, fato que levou a alterações no quadro de morbimortalidade, permitindo a longevidade (PARANÁ, 2017).

Condição de saúde	Faixa etária							
	80 a 89 anos		90 a 99 anos		100 anos ou mais		Total	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Hipertensão Arterial	3786	53,6	715	50,0	24	26,1	4525	52,7
Diabetes Melitus	1146	16,2	161	11,3	4	4,3	1311	15,3
Acamado	185	2,6	106	7,4	12	13,0	303	3,5
AVC	150	2,1	38	2,7	0	0,0	188	2,2
Transtorno Mental	218	3,1	42	2,9	1	1,1	261	3,0
Tabagista	129	1,8	12	0,8	1	1,1	142	1,7
Deficiênci	69	1,0	16	1,1	1	1,1	86	1,0
Etilista	31	0,4	2	0,1	1	1,1	34	0,4
Chagas	17	0,2	3	0,2	1	1,1	21	0,2
Epilepsia	11	0,2	1	0,1	0	0,0	12	0,1
Hepatite	07	0,1	0	0,0	0	0,0	7	0,1
Hanseníase	04	0,1	1	0,1	0	0,0	5	0,1
Tuberculose	01	0,0	0	0,0	0	0,0	1	0,0

Legenda: AVC - Acidente Vascular Cerebral.

Tabela 4 – Número absoluto e porcentagem de condições de saúde dos idosos, segundo faixa etária. Maringá (PR), 2018.

Fonte: Gestor Saúde Maringá.

As doenças crônicas são mais prevalentes nos idosos do Município, com destaque para hipertensão arterial e diabetes. As doenças transmissíveis possuem incidência insignificante no local (ARANÁ, 2017).

Nos últimos 40 anos o cenário da mortalidade e da epidemiologia transformou-se em enfermidades crônicas, onerosas e típicas da terceira idade. Estas usualmente são associadas, tornando a pessoas portador de múltiplas doenças, que, por sua cronicidade perduram por anos, e exigem cuidados constantes, medicação contínua e exames periódicos, necessitando de uma reorganização pessoal, familiar e social para atender essas novas demandas (PARANÁ, 2017).

As doenças infectocontagiosas, que representavam cerca de metade das mortes registradas no País em meados do século XX, atualmente correspondem a menos de 10%, e no município em tela, a menos 1% em Maringá (PARANÁ, 2017)

O envelhecimento está associado ao aumento na prevalência de doenças crônico não transmissíveis (DCNT), destacando-se: as doenças osteoarticulares, hipertensão artéria sistêmica, doenças cardiovasculares, diabetes mellitus, doenças respiratórias crônicas, doença cerebrovascular e o câncer (CAMPOLINA *et al.*, 2013).

Dessa forma, tanto nos países desenvolvidos, como nos em desenvolvimento, o

envelhecimento populacional tem aumentado os índices de óbitos causados pelas DCNT. No ano de 2005, cerca de 35 milhões de pessoas morreram por DCNT no mundo, e corresponde a 72,4% das mortes ocorridas no Brasil, em 2009 (BARRETO et al.,2015).

Dessa forma, faz-se necessário o surgimento de políticas públicas que, verdadeiramente, atendessem suas reais necessidades, contudo elas não conseguiram diminuir os agravos e os óbitos decorrentes das doenças crônicas mais comuns nos idosos (BARRETO et al.,2015).

Atualmente 66,3% das pessoas possuem DCNT no Brasil, e as análises têm mostrado que a eliminação de doenças crônicas poderia levar a ganhos em expectativa de vida livre e diminuição das incapacidades 2009 (BARRETO et al.,2015).

Em relação à mortalidade de idosos, os principais grupos de causas em 2015 foram as doenças cardiovasculares, seguidas pelas neoplasias, doenças do aparelho respiratório, doenças endócrinas e metabólicas e doenças do aparelho digestivo, nesta ordem, alguns desses desfechos estão associados as patologias da Tabela 4.

Número comorbidades	80-89 anos		90-99 anos		100 anos ou mais	
	N	%	N	%	N	%
0	2748	33,5	583	37,0	54	55,7
1	3998	48,7	719	45,6	33	34,0
2	1261	15,3	206	13,1	8	8,2
3	177	2,2	60	3,8	2	2,0
4	26	0,3	7	0,4	0	0,0
5	3	0,1	0	0,0	0	0,0

Tabela 5 – Número absoluto de comorbidades dos idosos, segundo faixa etária. Maringá (PR), 2018.

Fonte: Fonte: Gestor Saúde Maringá.

Além do tipo de doenças, a quantidade das mesmas são um fator preocupante no cuidado ao idoso. Os dados demonstram que o avançar da idade garante menos doenças, podendo-se se inferir que as pessoas com idade acima de 100 anos obtiveram essa longevidades por não possuir doenças, visto que 55,7% dos idosos estudados nessa faixa etária não possuíam nenhuma patologia. Assim a longevidade associa-se a não ter uma doença crônica de base.

A polipatologia, que é possuir mais de 5 diagnósticos de doenças é comum ao idoso, e aliado a poli-incapacidades e a polifarmácia, constitui-se como um dos principais fatores de risco para a iatrogênia. A ocorrência de múltiplas doenças crônicas entre idosos é prevalente no público idoso nacional e pode estar relacionado pela participação de vários profissionais e prescrição de várias medicações, muitas vezes ocasionando riscos e mesmo

prejuízos à saúde do idoso (PARANÁ, 2017).

Mudanças fisiológicas relacionadas ao envelhecimento como mudanças na composição corporal e redução das funções hepática e renal podem alterar em muito a farmacocinética e farmacodinâmica de diversas drogas, fazendo com que os indivíduos idosos estejam suscetíveis, com maior frequência, a efeitos adversos ou terapêuticos mais intensos (PARANÁ, 2017), o que leva a maior risco em indivíduos com polipatologia, por isso, estes possuem maior chances de iatrogênias.

4 | CONSIDERAÇÕES FINAIS

O envelhecimento é um dos fenômenos que evidencia a sociedade atual. As pessoas com 80 anos ou mais, correspondem a 2,8% da população total do município e a 16,8% da população idosa.

A cidade de Maringá apresenta maior número de proporção de idosos no Estado do Paraná, estes localizam-se predominantemente nos bairros mais antigos da cidade, e são caracterizados principalmente pelo sexo feminino. Destaca-se que a cidade possui mais número de idosos acima de 100 anos, do que nas outras cidades no Paraná.

Os octogenários possuem doenças crônicas, com destaque para hipertensão arterial (52,7%) e diabetes (15,3%). As doenças transmissíveis possuem incidência insignificante correspondendo a menos de 0,1%.

Destaca-se também que os idosos de 80 anos, possui um maior número de doenças do que idosos de 100 anos, mostrando que a longevidade tem a ver com o número de doenças. Os dados demonstram, assim, que o avançar da idade garante menos doenças, podendo-se inferir que as pessoas com idade acima de 100 anos obtiveram essa longevidade por não possuir doenças, visto que 55,7% dos idosos estudados nessa faixa etária não possuíam nenhuma patologia. Assim a longevidade associa-se a não ter doença crônica de base.

Conclui - se que Maringá tem um número expressivo de idosos, que alguns bairros possuem mais número de idosos do que outros, devendo então as ações de saúde serem direcionados atendendo as demandas de cada local, mas que conseqüentemente o Município todo desenvolva ações para os idosos, pois todo o município tem um alto número de idosos.

Conseqüentemente o Sistema Único de Saúde tem que estar preparado para esse novo público. Realizando ações que ampliem a expectativa de vida com qualidade, predominantemente para as idosas do sexo feminino, garantindo além de assistência à saúde, ações sociais e econômicas.

Para tal, a enfermagem e os profissionais de saúde pública deve estar preparada para cuidar com qualidade e integralidade deste novo público de idosos – octogenários –, para isso devem buscar ações de educação, como especializações, ou o próprio serviço

oferecendo capacitações para estes profissionais

O estudo apresenta como limitações: número restrito de dados e de informações, por serem disponíveis no banco. Assim, algumas outras informações seriam importantes, porém no sistema gestor inexistem.

REFERÊNCIAS

ALBERTI, G. F.; ESPÍNDOLA, R. B.; CARVALHO, S. O. R. M. A qualificação profissional do enfermeiro da atenção primária no cuidado com o idoso. **Revista de Enfermagem UFPE On Line (REUOL)** v.8, n. 8, p.2805-2810, 2014.

ALENCAR, M.S.S.; LEITE, A.L.I.; MEMORIA, S.V.F.; SOUSA, J.M.S. Percepções dos profissionais da saúde da família a respeito da atenção à pessoa idosa em Teresina-Pi. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, Rio de Janeiro, v.12, n.3, p.475-486, 2010.

BRITO, R. F. S. L. V.; LEAL, M. C. P.; ARAGÃO, J. A.; MAIA, V. L. L. B.; LAGO, E. C.; FIGUEREDO, L. S. O idoso na estratégia saúde da família: atuação do enfermeiro durante o envelhecimento ativo. **Revista Interdisciplinar**, v.8, n. 4, p. 99-108, 2015.

CAMARANO, A.A. **Estatuto do Idoso: avanços com contradições**. Rio de Janeiro: IPEA, 2013.

CAMPOLINA, A.G.; ADAMI, F.; SANTOS, J.L.F.; LEBRÃO, M.L. A transição de saúde e as mudanças na expectativa de vida saudável da população idosa: possíveis impactos da prevenção de doenças crônicas. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 29, n. 6, p. 1217-1229, 2013.

CAMPOS, A.C.V.; FERREIRA, E.F.; VARGAS, A. M.D.; GONÇALVES, L.H.T. Perfil do envelhecimento saudável de idosos brasileiros octogenários. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**. São Paulo, v.24, 2016.

COURA, A.S.; NOGUEIRA, C.A.; ALVES, F.P.; ARAGÃO, J.S.; FRANÇA, I.S.X.; MEDEIROS, K.K.A.S. A qualidade de vida dos cuidadores de octogenários: um estudo com o Whoqol-Bref. **Investigación y Educación en Enfermería**, v. 33, n. 3, p. 529-538, 2015.

CRUZ, C. R.; Origem e evolução da Seguridade Social no Brasil. **Revista JusBrasil**, 2016.

DALLEPIANE, L.B. **Envelhecimento Humano: Campo de saberes e práticas em saúde coletiva**. Ijuí (RS): Editora Unijuí, 2009.

DANIEL, F.; MONTEIRO, R.; ANTUNES, S.; FERNANDES, R. FERREIRA, P. L. Health-Related Quality of Life of Elderly under a Gender Perspective. **Port J Public Health**. s/v, n.2, p. 1-7, 2018.

DRUCK, S.; CARVALHO, M.S.; CÂMARA, G.; MONTEIRO, A.V.M. (eds). **Análise Espacial de Dados Geográficos** Brasília (DF): EMBRAPA, 2004. Disponível em: <<http://www.dpi.inpe.br/gilberto/livro/analise/>>. Acesso em: 13 fev. 2018.

FERNANDES, M. T. O.; SOARES, S. M. O desenvolvimento de políticas públicas de atenção ao idoso no Brasil. **Revista Escola de Enfermagem USP**, v.46, n.6, p.1494-1502, 2012. Di

FIGUEIREDO, M.L.F. Sintomas depressivos em idosas: conhecer para cuidar. **Rev Rene**. v. 18, n.2, p.147, 2017.

GARCES, S.B.B.; FIGUEIRO, M.F.; HANSEN, D. ROSA, C.B.; COSER, J.; BIANCHI, P. D.A.; KRUG, M.R.; BRUNELLI, A. V.; KAEFER, C.T; LÍRIO, J. P. Qualidade de vida em idosos com mais de 80 anos da cidade de Cruz Alta. **HVIII Seminário**. Cruz Alta- RS, 2013.

JORGE, M.S.G.; LIMA, W.G.; VIEIRA, P.R.; VOGELMANN, S. C.; MYRA, R. S.; WIBELINGER, L.M. Caracterização do perfil Sociodemográfico, da condições de saúde e das condições sociais de idosos octogenários. **Revista Saúde e Pesquisa**, Maringá –PR, v. 10, n. 1, p. 61-73, 2017.

LIBERALESSO, T.E.M.; DALLAZEN, F.; BANDEIRA, V.A.C.; BERLEZI, E.M. Prevalência de fragilidade em uma população de longevos na região Sul do Brasil. **Saúde em Debate**, v. 41, p. 553-562, 2017.

MENDES, C. K. **Representações sociais dos trabalhadores de saúde da atenção básica sobre envelhecimento e o atendimento ao idoso**. Universidade Federal do Rio Grande do Norte (doutorado), Centro de ciências da Saúde, Programa de Pós- Graduação em Ciências as Saúde, 2011.

MICHEL, T.; LENARDT, M.H.; WILLIG, M.H.; ALVAREZ, A.M. Do real ao ideal - o (des)cuidar da saúde dos idosos longevos. **Revista Brasileira de Enfermagem**. Brasília, v. 68, p. 398-405, 2015.

NORO, A.N.; Configuração do processo de envelhecimento no ocidente. **Universidade Regional do Noroeste do Estado do Rio grande do Sul**. Ijuí-RS, 2015. Disponível em: <<http://bibliodigital.unijui.edu.br:8080/xmlui/bitstream/handle/123456789/3418/TCC%20ANDRESSA%20NORO%20FORMATADO.pdf?sequence=1>>. Acesso em: 16 fev. 2018.

PARANÁ. Secretaria de Estado da Saúde do Paraná. Superintendência de Atenção à Saúde. **Linha guia da saúde do idoso**. 1 ed. Curitiba (PR): SESA, 2017.

PILGER, C.; DIAS, J. F.; KANAWAVA, C.; BARATIERI, T.; CARREIRA, L. Compreensão sobre o envelhecimento e ações desenvolvidas pelo enfermeiro na atenção primária à saúde. **Ciência y Enfermería**, v.19, n.1, p.61-73, 2013.

POLARO, S.H.I.; GONCALVES, L. H.T.; ALVAREZ, A. M. Construindo o fazer gerontológico pelas enfermeiras das Unidades de Estratégia Saúde da Família. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v.47, n.1, p .160-167, 2013.

MARINGÁ. Prefeitura Municipal de Maringá. Nossa Cidade. Histórico do Município, A Companhia de Terras Norte do Paraná. **O Diário**. Maringá, 2018. Disponível em: <<http://www2.maringa.pr.gov.br/turismo/?cod=nossa-cidade/2>>. Acesso em: 01 out.2018.

RABELO, D.R.; LEITE, A.C.S.; MORAIS, J.S.D. Análise geoespacial-atendimento a pacientes com dor torácica aguda em Fortaleza-CE. **Extensão em Ação**, Fortaleza v. 1, n. 6, p. 45 – 54, jan/jul. 2014.

ROACH, S.S. **Introdução à Enfermagem Gerontológica**. Rio de Janeiro (RJ): Editora Guanabara Koogan, 2003.

RODRIGUES, R.A.P.; KUSUMOTA, L.; MARQUES, S.; FABRICIO, S. C. C.; CRUZ, I.R.; LANGE, C. Política Nacional da Atenção ao Idoso e a Contribuição da Enfermagem. **Revista Texto & Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v.16, n,3, p.536-545, jul./set. 2007.

SILVA, P. B. Perfil sociodemográfico e clínico de idosos acompanhados por equipes de Saúde da Família sob a perspectiva do gênero. **Revista de Pesquisa: Cuidado é Fundamental Online**, Rio de Janeiro, v. 10, n. 1, p. 97-105, jan. 2018.

TESTON, E.F.; MARCON, A.S. A constituição de domicílios unipessoais em condomínio específico para idosos. **Revista de Enfermagem Uerj**. Rio de Janeiro, v. 22, n. 5, p. 610-614, 2014.

ZIMERMAN, G.I. **Velhice**: aspectos biopsicossociais. Porto Alegre(RS): Artimed Editora, 2000.

CAPÍTULO 3

APERFEIÇOAMENTO EM GERÊNCIA DE UNIDADES BÁSICAS DE SAÚDE: A EXPERIÊNCIA DA EDUCAÇÃO PERMANENTE DE PORTO VELHO, RONDÔNIA, BRASIL

Data de aceite: 01/03/2022

Data de submissão: 07/02/2022

Marcuce Antonio Miranda dos Santos

Porto Velho, Rondônia
<http://lattes.cnpq.br/8370921393453667>

Amanda Diniz del Castillo

Porto Velho, Rondônia
<http://lattes.cnpq.br/6109690438402785>

Jane Carvalho Cardoso

Porto Velho, Rondônia
<http://lattes.cnpq.br/7701358220106295>

RESUMO: Objetivo: Trata-se relato de experiência de uma vivência prática no Workshop de formação de 21 gerentes de UBS de Porto Velho. Método: Utilizou-se das Metodologias Ativas e da Aprendizagem Baseada em Problemas (PBL), em encontros presenciais e atividades práticas de dispersão. Resultados: O workshop possibilitou aos gerentes apreenderem novas ferramentas de trabalho que subsidiaram suas práticas no cotidiano das UBS. Dentre estes estão: o Fluxograma Descritor; o Processo Circular, o Colegiado Gestor da UBS, entre outros. Além destes, foram discutidos os conceitos e os usos da Rede de Atenção à Saúde, da Micropolítica na saúde e do planejamento. As experiências locais de uso das ferramentas ofertadas foram os produtos finais do workshop, sob a forma de narrativas. Conclusão: Através do workshop, pode-se avaliar que o grupo de

gerentes conseguiu absorver a importância dos instrumentos ofertados e o valor de uso no dia a dia dos serviços. De forma transversal, esta experiência contribui para o reconhecimento da educação permanente como política de reorganização de processos de trabalho e da valorização do profissional gerente neste contexto, tornando-os mais empoderados e aptos ao desenvolvimento da gestão da UBS, da clínica e do cuidado.

PALAVRAS-CHAVE: Educação permanente em saúde; gerência de serviços de saúde; atenção primária à saúde.

IMPROVEMENT IN MANAGEMENT OF BASIC HEALTH UNITS: THE EXPERIENCE OF PERMANENT EDUCATION IN PORTO VELHO, RONDÔNIA, BRAZIL

ABSTRACT: Objective: This is an experience report in the Training Workshop of 21 managers of UBS of Porto Velho. Method: Active Methodologies and Problem-Based Learning (PBL) were used in face-to-face meetings and practical dispersion activities. Results: The workshop allowed the managers to apprehend new work tools that subsidized their practices in the daily life of the UBS. Among these are: the Flowchart Descriptor; the Circular Process, the Collegiate Manager of UBS, among others. In addition, the concepts and uses of the Health Care Network of Micropolitics in health and planning were discussed. The local experiences of using the offered tools were the final products of the workshop, in the form of narratives. Conclusion: Through the workshop, one can evaluate that the group of managers

managed to absorb the importance of the instruments offered and the value of use in the day to day of the services. In a transversal way, this experience contributes to the recognition of permanent education as a policy of reorganization of work processes and the valuation of the professional manager in this context, making them more empowered and able to develop the management of the UBS, the clinic and the care.

KEYWORDS: Permanent health education; health service management; primary health care.

11 INTRODUÇÃO

Um dos principais desafios do Sistema Único de Saúde nas últimas décadas é qualificar os profissionais que atuam na gestão dos serviços de saúde. Entre eles, os gerentes das Unidades Básicas de Saúde (UBS) de Porto Velho apresentam-se como profissionais estratégicos e que possuem um vasto poder de articulação e de resolutividade na Atenção Básica.

Costuma-se pensar e entender a formação por uma dada ciência, técnica e racionalista, que aplica diversas tecnologias pedagógicas aos alunos, sob um ponto de vista que opera a partir de um saber cientificamente comprovado. Um produto pronto para ser consumido e reproduzido. Um aprendizado que estimula muito pouco o exercício de autonomia e de crítica, pois parte do princípio de que expor o aluno ao conteúdo é suficiente para a formação. Uma ciência aplicada que, fracionadamente, vai sendo exposta e é assumida como centro do aprendizado, com pouca margem para outros tipos de conexões existenciais e de produção de conhecimento, durante o processo de formação¹⁽³¹⁴⁾.

A formação em saúde, deve ser construída a partir do lugar aonde o profissional está inserido, convidando-o assim, a experimentar, a criticar, a participar da experiência de ensinar e aprender, bem como a dar o valor de uso dos conhecimentos absorvidos em seu dia a dia de trabalho.

Neste contexto, o profissional gerente, é entendido como parte integrante do processo de trabalho de uma Unidade Básica de Saúde ou de outro estabelecimento de saúde, podendo influenciar no modo de fazer e agir deste serviço de saúde e na qualidade das ações ofertadas.

Suas práticas e concepções sobre o fazer em saúde de uma UBS acarretam na escolha de um plano de ação sobre a estrutura, a metodologia de produção, que culminam em processos organizativos de ações que influenciam no processo de trabalho em saúde, ou seja, viabilizam meios para prestação da assistência com eficiência, eficácia e efetividade, visando a satisfação das necessidades de saúde dos usuários².

De acordo com a Política Nacional de Atenção Básica³, a inclusão do gerente de Atenção Básica tem o objetivo de contribuir para o aprimoramento e qualificação do processo de trabalho nas Unidades Básicas de Saúde, em especial ao fortalecer a atenção à saúde prestada pelos profissionais das equipes à população adscrita, por meio de função técnica gerencial.

Neste sentido, entende-se por Gerente de UBS um profissional qualificado preferencialmente com nível superior, com o papel de garantir o planejamento em saúde, de acordo com as necessidades do território e comunidade, a organização do processo de trabalho, coordenação e integração das ações. Importante ressaltar que o gerente não seja profissional integrante das equipes vinculadas à UBS e que possua experiência na Atenção Básica, preferencialmente de nível superior.

O processo de trabalho em saúde, na sua micropolítica, quando esta funciona sob uma certa hegemonia do trabalho vivo, vai-nos revelar um mundo extremamente rico, dinâmico, criativo, não estruturado e de alta possibilidade inventiva. Nesse campo, o “trabalho vivo em ato”^{4,5}, que nos fala da potência instituinte do trabalho em saúde, do seu alto grau de governar a produção do cuidado.

O trabalho vivo sofre processos de captura pela normativa que hegemoniza o funcionamento do serviço de saúde, mas, ao mesmo tempo, sua capacidade rizomática, de abrir linhas de fuga e trabalhar com lógicas muito próprias, que são do próprio sujeito que opera o sistema produtivo, é capaz de encontrar novos territórios de significações, que dão sentido para, por exemplo, a produção do cuidado quando tratamos do caso da saúde⁵.

A presente experiência emergiu a partir das vivências e dos ensinamentos mediados e absorvidos, na qualidade de tutor, dos cursos ofertados pela Universidade Federal Fluminense (UFF) em parceria com o Ministério da Saúde (MS), a saber, o Curso de Especialização em Micropolítica da Gestão e Cuidado na Saúde e o Curso de Aperfeiçoamento Gerência de Unidades Básicas de Saúde, Gestão da Clínica e do Cuidado, ambos com turmas formadas no estado de Rondônia no ano de 2018.

Oportunamente, a participação na tutoria destes cursos e a magnitude das vivências e trocas estabelecidas nos encontros que agregavam na formação dos educandos/gerentes e profissionais inseridos nas turmas, me despertaram para a possibilidade de ampliar o acesso e difundir a proposta de formação para os demais gerentes do município.

Os conteúdos teóricos e as ferramentas trazidas na edição nacional dos cursos apresentavam-se com uma grande potencialidade para a melhoria das práticas dos gerentes do município de Porto Velho, tendo em vista que estes se apresentavam com extrema dificuldade de conduzir as atividades que até aquele momento nunca haviam obtido uma formação para a sua atuação nas UBS.

Dentre os principais nós existentes, destacavam-se a ausência de fluxogramas nos serviços, as dificuldades de mediar as situações conflituosas dentro das USB, bem como o pouco planejamento em equipe.

Assim, mediante estas necessidades e objetivando aperfeiçoar as práticas gerenciais dos gerentes das UBS de Porto Velho, foi desenvolvido pelo Núcleo Gestor de Educação Permanente da Secretaria de Saúde de Porto Velho no ano de 2018, o primeiro Workshop Introdutório para Gerentes de Serviços de Saúde de Porto Velho.

Esse momento de educação permanente atendeu as necessidades da gestão local

da Atenção Básica, bem como se apresentou como a primeira atividade de educação permanente direcionada aos gerentes de UBS do município de Porto Velho.

2 | METODOLOGIA

Os encontros se deram em módulos e a metodologia baseou-se nas Metodologias Ativas e na Aprendizagem Baseada em Problemas (*Problem Based Learning – PBL*)⁶. O workshop se deu no período de setembro a novembro de 2018. Ao todo, foram realizados 10 encontros presenciais definido como momentos de imersão, sempre as quartas-feiras, das 8 h as 12 h. A cada momento de imersão teórica, era disparado uma temática e ofertado uma ferramenta a ser trabalhada pelos gerentes em seu cenário de trabalho. Os momentos de dispersão totalizaram 12 semanas com um total de 60 dias de trabalho de campo, com um total de 480 horas de atividades de dispersão.

Para execução das atividades de dispersão, foram definidos 04 grupos, divididos por área geográfica e com a localização territorial das UBS no município, sendo (Grupo Zona Leste, Grupo Zona Sul, Grupo Zona Norte e Grupo Zona Central). Para cada grupo, definiram-se ainda a figura do apoio regional. O apoiador consistia em um profissional da gestão, inserido em uma área técnica da SEMUSA, cuja função era matricular o desenvolvimento das atividades disparadas nos momentos de dispersão, bem como monitorar as ações dos grupos.

A coordenação do workshop foi realizada pelos membros do Núcleo de Educação Permanente da Secretaria de Saúde de Porto Velho, entre eles, um profissional com formação em tutoria de Educação a Distância (EAD) pela Universidade Federal Fluminense (UFF). Para a condução dos encontros, participaram profissionais egressos dos cursos de aperfeiçoamento em Gerência de Unidades Básicas de Saúde, Gestão da Clínica e do Cuidado e da Especialização em Micropolítica da Gestão e Cuidado em Saúde, ambos da UFF e MS.

Para a definição do elenco de temáticas a serem trabalhadas junto aos gerentes, foram utilizados os conteúdos e instrumentos trazidos nos materiais teóricos oficiais dos cursos da UFF¹, destacando-se: Redes de Atenção em Saúde; Gestão Compartilhada; Ferramentas de Análise do Processo de Trabalho em Saúde; Gestão de Pessoas; Gestão de Ambiente e de Materiais. Durante todo o workshop, foi garantida a citação dos autores dos materiais e conteúdos inseridos no material.

3 | RESULTADOS

A presente experiência se desenvolveu na cidade de Porto Velho, capital do estado de Rondônia. Sua população atual é de quase 520 mil habitantes distribuídos em mais de 35 mil Km².

Em 2018, a rede de atenção básica da cidade de Porto Velho era composta por 21

Unidades Básicas de Saúde, sendo 19 com equipes de saúde e da família e 02 unidades básicas com modelo tradicional, sem equipes de saúde da família. Sobre a estratégia, 61 equipes de saúde da família estavam cadastradas, o que correspondia a 59% de cobertura da população. Todos os 21 gerentes participaram do workshop.

Sobre o perfil dos profissionais participantes, n=13 (61,9%) eram do sexo feminino e n=08 (38%) do sexo masculino. O grupo trabalhado acompanha a tendência nacional de feminilidade da força de trabalho em saúde. Sobre a escolaridade, n=11 (52,3%) possuíam o ensino superior completo e n=06 (28,5%) possuíam o ensino médio.

Acerca do regime de contratação, n=07 (33,3%) gerentes eram estatutários e n=14 (66,6%) eram comissionados.

Chama a atenção o número de gerentes de UBS que possui vínculo comissionado em Porto Velho. Isso implica na extrema necessidade de realização das ações de educação permanente, tendo em vista a alta rotatividade entre os profissionais gerentes no município. Vale ressaltar, que os gerentes das UBS de Porto Velho caracterizam-se por cargos indicados, em sua maioria, por representantes políticos locais. Dos 21 gerentes existentes, 08 possuíam alguma formação na área da saúde.

Os temas foram trabalhados de forma a provocar nos gerentes uma reflexão sobre o trabalho desenvolvido por eles. O uso das metodologias ativas propiciou dinâmicas de interação entre os gerentes, intercaladas com as atividades teóricas.

A temática Redes de Atenção a Saúde (RAS) foi trabalhada na perspectiva de construção da rede de saúde local, onde os gerentes tiveram que construir o mapa dos territórios de atuação das UBS que gerenciam.

Esse momento oportunizou o reconhecimento da área de abrangência da UBS bem como o reconhecimento da rede de saúde municipal e sua conexão com os demais serviços, pois os gerentes tiveram que construir os mapas dinâmicos contendo serviços de educação, social e de apoio existentes.

Neste momento era perceptível que muitos dos profissionais participantes do curso estavam tendo um primeiro contato com a lógica da RAS local, reconhecendo os serviços e apoios que eles próprios poderiam utilizá-los (Figura 1).



Figura 1. Mapa Dinâmico da Rede de Atenção à Saúde de Porto Velho, construído por um dos grupos de educandos do Workshop.

Fonte: Nugep/Semusa, 2018.

Outra temática de muita potência no curso foi a Gestão Compartilhada. A gestão compartilhada é compreendida com uma forma de organizar, programar e tomar decisões na condução dos serviços de saúde, tomando por referência o coletivo de trabalhadores. Isto parte do pressuposto de que reconhecemos o quanto cada um tem de conhecimento, sobretudo da sua experiência de trabalho, do funcionamento cotidiano da Unidade de Saúde, e, por isso, cada um pode contribuir com a condução da gestão¹.

Esse conteúdo foi introduzido nos encontros objetivando proporcionar aos gerentes um instrumento de organização e gestão dos serviços de saúde trazendo a participação popular para este contexto. O objetivo deste tema foi mostrar que este espaço democrático consiste em um fórum de amplo debate e decisões sobre as diretrizes a serem adotadas para o cuidado e gestão da Unidade e que pode se tornar um lugar de compartilhamento dos problemas, desafios e discussão de soluções conjuntas de sua eração.

Neste momento do workshop, os gerentes foram orientados a montar seus colegiados gestores, de acordo com a necessidade de cada serviço, de forma a integrar com os demais serviços da zona, ou seja, além dos colegiados de cada UBS, foi apontada a possibilidade de criação de colegiado gestor de mais de uma UBS da zona da cidade. Para esta atividade os apoiadores regionais atuavam de forma a mobilizar em conjunto com os gerentes, as reuniões dos conselhos gestores das zonas da cidade.

Como resultado, foi implantado o Colegiado Gestor da zona sul da cidade, contemplando profissionais de saúde, gerentes e usuários das seis UBS existentes no território (Figura 2). Como resultado do projeto, um grupo de profissionais da Zona Sul da cidade, iniciou a agenda de encontros, reunindo com representantes da comunidade, dos serviços de saúde local como Unidade de Pronto Atendimento e Unidades Básicas de

Saúde. Os encontros se deram no auditório da Biblioteca Municipal Viveiro das Letras.



Figura 2. Encontro do Conselho Local de Saúde da Sul de Porto Velho.

Fonte: Nugep/Semusa, 2018.

Uma das ferramentas que mais chamou a atenção dos profissionais participantes foi Processo Circular. A abordagem durante o curso foi a de mostrar que esta ferramenta poderia ser utilizada por eles para inúmeras finalidades como: atividades de aquecimento, para acalmar possíveis desacordos ou discórdias; para repelir equívocos, desavenças e violências em potencial ou para construir e restaurar relações; para a resolução de conflito e outros problemas; para discutir a responsabilidade coletiva, entre outras funções; para planejamento das atividades das equipes; para revisão de processos já existentes e instituídos na UBS e elaboração de novos fluxos

O processo circular foi o método utilizado durante todo o workshop e introduzido no dia a dia do gerente. Por meio dos relatos dos gerentes, foi possível identificar que a ferramenta propiciou um novo olhar sobre as atividades de grupo. Para essa atividade foi reforçada a necessidade de uso dos elementos do processo circular como: cerimônias de abertura e encerramento; definição de um facilitador; uso de um bastão da fala¹.

Ao final do encontro, foi orientado que os gerentes introduzissem em seu cotidiano a prática do processo circular. Durante os relatos, percebeu-se que o uso do processo circular abrange os momentos de diálogos e reflexão das práticas, integração entre as equipes, construção de novos processos e reorganização dos processos de trabalho existentes, dentre outros. Os gerentes puderam reconhecer o valor de uso do instrumento e a coordenação do mesmo foram potencializados com as orientações e o sentido dado ao momento (Figura 3).



Figura 3. Encontro dos Gerentes de Porto Velho, utilizando a ferramenta do Processo Circular.

Fonte: Nugep/Semusa, 2018.

A abordagem do Fluxograma Descritor foi feita na perspectiva do uso deste instrumento como auxílio para a reorganização dos fluxos de trabalho existentes nas UBS de Porto Velho. Através da problematização e estudos de casos, o grupo se colocou na pele dos usuários dos serviços na busca por atendimentos nas UBS. Situações do cotidiano foram trabalhadas por meio de estudos de casos, com o intuito de refletir acerca da organização da oferta de serviços nas UBS. Após a identificação de possibilidades de melhorias, novos fluxos foram construídos entre gerentes e equipes de saúde no momento da atividade de dispersão.

Como método avaliativo do workshop, utilizou-se a narrativa como produto final. Foi orientado que cada participante apresentasse de forma lúdica, uma experiência com o uso de um dos instrumentos e ferramentas trabalhadas no curso (Figura 4).

Nesse momento, os gerentes educandos, apresentaram suas experiências desenvolvidas nos cenários de saúde da cidade, de forma a consolidar os aprendizados absorvidos nos encontros.

Como forma de reconhecimento dos trabalhos, os gerentes que se destacam nos quesitos assiduidade e desenvolvimento das atividades de dispersão das ferramentas ofertadas nos encontros. Além disso, a estratégia de valorização de seus esforços, envolveu a entrega aos gerentes que se destacaram durante o Workshop, com entrega de placas de homenagens nas seguintes categorias: Gerente Assíduo, Gerente Colaborativo, Gerente Mobilizador, Gerente Comprometido, Gerente Proativo e Gerente Resiliente.(Figura 5).



Figura 4. Encontro Final do Workshop de Formação dos Gerentes de Unidades de Saúde de Porto Velho, com a apresentação das narrativas. Porto Velho-RO, 2018.

Fonte: Nugep/Semusa, 2018.



Figura 5. Entrega das placas de Gerente Destaque no Workshop de Formação dos Gerentes de Unidades de Saúde de Porto Velho. Porto Velho-RO, 2018.

Fonte: Nugep/Semusa, 2018.

4 | CONCLUSÃO

Durante o período de desenvolvimento do workshop foi possível aproximar a gestão em saúde, a educação permanente e os trabalhadores. Essa tríade foi determinante para o sucesso do workshop, bem como para um avanço nas práticas dos gerentes na produção de um cuidado mais amplo e efetivo no SUS de Porto Velho.

Muitas foram as necessidades e as indagações trazidas pelos gerentes durante os encontros. As inquietações mediante a algumas realidades e demandas institucionais,

anteriormente não identificadas, começavam a ter um olhar mais crítico e com maiores possibilidade de resolução. Para nós, este já se configurava em resultados do emponderamento que alguns daqueles gerentes começavam a desenvolver.

Ser gerente na região amazônica é, sem dúvidas, um grande desafio. Principalmente quando levamos em consideração as poucas oportunidades de formação gerencial para o SUS, ofertados na região. As oportunidades e os projetos desenvolvidos pelas instituições formadoras locais, por vezes não contemplam esta categoria profissional, deixando os gerentes de UBS de fora dos processos de aperfeiçoamentos em saúde.

Esta experiência só foi possível mediante a oportunidade de formação de 07 profissionais que atuam na rede municipal de saúde de Porto Velho, dentre os quais 03 são egressos do curso de Especialização em Micropolítica da Gestão e Cuidado em Saúde, 03 egressos dos cursos de Aperfeiçoamento em Gerência de Unidades Básicas de Saúde, Gestão da Clínica e do Cuidado e 01 tutor formado destes cursos ofertados pela Universidade Federal Fluminense.

Para além dos instrumentos e ferramentas ofertados que certamente subsidiarão os trabalhos e as mudanças técnicas que estes poderão subsidiar nos territórios da AB em Porto Velho, esta experiência contribui para a valorização do profissional gerente neste contexto, tornando-os mais empoderados e aptos ao desenvolvimento da gestão da UBS, da clínica e do cuidado.

REFERÊNCIAS

1. Abrahão AL. Curso de Aperfeiçoamento em Gerência de Unidades Básicas de Saúde, Gestão da Clínica e do Cuidado / Ana Lúcia Abrahão; Camilla Maia Franco (Orgs.).Niterói: CEAD-UFF, 2016.
2. Bondía JL. Notas sobre a experiência e o saber de experiência. Rev Bras Educ. 2002; (19):20-8.
3. Brasil. Política Nacional de Atenção Básica. Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017. Disponível em: <http://www.saude.df.gov.br/wp-conteudo/uploads/2018/04/Portaria-n%C2%BA-2436-2017-Minist%C3%A9rio-da-Sa%C3%Bade-Aprova-a-Pol%C3%Adtica-Nacional-de-Aten%C3%A7%C3%A3o-B%C3%A1sica..pdf>. Acesso em: 21 de dezembro de 2018.
4. Fraco, TB.; Merhy, EE.; A produção imaginária da demanda e o processo de trabalho em saúde. In: Pinheiro, R; Mattos, RA. (Orgs.). Construção social da demanda: direito à saúde, trabalho em equipe, participação e espaços públicos. Rio de Janeiro: IMS-UERJ, 2005. p. 181-193.
5. Franco, TB.; As Redes na Micropolítica do Processo de Trabalho em Saúde, in Pinheiro e Mattos (Orgs.) , Gestão em Redes; Rio de Janeiro, CEPESC-IMS/UERJ-LAPPIS, 2006.
6. Berbel, NAN. Metodologia da Problematização no Ensino Superior e sua contribuição para o plano da praxis. Semina : v.17, n. esp., p.7-17, 1996.

ACOLHIMENTO COM CLASSIFICAÇÃO DE RISCO NA ATENÇÃO BÁSICA: A EXPERIÊNCIA DE UMA CAPITAL DA AMAZÔNIA LEGAL, PORTO VELHO, RONDÔNIA, BRASIL

Data de aceite: 01/03/2022

Data de submissão: 07/02/2022

Marcuce Antonio Miranda dos Santos

Porto Velho, Rondônia
<http://lattes.cnpq.br/8370921393453667>

Amanda Diniz del Castillo

Porto Velho, Rondônia
<http://lattes.cnpq.br/6109690438402785>

Jane Carvalho Cardoso

Porto Velho, Rondônia
<http://lattes.cnpq.br/7701358220106295>

RESUMO: Objetivo: Reorganizar as práticas nas Unidades Básicas de Saúde na cidade por meio da melhoria do acesso dos usuários nas Unidades Básicas de Saúde de Porto Velho.

Método: A experiência se deu três etapas: a primeira iniciou-se em 2017, a partir da introdução do Planejamento em Saúde na construção do Plano Municipal de Saúde de Porto Velho (2018-2021); a segunda contou com as oficinas de implantação do dispositivo de Acolhimento e Classificação de Risco e a terceira se deu com o processo de implantação da Agenda por Bloco de Horas, realizada nas seguintes fases: 1ª Fase – Realização de Reuniões técnicas para o planejamento dos encontros formativos do Grupo de Trabalho da Atenção Básica (GT-AB), formado por técnicos de diversas áreas. 2ª Fase – Caracterizado pela realização de um Workshop para a construção da Nova Agenda

de trabalho das equipes. 3ª Fase – Definição de uma UBS Laboratório para o monitoramento da implantação. 4ª Fase – Monitoramento das ações da equipe. **Resultados:** Destaca-se com a experiência: 1. Aumento do contato com uma demanda de maior vulnerabilidade; 2. Aumento no número de atendimentos de forma oportuna e objetiva nas UBS; 3. Resgate das ações prioritárias de agenda programada na atuação da Saúde da Família em Porto Velho e 4. Resgate da valorização do trabalho dos Agentes Comunitários de Saúde que neste contexto foi melhorado e potencializado. **Conclusão:** a experiência foi um divisor de águas nas ações da APS de Porto Velho. Em 2018, durante a 15ª Mostra Brasil Aqui tem SUS, essa experiência foi premiada com Web documentário, dentro do 34º Congresso Nacional de Secretarias Municipais de Saúde-CONASEMS. O projeto “O acolhimento com classificação de risco na Atenção Básica: a experiência de uma capital da Amazônia legal”, da secretaria municipal de Porto Velho - RO, modificou o modelo de acolhimento em cada UBS para facilitar o acesso da população aos serviços de saúde oferecidos no município. (link: <https://www.youtube.com/watch?v=abSFu6WPpY>).

PALAVRAS-CHAVE: Acesso; Atenção Primária a Saúde; Demanda Espontânea; Saúde da Família.

RECEPTION WITH RISK CLASSIFICATION IN PRIMARY CARE: THE EXPERIENCE OF A LEGAL AMAZON CAPITAL, PORTO VELHO, RONDÔNIA, BRAZIL

ABSTRACT: Objective: Reorganize practices in Basic Health Units in the city by improving user access to Basic Health Units in Porto Velho. Method: The experience took place in three stages: the first began in 2017, with the introduction of Health Planning in the construction of the Municipal Health Plan of Porto Velho (2018-2021); the second included workshops for the implementation of the Reception and Risk Classification device and the third took place with the implementation process of the Agenda by Block of Hours, carried out in the following phases: 1st Phase – Conducting technical meetings to plan the meetings training programs of the Primary Care Working Group (GT-AB), formed by technicians from different areas. 2nd Phase – Characterized by the realization of a Workshop for the construction of the New Work Agenda of the teams. 3rd Phase – Definition of a UBS Laboratory to monitor the implementation. 4th Phase – Monitoring the team's actions. Results: It stands out with the experience: 1. Increased contact with a demand for greater vulnerability; 2. Increase in the number of visits in a timely and objective manner at the UBS; 3. Rescue the priority actions of the programmed agenda in the performance of Family Health in Porto Velho and 4. Rescue the valorization of the work of Community Health Agents, which in this context was improved and potentiated. Conclusion: the experience was a watershed in the actions of PHC in Porto Velho. In 2018, during the 15th Mostra Brasil Aqui tem SUS, this experience was awarded with a Web documentary, within the 34th National Congress of Municipal Health Departments-CONASEMS. The project "Reception with risk classification in Primary Care: the experience of a capital of the legal Amazon", by the municipal secretary of Porto Velho - RO, modified the reception model in each UBS to facilitate the population's access to health services offered in the municipality. (link: <https://www.youtube.com/watch?v=abSFu6WPpY>).

KEYWORDS: Access; Primary Health Care; Spontaneous Demand; Family Health.

1 | INTRODUÇÃO

Há algum tempo tem-se observado que a mudança do modelo técnico assistencial para a saúde depende menos de normas gerais e mais da produção da saúde, que se dá no espaço da micropolítica de organização dos processos de trabalho.

Partindo dessa premissa, o presente artigo apresenta um relato de experiência, vivido no âmbito da gestão de saúde municipal de Porto Velho, capital do Estado de Rondônia, acerca da implantação do processo de Acolhimento com Classificação de Risco na Atenção Básica. O projeto denominado Plano Diretor de Reorganização da Atenção Básica de Porto Velho – PDRAB, surgiu a partir da necessidade de se reorganizar os processos de trabalho das equipes de Atenção Básica, de Porto Velho, com a implantação do dispositivo de Acolhimento com Classificação de Riscos na rotina das equipes de saúde.

Sabe-se que de um modo geral, o trabalho em saúde é sempre relacional, ou seja, é na relação de um com o outro que se produz o cuidado. Esta relação se dá entre os trabalhadores, e entre estes e os usuários, pois o processo de trabalho acontece, sobretudo,

nos encontros. O processo de trabalho em saúde é o modo como se organiza o trabalho e este se define pelas atividades cotidianas, seja na gestão ou na assistência à saúde, sendo estas duas dimensões inseparáveis (MERHY, 2003).

Acolhimento significa fazer uma **escuta qualificad** do problema de saúde do usuário. Acolher é, principalmente, investir na relação, se importar com o outro, procurar **resolver sua necessidade**, abrir espaços de **fala e escuta** no encontro com o usuário (Franco, Bueno e Merhy, 1999).

É um processo que não necessita de um personagem específico, sendo uma atribuição de toda a equipe da Unidade Básica, garantindo acesso e resolutividade. Por meio do acolhimento, o estabelecimento do **Vínculo** é garantido, pois a equipe oportuniza a responsabilização pelo problema de saúde do usuário e estabelece uma referência segura.

Por sua vez, a Classificação de Risco trazida pelo Caderno de Atenção Básica n.º 28 volumes I e II, se define como uma ferramenta utilizada nos serviços de saúde, voltada para avaliar e identificar os usuários que necessitam de atendimento prioritário, de acordo com a gravidade clínica, potencial de risco, agravos à saúde ou grau de sofrimento.

Assim, a presente experiência teve como objetivos: a) Reorganizar os processos de trabalho da Atenção Básica de Porto Velho, Rondônia; b) Implantar o instrumento de Acolhimento com Classificação de Risco na Atenção Básica de Porto Velho; c) (Re) Conhecer os territórios existentes na AB da cidade; e d) Garantir o acesso oportuno das condições agudas e crônicas agudizadas nas Unidades Básicas de Saúde de Porto Velho.

2 | METODOLOGIA

Apesar do seu desenvolvimento no ano de 2018, a presente experiência teve seu pontapé inicial no ano de 2017, a partir da introdução do Planejamento em Saúde na construção do Plano Municipal de Saúde de Porto Velho (2017-2020). Mesmo parecendo trivial, esse planejamento deve ser encarado como um marco histórico no planejamento em saúde da capital de Rondônia, considerando o inédito processo democrático, coletivo e colaborativo vivenciado nesta construção. Por décadas, o PMS foi construído por uma equipe técnica da SEMUSA, com pouca participação dos trabalhadores e usuários do sistema local.

Ao pensarmos sobre a Atenção Básica do município de Porto Velho, no ano de 2018, o município de Porto Velho contava com um percentual 59,4% de cobertura estimada de Saúde da Família, segundo o sistema e-SUS-AB-PV (2017), com um modelo caracterizado na oferta de serviços básicos, através de uma agenda de trabalho semanal, onde as equipes de saúde da família privilegiavam o chamado dia “D”. Em outras palavras, cada dia da semana era destinado exclusivamente a um tipo de demanda a ser atendida, delimitando as necessidades a serem apresentadas pelos usuários dos territórios, ou seja, se o usuário do serviço não apresentasse uma demanda de saúde condizente com a agenda daquele

dia, sendo automaticamente excluído e necessitando procurar outra porta de entrada que pudesse atendê-lo.

Nessa lógica de atenção, era clara e evidente que as poucas Unidades de Pronto Atendimento, acabavam absorvendo a demanda ambulatorial não atendida nas Unidades Básicas de Saúde, invertendo-se assim, os papéis de fluxo da Rede de Atenção à Saúde (RAS), que reconhece a Atenção Básica como a ordenadora do cuidado.

Mediante a ausência de publicações e registros, é possível afirmar que em 104 anos de instalação do município, a gestão da saúde de Porto Velho nunca apresentou uma cultura institucional definida, muito menos construída de forma coletiva.

O momento vivenciado em 2017, teve como produto a definição dos objetivos e metas do Plano Municipal de Saúde, a serem alcançados na gestão do quadriênio (2017-2020), com a definição dos objetivos e metas para a Atenção Básica no PMS, pautado em um novo modelo a ser adotado para reorganizar o dia a dia de trabalho.

A implantação do PDRAB-PV iniciou-se por meio de reuniões técnicas de um Grupo Condutor, que envolviam representantes dos setores da Secretaria de Saúde do Município de Porto Velho, bem como representantes de órgão de apoio como Fundação Oswaldo Cruz de Rondônia. A base teórica para a implantação se deu através do Caderno n.º 28 - Acolhimento a Demanda Espontânea na Atenção Básica volumes 1 e 2, além das publicações científicas de Mendes (20 1).

Com participação dos trabalhadores da saúde, gestores, gerentes e técnicos da gestão da saúde e utilizando como base as experiências do projeto de Planificação da Atenção Básica do Conselho Nacional de Secretários Estaduais de Saúde (CONASS), o município adequou a proposta para a realidade local e definiu como primeiro passo, a adequação do processo de oferta de serviços pelas equipes de saúde da família, com a instituição de uma nova agenda de trabalho, que garantisse o acesso e uma maior resolutividade à demanda cadastrada bem como para a demanda espontânea. Esta experiência oportunizou ainda, a identificação das necessidades dos profissionais da AB, por meio de encontros promovidos com os profissionais das equipes de saúde da família, técnicos da atenção básica, técnicos da assessoria técnica, vigilância em saúde, média e alta complexidade e da educação permanente da SEMUSA, foram sendo construídas e traçadas a curto, médio e longo prazos, as melhorias para a RAS local.

O terceiro passo se deu com o processo de implantação da Agenda por Bloco de Horas, realizada a partir das seguintes etapas:

1ª ETAPA – Reuniões técnicas com as linhas de cuidado da APS e Média e Alta Complexidade para o planejamento dos encontros formativos do Grupo de Trabalho da Atenção Básica (GT-AB): Esse momento contemplou uma oficina de formação dos técnicos que atuavam como Apoiadores do processo de implantação do PDRAB-PV, junto as 61 equipes de ESF da cidade. O objetivo foi sensibilizar os atores envolvidos, bem como nivelar as concepções acerca do processo de territorialização, identificação da demanda

espontânea e instituição do instrumento de acolhimento e classificação de risco na AB. Os facilitadores deste momento foram profissionais das equipes da AB local, que possuíam formação na área da Saúde Pública, bem como os que possuíam experiências em outros processos de implantação de metodologias similares em outros municípios do Estado.

2º ETAPA – Realização de Workshop de Elaboração da Nova Agenda de trabalho das Equipes da Saúde da Família: Após a formação dos Apoiadores, foi desenvolvido um momento de encontro com os profissionais da AB de Porto Velho, com o objetivo de apresentar a proposta e construir coletivamente o processo de implantação. O encontro se deu no espaço do Centro de Referência em Saúde da Mulher, no período de 20 a 23.03.2018, com a participação dos enfermeiros, médicos e gerentes das 19 UBS da cidade. Participaram dos encontros cerca de 112 profissionais, pertencentes às 61 equipes de Saúde da Família existentes no período. Esse momento, reconhecido como divisor de águas para a AB de Porto Velho, oportunizou a aproximação da gestão da AB e dos trabalhadores, promovendo um espaço de diálogo aberto, no qual foram apontados diversos pontos facilitadores e dificultadores para a implantação da nova forma de fazer AB em Porto Velho.

Cabe salientar, que até esse momento, inexistia no organograma da saúde de Porto Velho, um setor ou órgão que atuasse na área da Educação Permanente em Saúde, o que tornava esse momento ainda mais desafiador e ao mesmo tempo, esmulador.

A partir disso, foram debatidos os entraves existentes na AB sob o olhar dos profissionais das equipes, com o objetivo de garantir a melhor proposta de agenda. Através das discussões, emergiu a compreensão que o modelo instituído e utilizado até aquele momento, privilegiava muito mais os profissionais da UBS do que aos usuários que as procuravam, infringindo assim o direito ao acesso oportuno e a resolutividade das demandas de saúde dos usuários.

A partir daí, os encontros foram sendo construídos com base no nivelamento da proposta, bem como no treinamento técnico de elaboração da agenda, a partir dos primeiros contatos dos usuários com as equipes. Nessa lógica, percebia-se que o profissional responsável pela montagem e coordenação desta agenda, deveria ser feita pelo profissional de nível superior da equipe, que de fato era quem detinha o poder do conhecimento técnico e científico para classificar o risco dos usuários, retirando assim uma atribuição herdada pelo Agente Comunitário de Saúde ao longo dos anos.

3º ETAPA – Definição da Unidade Básica de Saúde Laboratório e Monitoramento do processo de implementação da Agenda. Após os encontros com as equipes, definiu-se a UBS Castanheira, localizada na zona sul da cidade, para ser a unidade laboratório de acompanhamento da implantação do PDRAB-PV. A UBS contava com 04 equipes de saúde da família e havia sido inaugurada há três meses antes do início do processo de implantação do PDRAB-PV. A UBS seria acompanhada por uma equipe de matriciamento, na qual as experiências implementadas naquele cenário, serviriam de exemplo para as

demais UBS da cidade.

Nas demais USB, o monitoramento do processo de implantação do novo modelo se dava e forma regionalizada, feita por uma equipe multiprofissional de Apoiadores, que desenvolviam o acompanhamento do processo junto as equipes a cada 30 dias, ou quando solicitado, por meio de visitas técnicas às UBS. Nesse momento eram identificados os entraves e as possibilidades de ajustes, para a nova realidade fosse instituída da forma mais adequada possível.

3 | RESULTADOS

Cento e vinte dias após a implantação da reorganização da AB de Porto Velho, realizou-se uma avaliação das fortalezas e debilidades relacionadas a implantação da proposta. Foi possível identificar diversos avanços na saúde básica local. Dentre elas, o aumento do contato com uma demanda de maior vulnerabilidade, atende aos preceitos da nova Política Nacional de Atenção Básica-PNAB (BRASIL, 2017), onde pode-se atuar frente as demandas prioritárias que procuram a AB.

Nas UBS, o momento acarretou em um novo olhar para o processo de trabalho, resignificando o processo de acolhimento as demandas existentes nos territórios, bem como identificação do ponto-chave nesse processo: a comunicação interna. Esse mecanismo trouxe um verdadeiro RESGATE da atuação da Saúde da Família em Porto Velho. O trabalho dos Agentes Comunitários de Saúde neste contexto, foi melhorado e potencializado, trazendo o resgate da sua verdadeira identidade.

Com o desatrelamento das vagas junto a este personagem da equipe, foi possível potencializar as atividades que de fato, são atribuições dos ACS como: Visitas Domiciliares; Identificação de demandas prioritárias de saúde na comunidade; Atualização de Cadastros Individuais e Familiar e de Boletins Epidemiológicos; Buscas Ativas; dentre outros.

Com usos de uma matriz padronizada, as equipes puderam revisar suas agendas de atendimentos, otimizando o tempo e garantindo o acesso as demandas prioritárias, tanto de demandas programadas como espontâneas.

Dentre os desafios, destaca-se a resistência de alguns profissionais, em especial da área médica, que ainda mantinham a visão de uma pseudoeficácia no modelo antigo de agenda, dividida por dias de atendimento e por “programas”.

Durante as visitas de monitoramento in loco, foi possível apreender positivamente, uma relação mais ampla e efetiva entre a equipe da gestão da AB local com os profissionais de saúde das equipes. Esse diálogo mais aproximado e interativo com as equipes, oportunizou a novas pactuações que levaram em conta a realidade de cada território.

4 | CONCLUSÕES/CONSIDERAÇÕES

Sabe-se que um processo de mudança desta magnitude, traz consigo diversos desafios e necessita de constante monitoramento. Na lógica do trabalho em saúde, a microgestão deste processo pode ser compreendida como exitosa e capaz de transformar o cenário proposto. Em relação a macrogestão dos processos, esse sim caracteriza-se em um grande desafio. A constante rotatividade de gestores, gerentes e profissionais demandam esforços ainda maiores a serem superados. Além disso, a necessidade de manutenção das infraestruturas e dos insumos para as UBS, tendo em vista ao aumento da demanda de atendimentos e necessidades que adentram a AB, por naturalmente perceberem que neste espaço, tais necessidades poderão ser resolvidas. Outro importante desafio a ser superado, é a resistência humana às mudanças. Nos espaços de produção de cuidado, alguns profissionais ainda se veem adaptados em modelos de processos de trabalho, que privilegiam o dia “D”, definido previamente e mostrando-se mais oportuno para os profissionais do que para os usuários dos serviços de saúde. Talvez, porque esse modelo de organização de agenda, se caracterize em uma oportunidade de “organização” pessoal, onde o profissional consegue prever sua agenda integral e preparar-se para um grupo previamente definido pelos ACS.

O novo modelo de agenda por bloco de horas, já era uma realidade local em Porto Velho. Os resultados nos levam a garantia de que este modelo privilegia o contato mais próximo com as necessidades dos usuários e interrompeu-se um ciclo negativo das vagas de poder do ACS, o que conseqüentemente elevou o potencial desse profissional da AB, tornando-o mais efetivo em seu território, descaracterizando-o da figura política detentora de vagas para o sistema.

Essa experiência possibilitou a integração das ações programadas da Atenção Básica para o ano de 2018, inseridas no Plano Municipal de Saúde (2017-2020), atendendo o Plano Diretor de Reorganização da Atenção Básica de Porto Velho (PDRAB-PV), proposto pela gestão da AB de Porto Velho, além de oportunizar a reorganização dos processos de trabalho das equipes de saúde da família.

Em 2018, durante a 15ª Mostra Brasil Aqui tem SUS, essa experiência foi premiada com Web documentário, dentro do 34º Congresso Nacional de Secretarias Municipais de Saúde-CONASEMS. O projeto “O acolhimento com classificação de risco na Atenção Básica: a experiência de uma capital da Amazônia legal”, da secretaria municipal de Porto Velho - RO, modificou o modelo de acolhimento em cada UBS para facilitar o acesso da população aos serviços de saúde oferecidos no município. (link: <https://www.youtube.com/watch?v=abSFu6WPypY>).

REFERÊNCIAS

1. MENDES, Eugênio Vilaça As redes de atenção à saúde. / Eugênio Vilaça Mendes. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2011. 549 p.: il.
2. MERHY, Emerson Elias & FRANCO, Túlio Batista. Por uma Composição Técnica do Trabalho em saúde centrada no campo relacional e nas tecnologias leves. Apontando mudanças para os modelos tecno-assistenciais . Saúde em Debate, Rio de Janeiro, v. 27, n. 65, p. 316-323, set./dez. 2003

PLANTAS MEDICINAIS E CULTURA POPULAR: UM OLHAR À LUZ DO USO DE PLANTAS MEDICINAIS EM PORTADORES DE HIPERTENSÃO ARTERIAL A PARTIR DE UMA REVISÃO DA LITERATURA

Data de aceite: 01/03/2022

Enedina Nayanne Silva Martins Leal

Universidad San Lorenzo – Paraguay
(Mestrado em Saúde Pública)

RESUMO: A fitoterapia e o uso de plantas medicinais fazem parte da prática da medicina popular, constituindo um conjunto de saberes internalizados nos diversos usuários e praticantes, especialmente pela tradição oral. Trata-se de um estudo de natureza descritiva com amparo da pesquisa bibliográfica e recortes da literatura especializada de forma que se possa contextualizar a temática em todas as suas nuances. O estudo versa sobre plantas medicinais e cultura popular, um olhar à luz do uso de plantas medicinais em portadores de hipertensão arterial. O estudo revela que no Brasil, ainda que exista um aumento da importância das plantas medicinal e fitoterápica, não existem estudos suficientes para a comprovação da eficácia e segurança da utilização destas como formas de medicamento, também há o desconhecimento entre os profissionais de saúde quanto a esta possibilidade terapêutica, particularmente em relação à implantação desta terapêutica no SUS, e as plantas continuam a ser utilizadas com base apenas no conhecimento popular.

PALAVRAS-CHAVE: Fitoterapia. Plantas medicinais. Cultura popular. Tratamento. Hipertensão arterial.

ABSTRACT: Phytotherapy and the use of

medicinal plants are part of the practice of folk medicine, constituting a set of knowledge internalized in the various users and practitioners, especially through oral tradition. This is a descriptive study supported by bibliographic research and clippings from specialized literature so that the theme can be contextualized in all its nuances. The study deals with medicinal plants and popular culture, a look in the light of the use of medicinal plants in patients with arterial hypertension. The study reveals that in Brazil, although there is an increase in the importance of medicinal and phytotherapeutic plants, there are not enough studies to prove the efficacy and safety of their use as forms of medicine, there is also a lack of knowledge among health professionals about this therapeutic possibility, particularly in relation to the implementation of this therapy in the SUS, and plants continue to be used based only on popular knowledge.

KEYWORDS: Phytotherapy. Medicinal plants. Popular culture. Treatment. Arterial hypertension.

1 | INTRODUÇÃO

Primariamente considera-se à luz do que se aborda como temática principal do estudo que a fitoterapia e o uso de plantas medicinais fazem parte da prática da medicina popular, constituindo um conjunto de saberes internalizados nos diversos usuários e praticantes, especialmente pela tradição oral, podendo inclusive vir a se constituir numa forma eficaz de atendimento primário a saúde em complemento ao tratamento usualmente

empregado, para a população de menor renda. Ressalta-se, no entanto que, a realização segura desse atendimento deve estar vinculada ao conhecimento prévio do profissional de saúde sobre a terapêutica com fitoterápicos ou plantas medicinais. Nessa perspectiva, a orientação para uma utilização adequada, sem perda da efetividade dos princípios ativos localizados nas plantas e sem riscos de intoxicações por uso inadequado é fundamental, já que se tem verificado que, além da utilização dos medicamentos alopáticos, a população que busca atendimento nas unidades básicas de saúde (UBS) também utiliza plantas medicinais com fins terapêuticos, muitas vezes desconhecendo a possível existência de efeitos tóxicos, além de não ter entendimento quanto à sua ação terapêutica; qual forma mais correta de cultivo; preparo; quando cada planta pode ser indicada e em quais casos são contraindicadas.

Segundo exposições de Santana; Assad (2011) o Brasil, em virtude de sua grande biodiversidade, destaca-se como o país com a maior diversidade genética vegetal do mundo, possuindo aproximadamente 60.000 espécies de plantas, o que equivale a aproximadamente 20% da flora mundial conhecida e 75% das espécies vegetais existentes nas grandes florestas

A partir das apresentações iniciais considera-se que o presente estudo versa sobre plantas medicinais e cultura popular: um olhar à luz do uso de plantas medicinais em portadores de hipertensão arterial e tem como objetivo principal apresentar a relação entre o conhecimento popular e a evidência científica sobre o uso de plantas medicinais em portadores de hipertensão arterial. Trata-se de um estudo de natureza descritiva com amparo da pesquisa bibliográfica e recortes da literatura especializada de forma que se possa contextualizar a temática em todas as suas nuances.

2 | DOENÇAS CARDIOVASCULARES E O TRATAMENTO MEDICAMENTOSO PARA HIPERTENSÃO: UMA NOVA ABORDAGEM À LUZ DO USO DE PLANTAS MEDICINAIS NO TRATAMENTO DE PORTADORES DE HIPERTENSÃO ARTERIAL

Adentra-se aos referenciais teóricos deste estudo utilizando-se os apontamentos da Sociedade Brasileira de Cardiologia (2010, p.02) onde se conceitua Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) como “uma condição clínica multifatorial caracterizada por níveis elevados e sustentados de pressão arterial” (PA). Nessa natureza, associa-se frequentemente a alterações funcionais e/ou estruturais dos órgãos-alvo (coração, encéfalo, rins e vasos sanguíneos) e a alterações metabólicas, com consequente aumento do risco de eventos cardiovasculares fatais e não-fatais. Remontando-se uma trajetória histórica há de se destacar que segundo o Ministério da Saúde através da Secretaria de Atenção à Saúde com foco ao Plano de Reorganização da Atenção à Hipertensão Arterial e ao Diabetes Mellitus no Brasil, que em levantamentos divulgados pela OMS em 2008 40% dos adultos com mais de 25 anos sofriam de hipertensão, o que corresponde a um bilhão de pessoas

em todo o mundo. Enquanto que no ano de 1980 a doença afetava 600 milhões de pessoas com mais de 25 anos. Em 2013 a Hipertensão foi considerada responsável pela morte de 9,4 milhões de pessoas por ano, em todo mundo, além de estar relacionada com 45% dos ataques do coração e 51% dos derrames cerebrais. (BRASIL, 2013).

De acordo com a pesquisa Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico – Vigitel (2012), no Brasil 4,3% da população têm hipertensão arterial, contra 22,5% em 2006, ano em que foi realizada a primeira pesquisa (Peres et al., 2012). Pelo exposto, estima-se que o aumento da incidência de doenças cardiovasculares (DCV) (aterosclerose, hipertensão, acidente vascular cerebral, doenças cardíacas isquêmicas, insuficiência cardíaca) levará a um número mundial esperado de mortes relacionadas com DCV de mais de 23,6 milhões até 2030 (BONNEFONT, 2016).

Na perspectiva da Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares no Sistema Único de Saúde (BRASIL, 2006), das Doenças Cardiovasculares, a Hipertensão Arterial é a mais frequente e em sua maior parte assintomática, por esta razão seu diagnóstico e tratamento é negligenciado. Em virtude disto a Hipertensão apresenta-se como um importante problema de saúde pública, uma vez que se sabe que as doenças cardiovasculares ocupam o primeiro lugar em causas de morte no Brasil há mais de 40 anos.

Em seus referenciais de Azevedo *et al.* (2017) assevera que, as Doenças Cardiovasculares (DVC) ou que afetam o sistema cardiovascular, são a principal causa de morte em todo o mundo. Estima-se que 17,5 milhões de pessoas morreram de doenças cardiovasculares em 2012, o que representa 31% de todas as mortes globais. Já em 2012 a Organização Mundial da Saúde (OMS) expunha que mais de três quartos das mortes por DVC ocorreram em países de baixa e média renda descrevendo que vários fatores de risco que predispõem a grande incidência de Doenças Cardiovasculares como hereditariedade, idade, sexo, colesterol elevado, pressão arterial elevada, vida sedentária, obesidade, stress e uso de tabaco. Nesse intento, segundo um estudo publicado em 2014 pelo periódico “*The Lance*” feito em 188 países, dentre as Doenças cardiovasculares, a doença isquêmica do coração, o Acidente Vascular Cerebral (AVE) e a pneumonia são as principais causas de morte no Brasil e respondem por 32% dos óbitos registrados em 2013.

Na perspectiva do que apontam autores como Turi *et al.* (2014), o aumento das Doenças Cardiovasculares está diretamente associado ao envelhecimento, uma vez que este provoca alterações na capacidade de adaptação homeostática, o que leva a população idosa a um aumento da prevalência das doenças crônico-degenerativas e da incapacidade funcional. Apesar disso, as Doenças cardiovasculares não são propriedade apenas dos idosos, tendo incidências na população considerada jovem. Em seus apontamentos, Firmino *et al.* (2015) refere que, a hipertensão arterial é uma das principais causas da morbidade e mortalidade cardiovascular, sendo associado com a etiologia multifatorial da doença isquêmica cardíaca, infarto do miocárdio, acidente vascular cerebral ao lado de

outros eventos cardiovasculares e referida como uma das maiores causas de diminuição da qualidade e expectativa de vida dos indivíduos. Por outro lado, de acordo com o que remete Moreira, et al. (2017), na versão 2016 do *Heart Disease and Stroke Statistics*, da *American Heart Association*, durante a última década pesquisada (2001-2011), a taxa de morte por hipertensão em mais de 190 países, aumentou 13,2%. O Brasil encontra-se em sexto lugar entre os que apresentam a mais alta taxa de óbitos por doenças cardíacas, entre homens e mulheres de 35 a 74 anos.

Esta, de acordo com As Diretrizes Brasileiras de Hipertensão VI (DBH VI), 2010, considera portadores de Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) indivíduos com a Pressão Arterial (PA) igual ou superior a 140 x 90 mm Hg (Tabela 1) o que está em consonância com a classificação das Sociedades Europeias de Cardiologia e Hipertensão Arterial 2013.

Classificação	Pressão sistólica (mmHg)	Pressão diastólica (mmHg)
Ótima	<120	<80
Normal	<130	<85
Limítrofe	130-139	<85-89
Hipertensão estágio 1	140-159	90-99
Hipertensão estágio 2	160-179	100-109
Hipertensão estágio 3	≥180	≥110
Hipertensão sistólica isolada	≥140	< 90

Tabela 1: Classificação do comportamento da Pressão Arterial, pela medida de consultório (> 18 anos)

Fonte: VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão (2010)

Arquivos da autora

A partir das apresentações que se revelam na tabela 1 tomam-se como referência os escritos de Katzung (2014) ao referir que em relação à etiologia da hipertensão, só em cerca de 10 a 15% dos casos é possível estabelecer sua causa específica, chamando àquela que não se pode identificar a causa de hipertensão essencial ou primária. Estudiosos como Góes (2017) são do consenso de que na hipertensão arterial primária ou essencial, há alterações em quase todos os controles fisiológicos da pressão arterial; sendo difícil determinar qual dos mecanismos exerceu um papel dominante no desencadeamento ou na manutenção de valores pressóricos elevados. À luz dos expedientes burocráticos, chama-se atenção para os registros do caderno de atenção básica de nº 37 de 2013 prevê que todo adulto com 18 anos ou mais de idade, ao comparecer em uma Unidade Básica de Saúde (UBS) para consulta, atividades educativas, procedimentos, entre outros. Devendo proceder da seguinte forma: A primeira verificação deve ser realizada em ambos os braços. Caso haja diferença entre os valores, deve ser considerada a medida de maior valor. O braço com o maior valor aferido deve ser utilizado como referência nas próximas medidas;

O indivíduo deverá ser investigado para doenças arteriais se apresentar diferenças de pressão entre os membros superiores maiores de 20/10 mmHg para as pressões sistólica/diastólica, respectivamente. Com intervalo de um minuto, no mínimo, uma segunda medida deve ser realizada.

De acordo com a média dos dois valores pressóricos obtidos, a PA deverá ser novamente verificada: A cada dois anos, se PA menor que 120/80 mmHg (Brasil, 2016); A cada ano, se PA entre 120 – 139/80 – 89 mmHg nas pessoas sem outros fatores de risco para doença cardiovascular (DCV) (CHOBANIAN et al., 2014); Em mais dois momentos em um intervalo de 1 – 2 semanas, se PA maior ou igual a 140/90 mmHg ou PA entre 120 – 139/80 – 89 mmHg na presença de outros fatores de risco para doença cardiovascular (DCV) (CHOBANIAN et al., 2014).

Nesse dimensionamento a Sociedade Brasileira de Cardiologia (2020) chama atenção para o fato de que outro tipo de hipertensão é a secundária, esta possui causa definida e é potencialmente tratável ou até mesmo curável, mas que acomete menos de 3% dos hipertensos. Esta se caracteriza por: Início súbito antes do 30 anos ou após os 50 anos; Aumento da creatinina sérica, hipopotassemia sérica espontânea, menor que 3,0meq/l (hiperaldosteronismo primário); Síndrome de Cushing: ganho de peso, hirsutismo, edema e fácies típicos, dentre outros.

Assim, Andrade *et al* (2015) considera que a hipertensão primária que atinge a maioria da população, não possui uma causa conhecida os tratamentos desenvolvidos acabaram por se direcionar para os pontos de ajuste fisiológicos da pressão, sendo por isso importante conhecê-los e aos seus mecanismos, para entender melhor sobre os tratamentos disponíveis. Nessa natureza Michelini (2019) pontua que os níveis de pressão arterial gerados pelo componente cardíaco e vascular são controlados por mecanismos que modulam tanto sua manutenção quanto sua variação a cada instante, por regular o calibre dos vasos, a reatividade vascular, a distribuição de fluido dentro e fora dos vasos e o débito cardíaco. Por outro lado leva-se em conta o que disserta Mochel (2014) quando argumenta que a pressão arterial pode ser regulada a curto, médio e longo prazo. Em curto prazo pode-se citar a ação dos barorreceptores e os quimiorreceptores. Estes são sensíveis a variação da pressão, sendo estimulados quer pelos receptores de estiramento, quer pela falta de O₂ ou excesso de CO₂ e de H⁺. Há também outro mecanismo que é a resposta isquêmica do sistema nervoso central.

No tocante ao tratamento para hipertensão há de se considerar que as formas de tratamento da HAS residem na adoção de tratamento medicamentoso ou não medicamentoso, ou ainda na associação de ambos O tratamento medicamentoso é indicado para hipertensos moderados e graves, assim como para portadores de hipertensão com fatores de risco para doenças cardiovasculares e/ou lesão importante de órgãos-alvo. Entretanto, poucos hipertensos controlam adequadamente a PA através de um único agente terapêutico, fazendo-se necessário a associação do tratamento medicamentoso e

não medicamentoso, principalmente em indivíduos idosos e com comorbidades relevantes.

De acordo com Sociedade Brasileira de Hipertensão (2015) o tratamento não medicamentoso exige a mudança de hábitos de vida, tais como o controle de peso, restrição alcoólica, abandono do tabagismo, cuidados alimentares e prática regular de atividade física e descreve que por tratamento medicamentoso entendem-se todos os agentes anti-hipertensivos que atuam na interferência dos mecanismos normais e todos eles atuam em um ou mais dos quatro locais anatômicos de controle.

Mengue (2015) observou que a maioria dos hipertensos, em uso de medicamentos, utiliza-se de uma fonte única de obtenção de medicamentos que é o SUS (seja pelas farmácias do sistema público de saúde ou pelo Programa Farmácia Popular do Brasil), um terço exclusivamente pelas farmácias comerciais e pequena participação dos planos de saúde privados. No ano de 2000 o Brasil lançou o plano de reorganização da atenção á hipertensão arterial sistêmica e ao diabetes mellitus. O intuito deste plano é minimizar a ocorrência do agravo e também de tratá-lo, priorizando seu controle. Com a intenção de concretizá-lo foram implementadas diversas ações nos estados e municípios, como o sistema de cadastramento e acompanhamento de hipertensos e diabéticos (HiperDia), adotado nas Unidades Básicas de Saúde (UBS). Este sistema tornou possível a descrição do perfil epidemiológico dos pacientes cadastrados (BOING; BOING, 017).

Em conformidade com o que referencia Secoli (2017), o tratamento com adequado controle da pressão arterial tem se mostrado eficaz em reduzir a ocorrência de complicações decorrentes da HAS bem como redução da mortalidade. Inclusive é comum que se estabeleça uma prescrição simultânea de vários medicamentos, com a finalidade de melhorar a eficácia destes, diminuir a toxicidade ou tratar doenças co-existentes. Esta pratica é mais comum em idosos, uma vez que estes apresentam um maior número de patologias e por isso recebem uma maior quantidade de medicamentos. Na perspectiva do pensamento expresso por Spagnuolo: Baldo (2015), se somarmos isso ao fato que as drogas existentes no mercado, apesar de efetivas, apresentam efeitos colaterais adversos - não que plantas não o apresentem, mas tem seus efeitos colaterais desconhecidos em sua maioria - e associarmos ao fato de existir uma alta aceitação do uso de plantas medicinais pela população em geral e a dificuldade de acesso a medicamentos, em algumas comunidades, chegamos ao uso regular de plantas medicinais usadas com o intuito de auxiliar o tratamento da Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS).

Quando se adentra ao objeto do estudo e se busca conhecer as relações que envolvem as plantas medicinais, cultura popular e o uso em pessoas com hipertensão, remonta-se a história de que o conhecimento sobre as plantas vem acompanhado a própria evolução do homem.

De acordo com os aportes de Cunha (2017), as primitivas civilizações se aperceberam da existência de plantas que, ao serem experimentadas no combate à doença, se mostraram, embora empiricamente, um grande potencial para cura. Esta informação foi inicialmente

transmitida, oralmente as gerações subsequentes e depois, com o surgimento da escrita passou a ser copilada e guardada. Na assertiva do autor, há uma grande biodiversidade em todo o mundo que tem contribuído para o uso de plantas com fins medicinais.

Para Lopes et al. (2015), planta medicinal é toda planta que administrada ao homem ou animal, por qualquer via ou forma, exerça alguma ação terapêutica. Assim, qualquer tratamento feito com plantas, sem que se isole o princípio ativo, é chamado de fitoterapia e os fitoterápicos são os medicamentos produzidos a partir dessas plantas.

Numa abordagem institucional, a Organização Mundial da Saúde (OMS) retrata que 80% da humanidade não têm acesso ao atendimento primário de saúde, por estarem distantes dos centros de saúde ou por falta de condições em adquirir os medicamentos, nesse intento, Brandão; Amadeo; Nobre (2012) considera que desta forma, as terapias complementares são as principais formas de tratamento, e as plantas medicinais, os principais medicamentos disponíveis a população dos países mais pobres.

Noutro viés, Prado (2013) assemelha que tal precariedade não é propriedade apenas do Brasil. Mais de 80% da população da África e da Ásia dependem da medicina tradicional para tratar problemas de saúde básica. Por isso, tem-se considerado cada vez mais importante a restauração e documentação do saber popular para o cuidado básico da saúde.

Em estudo comparado, Raskin *et al.* (2012) adverte que nos EUA, 16% dos medicamentos dispensados foram derivados de alguma planta diretamente ou de seu princípio ativo. O mesmo estudo ainda afirma que a maioria das plantas com potencialidades terapêuticas, permanecem desconhecidas ou inexploradas para sua atividade farmacológica. Isso se dá porque as plantas possuem uma fonte de diversidade molecular superior com partículas moleculares que podem ser úteis para formulação de novos compostos sintéticos.

No Brasil, o Ministério da Saúde intensifica o incentivo as Práticas Integrativas e Complementares (PIC) que se enquadram no que a Organização Mundial de Saúde (OMS) denomina de medicina tradicional e medicina complementar e alternativa (MT/ MCA) e, sobre esse tema, a OMS recomenda aos seus Estados membros a elaboração de políticas nacionais voltadas à integração/inserção da MT/MCA aos sistemas oficiais de saúde, com foco na Atenção Primária à Saúde (APS). As plantas medicinais e seus derivados estão entre os principais recursos terapêuticos (Brasil, 2012).

Em seus escritos, Rodrigues *et al.* (2017) expõe que no Brasil, o conhecimento das propriedades de plantas medicinais é uma das maiores riquezas da cultura indígena, uma sabedoria tradicional que passa de geração em geração. Existe uma grande quantidade de espécies em todo o mundo e a Amazônia abriga 50% da biodiversidade do Planeta. De acordo com dados de instituições de pesquisas da região, cerca de cinco mil, dentre as 25 mil espécies amazônicas, já foram catalogadas e suas propriedades terapêuticas estudadas.

Ainda segundo os referenciais de Magalhães (2012) no Nordeste do Brasil as plantas medicinais continuam sendo largamente usadas tanto no litoral como no agreste e no sertão, especialmente pela população de baixa renda, que não dispõe de recursos para comprar produtos farmacêuticos. O mesmo autor remonta que no ano de 2004 o IBGE em parceria com o Ministério do Meio Ambiente confeccionou a série Mapas Murais, na qual mapearam pela primeira vez os seis biomas continentais brasileiros, Amazônia, Cerrado, Caatinga, Mata Atlântica, Pantanal e Pampa. Para tanto tomaram por base o agrupamento de tipos de vegetação contíguos e identificáveis em escala regional, com condições geoclimáticas similares e história compartilhada de mudanças, o que resulta em uma diversidade biológica própria.

Em estudo equivalente, Mendonça *et al.* (2018) destaca que o cerrado é o segundo maior bioma brasileiro, sendo superado em área apenas pela Amazônia. Ocupa 21% do território sendo formado pelo conjunto de ecossistemas (savanas, matas, campos e matas de galeria) que ocorrem no Brasil Central. Sendo assimum complexo vegetacional que detém grande diversidade biológica. A biodiversidade do Cerrado é elevada, o número de plantas vasculares é superior as encontradas em outras regiões do mundo.

O autor refere mais de 7.000 espécies entre plantas herbáceas, arbustivas, arbóreas e cipós e uma grande parte destas plantas detém compostos bioativos que podem ser aproveitados para fins terapêuticos. Em outro espaço geográfico, a caatinga tem se destacado pela grande diversidade de espécies vegetais, sendo muitas endêmicas ao bioma, e outras que podem exemplificar relações biogeográficas que ajudam a esclarecer a dinâmica histórica vegetacional da própria Caatinga.

Giulietti, *et al.* (2014) ressalta que naquele espaço as lagoas ou áreas úmidas temporárias, representam um conjunto de habitats frágeis dentro da Caatinga, ricos em espécies, e até mesmo em gêneros, de plantas raras e endêmicas e cita que o vale do rio Sambito é caracterizado pela transição Cerrado/Caatinga, predominando a caatinga, com clima tropical semiárido quente e com duração do período seco de sete a oito meses e temperaturas variando de 26°C a 40°C.

Na perspectiva dos estudos realizados, autores como Paria; Mundhra (2012) listaram alguns exemplos de plantas utilizadas largamente por indianos há séculos e cujos princípios ativos foram constatados e atualmente utilizados na medicina ocidental graças ao saber popular. Dentre os exemplos estão o Kurtz, uma planta nativa da Índia, cujo principio ativo reserpine é usado pela medicina ocidental como anti-hipertensivo e tranquilizante. O artigo também citou o Taxus (taxol), Vinca (vincristina e Vinblastina), Artemisia (artemisina), Thaumatooccus (taumatina), Stevia (steviosídeo), Sorous (Sorbitol). Esses princípios ativos são geralmente metabólitos secundários que, de acordo com sua composição, são agrupados como alcalóides, glicosídeos, corticosteróides, óleos essenciais, dentre outros.

De forma sistemática a ANVISA (2015) adverte que uma das formas de se pesquisar sobre plantas medicinais é a abordagem etnofarmacológica, que consiste em combinar

informações adquiridas junto a comunidades locais que fazem uso da flora medicinal. Entretanto tal abordagem deve caracterizar o início da pesquisa, orientando o pesquisador sobre a melhor forma de uso da planta e das possíveis indicações terapêuticas que a mesma possui, sendo necessário que a mesma seja estudada cientificamente, tanto do ponto de vista químico como farmacológico, a fim de comprovar sua eficácia

No ano de 2012 o Ministério da Saúde lançou Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (Brasil, 2012), cujo objetivo é normatização das experiências existentes no SUS, atendendo à necessidade de se conhecer, apoiar, incorporar e implementar experiências que já vêm sendo desenvolvidas na rede pública de muitos municípios e estados, como as práticas da medicina tradicional e popular, destacando-se o uso de plantas medicinais. Essa política surge como demonstração da importante dimensão assumida pela herança cultural de várias gerações o que protagoniza as práticas terapêuticas consideradas efetivas principalmente por idosos.

Badke *et al.* (2011) refere que no mesmo ano o Governo Federal desenvolveu a Política Nacional de Plantas Medicinais e Fitoterápicos, amparada na Portaria Interministerial nº 2.960 de 09 de dezembro 2008, a fim de garantir à população brasileira o acesso seguro e o uso racional de plantas medicinais e fitoterápicos, tendo por base a atividade popular da planta, ou seja, seu uso tradicional. Ao todo foram alistadas 71 plantas, mas dentre estas não há nenhuma utilizada para atividade cardiovascular. Isto se dá porque não se pode trocar um medicamento com eficácia comprovada por um que não tenha atividade comprovada, além disso, o que está envolvido é a atividade cardiovascular que se não for tratada poderá levar a morte do indivíduo.

Nessa natureza, dentre os marcos teóricos para a construção da Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares PNPIC-SUS pode-se destacar o documento da Organização Mundial da Saúde, publicado em 2002 (World Health) com o título Traditional Medicine Strategy (2002-2005).

Nessa mesma trajetória, em 2006, a Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares e da Política Nacional de Plantas Medicinais e Fitoterápicos foram criados para o Sistema Único de Saúde (SUS) criada em decorrência da necessidade de normatização e harmonização dessas práticas na rede pública de saúde.

Em conformidade com De Figueredo (2016) essa política contempla diretrizes e ações para inserção de serviços e produtos relacionados à medicina tradicional chinesa/acupuntura, homeopatia e plantas medicinais e fitoterapia, assim como para observatórios de saúde do termalismo social e da medicina antroposófica. Contemplando responsabilidades nas esferas federais, estaduais e municipais.

De acordo com o Caderno de Atenção Básica nº 31 de 2012, com a aprovação da Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares no SUS desencadeou o desenvolvimento de políticas, programas, ações e projetos em todas as instâncias governamentais, pela institucionalização dessas práticas no SUS.

Dentre os principais objetivos da Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares pode-se destacar: Incorporar e implementar Práticas Integrativas e Complementares no SUS, na perspectiva da prevenção de agravos e da promoção e recuperação da saúde, com ênfase na atenção básica, voltada para o cuidado continuado, humanizado e integral em saúde; Contribuir para o aumento da resolubilidade do Sistema e ampliação do acesso às Práticas Integrativas e Complementares, garantindo qualidade, eficácia, eficiência e segurança no uso, dentre outros (BRASIL, 006).

Com isso seu objetivo é garantir a prevenção de agravos, a promoção e a recuperação da saúde, dando ênfase a atenção básica, propondo uma cuidado continuado, humanizado e integral em saúde, com qualidade, eficácia, eficiência, segurança, sustentabilidade, controle e participação social no uso (BARROS, 2006) dentre as quais se destacam as seguintes diretrizes doutrinárias: Considera a estruturação e fortalecimento da atenção em Práticas Integrativas e Complementares (PIC) no SUS, mediante: inserção em todos os níveis de atenção, com ênfase na atenção básica; Propõe o desenvolvimento de estratégias de qualificação em PIC, em conformidade com os princípios da Educação Permanente; Ressalta o provimento do acesso e ampliação da produção pública de medicamentos homeopáticos e fitoterápicos, mediante: elaboração da Relação Nacional de Plantas Medicinais e da Relação Nacional de Fitoterápicos; Garante o acesso aos demais insumos estratégicos das PIC, com qualidade e segurança das ações; Incentiva a pesquisa em PIC com vistas ao aprimoramento da atenção à saúde, avaliando eficiência, eficácia efetividade e segurança dos cuidados prestados; Propõe o desenvolvimento de ações de acompanhamento e avaliação das PIC (BRASIL, 2006).

Há também o projeto Farmácias-Vivas que funciona como um programa de assistência social farmacêutica favorecendo plantas de fato medicinais e orientando para seu reconhecimento, a maneira de fazer preparações simples de forma artesanal e como empregá-las corretamente. Seu objetivo era substituir gradativamente, no nordeste do Brasil e posteriormente em todo o país, as práticas caseiras ineficazes e prejudiciais, usando para isso unidades operacionais descentralizadas, transformando uma pequena horta medicinal em um laboratório de manipulação com pessoal treinado. As preparações farmacêuticas que obedecem a orientação do projeto têm se mostrado tão ou mais eficazes e seguras que os fitoterápicos de origem industrial

O modelo criado é compatível com as normas da política nacional de plantas medicinais e fitoterápicos, aprovada pelo Governo Federal e com sua adoção pelo SUS e poderá ser aproveitado para sua implantação em todos os Estados (PIMENTA, 2012). Nas farmácias-vivas, sua administração, o princípio ativo é mantido nas plantas, e não, isolado, na forma de chás, xaropes, tinturas e cápsulas gelatinosas. (Barata 2003).

A legislação prevê a produção e manipulação de material vegetal, controle de qualidade, embalagem, e distribuição do produto, todos no mesmo local, sendo os produtos dispensados também em postos de saúde oficiais. Diante de sua importância, o Ministério

da saúde instituiu a farmácia viva no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) através da portaria GM nº 886, de 20 de abril de 2010, sob gestão das três esferas, federal, estadual e municipal. (Oliveira, 2014; Brasil, 2012).

3 | CONCLUSÃO

O Brasil possui uma rica biodiversidade e várias espécies de plantas que podem ser utilizadas com fins medicinais, que são comercializadas em feiras, ou cultivadas pelas pessoas em seus quintais e é este, muitas vezes, o recurso terapêutico disponível de muitas comunidades, em especial as mais pobres. Contudo, onde o uso é uma alternativa, também pode ser um risco, pois é por vezes baseado na crença da naturalidade inofensiva, o que eleva as chances de reações adversas e tóxicas relacionadas ao mau uso destas plantas. Assim, em vista dessas questões, e após a realização do estudo conclui-se que são necessárias pesquisas mais amplas e específicas para várias dessas plantas com testes de eficácia e de toxicidade de extratos e de seus princípios ativos isolados, permitindo a determinação de uso correto da planta sozinha ou associada aos demais fármacos anti-hipertensivos prescritos e, em função desses dados, assegurar o consumo seguro pela população usuária.

Conclui-se também que se pesquisas farmacológicas e toxicológicas completas com os princípios ativos isolados fossem empreendidas, isso levaria à melhoria da saúde das populações, podendo vir a mostrar outros usos para os compostos oriundos dessas plantas, podendo gerar novas moléculas candidatas a fármacos.

No que diz respeito ao atendimento dos hipertensos usuários de plantas medicinais pelos profissionais de saúde conclui-se que, com relação à assistência e oferta de conhecimento no uso de plantas medicinais, há necessidade de melhorias na formação dos profissionais de saúde para abordagem dos usuários do SUS, o que está impossibilitando de serem dadas orientações melhores e mais embasadas cientificamente sobre o uso das plantas por parte dos pacientes.

REFERÊNCIAS

ANDRADE, S. S. A. La prevalencia de hipertensión autorreferida em la población brasileña: análisis de la Encuesta Nacional de Salud de 2013. **Epidemiol. Serv. Saúde**. v. 24, n. 2, p. 297-304, 2015.

ANVISA. Agência Nacional de Vigilância Sanitária **Resolução RDC nº 17, de 16 de abril de 2010**. Dispõe sobre as Boas Práticas de Fabricação de Medicamentos. Ministério da Saúde: Brasília, 2015.

AZEVEDO, Bruna Rafaela Magalhães de; PINHEIRO, Débora Nemer; JOAQUIM, Maria Joana Mader. Doenças cardiovasculares: fatores de risco e cognição. *Rev. SBPH vol.20 no.2 Rio de Janeiro dez. 2017*.

BADKE, M. R.; BUDÓ, M.L.D; SILVA, F.M; RESSEL, L.B. **Plantas medicinais: o saber sustentado na prática do cotidiano popular.** *Esc Anna Nery.* v. 15, n. 1, p. 132-139, 2011.

BARROS, N. F. Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares no SUS: uma ação de inclusão. *Ciênc. saúde coletiva.* v. 11, n. 3, p. 850, 2016.

BOING AC, BOING AF. Hipertensão arterial sistêmica: o que nos dizem os sistemas brasileiros de cadastramentos e informações em saúde. *Rev Bras Hipertens.* 2017.

BONNEFONT-ROUSSELOT, Dominique. Resveratrol and cardiovascular diseases. *Nutrients,* v. 8, n. 5, p. 250, 2016.

BRANDÃO AA, AMADEO C, NOBRE F. (eds.) **Hipertensão.** 2. ed. Rio de Janeiro: Elsevier; 2012.

BRASIL. **Plano de Reorganização da Atenção à Hipertensão Arterial e ao Diabetes Mellitus no Brasil.** Secretaria de Políticas de Saúde. Ministério da Saúde: Brasília, 2013.

_____. **Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico.** VIGITEL: Brasília, 2012.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria no 971, de 3 de maio de 2006.** Aprova a Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares no Sistema Único de Saúde. Diário Oficial da União, n. 84, seção 1, 2006. 19p.

_____. **Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares no Sistema Único de Saúde.** Ministério da Saúde. Brasília, 2006.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção a Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Práticas Integrativas e Complementares: Plantas Medicinais e Fitoterapia na Atenção Básica/** Ministério da Saúde, p. 97-110. Brasília DF, 2012.

CHOBANIAN, A. V. (Org). The seventh report of the Joint National Committee on Prevention, Detection, Evaluation, and Treatment of High Blood Pressure. Washington D.C.: **National Institutes of health:** 2014. 88 p.

CUNHA, A.P.M.A; ROQUE, O.L.R. **Plantas Medicinais da Farmacopeia Portuguesa: Constituintes, Controle, Farmacologia e Utilização.** Fundação CalousteGulbenkian Ed. Coimbra, Portugal: F.C.G. P. 1-6, 2017.

FIGUERÊDO Alves, Maciel de, and Cláudia Patrícia Fernandes dos Santos. **Plantas medicinais utilizadas no tratamento da hipertensão arterial no município de Cuité/PB.** Campina Grande: UFPB, 2016.

FIRMINO, P. Y. M. et al. Cardiovascular risk rate in hypertensive patients attended in primary health care units: the influence of pharmaceutical care. *Braz. J. Pharm. Sci.* v. 51, n. 3, p. 617-627, 2015.

GIULIETTI, A. M; NETA, A.L B; CASTRO, A.A.J.F; ROJAS, C.F.L; SAMPAIO, E.V.S.B; VIRGÍNIO, J.F; QUEIROZ, L.P; FIGUEIREDO, M.A; RODAL,M.J.N. **Diagnóstico da vegetação nativa do bioma Caatinga. Biodiversidade da Caatinga: áreas e ações prioritárias para a conservação.** UFC: Fortaleza, 2014.

GOES Ela, Marcon SS. A convivência com a hipertensão arterial. **Acta Scientiarum**. 2017;24(3):819-29.

LOPES, S.C.S; ARRUDA, G.O; RENOVATO, R.D; ALVARENGA, M.R.M. Representações e usos de plantas medicinais por homens idosos. **Rev Lat Am Enfermagem**. v.20, n.4, p. 778-86, 2015.

MAGALHÃES, Maria Aparecida, et al. "Principais interações no uso de medicamentos fitoterápicos." **Infarma** 19.1/2 (2017): 32-40.

MENDONÇA, R.J. Flora vascular do Cerrado. In: S. Sano e S. Almeida (eds.). **Cerrado. Ambiente e flor** . Empresa Brasileira de Pesquisa Agropecuária – Embrapa - Cerrados, Planaltina, Brasil. p. 288-556, 2018.

MENGUE, S. S; TAVARES, N.U; COSTA, K.S; MALTA, D.C; SILVA, J; JARBAS, B. Fontes de obtenção de medicamentos para tratamento de hipertensão arterial no Brasil: análise da Pesquisa Nacional de Saúde. **Rev. bras. epidemiol.** v. 18, n. 2, p. 192-203, 2015.

MICHELINI, LC. **Fisiologia. Regulação neuro-humoral da pressão arterial**. Moderna: Rio de Janeiro. p. 473-88, 2019.

MOCHEL, E. G. **Avaliação do tratamento e controle da hipertensão arterial sistêmica em pacientes da rede pública em São Luis (MA)**. **Revista Baiana de Saúde Pública**. v. 31, n. 1, p. 90, 2014.

MOREIRA, F.V; BASTOS, J.F.A; BLANK, A.F; AALVEZ, P.B; SANTOS, M.R.V. Chemical composition and cardiovascular effects induced by the essential oil of *Cymbopogon citratus* DC. Stapf, Poaceae in rats. **Rev Bras Farmacogn**. v. 20, n.6, p. 904-9, 2017.

OLIVEIRA, P. J. M. **Reconhecimento das plantas medicinais de uso tradicional no Brasil: a relevância e o pioneirismo da Casa Granada**. [TCC - Especialização]. Rio de Janeiro: Instituto de Tecnologia em Fármacos/Farmanguinhos, Fundação Oswaldo Cruz, 2014.

PARIA and A. MUNDHRA; International Seminar on "Multidisciplinary Approaches in Angiosperm Systematics". **Perspectives in medicinal plants** N. D., 2012.

PIMENTA, Ana Carolina. Instituições paraenses se unem para produção de fitoterápicos. **Revista Ver-a-Ciência**, v. 1, p. 29-35, 2012.

PRADO, D. E. **As caatingas da América do Sul. Ecologia e conservação da caatinga**. Ed. Universitária da UFPE, Recife. Pp. 3-73, 2013.

RASKIN I.; D. M. RIBNICKY, KOMARNYTSKY S.; ILIC N; POULEV A.;BORISJUK N.; BRINKER A. MORENO D. A.; RIPOLL C.; YAKOBY N.;O'NEAL J. M.; CORNWELL T.; PASTOR I.; FRIDLENDER B. Plants and human health in the twenty-first century. **TRENDS in Biotechnology** Vol.20 No.12 December 2012.

RODRIGUES BRUNING, Maria Cecilia; BITTENCOURT GONZALEZ MOSEGUI, Gabriela; MANSO DE MELO VIANNA, Cid. A utilização da fitoterapia e de plantas medicinais em unidades básicas de saúde nos municípios de Cascavel e Foz do Iguaçu-Paraná: a visão dos profissionais de saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 17, n. 10, 2012.

SANTANA, P. J. P; ASSAD, A. L. O Contexto brasileiro para a bioprospecção: a competência científico tecnológica brasileira. **Biotecnologia**. n. 29, p. 32-37, 2011.

SECOLI, S. R. Interações medicamentosas: Fundamentos para a prática clínica da enfermagem. **Rev Esc Enf**. v.1, n.35, p. 28-34, 2017.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE HIPERTENSÃO. XXIII Congresso da **Sociedade Brasileira de Hipertensão**. UFMG: Governador Valadares, 2015.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA. **Manual. Diretrizes Brasileiras de Hipertensão VI**. SBCM: São Paulo, 2010.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA.. V **Diretrizes brasileiras de hipertensão arterial**. 2020. [Citado em 2008 mar. 31]. Disponível em <http://departamentos.cardiol.br/dha/vdiretriz/vdiretriz.asp>

SPAGNUOLO, R. S; BALDO, R. C. S. Plantas medicinais e seu uso caseiro: o conhecimento popular. **Journal of Health Sciences**, v. 11, n. 1, p. 31-34, 2015.

TURI, B. C., et al. Prática de atividade física, adiposidade corporal e hipertensão em usuários do Sistema Único de Saúde. **Rev bras epidemiol**17.4 (2014): 925-937.

DETERIORAÇÃO CLÍNICA GRAVE NO CONTEXTO HOSPITALAR PEDIÁTRICO: UMA SÉRIE DE CASOS

Data de aceite: 01/03/2022

Maricarla da Cruz Santos

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

Juliana de Oliveira Freitas Miranda

Universidade Estadual de Feira de Santana
Feira de Santana – Bahia
<http://lattes.cnpq.br/6586008494633206>

Kleize Araújo de Oliveira Souza

Universidade Estadual de Feira de Santana
Feira de Santana – Bahia
<https://lattes.cnpq.br/5505956580178538>

Aisiane Cedraz Morais

Universidade Estadual de Feira de Santana
Feira de Santana – Bahia
<http://lattes.cnpq.br/4895188617517635>

Rebeca Pinheiro Santana

Universidade Estadual de Feira de Santana
Feira de Santana – Bahia
<http://lattes.cnpq.br/0890942519045521>

Micaela Santa Rosa da Silva

Universidade Estadual de Feira de Santana
Feira de Santana – Bahia
<http://lattes.cnpq.br/2861272021373464>

Thaiane de Lima Oliveira

Hospital Estadual da Criança
Feira de Santana – Bahia
<http://lattes.cnpq.br/6604441822313930>

RESUMO: **Introdução:** O processo de deterioração clínica na criança ocorre de forma gradativa, porém os sinais de piora nem sempre são identificados precocemente, o que pode aumentar o risco de morbimortalidade e resultar em desfechos desfavoráveis secundários ao reconhecimento tardio. Nesse sentido, para auxiliar nesse processo os profissionais podem utilizar ferramentas que apoiam a detecção e tratamento precoces da deterioração clínica pediátrica. **Objetivo:** relatar uma série de casos de crianças que apresentaram deterioração clínica grave identificada pela aplicação do Escore Pediátrico Alerta (EPA) em um contexto hospitalar. **Método:** Estudo descritivo, retrospectivo, de série de casos, com 10 crianças, de 0 a 10 anos de idade, que apresentaram deterioração clínica grave reconhecida a partir da aplicação do EPA. Na primeira etapa foi realizado o levantamento dos casos no banco de dados do projeto guarda-chuva e na segunda etapa foi feita a investigação em prontuário sobre evolução, intervenções e desfechos dos casos. **Resultados:** os casos graves de deterioração clínica ocorreram predominantemente em meninos, ≤ 2 anos, internados por pneumonia, portadores de alguma comorbidade e internados na unidade de emergência. Dos 10 pacientes, 7 apresentaram alterações em todos os componentes de avaliação do EPA e a maioria dos eventos ocorreram nos primeiros dias de internamento. As intervenções realizadas não seguiram um padrão e a maioria necessitou de transferência para a Unidade de Terapia Intensiva (UTI) com prolongamento do tempo de hospitalização. Ocorreram 2 óbitos pouco tempo

após a piora clínica. **Conclusão:** o uso de ferramentas como o EPA pode ajudar a equipe de saúde na sistematização do processo de reconhecimento precoce e classificação do nível de gravidade da deterioração clínica no cenário hospitalar.

PALAVRAS-CHAVE: Deterioração clínica; Criança hospitalizada; Enfermagem Pediátrica.

SERIOUS CLINICAL DETERIORATION IN THE PEDIATRIC HOSPITAL CONTEXT: A CASE SERIES

ABSTRACT: Introduction: The process of clinical deterioration in children occurs gradually, but signs of worsening are not always identified early, which can increase the risk of morbidity and mortality and result in unfavorable outcomes secondary to late recognition. In this sense, to assist in this process, professionals can use tools that support the early detection and treatment of pediatric clinical deterioration. Objective: to report a series of cases of children who presented severe clinical deterioration identified by the application of the Pediatric Alert Score (EPA) in a hospital context. **Mand all:** Descriptive, retrospective, case series study with 10 children, from 0 to 10 years of age, who presented severe clinical deterioration recognized after the application of EPA. In the first stage, a survey of cases was carried out in the database of the umbrella project and in the second stage, an investigation was carried out in medical records on evolution, interventions and outcomes of the cases. Results: severe cases of clinical deterioration occurred predominantly in boys, ≤ 2 years old, hospitalized for pneumonia, with some comorbidity and admitted to the emergency unit. Of the 10 patients, 7 presented alterations in all EPA assessment components and most events occurred in the first days of hospitalization. The interventions performed did not follow a pattern and most required transfer to the Intensive Care Unit (ICU) with prolonged hospitalization time. There were 2 deaths shortly after clinical worsening. Conclusion: the use of tools such as the EPA can help the health team in the systematization of the process of early recognition and classification of the level of severity of clinical deterioration in the hospital setting.

KEYWORDS: Clinical deterioration; Hospitalized child; Pediatric Nursing.

1 | INTRODUÇÃO

A deterioração clínica é entendida como uma condição dinâmica caracterizada por um processo evolutivo de piora, representado por sinais e sintomas objetivos e/ou subjetivos de gravidade, capaz de aumentar a morbidade, a permanência hospitalar e a mortalidade (PADILLA; MAYO, 2018; JONES *et al.*, 2013; LAVOIE; PEPIN; ALDERSON, 2016).

A evolução favorável dos casos e o bom prognóstico da deterioração está geralmente atrelada ao reconhecimento precoce de sinais de instabilidade dos parâmetros vitais e clínicos. No cenário pediátrico, nem sempre é fácil a identificação precoce destes sinais, visto que a criança, diferente do adulto, não consegue verbalizar e expressar o que sente, requerendo do profissional de saúde uma atenção maior na detecção de alterações (MELO; SILVA, 2011).

Na criança, geralmente, existe uma evolução gradativa da deterioração clínica,

já que, a hipoxemia tecidual progressiva e a acidose são responsáveis pela maioria dos casos de parada cardíaca (MATSUNO, 2012). Porém, apesar de os sinais de piora estarem presentes no decorrer de algumas horas que antecedem a parada, nem sempre são percebidos (CARTER, 2015), o que pode resultar em desfechos desfavoráveis para o paciente, decorrentes do reconhecimento tardio da piora clínica. Desse modo, a equipe de saúde deve estar atenta aos sinais precoces de piora, a fim de prevenir complicações associadas e garantir o cuidado seguro. Para isso, podem adotar ferramentas capazes de auxiliar no processo de reconhecimento precoce da deterioração clínica pediátrica, a exemplo dos *Pediatric Early Warning Score (PEWS)*.

Os *Pediatric Early Warning Score* (Escores Pediátricos de Alerta Precoce) têm por objetivo identificar precocemente e medir, por meio de um sistema de pontuação, alterações dos parâmetros fisiológicos, identificando sinais de piora clínica (CHAIYAKULSIL; PANDEE, 2015; JENSEN *et al.*, 2017; MIRANDA *et al.*, 2017, 2019). No Brasil, o primeiro Escore Pediátrico de Alerta Precoce foi publicado em 2016, como uma versão traduzida, adaptada e validada do *Brighton Paediatric Early Warning Score (BPEWS-Br)* (MIRANDA *et al.*, 2016b, 2017). Dois anos após essa validação, os autores do *BPEWS-Br* desenvolveram um novo instrumento denominado Escore Pediátrico de Alerta (EPA).

O EPA é composto por três componentes de avaliação: neurológico, respiratório e cardiovascular. Cada componente apresenta indicadores específicos de mensuração do nível de gravidade e a soma das pontuações desses indicadores clínicos podem variar de 0 a 11 pontos, quanto maior a pontuação, maior será o potencial de agravamento (OLIVEIRA *et al.*, 2021; OLIVEIRA, 2019).

A partir do escore final do EPA, os pacientes podem ser classificados em quatro níveis de gravidade: sem sinais de deterioração (0 pontos), sinais leves de deterioração (1 a 2 pontos), sinais moderados de deterioração (3 a 4 pontos) e sinais graves de deterioração (≥ 5 pontos). O seu objetivo é que o reconhecimento desses sinais aconteça o mais precoce possível e sejam feitas intervenções de modo que o paciente não avance para um estágio mais grave (OLIVEIRA, 2019), entendendo que a detecção e o tratamento precoces podem evitar a progressão para parada cardíaca e óbito, além de prevenir sequelas, sendo decisivo para o prognóstico (MELO *et al.*, 2011; VASCONCELLOS; MELO; GRESTA, 2011).

Desse modo, com vistas a destacar a importância do reconhecimento precoce da deterioração clínica pediátrica no cenário hospitalar, é fundamental classificar o nível de gravidade do paciente e acompanhar sua evolução, visto que, quanto mais grave a sua condição clínica, maiores serão os impactos negativos sobre a sua saúde.

O presente estudo teve como objetivo relatar uma série de casos de crianças que apresentaram deterioração clínica grave identificada pela aplicação do Escore Pediátrico de Alerta (EPA) em um contexto hospitalar.

2 | METODOLOGIA

Trata-se de um estudo descritivo, retrospectivo, de série de casos, cuja finalidade foi relatar a evolução, intervenções e desfechos dos casos de crianças que apresentaram deterioração clínica grave no contexto hospitalar.

O campo de estudo foi um hospital pediátrico de referência no interior da Bahia-Brasil, mais especificamente as unidades de internamento das clínicas médica, cirúrgica, observação e estabilização da emergência. O hospital possui 240 leitos, sendo 50 de Unidade de Terapia Intensiva (pediátrica, neonatal e obstétrica), 87 de pediatria clínica, 29 de pediatria cirúrgica, 44 obstétricos, 18 Unidade de Cuidados Intermediários neonatais e 12 de Unidade de Cuidados Intermediários Canguru (BAHIA, 2019).

Para este estudo foram relatados 10 casos de crianças, de 0 a 10 anos de idade, que apresentaram deterioração clínica grave reconhecida a partir da aplicação do EPA com pontuação ≥ 5 . Os casos foram retirados da amostra de 240 crianças e adolescentes com idade até 15 anos, internados no período de outubro/2018 a maio/2019, calculada para o projeto guarda-chuva, intitulado “Reconhecimento da deterioração clínica pediátrica no contexto hospitalar da saúde da criança no município de Feira de Santana – Bahia”.

O projeto acima foi registrado pelo Conselho Superior de Ensino Pesquisa e Extensão da Universidade Estadual de Feira de Santana (Resolução nº 035/2018) e aprovado para financiamento pela Chamada MCTIC/CNPq Nº 28/2018, processo nº 405101/2018-0), sendo desenvolvido com a finalidade de validar e implantar o Escore Pediátrico de Alerta (EPA) para reconhecimento da deterioração clínica no contexto hospitalar da saúde da criança no município de Feira de Santana – Bahia.

Esse estudo foi vinculado ao projeto guarda-chuva, que buscando atender a resolução nº 510 do Conselho Nacional de Saúde, foi submetido e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual de Feira de Santana - Bahia, sob CAAE nº: 79484117.2.0000.0053 e parecer nº: 2.423.979.

Os critérios de inclusão dos casos foram crianças com idade de 0 a 10 anos que participaram da primeira fase do projeto guarda-chuva e apresentaram EPA ≥ 5 , o que as classifica com sinais graves de deterioração

A coleta de dados foi realizada em duas etapas: levantamento dos casos e investigação da evolução dos casos em prontuário. Após levantamento dos casos, das 240 crianças e adolescentes avaliados no projeto guarda-chuva, 109 tiveram EPA= 0; 84 EPA 1 – 2; 32 EPA 3 – 4; e 15 EPA ≥ 5 . Para este estudo foram selecionados 15 casos de crianças que apresentaram deterioração clínica grave. Entretanto, devido à pandemia pelo coronavírus, a coleta realizada na segunda etapa foi interrompida, sendo coletados 10 dos 15 casos.

Na primeira etapa foram coletados as variáveis de identificação, sócio-demográficas clínicas e do Escore de Alerta Precoce do banco do projeto guarda-chuva. Na segunda

etapa, foi realizada a coleta das variáveis complementares a partir dos prontuários das crianças selecionadas. Um formulário foi elaborado para colher as informações referentes as intervenções realizadas pela equipe (após identificação da deterioração clínica) e a evolução dos pacientes (após as intervenções em um período de 72 horas).

Os dados obtidos foram computados em banco de dados construído e processado eletronicamente no Excel versão 2013. Feito isso, foi realizada a análise por meio da estatística descritiva. Para as variáveis qualitativas nominais e ordinais foram calculadas as frequências simples absolutas. As variáveis quantitativas discretas e contínuas foram categorizadas, visto que se tratou de poucos casos. Além disso, para os dados coletados de forma textual (intervenções e desfechos), foram feitas categorizações para sua apresentação. Os casos foram apresentados sob a forma de tabelas.

3 | RESULTADOS E DISCUSSÃO

Paciente	Idade	Sexo	Unidade de internação	Comorbidades	Diagnóstico principal
Paciente 1	4 meses	Masculino	Clínica Médica	Gastrointestinal	Hipoxia Neonatal
Paciente 2	7 anos	Feminino	Clínica Médica	Neuropatia	Epilepsia
Paciente 3	9 anos	Masculino	Clínica Nefrologia	Doença renal	Síndrome Nefrética + Pneumonia
Paciente 4	2 meses	Masculino	Estabilização da Emergência	Não	Choque Hipovolêmico por desidratação
Paciente 5	1 mês	Masculino	Estabilização da Emergência	Não	Anomalia anorretal/pós- operatório de colostomia
Paciente 6	1 ano	Feminino	Observação da Emergência	Não	Pneumonia
Paciente 7	2 anos	Masculino	Observação da Emergência	Não	Pneumonia
Paciente 8	1 mês	Masculino	Observação da Emergência	Doença renal	Suspeita de VUP + ITU + IRA
Paciente 9	9 anos	Feminino	Observação da Emergência	Falcemia/ Prematuridade	Pneumonia + Anemia Falciforme
Paciente 10	4 anos	Masculino	Observação da Emergência	Neuropatia	Pneumonia + derrame pleural

Tabela 1. Caracterização dos casos de crianças que apresentaram deterioração clínica grave a partir da aplicação do Escore Pediátrico de Alerta (EPA). Feira de Santana, 2020.

Fonte: dados originais VUP: Válvula de Uretra Posterior; ITU: Infecção do Trato Urinário; IRA: Insuficiência Renal Aguda.

Os resultados apresentados na Tabela 1, mostram que dos 10 casos graves de deterioração, 07 eram meninos, 06 tinham idade ≤ 2 anos, 05 apresentaram pneumonia como um diagnóstico principal e 06 tinham comorbidade. Além disso, a deterioração grave ocorreu mais na unidade de emergência (05 casos).

Paciente	Sinais de alerta do EPA	EPA	Tempo de hospitalização entre a admissão e o episódio de deterioração	Intervenções imediatas registradas em prontuário
Paciente 1	Hipoativo; FR \geq 20 rpm acima do limite superior para idade; retrações subcostais, esternal e fúrcula; 3l/min de O ₂ ; TEC de 4 segundos.	7	34 dias	Oxigenoterapia + nebulização + expansão volêmica + coleta de exames + ajuste de prescrição medicamentosa.
Paciente 2	Resposta reduzida à estímulo doloroso; palidez; TEC de 4 segundos; redução ou ausência de diurese há 08 horas ou mais.	6	33 dias	Expansão volêmica.
Paciente 3	Irritado; FR > 10 rpm acima do limite superior para a idade; retrações subcostais, intercostais, esternal, gemência; 4 l/min de O ₂ ; palidez; FC persistente até 20 bpm acima do limite superior para idade; TEC de 3 segundos; redução ou ausência de diurese há 08 horas ou mais.	6	2 dias	Oxigenoterapia + expansão volêmica + sondagem vesical + ajuste de prescrição medicamentosa + solicitação de transferência para estabilização.
Paciente 4	Hipoativo, FR até 10 rpm acima do limite superior para a idade, moteamento, TEC de 3 segundos, \leq 36°C, redução ou ausência de diurese há 08 horas ou mais.	7	3 dias	Ajuste de prescrição medicamentosa + solicitação de transferência para UTI.
Paciente 5	Hipoativo, FR \leq 5 rpm abaixo do limite inferior para idade, retrações subcostais, 2 l/min de O ₂ , Palidez, \leq 36°C.	7	2 dias	Avaliação da hemoglobina para necessidade de transfusão com concentrado de hemácias.
Paciente 6	FR \geq 20 rpm acima do limite superior para idade; retrações subcostais e intercostais; 1 l/min de O ₂ ; FC persistente \geq 20 bpm acima do limite superior para idade.	5	2 dias	Nebulização + ajuste da oxigenoterapia + ajuste de prescrição medicamentosa.
Paciente 7	FR > 10 rpm acima do limite superior para a idade; retrações subcostais, intercostais, esternal e fúrcula; FiO ₂ \geq 50%; palidez; FC persistente \geq 20 bpm acima do limite superior para idade; \leq 36°C; redução ou ausência de diurese há 08 horas ou mais.	7	0	Expansão volêmica + nebulização + ajuste de oxigenoterapia.
Paciente 8	Irritado; gemência; palidez; \leq 36°C; redução ou ausência de diurese há 08 horas ou mais.	7	1 dia	Monitorização + ajuste de prescrição medicamentosa + solicitação de transferência para UTI.
Paciente 9	Hipoativo; FR > 10 rpm acima do limite superior para a idade; retrações subcostais, intercostais e esternal; incapacidade de falar ou se alimentar por via oral; FiO ₂ \geq 35%; Palidez, FC persistente > 20 bpm acima do limite superior para a idade, TEC de 4 segundos.	7	1 dia	Concentrado de hemácias + expansão volêmica + ajuste de prescrição medicamentosa.

Paciente 10	Irritado; FR > 10 rpm acima do limite superior para a idade; retrações subcostais, intercostais, esternal e fúrcula; FC persistente ≥ 30 bpm acima do limite superior para idade; TEC de 3 segundos.	5	1 dia	Monitorização + oxigenoterapia + expansão volêmica + ajuste de prescrição medicamentosa.
-------------	--	---	-------	--

Tabela 2. Distribuição dos casos de deterioração clínica grave segundo sinais de alerta do Escore Pediátrico de Alerta (EPA), pontuação do EPA e intervenções realizadas. Feira de Santana, 2020.

Fonte: dados originais

Os dados da Tabela 2 revelam que 07 dos 10 dos pacientes apresentaram alterações em todos os componentes de avaliação do EPA (neurológico, respiratório e cardiovascular). Em relação ao EPA, 06 pacientes tiveram escore 7, 02 tiveram escore 6 e 02 escore 5. Os eventos de deterioração ocorreram mais até o terceiro dia de internamento. As intervenções realizadas variaram e, segundo registros em prontuário, não houve um padrão nas intervenções iniciais de atendimento com monitorização, estabelecimento de acesso venoso e oxigenoterapia, se necessário. Destaca-se a falta de detalhamento em alguns registros das intervenções nos prontuários.

Paciente	24 Horas	48 Horas	72 Horas	Desfecho final após deterioração	Tempo de hospitalização
Paciente 1	Piora clínica com necessidade de aspiração de vias aéreas, ventilação por pressão positiva e introdução de ventilação não-invasiva.	Piora clínica com transferência para UTI e intubação.	Estabilidade clínica com permanência na UTI em uso de ventilação mecânica invasiva.	Alta	76 dias
Paciente 2	Estabilidade clínica.	Piora clínica com transferência para a unidade de estabilização, intubação e transferência para UTI.	Estabilidade clínica com permanência na UTI em uso de ventilação mecânica invasiva.	Alta	77 dias
Paciente 3	Piora clínica com necessidade de intubação, transferência para UTI.	Piora clínica com necessidade de drogas vasoativas.	Melhora clínica com retirada de drogas vasoativas, extubação e permanência na UTI.	Alta	17 dias
Paciente 4	Estabilidade clínica.	Melhora clínica.	Melhora clínica.	Alta	10 dias

Paciente 5	Estabilidade clínica.	Piora clínica com necessidade de intubação, reabordagem cirúrgica, uso de drogas vasoativas. PCR com ressuscitação sem sucesso, evoluindo a óbito.	---	Óbito	03 dias
Paciente 6	Estabilidade clínica.	Estabilidade clínica.	Estabilidade clínica com permanência na unidade de observação da emergência.	Alta	08 dias
Paciente 7	Piora clínica com necessidade de intubação, transferência para a UTI e uso de drogas vasoativas.	Piora clínica com elevação dos parâmetros de ventilação e aumento da vazão das drogas vasoativas.	Piora clínica mantida.	Óbito	04 dias
Paciente 8	Estabilidade clínica.	Estabilidade clínica.	Melhora clínica com permanência na UTI.	Alta	05 dias
Paciente 9	Piora clínica com necessidade de transferência para estabilização, intubação, uso de drogas vasoativas e transferência para a UTI.	Estabilidade clínica às custas de Drogas Vasoativas com permanência na UTI.	Estabilidade clínica às custas de Drogas Vasoativas com permanência na UTI.	Alta	39 dias
Paciente 10	Estabilidade clínica com transferência para estabilização.	Melhora clínica e transferência para enfermaria.	Melhora clínica e permanência na enfermaria.	Alta	07 dias

Tabela 3. Distribuição dos casos de deterioração clínica grave segundo a evolução nas 24/48/72 horas após o reconhecimento da deterioração clínica, tempo de hospitalização total e desfecho final. Feira de Santana, 2020.

Fonte: dados originais

Na Tabela 3, a maioria dos pacientes foram melhorando clinicamente a partir das 48 horas do reconhecimento da deterioração clínica, demandaram leitos de UTI e ficaram hospitalizados por tempo prolongado. Os 02 óbitos ocorreram poucos dias após a piora clínica.

4 | DISCUSSÃO

Nesse estudo, o perfil dos casos graves de deterioração clínica identificados a partir da aplicação do EPA mostrou uma maior ocorrência em meninos, ≤ 2 anos, internados por pneumonia e portadores de alguma comorbidade.

Crianças com a faixa etária menor que 2 anos, diagnóstico respiratório e presença

de alguma comorbidade possuem uma maior probabilidade de apresentarem um quadro de deterioração clínica (MIRANDA *et al.*, 2020). No Brasil, a pneumonia é uma das principais causas de hospitalização entre crianças gerando um grande impacto na morbimortalidade infantil (PEDRAZA; ARAÚJO, 2017; CARVALHO, 2019). Segundo a UNICEF (2021) a pneumonia é a doença infecciosa responsável pela maioria das mortes de crianças no mundo, levando a óbito anualmente mais de 800.000 crianças menores que 5 anos.

Outro fator que corrobora para o aumento da frequência de internações em crianças é a presença de comorbidades (COSTA *et al.*, 2020). Um estudo evidenciou que essas crianças possuem uma maior possibilidade de desenvolver novos problemas de saúde levando a necessidade de internação na UTI (MACHADO, RASZYNSKI TOTAPALLY, 2017). A probabilidade de deterioração clínica em crianças hospitalizadas com alguma comorbidade é de 2,7 vezes maior, se comparadas com as que não possuem problemas crônicos (MIRANDA *et al.*, 2020).

Sobre o período em que ocorreram a maioria dos eventos de deterioração, os primeiros dias de internação prevaleceu e a unidade de emergência foi o setor do hospital com mais casos graves de deterioração encontrados no estudo, visto que é o setor responsável por receber os pacientes que chegam ao hospital, mais instáveis clinicamente e que exigem atendimento imediato com maior agilidade na tomada de decisão. A unidade de emergência é o setor em que os pacientes mais apresentaram evolução clínica de piora por ser porta de entrada do hospital (MIRANDA *et al.*, 2020), o que sugere a necessidade de maior preparo das equipes assistenciais para identificação e atuação precoces na deterioração clínica.

No setor de emergência, uma condição de grande importância que auxilia na redução de erros e aumenta a qualidade do atendimento é a qualificação profissional. Esses profissionais possuem alta responsabilidade sobre os pacientes e devem manter-se atualizados através de capacitações que ofereçam conhecimento científico, habilidades práticas e competência para desempenho de suas funções, permitindo a realização das atividades de forma assertiva, evitando desfechos trágicos (FORMIGA *et al.*, 2014; RIBEIRO *et al.*, 2019). Sendo assim, as equipes das emergências devem estar mais capacitadas para o reconhecimento e intervenção na gravidade.

Dos pacientes com deterioração grave, 07 apresentaram sinais de alerta em todos os componentes avaliados pelo EPA (neurológico, respiratório e cardiovascular), com pontuação do EPA variando de 5 a 7. Esses critérios refletem o alto nível de gravidade dos pacientes e as alterações clínicas podem ser identificadas e avaliadas por meio de escores de alerta, a exemplo do EPA utilizado nesse estudo. O EPA avalia características do sistema neurológico, respiratório e cardiovascular mensurando o nível de gravidade do paciente através de pontuações. Pacientes que pontuam ≥ 5 são considerados com sinais graves de deterioração (OLIVEIRA *et al.*, 2021; OLIVEIRA, 2019). A apresentação de alterações fisiológicas é um grande preditor de declínio clínico, e é comum que na

deterioração clínica grave o paciente apresente instabilidade hemodinâmica horas antes do evento (SMITH *et al.*, 2014)

Em relação as intervenções realizadas e registradas em prontuário, quanto mais graves os pacientes, maior a necessidade de intervenções, o que fortalece a importância do reconhecimento precoce para o bom prognóstico. Quanto maior a pontuação fina alcançada por um escore de alerta precoce, maiores são as chances de necessidade de transferência para UTI, assim como intervenções mais invasivas (DEAN *et al.*, 2017). Os sinais clínicos relacionados ao sistema respiratório são os que mais estão associados ao de risco de vida, necessitando de uma resposta de intervenção mais imediata que os outros critérios de alerta precoce (ROTHSCHILD *et al.*, 2010; SHAPPELL *et al.*, 2019).

Ainda sobre as intervenções descritas em prontuário, não foram identificado registros de um padrão de atendimento inicial, conforme recomenda a literatura em situação de piora clínica (monitorizar, estabelecer acesso venoso e instituir oxigenoterapia, se necessário), assim como não foi registrado a reavaliação do estado fisiológico e da resposta às intervenções e tratamentos realizados até estabilização do quadro clínico da criança (AHA, 2017), o que exige a padronização de um fluxo de ações associados a pontuação no contexto do estudo. Essa padronização foi feita no hospital após a primeira etapa do projeto guarda-chuva, sendo implantado o Fluxo de ações do EPA para nortear assistência pela equipe de enfermagem e médica.

O escore de alerta precoce deve estar atrelado a um algoritmo de cuidados, pois enquanto o escore disponibiliza monitoramento e avaliação de forma sistematizada, o algoritmo de escalonamento orienta um protocolo do hospital acionando gatilhos para ativação da equipe que adotará a conduta adequada já estabelecida (AGULNIK *et al.*, 2017; DEAN *et al.*, 2017). Dessa forma, é possível agir de forma rápida e adotar ações coordenadas e adequadas à condição da criança. Nesse contexto, outros aspectos atrasam a identificação de sinais e sintomas da deterioração clínica, como a falta de habilidade e julgamento clínico, conhecimento deficiente e falha na comunicação entre a equipe multiprofissional (ODELL, 2014; GAWRONSKI *et al.*, 2018, JESEN *et al.*, 2018). Esses aspectos poderiam ser mitigados pela associação entre um escore de alerta precoce, um algoritmo de cuidados para coordenar as ações e a educação permanente da equipe multidisciplinar.

A inexistência de ferramentas de apoio para reconhecimento e intervenção precoces na deterioração clínica pediátrica contribui para o aumento de complicações quando somada a inexperiência e falta de capacitação da equipe, situações que resultam na identificação tardia dos sinais de risco favorecendo a progressão clínica de piora e o aumento da morbidade e mortalidade infantil (MIRANDA *et al.*, 2016a).

Em relação a falta de detalhamento nos registros das intervenções identificadas neste estudo, dificultou a análise com mais precisão. A falta de registros sobre as condições clínicas e procedimentos realizados no paciente é uma falha comumente encontrada nos

hospitais (AL-MOTERI *et al.*, 2018; ALMBLAD *et al.*, 2018). A ausência de dados dificulta o acompanhamento e gerenciamento da assistência, visto que pode comprometer auditorias necessárias para a gestão do cuidado ao paciente em deterioração clínica e melhorias na qualidade assistencial.

Os dados do estudo reforçam ainda que a deterioração clínica quando não identificada e revertida de forma precoce pode evoluir para maior gravidade, aumentar o tempo de internamento, assim como a demanda por UTI. A mortalidade de crianças hospitalizadas está relacionada principalmente a falha em reconhecer as manifestações clínicas que resultam na deterioração e conseqüentemente nas ações que não são realizadas imediatamente após esse reconhecimento (DURASAMY, BALASUBRAMANIAN, PALANISAMY, 2019).

Quanto mais grave o quadro do paciente, maior o risco de complicações, o que fortalece a necessidade de reconhecimento precoce, que nem sempre acontece. O atendimento inicial, quando o paciente apresenta um agravamento no quadro clínico ainda não acontece de forma eficiente em determinados serviços, sendo realizado de forma tardia (GAWRONSKI *et al.*, 2018), o que pode gerar maior demanda de leitos de UTI. Estudo que descreveu a prevalência de transferências não planejadas para UTI em um hospital infantil encontrou que 36% dessas transferências eram evitáveis (REESE *et al.*, 2015).

Nesses cenários, o uso de escores de alerta precoce poderiam facilitar a rápida avaliação permitindo a realização de ações oportunas no menor tempo possível. Autores afirmaram que, após a implementação de um escore em uma unidade hospitalar, a taxa de pacientes que deterioraram foi reduzida de forma bastante satisfatória e conseqüentemente as transferências não planejadas para UTI também caíram. Isso se deve às intervenções precoces que podem ser realizadas impedindo a necessidade de níveis mais altos de atendimento (AGULNIK *et al.*, 2017). Aliado a isso, existe também a redução dos custos de forma significativa, uma vez que os valores economizados podem ser utilizados em outros recursos para melhoria da assistência hospitalar (AGULNIK *et al.*, 2019).

As primeiras 24 horas a 48 horas foram as mais críticas e determinantes para os pacientes desse estudo, o que exige bastante empenho da equipe de saúde para intervir de modo a estabilizar o quadro clínico e melhorar o prognóstico. Identificar a piora clínica nas primeiras horas é fundamental no ambiente hospitalar, facilitando a avaliação e tratamentos precoces e reduzindo as chances de complicações (CORFIELD, *et al.*, 2018; DURASAMY; BALASUBRAMANIAN; PALANISAMY, 2019). A identificação e resposta a deterioração em tempo hábil exige que os enfermeiros melhorem de forma constante, atualizando-se e adquirindo novos conhecimentos (MASSEY; CHABOYER; ANDERSON, 2016), lançando mão também de instrumentos que auxiliem o trabalho da equipe multidisciplinar.

A adoção de escores pediátricos de alerta precoce associado a um fluxo de ações pode ofertar mais segurança a equipe de enfermagem na avaliação do paciente e realização dos cuidados, além de melhorar a comunicação da equipe, uma vez que as condutas serão guiadas por protocolos específicos que padronizam o atendimento (PEREIRA; MANSUR;

LONEMOTO, 2016).

A maioria das crianças nesse estudo apresentarem alta hospitalar como desfecho final, porém, sua evolução clínica após o evento de deterioração pode ser definida como desfavorável, partindo do pressuposto que ocorreram situações de encaminhamentos não programados para UTI, aumento da permanência hospitalar e risco de morbidade e mortalidade (PADILLA; MAYO, 2018).

É importante destacar que, no período da coleta de dados do projeto guarda-chuva ao qual este estudo está vinculado, ainda não havia sido implantado o Escore Pediátrico de Alerta na rotina diária dos profissionais, em especial dos enfermeiros, que mantém maior contato com o paciente. Sendo assim, após sua implantação e uso sistemático, os sinais de alerta dos pacientes podem ser identificados numa fase inicial, evitando evolução para maior gravidade. Nesse sentido, identificar e intervir nas condições de piora do quadro clínico é fundamental para a obtenção de evoluções e desfechos favoráveis ao bom prognóstico do paciente pediátrico.

5 | CONCLUSÃO

Os resultados obtidos nesse estudo mostraram que os casos graves de deterioração clínica identificados a partir da aplicação do EPA ocorreram em sua maioria no sexo masculino, idade ≤ 2 anos, com diagnóstico de pneumonia, em portadores de alguma comorbidade, cuja piora foi evidenciada pela manifestação de sinais neurológicos, respiratórios e cardiovasculares, o que comprova a gravidade dos casos.

Os casos graves apresentados servem para corroborar a premissa de que a deterioração clínica quando não identificada e revertida de forma precoce, pode evoluir para maior gravidade, aumentar o tempo de internamento, assim como a demanda por UTI. Além disso, as primeiras 24 horas a 48 horas, após identificação da piora clínica, foram as mais críticas e determinantes para os pacientes.

Não foi possível obter registros detalhados de um atendimento padrão nas intervenções iniciais, o que fortalece a necessidade de sistematizar o cuidado voltado para o paciente em deterioração clínica. Essa sistematização foi implementada no contexto estudado após a conclusão da pesquisa, mediante a implantação do EPA na rotina diária de avaliação pelo enfermeiro, associado a um fluxo contínuo de ações para manejo dos casos pela equipe de saúde.

A falta de registros mais precisos sobre as intervenções realizadas pela equipe dificultou o monitoramento dos cuidados prestados aos pacientes, sendo necessário que os profissionais passem por treinamentos que reforcem a importância da qualidade dos registros.

As limitações desse estudo se devem ao fato de ser uma série de casos pautada em dados secundários. Entretanto, se mostra relevante e reforça a importância do

reconhecimento precoce da piora clínica na criança pela equipe de saúde para alcançar bons prognósticos, considerando que a deterioração clínica identificada em um estágio inicial permite a realização de intervenções rápidas, melhorando a evolução e o desfecho dos pacientes.

Posto isso, o uso de ferramentas como o EPA pode ajudar a equipe de saúde no sentido de sistematizar o processo de reconhecimento e classificação do nível de gravidade da deterioração clínica apoiando resultados favoráveis ao paciente e no cenário hospitalar.

REFERÊNCIAS

AGULNIK, A. et al. **Cost-Benefit Analysis of Implementing a Pediatric Early Warning System at a Pediatric Oncology Hospital in a Low-Middle Income Country.** *Cancer*, v. 125, n. 22, p. 4052-4058, 2019.

AGULNIK, A. et al. **Improved Outcomes After Successful Implementation of a Pediatric Early Warning System (PEWS) in a Resource-Limited Pediatric Oncology Hospital.** *Cancer*, v. 123, n. 15, p. 2965-2974, 2017.

ALMBLAD, A. C. et al. **Implementation of Pediatric Early Warning Score; Adherence to Guidelines and Influence of Context .** *Journal of Pediatric Nursing*, v.38, p. 33–39, 2018.

AL-MOTERI, M. et al. **Clinical deterioration of ward patients in the presence of antecedents: A systematic review and narrative synthesis.** *Australian Critical Care*, v. 32, n. 5, p. 1-10, 2018.

AMERICAN HEART ASSOCIATION. **Abordagem sistemática à criança gravemente doente ou ferida.** In: . Suporte avançado de vida em pediatria manual do profissional.Estados Unidos da América: Orora Visual, p. 29-67, 2017.

BAHIA. Secretaria da Saúde do Estado da Bahia. **Hospital Estadual da Criança**, Salvador. Disponível em: <http://www.saude.ba.gov.br/hospital/hecl/>. Acesso em 17 de ago. 2018.

CHAIYAKULSIL, C.; PANDEE, U. **Validation of pediatric early warning score in pediatric emergency department: Pediatric early warning score.** *Pediatrics International*, v. 57, n. 4, p. 694–698, ago. 2015.

CARTER, B. **'If you see something, say something': Reducing the incidence of deterioration in children.** *Journal of Child Health Care*, v. 19, n. 2, p. 133-135, 2015.

CARVALHO, C. M. N. **Community-acquired pneumonia among children: the latest evidence for an updated management.** *Jornal de Pediatria*, n. 96, v.1, p. 29-38, 2019

CORFIELD, A. R. et al. **Paediatric early warning scores are predictors of adverse outcome in the pre-hospital setting: A national cohort study.** *Resuscitation*, v. 133, p. 153-159, 2018.

COSTA, C. M. et al. **Perfil de Internações por doenças Crônicas em crianças e adolescentes.** *Braz. J. of Develop*, v. 6, n. 8, p. 61954-61970, 2020.

DEAN, N. P. et al. **Evaluation of a Pediatric Early Warning Score Across Different Subspecialty Patients.** *Pediatric Critical Care Medicine*, v. 18, n. 7, p.655-660, 2017.

DURASAMY, R; BALASUBRAMANIAN, B; PALANISAMY, S. **Utility of Pediatric Early Warning Scoring System in Predicting Clinical Deterioration in Children: A Review**. SBV Journal of Basic, Clinical and Applied Health Science, v. 2, 2019.

FORMIGA, L. M. F. et al. **Atuação dos profissionais de enfermagem no serviço de emergência: um estudo descritivo** **Rendimiento de enfermería profesional en emergencia: estudio descriptivo**. Revista de Enfermagem UFPI, v. 3, n. 1, p. 53-8, jan-mar, 2014.

GAWRONSKI, O. et al. **Qualitative study exploring factors influencing escalation of care of deteriorating children in a children's hospital**. BMJ Paediatrics Open, v. 2, n. 1, 2018.

JENSEN, C. S. et al. **A multicentre, randomised intervention study of the Paediatric Early Warning Score: study protocol for a randomised controlled trial**. Trials, v. 18, n. 1, p. 267, dez. 2017.

JENSEN, C. S. et al. **Pediatric Early Warning Score Systems, Nurses Perspective – A Focus Group Study**. Journal of Pediatric Nursing, v. 41, p. 16-22, 2018.

JONES, D. et al. **Defining clinical deterioratio** . Resuscitation, v. 84, n. 8, p. 1029–1034, ago. 2013.

LAVOIE, P.; PEPIN, J.; ALDERSON, M. **Defining patient deterioration through acute care and intensive care nurses' perspectives: Defining patient deterioration through ACU and ICU nurses' perspectives**. Nursing in Critical Care, v. 21, n. 2, p. 68–77, mar. 2016.

MACHADO, J.C; RASZYNSKI, A; TOTAPALLY, B.R. **Children with Special Health Care Needs: Resource Utilization in a Tertiary-Care Pediatric Intensive Care Unit**. Open J Pediatrics & Neonatal Care. V. 2, n.1, 2017.

MASSEY, D; CHABOYER, W; ANDERSON, V. **What factors influence ward nurses recognition of and response to patient deterioration? An integrative review of the literature**. Nursing Open, 2016.

MATSUNO, A. K. **Parada cardíaca em crianças**. Medicina, v. 45, n. 2, p. 223, 30 jun. 2012.

MELO, M. C. B. et al. **Novas recomendações para o atendimento ao paciente pediátrico gravemente enfermo**. Revista Médica de Minas Gerais, Belo Horizonte, v. 21, n. 4, supl. 1, p. 12-21, 2011.

MIRANDA, J. O. F. et al. **Fatores associados à deterioração clínica reconhecida por um escore pediátrico de alerta precoce**. Texto & Contexto Enfermagem, v. 29, 2020.

MIRANDA, J. O. F. et al. **Reconhecimento da deterioração das condições clínicas em crianças hospitalizadas**. In: GAÍVA, M. A. M.; TOSO, B. R. G. O.; MANDETTA, M. A. (Orgs.). PROENF – Programa de Atualização em Enfermagem: Saúde da Criança e do Adolescente. Porto Alegre: Artmed Panamericana, p. 9-56, 2016a.

MIRANDA, J. O. F et al. **Translation and adaptation of a pediatric early warning score**. Revista Brasileira de Enfermagem REBEN, v. 69, n. 5, p. 833-41, 2016b.

MIRANDA, J. O. F. **Acurácia e reprodutibilidade de um escore pediátrico de alerta precoce de deterioração clínica**. 2017, 183 f. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem, Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2017.

MIRANDA, J. DE O. F. et al. **Accuracy of a pediatric early warning score in the recognition of clinical deterioration.** Revista Latino-Americana de Enfermagem, v. 25, n. 0, 2017.

MIRANDA, J. DE O. F. et al. **Reproducibility and applicability of a pediatric score of clinical deterioration warning.** Reme Revista Mineira de Enfermagem, v. 23, p. e-1156, 2019.

ODELL, M. **Detection and management of the deteriorating ward patient: an evaluation of nursing practice.** Journal of Clinical Nursing, v.24, p. 173-182, 2014.

OLIVEIRA, T. L. **Adaptação e validação do Escore Pediátrico de Alerta (EPA) de deterioração clínica em um contexto hospitalar.** Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Universidade Estadual de Feira de Santana, Feira de Santana - Bahia, 2019.

OLIVEIRA, T. L. et al. **Desenvolvimento e validação de conteúdo do escore pediátrico de alerta.** Rev Soc Bras Enferm Ped., v. 21, n. 2, p. 91-101, 2021.

PADILLA, R. M.; MAYO, A. M. **Clinical deterioration: A concept analysis.** Journal of Clinical Nursing, v. 27, n. 7–8, p. 1360–1368, abr. 2018.

PEDRAZA, D. F; ARAÚJO, E. M. N. **Hospitalizations of Brazilian children under five years old: a systematic review.** Epidemiol. Serv. Saude, v. 26, n.1, p.169-182, 2017.

PEREIRA, R; MANSUR, D. J. N; LONEMOTO, H. L. **Implantação de escore de alerta de gravidade precoce em Hospital Infantil privado: Relato de experiência.** Rev. Soc. Bras. Enferm. Ped., v. 16, n. 2, p. 81-4, 2016.

REESE, J. et al. **Rate of Preventable Early Unplanned Intensive Care Unit Transfer for Direct Admissions and Emergency Department Admissions.** An official journal of the american academy of pediatrics, v. 5, 2015.

RIBEIRO, D. R. et al. **Atendimento de enfermagem na área de urgência e emergência pediátrica.** Revista Artigos.Com, v. 10, 2019.

ROTHSCHILD, J. M. et al. **Single-Parameter Early Warning Criteria to Predict Life- Threatening Adverse Events.** Journal Patient Saf, v. 6, n. 2, 2010.

SHAPPELL, C. et al. **Predictors of In-hospital Mortality after Rapid Response Team Calls in a 274 Hospital Nationwide Sample.** Crit Care Med., v. 46, n. 7, 2019.

UNICEF. **A child dies of pneumonia every 39 seconds - 2021.** Disponível em: <https://data.unicef.org/topic/child-health/pneumonia/>. Acesso em 17 de abril, 2021.

VASCONCELLOS, M. C.; MELO, M. C. B; GRESTA, M. M. **Primeiro atendimento à criança gravemente enferma.** Pediatria ambulatorial. 4. ed. Belo Horizonte: Coopmed; 2011.

SMITH, M. E. B. et al. **Early Warning System Scores for Clinical Deterioration in Hospitalized Patients: A Systematic Review.** AnnalsATS, v. 11, n. 9, 2014.

CAPÍTULO 7

ELABORAÇÃO DE UMA CARTILHA EDUCATIVA SOBRE O USO DA VENTILAÇÃO NÃO INVASIVA

Data de aceite: 01/03/2022

Terezinha de Fátima Gorreis

Hospital de Clínicas de Porto Alegre
Porto Alegre - RS
<http://lattes.cnpq.br/5389546488481447>

Angela Maria Rocha de Oliveira

Hospital de Clínicas de Porto Alegre
Porto Alegre - RS
<http://lattes.cnpq.br/8441954851577022>

Rozemy Magda Vieira Gonçalves

Hospital de Clínicas de Porto Alegre
Porto Alegre - RS
<http://lattes.cnpq.br/1888461328023374>

Jonathan da Rosa

Hospital de Clínicas de Porto Alegre
Porto Alegre – RS
<http://lattes.cnpq.br/8457056896253006>

RESUMO: O objetivo deste estudo foi construir uma cartilha educativa voltada para profissionais da equipe multidisciplinar, familiares e pacientes internados na Unidade de Cuidados Especiais do Hospital de Clínicas de Porto Alegre. Para tanto, realizou-se um estudo metodológico, por meio de uma busca por conveniência, do tipo de desenvolvimento das produções científicas relacionadas à temática e análise reflexiva do material. Depois, foram elaborados os textos que compuseram a cartilha. O material construído foi intitulado: “Cartilha sobre o uso da ventilação não invasiva”, contendo 14 seções: “Apresentação”, “O que é ventilação não invasiva”, “Indicações

para o uso da VNI”, “Quem instala a VNI”, “O que a enfermagem precisa saber sobre a VNI”, “Os benefícios da VNI”, “Contraindicações do uso da VNI”, “As máscaras mais usuais aos pacientes com VNI”, “Cuidados pré-execução da instalação”, “Cuidados na execução”, “Cuidados para manutenção dos equipamentos”, “Cuidados na troca de circuito, filtros e umidificadores” e “Referências”. A fonte utilizada foi Times New Roman, tamanho 16 para títulos e 14 para corpo do texto. As imagens utilizadas foram coletadas do Google e Pixabay. Foram criadas também figuras exclusivas para permitir uma maior interação do leitor com o texto. Concluiu-se que a construção da cartilha se mostra relevante para a orientação de pacientes em uso de VNI, profissionais da equipe multidisciplinar para o cuidado e instalação de ventilação não invasiva em pacientes que necessitam desse suporte ventilatório, destacando o papel do enfermeiro enquanto educador em saúde sobre a utilização de tecnologias educativas.

PALAVRAS-CHAVE: Ventilação não invasiva. Tecnologias. Cuidados de Enfermagem.

PREPARATION OF AN EDUCATIONAL BOOKLET ON THE USE OF NON-INVASIVE VENTILATION

ABSTRACT: The purpose of this study was to build an educational booklet aimed at professionals from the multidisciplinary team, family members and patients admitted to the Special Care Unit of the Hospital de Clínicas de Porto Alegre. Therefore, a methodological study of the type of development was carried out, through a search for convenience, of scientific

productions related to the theme and reflective analysis of the material. Afterwards, the texts that made up the booklet were elaborated. The material constructed was titled: “Booklet on the Use of Non-Invasive Ventilation”, containing fourteen sections: “Introduction”, “What is Non-Invasive Ventilation (NIV)”, “Indications for the use of NIV”, “Who installs the NIV”, “What nurses need to know about NIV”, “The benefits of NIV”, “Against the use of NIV”, “The most common masks for patients with NIV”, “Pre-installation precautions”, “Care in Execution”, “Care for equipment maintenance”, “Care when changing circuits, filters and humidifiers” and “References”. The font used was Times New Roman, size 16 for titles and 14 for body text. The images used were collected from Google and Pixabay. Exclusive figures were also created to allow greater interaction between the reader and the text. It was concluded that the construction of the booklet is relevant for the guidance of patients using NIV, professionals of the multidisciplinary team for the care and installation of Non-Invasive Ventilation in patients who need this ventilatory support, and the role of the nurse is highlighted. as a health educator on the use of educational technologies.

KEYWORDS: Non-invasive ventilation. Technologies. Nursing care.

1 | INTRODUÇÃO

A ventilação mecânica não invasiva (VNI) é definida como um suporte ventilatório que não necessita de tubo orotraqueal (TOT) ou traqueostomia. É utilizada por meio de uma interface com o objetivo de promover a ventilação adequada, diminuir o trabalho respiratório, prevenir a fadiga muscular respiratória, aumentar a ventilação alveolar e melhorar as trocas gasosas, evitando, assim, a intubação e promovendo, em alguns casos, uma extubação precoce. Sua utilização também pode diminuir as complicações associadas ao uso da ventilação mecânica invasiva e, conseqüentemente, as taxas de morbidade e mortalidade, infecções nosocomiais e lesão traqueal evitando muitas complicações relacionadas a esse suporte ventilatório (GRANDE et al., 2020).

Em resumo, os benefícios da VNI são decorrentes da melhora das trocas gasosas pulmonares, diminuição da dispneia, menor trabalho respiratório, diminuição da taxa de intubação e do suporte ventilatório invasivo e, como já mencionado, redução da mortalidade. Ela pode diminuir a pressão parcial do dióxido de carbono, melhorar a troca gasosa, aliviar os sintomas da dispneia ocasionada pela fadiga da musculatura respiratória (ARAÚJO; DUTRA, 2020).

Reduz as internações hospitalares, o número de complicações e o tempo de internação. A VNI atua aplicando uma pressão positiva no trato respiratório melhorando o padrão respiratório, a oxigenação, favorecendo o recrutamento alveolar, aumentando a complacência alveolar e a capacidade residual funcional, reduzindo o *shunt* intrapulmonar e o trabalho ventilatório, melhorando a relação à adequação entre ventilação alveolar e a perfusão (V/Q).

O paciente pode fazer o uso da VNI em unidade de internação não crítica, facilitando a interação paciente e familiar (REIS et al., 2019).

O equipamento pode ser retirado por certo tempo para o paciente alimentar-se por via oral, mas sempre obedecendo a tolerância de cada paciente na ausência da terapia respiratória. Neste tempo, fazer uso de oxigenioterapia por cateter nasal ou óculos nasal conforme a prescrição médica (FERNANDES, 2021).

A escolha do uso da VNI é baseada na condição clínica do paciente, como trabalho respiratório, presença dos sinais de desconforto respiratório, gasometria e tolerância ao equipamento com enfoque na redução da taxa de intubação e da mortalidade. Deve ser usada em pacientes capazes de manter a permeabilidade da via aérea superior, assim como a integridade dos mecanismos de deglutição e a capacidade de mobilizar secreções (GRANDE et al., 2020).

Esta cartilha foi elaborada por enfermeiras do Serviço de Enfermagem Clínica (SECLIN) do Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA) e professores da Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS), com o objetivo de auxiliar os profissionais e estudantes de enfermagem para o cuidado e instalação de VNI em pacientes que necessitam desse suporte ventilatório.

A intenção é que se possa viabilizar o acesso ao conhecimento a respeito desse tipo de equipamento ventilatório de forma ágil, para então favorecer o emprego de habilidades assistenciais e de educação apropriadas aos pacientes, familiares e equipe multidisciplinar quando os pacientes hospitalizados em uma unidade de internação necessitam deste tipo de cuidado.

2 | MÉTODO

O presente estudo é qualitativo com uma abordagem metodológica do tipo de desenvolvimento, que foi adaptada a partir da metodologia de Echer (2005), voltada às etapas de construção de materiais educativos para a saúde. Contudo, no presente estudo só foram desenvolvidas as duas primeiras etapas: 1) levantamento bibliográfico, onde constaram a seleção do conteúdo e organização cronológica; e 2) elaboração do material educativo, constituído pelo texto e ilustrações.

A produção da referida cartilha foi realizada de agosto a setembro de 2021 e teve como local de aplicabilidade a Unidade de Cuidados Especiais de Pneumologia do HCPA, que é referência de cuidados aos pacientes com múltiplas comorbidades e pneumopatias. A cartilha destina-se a auxiliar os pacientes, familiares e profissionais da equipe multidisciplinar para o cuidado e instalação da VNI em pacientes que necessitam desse suporte ventilatório. Para o levantamento bibliográfico, foi realizada uma busca por conveniência, usando os descritores: “Ventilação Não Invasiva”, “Tecnologias” e “Cuidados de Enfermagem”, separados ou associados, das produções científicas relacionadas à temática, usando artigos em bases de dados nacionais e internacionais, bancos de teses e publicações do Ministério da Saúde. Em seguida, ocorreu a leitura e seleção dos materiais

que continham informações relevantes, através de análise crítica dos mesmos.

Os critérios para seleção do conteúdo foram: possuir como temática o uso da ventilação não invasiva; estar divulgado em inglês, espanhol e português; expor os principais cuidados a serem adotados, assim como as contraindicações do uso da VNI.

Após a leitura reflexiva do levantamento bibliográfico, foram elaborados os textos que compuseram a cartilha, os quais foram escritos de forma clara e sucinta, com o objetivo de alcançar uma linguagem acessível ao público ao qual se destina, bem como organizados de forma coerente e adaptados, seguindo as orientações de Echer (2005) quanto a linguagem, ilustrações e *layout*.

3 | RESULTADOS

O material elaborado foi intitulado “Cartilha sobre o uso da ventilação não invasiva” e abordou, em seu conteúdo, informações aos pacientes, familiares e profissionais da equipe multidisciplinar para o cuidado e instalação da VNI em pacientes que necessitam desse suporte ventilatório.

A cartilha foi então dividida em 14 seções, a saber: “Apresentação”, “O que é ventilação não invasiva”, “Indicações para o uso da VNI”, “Quem instala a VNI”, “O que a enfermagem precisa saber sobre a VNI”, “Os benefícios da VNI”, “Contraindicações do uso da VNI”, “As máscaras mais usuais aos pacientes com VNI”, “Cuidados pré-execução da instalação”, “Cuidados na execução”, “Cuidados para manutenção dos equipamentos”, “Cuidados na troca de circuito, filtros e umidificadores” e “Reações”.

A fonte utilizada foi Times New Roman, tamanho 16 para títulos e 14 para corpo do texto. As imagens utilizadas foram coletadas do Google e Pixabay. Foi criado também figuras exclusivas para permitir uma maior interação do leitor com o texto.

Ao todo, a cartilha apresenta 21 páginas, excluindo-se elementos pré-textuais.

3.1 O que é Ventilação não Invasiva

É uma técnica de ventilação mecânica onde nenhum dispositivo invasivo é usado no paciente (Figura 1b), como tubo orotraqueal, nasotraqueal ou cânula de traqueostomia. A ventilação é feita através da adaptação do paciente em máscaras facial ou nasal, a qual é conectada por um circuito ao ventilador (aparelho de ventilação) (Figura 1).

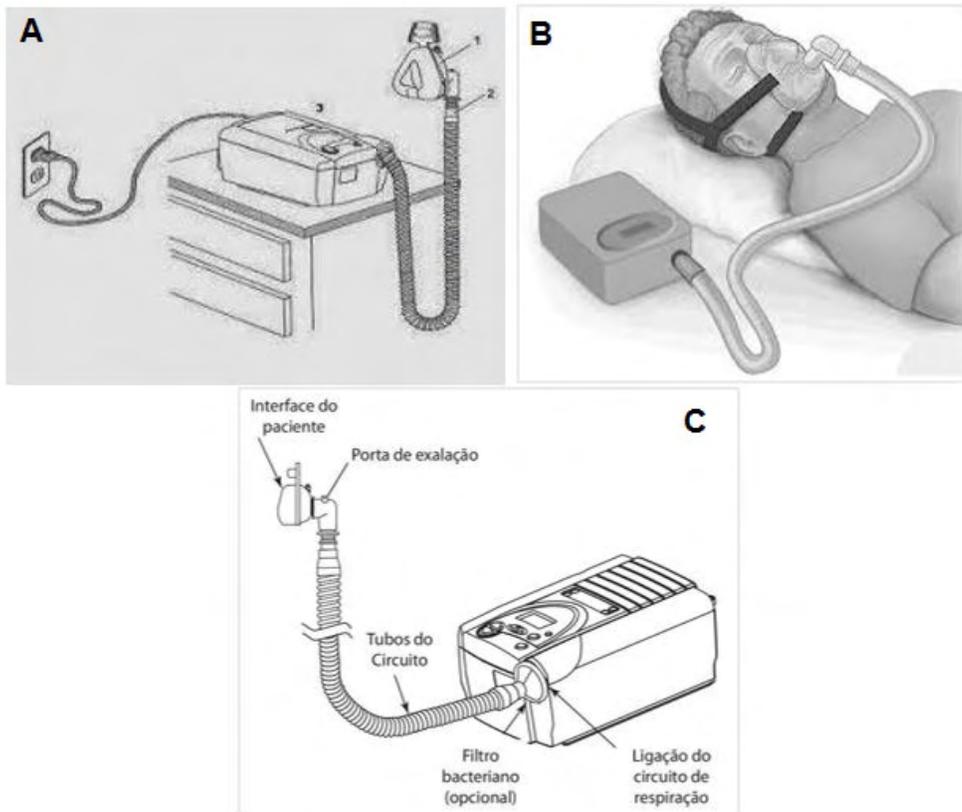


Figura 1 – A) VNI ligada a tomada e circuito com máscara; B) Paciente fazendo o uso da VNI; e C) VNI montada completa

3.2 Quem instala a VNI

O serviço de fisioterapia é quem programa o aparelho de VNI e faz a instalação inicial e acompanhamento. Na ausência do fisioterapeuta, a equipe médica pode fazer esse trabalho. Importante destacar que o enfermeiro assistencial também deve instalar e desinstalar a VNI após programado (Figura 2).



Figura 2 – Enfermeiro instalando a VNI

3.3 O que a enfermagem precisa saber sobre a ventilação não invasiva

A atuação e supervisão do enfermeiro são importantes para a manutenção da VNI e o máximo benefício ao paciente por meio dessa intervenção. Em nível institucional, são esperadas algumas atividades deste profissional

O enfermeiro deve instalar a VNI nos horários previamente combinados com a fisioterapia e equipe médica. Avaliar o paciente com frequência, observando o padrão ventilatório e a saturação de oxigênio em sangue arterial (SpO₂) através do aparelho de oximetria (Figura 3), chamado de oxímetro de pulso, que vem como uma pequena unidade a ser colocada no dedo, ou um pequeno dispositivo portátil que conectado a um fio, podendo ser fixado ou adaptado ao seu dedo ou lóbulo da orelha



Figura 3 – A) Oxímetro de pulso conectado ao dedo/portátil pode ser adaptado aos mais diversos monitores; e B) Oxímetro de pulso

Deve-se ter atenção a qualquer alarme sonoro do para algo que não esteja funcionando adequadamente, e caso as soluções não forem de resolução da Enfermagem, comunicar o serviço de fisioterapia ou médico

Realizar diariamente a educação do paciente e familiares em relação ao uso do equipamento, tanto em ambiente hospitalar quanto domiciliar, estimulando o autocuidado, a conservação e a higienização do aparelho e a adesão à terapia.



Figura 4 – Alguns modelos de aparelho de VNI

Cabe ao enfermeiro instalar a VNI após ter os ajustes dos parâmetros realizados por um profissional da fisioterapia ou médico treinado. Nessa instalação, o enfermeiro tem de saber qual a máscara é ideal para o uso no paciente.

Observar para que não haja vazamentos de ar, realizar a adaptação do sistema/ circuito do aparelho à máscara e este ao paciente através do fixador cefálico (Figura 5).



Figura 5 – Fixador cefálico/cervical

O uso de filtros de barreira (Figura 6) deve ser feito para evitar contaminações e este pode ser colocado entre o aparelho e o circuito. Datar o filtro e realizar a troca a cada sete dias ou quando houver sujidade e/ou humidificação excessiva visíveis.



Figura 6 – Filtros de barreira ou bacteriano

Se o aparelho não possuir sistema próprio de oxigênio (*blender*), um dispositivo para oferta de oxigênio deve ser adaptado ao sistema, por exemplo: introduzir o oxigênio no circuito por adaptação proveniente da rede (Figura 7). Além disso, instalar e desinstalar a VNI nos horários combinados.

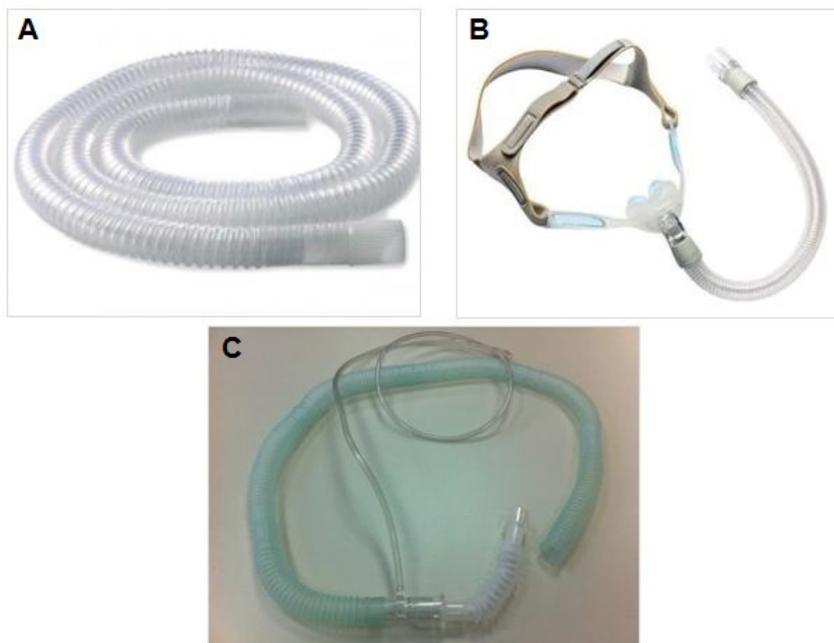


Figura 7 – A) Circuito ou traqueia; B) Circuito/máscara nasal e fixador; e C) Circuito ou traqueia com adaptação para conexão de oxigênio

Atentar ao uso prolongado da máscara de VNI, sem os cuidados necessários e quando muito apertada contra a face do paciente, o que pode provocar lesões na pele.

3.4 Contraindicações do uso de VNI

Há algumas contraindicações para o uso da VNI, como: insuficiência respiratória hipoxêmica; sonolência; não aceitação/adaptação do paciente; rebaixamento do nível de consciência; dificuldade de manter permeabilidade de vias aéreas/tosse ineficaz náuseas/vômitos; sangramento digestivo alto; pós-operatório recente de cirurgia de face, via aérea superior ou esôfago; sinusites/otites agudas, sangramento nasal (epistaxe); Choque, arritmias complexas, infarto agudo do miocárdio; pneumotórax não drenado (única contraindicação absoluta); uso controverso em pós-operatório de cirurgia gástrica e gravidez.

A frequência respiratória é um importante sinal clínico para tomada de decisão na continuidade ou não da VNI.

3.5 As máscaras mais usuais aos pacientes com VNI

A máscara nasal (Figura 8a) é bem tolerada por adultos que utilizam VNI rotineiramente por apneia do sono ou processo de desmame. A máscara oronasal (Figura 8b) é mais indicada para insuficiência respiratória de média intensidade, em adultos que acabam por assumir uma respiração mais oral e por permitir maiores níveis de pressão. Existe ainda a máscara facial total ou *total face*, que está indicada para adultos com necessidade de uso mais contínuo, com intervalos de interrupção curtos quando muito necessário.



Figura 8 – A) Máscara nasal; e B) Máscara facial/oronasal

3.6 Cuidados pré-Execução da Instalação

Higienizar as mãos, reunir material necessário e colocar em bandeja ou mesa auxiliar.

3.7 Cuidados na Execução

Os cuidados na execução deve ser: identificar-se para o paciente e/ou acompanhante; confirmar o nome e o leito do paciente; orientar o paciente e/ou acompanhante quanto ao procedimento; calçar as luvas de procedimento padrão; montar o circuito de forma asséptica, protegendo a saída do paciente no próprio ventilador mecânico; ligar o ventilador mecânico e realizar teste de funcionamento e observar calibração já ajustada; conectar o circuito à cânula do paciente de forma adequada; identificar data, hora e pessoa que realizou a montagem em etiqueta; promover oximetria de pulso constante do paciente; manter o paciente confortável com cabeceira da cama elevada 45° e o ambiente organizado; e ajustar adequadamente as fixações cefálicas e cervical evitan o escape de ar.

3.8 Cuidados para a manutenção dos equipamentos

Quanto a manutenção dos equipamentos, os cuidados devem ser: higienizar as mãos; calçar a luva de procedimento; retirar o circuito do ventilador mecânico; encaminhar o circuito completo para o expurgo para ser higienizado com água e sabão neutro; após, encaminhar ao Centro de Material e Esterilização (CME), pois os circuitos dos ventiladores mecânicos requerem desinfecção térmica, em máquinas desinfectadas ou esterilização em autoclave a vapor; e realizar desinfecção do ventilador mecânico com o quaternário de amônio.

O material esterilizado (máscaras, circuitos, adaptadores) e os aparelhos de VNI ficam armazenados numa central de VNI. Durante o dia, a retirada é feita com a funcionária do local a partir da etiqueta de identificação do paciente (etiqueta com o nome, prontuário e leito). No período noturno, a chave fica em posse do posto de enfermagem da unidade.

3.9 Cuidados na troca de circuito, filtros e umidificador

Atualmente é recomendado no HCPA a troca do circuito a cada 30 dias e a troca do filtro de barreira a cada sete dias, ou quando apresentar sujidade visível a olho nu, dano ou ventilação prolongada.

4 | DISCUSSÕES

Ressalta-se que a utilização de materiais educativos impressos da área da saúde é prática comum no Sistema Único de Saúde (SUS). Manuais de cuidado em saúde, folhetos e cartilhas obtêm resultados expressivos para os participantes das atividades educativas transdisciplinares. A contribuição desses materiais para a promoção da saúde depende

dos princípios e das formas de comunicação envolvidos nos processos de elaboração (REBERTE; HOGA; GOMES, 2012).

A educação em saúde contribui para mudanças no estilo de vida, favorecendo o conhecimento. É um dos meios para vencer os desafios impostos à população pela sua condição de saúde, propiciando, também, o aprendizado de novas formas de cuidar. É crescente o uso de cartilha educativa com objetivo de auxiliar nas orientações, além de ser um recurso que pode ser utilizado na ausência do profissional de saúde (CORDEIRO et al., 2017).

Proporcionar essas ações educativas em serviços que integram a rede de atenção às urgências no serviço terciário de saúde traz mudanças em suas práticas cotidianas, problematizando a realidade em benefício do cuidado de enfermagem prestado (MESCHIAL et al., 2020).

A literatura assinala as cartilhas educativas como uma importante ferramenta no processo de educação em saúde, auxiliando a construção diária de novos saberes com os pacientes e seus familiares por meio de uma abordagem clara, simples e objetiva de informar e orientar, impulsionando maior estímulo sob o familiar, sua rede de apoio e ciclo social do paciente, colocando em prática um cuidado ampliado de Enfermagem, em que se compreende que a família é uma peça fundamental no tratamento e recuperação do paciente. (VARELA et al., 2017).

O fornecimento de material impresso aos familiares e acompanhantes proporciona melhores oportunidades para adesão às informações dialogadas com o profissional no contexto hospitalar. A leitura do material posterior ao diálogo com os profissionais ajuda a revisar e assimilar os conteúdos/orientações, permite o melhor entendimento sobre condutas a serem tomadas, diminui as incertezas e aumenta a segurança sentida (VARELA et al., 2017).

Essas cartilhas mostram que instrumentos elaborados de forma planejada, baseados na literatura, construídos a partir da vivência prática e, sobretudo, apresentados de maneira compreensível, sensível e atrativa ao público a que se destina, podem contribuir para a educação em saúde e para a humanização da assistência. Porém, ressalta-se que o uso de cartilhas educativas como suporte para a comunicação não substitui a comunicação entre profissional, paciente e familiar, mas são de extrema importância para auxiliar e facilitar a compreensão das informações ofertadas mais rapidamente possível, contribuindo para a educação em saúde, potencializando o cuidado para além do ambiente hospitalar, fortalecendo a manutenção das boas práticas no cotidiano (MEDEIROS et al., 2016).

A comunicação interpessoal entre o enfermeiro e quem está sob seus cuidados é uma parte fundamental da assistência, sendo que a capacidade de se comunicar eficientemente, seja ela verbal ou não verbal, auxilia na adesão, podendo aumentar a eficácia dos tratamentos (JEONG; KIM, 2017)

A comunicação eficiente de toda equipe multidisciplinar contribui para a redução

do sofrimento emocional apresentado pelos familiares dos pacientes em uso do VNI. O enfermeiro deve estar atento a evolução da doença, reconhecendo de imediato sinais e sintomas que indiquem piora clínica, assim como estar capacitado a manejar e adaptar os equipamentos externos da VNI, reconhecer dados que indiquem o funcionamento inadequado e solicitar avaliação das equipes competentes. Realizar educação do paciente e família durante a terapia com VNI e, se for necessário, também para o uso domiciliar, atuando como um facilitador da cura, de uma internação hospitalar mais breve possível e o encaminhamento para uma alta com condições promissoras de brevemente voltar a vida normal, diminuindo a ansiedade, promovendo segurança do paciente, estimulando autocuidado e a participação do familiar no processo terapêutico a nível hospitalar ou domiciliar (GIMÉNEZ-ESPERT; PRADO-GASCÓ; VALERO-MORENO, 2019).

Ainda falando sobre a comunicação eficiente, diversos autores ressaltam a necessidade de que essa ocorra de forma empática, formando uma relação terapêutica, onde o ponto de vista do outro é compreendido e aceito. Os materiais educativos, como as cartilhas, criados de forma empática são capazes de despertar emoções ao seu alvo, afetando positivamente o humor e a aceitação de quem está visualizando o resultado principalmente quando envolve forma lúdica (WILKINSON et al., 2017; LOPES; NIHEI, 2020; CHACON, 2020).

Acerca do material construído, é importante destacar ainda que já existem outros disponíveis na Unidade de Cuidados Especiais de Pneumologia do HCPA, porém o foco é diferente deste que tem como meta ofertar educação apropriadas aos pacientes, familiares e equipe multidisciplinar, promovendo um atendimento diferenciado aos hospitalizados na unidade de internação que necessitam deste tipo de cuidado.

5 | CONSIDERAÇÕES FINAIS

Com relação a construção da cartilha, buscou-se trabalhar temas considerados centrais sobre o uso da ventilação não invasiva, de maneira geral e acessível aos pacientes, familiares e equipe multidisciplinar. Por meio do presente trabalho, estimula-se o olhar sob o familiar e a rede de apoio e contexto social do paciente, colocando em prática um cuidado ampliado de Enfermagem, em que se compreende a família como peça fundamental no tratamento e recuperação de um paciente.

Ressalta-se ainda, que para realizar tal feito, a Enfermagem pode e deve lançar mão de estratégias educativas e fazer uso de tecnologias do cuidado, como a construção de materiais informativos. Percebe-se que se faz necessária a educação em saúde, devendo ser trabalhada durante a formação dos profissionais de Enfermagem, visto que esse é um dos papéis mais demandados no cenário atual, principalmente em decorrência da pandemia do Covid-19.

Acredita-se que a metodologia desta cartilha, voltada para o paciente, família e

equipe multidisciplinar, contribuirá com o serviço ofertado que tem como alvo a inclusão dos familiares no processo do cuidar, além de diminuir seus medos, ansiedades e dúvidas acerca dos cuidados com VNI, que na maioria das vezes precisa ser desmistificada, tanto no ambiente hospitalar quanto domiciliar, tendo em vista que muitos pacientes precisam fazer uso do VNI em seu domicílio para melhor qualidade e suporte de vida.

A validação do material ocorreu na instituição, etapa considerada importante para conferir maior respaldo ao mesmo, tornando o processo educativo contínuo e sistematizado para os profissionais da equipe multidisciplinar e, concomitantemente, promovendo melhora na gestão do conhecimento. Algo essencial para que tenhamos uma assistência efetiva e com qualidade ofertada aos usuários que precisarem de VNI.

REFERÊNCIAS

ARAÚJO, J. N. M.; DUTRA, J. I. S. **Orientação para o uso de ventilação mecânica – geral e em pacientes acometidos por Covid-19**. Santa Cruz, RN: UFRN, FACISA, 2020.

CHACON, I. M. N. **Estudo sobre o panorama da arquitetura brasileira em madeira: à luz da tectônica e da empatia**. 2020. 127 f. Dissertação (Mestrado em Desenvolvimento Urbano) – Universidade Federal de Pernambuco, Recife, 2020. Disponível em: <<https://repositorio.ufpe.br/handle/123456789/38291>>. Acesso em: 10 dez. 2021.

CORDEIRO, L. I.; LOPES, T. O.; LIRA, L. E. A.; FEITOZA, S. M. S.; BESSA, M. E. P.; PEREIRA, M. L. D.; FEITOZA, A. R.; SOUZA, A. R. Validação de cartilha educativa para prevenção de HIV/Aids em idosos. **Revista Brasileira de Enfermagem**, [s. l.], v. 70, n. 4, p. 775-782, jul./ago. 2017. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/0034-7167-2017-0145>>.

ECHER, I. C. Elaboração de manuais de orientação para o cuidado em saúde. **Revista Latino Americana de Enfermagem**, [s. l.], v. 13, n. 5, p. 754-757, out. 2005. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S0104-11692005000500022>>.

FERNANDES, P. V. Ventilação não mecânica não-invasiva. **InterFisio**. 2016. Disponível em: <<https://interfisio.com.br/ventilacao-mecanica-nao-invasiva>>. Acesso em: 7 dez. 2021.

GIMÉNEZ-ESPERT, M. C.; PRADO-GASCÓ, V. J.; VALERO-MORENO, S. Efecto de los aspectos laborales sobre la comunicación, la inteligencia emocional y la empatía en enfermería. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, [s. l.], v. 27, 2019. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/1518-8345.2933.3118>>. Acesso em: 10 dez. 2021.

GRANDE, R. A. A.; FERNANDES, G. A.; ANDRADE, D. P.; MATSUNAGA, N. Y.; OLIVEIRA, T.; ALMEIDA, C. C. B.; COHEN, M. A. Ventilação não invasiva em pacientes em uma Unidade de Terapia Intensiva Pediátrica: fatores associados à falha. **Jornal Brasileiro de Pneumologia**, [s. l.], v. 46, n. 6, 2020. Disponível em: <<https://doi.org/10.36416/1806-3756/e20180053>>. Acesso em: 7 dez. 2021.

JEONG, S. J.; KIM, K. H. Empathy ability, communication ability, and nursing performance of registered nurses and nursing assistants in long-term care hospitals. **Journal of Korean Academy of Nursing Administration**, [s. l.], v. 23, n. 3, p. 249-258, jun. 2017. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.11111/jkana.2017.23.3.249>>. Acesso em: 2 fev. 2021.

LOPES, A. R.; NIHEI, O. K. Burnout em estudantes de Enfermagem: preditores e associação com empatia e autoeficácia. **Revista Brasileira de Enfermagem**, [s. l.], v. 73, n. 1, 2020. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2018-0280>>. Acesso em: 10 dez. 2021.

MEDEIROS, J. R. R.; LIMA, M. A.; ARAÚJO, L. L.; GALIZA, F. T.; CAETANO, J. A. Validação de tecnologia educativa para cuidado em hemodiálise. **Revista de Enfermagem UFPE On Line**, [s. l.], v. 10, n. 11, p. 3927- 3934, 2016. Disponível em: <<https://doi.org/10.5205/1981-8963-v10i11a11474p3927-3934-2016>>. Acesso em: 10 dez. 2021.

MESCHIAL, W. C.; SALES, C. C. F.; RODRIGUES, B. C.; LIMA, M. F.; GARANHANI, M. L.; OLIVEIRA, M. L. F. Intervenção educativa sobre atendimento inicial ao queimado baseada em métodos pedagógicos inovadores: percepções dos enfermeiros. **Texto & Contexto – Enfermagem**, [s. l.], v. 29, 2020. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/1980-265X-TCE-2019-0222>>.

REBERTE, L. M.; HOGA, L. A. K.; GOMES, A. L. Z. O processo de construção de material educativo para a promoção da saúde da gestante. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, [s. l.], v. 20, n. 1, 2012. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S0104-11692012000100014>>.

REIS, N. F.; GAZOLA, N. L. G.; BÜNDCHEN, D. C.; BONORINO, K. C. Ventilação não invasiva na unidade de terapia intensiva de um hospital universitário: características relacionadas ao sucesso e insucesso. **Fisioterapia e Pesquisa**, [s. l.], v. 26, n. 1, p.3-8, jan./mar. 2019. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/1809-2950/17000626012019>>. Acesso em: 8 jun. 2021.

VARELA, A. I. S.; ROSA, L. M.; RADÜNZ, V.; SALUM, N. C.; SOUZA, A. I. J. Cartilha educativa para pacientes em cuidados paliativos e seus familiares: estratégias de construção. **Revista de enfermagem UFPE On Line**, [s. l.], v. 11, n. 7, p. 2955-2962, 2017. Disponível em: <<https://doi.org/10.5205/1981-8963-v11i7a23476p2955-2962-2017>>. Acesso em: 10 dez. 2021.

WILKINSON, H.; WHITTINGTON, R.; PERRY, L.; EAMES, C. Examining the relationship between burnout and empathy in healthcare professionals: a systematic review. **Burnout Research**, [s. l.], v. 6, p. 18-29, set. 2017. Disponível em: <<https://doi.org/10.1016/j.burn.2017.06.003>>. Acesso em: 10 dez. 2021.

REFLEXÕES SOBRE PARTICIPAÇÃO PATERNA NAS CONSULTAS DE PRÉ-NATAL

Data de aceite: 01/03/2022

Data de submissão: 27/01/2022

Tânia de Matos Espindola

Centro Universitário UNINORTE, Curso de
Enfermagem
Rio Branco- Acre

Miriã Pontes de Albuquerque

Centro Universitário UNINORTE, Curso de
Enfermagem
Rio Branco- Acre

Sunamita de Matos Lima Serem

Centro Universitário UNINORTE, Curso de
Enfermagem
Rio Branco- Acre

Antonia Regynara Moreira Rodrigues

Centro Universitário UNINORTE, Curso de
Enfermagem
Rio Branco- Acre
<http://lattes.cnpq.br/1861167483356793>

existem algumas limitações para a efetividade do pré-natal do parceiro, a saber falta de incentivo e informações, fragilidade no acolhimento, recursos físicos e humanos insuficientes e incompatibilidade de horários. Na contramão das dificuldades vivenciadas, percebe-se que os serviços de saúde lançam mão de estratégias para melhorar a adesão do pai, tais como consultas dinâmicas, oferta de exames e testes rápidos, disponibilização de comprovante de comparecimento para apresentação no trabalho, realização de práticas educativas em grupo, rodas de conversa e orientações. Evidencia-se que a participação do pai junto ao pré-natal favorece o desenvolvimento de uma paternidade responsável, bem como possibilita avaliar as condições de saúde do homem, porém fatores culturais, pessoais e profissionais tendem a afastar o homem das consultas, necessitando ampliar as ações de saúde para consolidar a adesão do homem ao serviço e a estratégia pré-natal do parceiro.

PALAVRAS-CHAVE: Cuidado pré-natal, Saúde do Homem, Paternidade, Gravidez.

REFLECTIONS ON PATERNAL PARTICIPATION IN PRENATAL CONSULTATIONS

ABSTRACT: The objective is to reflect on the father's participation in prenatal consultations in Brazil. It is a theoretical essay of the reflective type about the aspects that involve the father's participation in prenatal consultations from an integral perspective. The results suggest that the benefits of parental involvement in prenatal consultations can be translated into an opportunity

RESUMO: Objetiva-se refletir sobre a participação do pai nas consultas de pré-natal no Brasil. Trata-se de ensaio teórico do tipo reflexivo acerca dos aspectos que envolvem a participação do pai nas consultas de pré-natal sob uma perspectiva integral. Os resultados sugerem que os benefícios do envolvimento dos pais nas consultas de pré-natal podem ser traduzidos em oportunidade de acesso aos serviços de saúde, apoio e segurança para a mulher, fortalecimento de vínculo afetivo para o trinômio. Entretanto

to access health services, support and security for women, strengthening the emotional bond for the triad. However, there are some limitations to the effectiveness of the partner's prenatal care, namely lack of incentive and information, fragility in reception, insufficient physical and human resources and incompatibility of schedules. Contrary to the difficulties experienced, it is clear that health services use strategies to improve the father's adherence, such as dynamic consultations, offer of exams and rapid tests, availability of proof of attendance for presentation at work, carrying out practices group educational sessions, conversation circles and guidelines. It is evident that the father's participation in prenatal care favors the development of responsible paternity, as well as makes it possible to assess the man's health conditions, but cultural, personal and professional factors tend to keep the man away from consultations, needing to expand the health actions to consolidate men's adherence to the service and the partner's prenatal strategy.

KEYWORDS: Prenatal Care; Men's Health; Paternity; Pregnancy.

1 | INTRODUÇÃO

O pré-natal compreende uma sequência de consultas com o objetivo de desenvolver ações assistenciais, de prevenção e detecção precoce de complicações materno-fetais para proporcionar um nascimento saudável. A rotina pré-natal segue protocolos específico consolidados para monitorar a saúde do binômio mãe-filho e caminha, em uma perspectiva recente, almejando o envolvimento consciente e ativo dos pais/parceiros (BRASIL, 2016; CARDOSO et.al, 2018; MENDES; SANTOS, 2019).

Nessa perspectiva, foi implantada o “Pré-natal do parceiro”, como estratégia do Programa Nacional de Atenção Integral a Saúde do Homem (PNAISH), para ampliar e facilitar o acesso aos serviços de saúde e a melhoria das condições de saúde do homem, visto que a presença do pai no pré-natal contribui para a oferta de ações de promoção e a prevenção de sua saúde, além de fortalecer o vínculo e o cuidado na tríade mãe-pai-filh (SILVA; OLIVEIRA; SARAIVA, 2020; LIMA et.al, 2021).

Historicamente, a mãe é responsável pelo cuidado da prole e o pai o pelo provento do lar, fazendo com que no período da gestação, o pai se preocupe com gastos financeiros medicamentos e exames, estando como um expectador da gravidez de sua companheira. Contudo, a mulher tem ocupado diversos espaços e desenvolvido atividades além do ambiente domésticos, apontando para a necessidade que o homem participe dos cuidados com os filhos (MOZZAQU TRO; ARPINI,2017; BRAIDE, 2018; LIMA et.al, 2021).

Dessa forma, estudos apontam que o envolvimento do pai desde o pré-natal permite que ambos sejam informados e preparados para as possíveis mudanças emocionais, físicas e sociais que podem ocorrer na dinâmica familiar desde a gravidez até a chegada do novo membro, favorecendo a compreensão, o apoio e a relação entre o casal. Além disso, a presença do pai nas consultas de pré-natal está relacionada com menores chances de complicações durante o trabalho de parto e o puerpério, com bom desenvolvimento

cognitivo e psicológico do filho, com maior vínculo afetivo entre pai e filho, favorecendo ampla participação paterna nos cuidados e responsabilidades com o filho (HENZ; MEDEIROS; SALVADORI, 2017; CARDOSO et.al, 2018; FITERMAN; MOREIRA, 2018; HOLANDA et.al, 2018; CAVALCANTE; HOLANDA, 2019).

Entretanto, apesar das evidências e das recomendações das autoridades de saúde, percebe-se a baixa adesão ao pré-natal do parceiro e a existência de fatores impeditivos, tais como coincidência entre o horário de trabalho e o horário das consultas, desconhecimento e carência de informação, falta de infraestrutura das unidades e a preferência da gestante em frequentar o pré-natal sozinha, por acreditar ser um momento apenas para ela (SILVA et. al, 2020; BATISTA et.al, 2021; LIMA et.al, 2021).

Sendo assim, objetiva-se, neste estudo, refletir sobre a participação do pai nas consultas de pré-natal no Brasil.

2 | METODOLOGIA

Trata-se de um ensaio teórico - reflexivo, oriundo dos estudos e das discussões realizadas na disciplina de Produção do Conhecimento em Enfermagem do Centro Universitário UNINORTE. O presente estudo parte de uma perspectiva de análise integral dos aspectos que envolvem a participação do pai nas consultas de pré-natal, propondo pensar as distintas dimensões que a constituem.

Por se tratar de um artigo de reflexão, e não uma revisão de literatura, não foram estabelecidos critérios de exclusão ou inclusão para a seleção do material bibliográfico. As referências utilizadas foram indicadas pelas próprias autoras, considerando a convergência com o tema e priorizando os materiais divulgados nos últimos cinco anos, por reconhecer ser um tema recente e em constante inovação.

As reflexões estabelecidas neste estudo emergem de leituras, investigações e discussões das autoras, bem como buscam confluir com a sensibilização acerca do tema nas diversas esferas e cenários em que o cuidado pré-natal acontece. Dessa forma, a análise dos dados foi organizada em três eixos reflexivos, denominados de: “Benefícios da presença do pai no pré-natal”, Limitações para adesão paterna ao pré-natal” e “Estratégias para a inclusão do pai no pré-natal”.

3 | BENEFÍCIOS DA PRESENÇA DO PAI NO PRÉ-NATAL

O Ministério da Saúde reconhece que a presença do acompanhante produz efeitos positivos durante as fases de gestação, trabalho de parto, parto e puerpério e é um direito da mulher, do homem e da criança, expresso nas políticas e programas de saúde que englobam a saúde perinatal (BRASIL, 2016; BRASIL, 2018).

Em algumas situações, a paternidade parece existir apenas após o nascimento da criança. Contudo, os homens são reconhecidos como sujeitos de direitos sexuais e

reprodutivos, detentores do direito de participar da decisão de ter ou não ter filhos, como ter e quando ter, de participar do processo do trabalho de parto, do parto, do pós-parto, assim como ajudar na criação e na educação da criança quando esta nascer (HENZ; MEDEIROS; SALVADORI, 2017; MARTINS; BARROS; MORORÓ, 2018).

Sabendo das diferenças existente entre gêneros, foi observado que o pré-natal é um espaço que promove igualdade entre pai e mãe, uma vez que ambos são convidados a assumir a responsabilidade com a gravidez e com o cuidado com a criança. As consultas de pré-natal são uma oportunidade para o homem se sentir mais próximo da gestação e receber informações sobre desenvolvimento do feto, cuidados, riscos, parto e até cuidados após o nascimento, por isso, é um momento oportuno para esclarecer dúvidas e questionamentos do pai e da mãe e ajudá-los a entender e a lidar com esse momento. (DUARTE, 2017; HENZ; MEDEIROS; SALVADORI, 2017; SILVA et.al, 2019; SOUSA et.al, 2021).

Para Reis, Borges e Costa (2021) o pai é uma referência emocional para a mulher, tê-lo presente durante a gravidez, acompanhando-a no pré-natal proporciona segurança e apoio. Holanda e colaboradores (2018) complementam que a satisfação das gestantes durante o trabalho de parto, parto e puerpério é maior quando o parceiro participa do pré-natal. Bem como a presença do pai no pré-natal traz resultados futuros valiosos para a criança, tais como um bom desenvolvimento cognitivo e psicológico, devido ao vínculo emocional que se cria entre eles e a manutenção do aleitamento materno exclusivo até o sexto mês (RÊGO, 2016; MATOS et.al, 2017; FITERMAN; MOREIRA, 2018).

O pré-natal do parceiro propõe-se, ainda, a ser uma porta de entrada aos serviços ofertados pela atenção básica em saúde à população masculina, proporcionando orientações à prevenção, promoção ao autocuidado e adoção de estilo de vida mais saudável (BRASIL, 2016; DUARTE, 2017; ALMEIDA et. al, 2020). Possibilita a oferta de atividades educativas e de exames de rotina e preventivos, buscando a integridade no cuidado a esta população, bem como a detecção precoce de doenças infecto contagiosas congênitas, a exemplo sífilis, uma doença de grandes impactos para a saúde pública.

4 | LIMITAÇÕES PARA ADESÃO PATERNA AO PRÉ-NATAL

A ausência do homem nos serviços de saúde, não é um tema recente, nem tampouco está longe de esgotar. Segundo estudos, isso acontece devido ao fluxo e a forma de atendimento ofertado, problemas com agendamento, horário de funcionamento dos serviços, incompatibilidade de horários e filas, fazendo com que os homens procurem as emergências por considerarem o atendimento mais rápido (CORTEZ et.al, 2016; TEIXEIRA; CRUZ, 2016; LEMOS et.al, 2017).

No que se refere ao pré-natal, existem alguns fatores que contribuem para a ausência do homem no acompanhamento da parceira, a saber: falta de infraestrutura da unidade para receber o pai, espaço físico que não comporta pai e mãe na mesma

sala, ausência de lugares para realizações de atividades educativas grupais, ausência de incentivo profissional e por vezes da mãe. Há ainda que refletir sobre o preconceito que ronda a participação do pai no pré-natal, sobre a preocupação financeira, sobre inflexibilidade de horário no emprego e a oferta de consultas nos horários de atividades laborais do homem, colaborando para aumentar a distância do pai pré-natal (SILVA et. al, 2020; SILVA; OLIVEIRA; SARAIVA, 2020; BATISTA et.al, 2021; LIMA et.al, 2021).

Ademais, em um aspecto geral, os homens desconhecem seus direitos, não sabendo que existem políticas públicas de saúde direcionada para o homem e para a primeira infância, que endossam o direito de acompanhamento do pré-natal da parceira. Outra situação corresponde ao fato de os serviços de saúde voltarem sua atenção para as mulheres e não serem acolhedores em relação aos homens. A falta de capacitação dos profissionais para receberem e incluírem os homens nas consultas, bem como a escassez de recursos humanos e a sobrecarga de trabalho em alguns serviços, são também obstáculos para a participação do pai, transmitindo a imagem que não é um local apropriado para ele (CORTEZ, et.al, 2016; TEIXEIRA; CRUZ, 2016; BALICA; AGUIAR, 2019; QUEIROZ et.al, 2019).

O estudo de Silva e colaboradores (2020) relata que 69% das mulheres entrevistadas não sabiam que o homem poderia participar, e que 77,4% dos profissionais de saúde não repassavam essa informação aos interessados. Entre as entrevistadas, aquelas que tinham a presença do pai no pré-natal afirmaram que se sentiam apoiadas e aquelas que não tinham informaram que gostariam de ter o pai/parceiro durante as consultas.

Há também a falta de interesse dos homens sobre o pré-natal do parceiro, que pode ser acentuada por baixa renda ou baixa escolaridade e que contribuem para uma adesão insuficiente nas consultas (LE MOS et.al, 2019; QUEIROZ et. al, 2019). Tais fatores apontam para uma necessidade de reorganização e reformulação nas ações de saúde para qualificar o atendimento da saúde do homem e favorecer a participação do pai no pré-natal.

5 | ESTRATÉGIAS PARA A INCLUSÃO DO PAI NO PRÉ-NATAL

Segundo dados do IBGE (2017), os homens vivem em média 7,1 anos menos que as mulheres, sendo um dos motivos a não procura pelos serviços de saúde. Com o intuito de aumentar a procura do homem ao atendimento primário, o Ministério da Saúde lançou a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem, apostando na inclusão do pai/parceiro no pré-natal, nos debates e nas ações voltadas para o planejamento reprodutivo como estratégia para qualificar a atenção ao homem, à gestante, ao parto e ao nascimento (BRASIL, 2016).

Após a confirmação da gravidez se inicia à participação do pai/parceiro nas rotinas de acompanhamento à gestante. Este processo é composto por 5 passos: estimular a participação do parceiro nas consultas de pré-natal e nas atividades educativas, ampliar o

acesso e a oferta de testes rápidos e exames de rotina, atualizar o seu Cartão da Vacina e buscar participar do processo de vacinação da família, proporcionar um espaço de escuta, de esclarecimento de dúvidas, de orientações e de criação de vínculo entre os homens e os profissionais de saúde e esclarecer sobre o direito da mulher a um acompanhante durante o trabalho de parto, parto e puerpério e incentivar o pai a conversar com a parceira sobre a possibilidade da sua participação nesse momento (BRASIL, 2016).

Entretanto, durante o pré-natal, a ausência do pai/parceiro nas consultas de rotina ainda é um evento comum, transcrevendo um compromisso aos profissionais de saúde para encorajar os homens a acompanhar suas parceiras ao pré-natal numa perspectiva de expansão do acesso do homem aos serviços de saúde, promoção do autocuidado, da execução de uma paternidade responsável e fortalecimento de vínculos entre os envolvidos, com impactos positivos para a família e a sociedade (GOMES et.al, 2016; SILVA et.al, 2020; LIMA et.al, 2021).

Dessa forma, alguns serviços de saúde têm desenvolvido ações e estratégias para envolvimento do pai na rotina do pré-natal, tais como consultas dinâmicas, oferta de exames e testes rápidos, disponibilização de comprovante de comparecimento para apresentação no trabalho, diálogo sobre as políticas e legislações que envolvem a gravidez e o nascimento, o acolhimento do parceiro e o seu envolvimento nos procedimentos realizados com a mulher, realização de práticas educativas em grupo de gestantes ou de casais, rodas de conversa e orientações sobre temas relacionados à paternidade e à saúde do homem (SILVA, 2019; LIMA et. al, 2021; ALMEIDA et. al, 2020).

No estudo de Almeida e colaboradores (2020), foi possível destacar a reestruturação das consultas, o planejamento, a vinculação ao serviço, o uso dos protocolos ministeriais, o incentivo, a orientação e a busca pela satisfação do homem com o atendimento prestado como estratégias para estimular a participação do pai/parceiro no pré-natal, porém as evidências apontam que tais propostas têm se mostrado pouco efetivas, sendo necessária a construção de outros caminhos.

É prioritário ressignificar o espaço do pré-natal como algo exclusivo para a mulher e estabelecer discussões sobre questões de gênero dentro do contexto de reprodução e paternidade, promovendo uma visão ampla do papel do homem na sociedade, na família e no lar, não apenas como provedor da família, mas como alguém que experimenta todas as emoções e transformações de uma gestação e que atua como protetor, pai, esposo e corresponsável pelos cuidados e pelo bem-estar do filho (GOMES et. al, 2016; BRAIDE, 2018; SILVA; OLIVEIRA; SARAIVA, 2021).

Outra estratégia valiosa seriam os profissionais conhecerem a realidade familiar e cultural do casal, observando variações e/ou diferenças nos significados, padrões, valores, modos de vida ou símbolos de cuidado dentro ou entre os coletivos, uma vez que as barreiras socioculturais interferem na prevenção da saúde do homem (ALMEIDA et. al, 2020; BATISTA et.al, 2021).

Para que haja uma boa adesão do parceiro no acompanhamento é necessário planejamento sistematizado das ações, práticas educacionais, espaço físico estruturalmente capaz de recebê-los, ofertar horários adequados, legalizar a presença do homem nas consultas de pré-natal e preparo profissional para acolher e assistir a família no cenário do pré-natal.

6 | CONSIDERAÇÕES FINAIS

As evidências sugerem que, apesar dos esforços, a presença do pai/parceiro no pré-natal é insuficiente e não ocorre de maneira ativa. Percebe-se ainda que a forma como o homem é acolhido pode ou não favorecer sua participação e que em algumas situações não há o envolvimento do homem no atendimento e no procedimento realizado, tampouco oportunidade de conversar sobre sua saúde. Outras dificuldades enfrentadas no cotidiano incluem ausência de informação e interesse em participar, despreparo profissional, horários das consultas e espaços físicos restritos.

De uma forma geral, a presença do parceiro nas consultas é vista positivamente tanto pela mulher, quanto pelo homem e pelos profissionais, tornando-a mais completa e humanizada. Os benefícios são traduzidos em conhecimento sobre o processo fisiológico e a legislação que perpassa gestação, parto e puerpério, vínculo afetivo familiar, apoio e segurança para a mulher, desenvolvimento e crescimento sadio da criança e estabelecimento de uma paternidade responsável.

Torna-se, pois, estruturante a reorientação da dinâmica dos serviços, com a inclusão permanente do pai durante o pré-natal, transformando-o em um espaço agradável onde ele queira estar para acompanhar a mãe e no qual ele seja visto como cuidador. Ampla divulgação do pré-natal do parceiro, sensibilidade e capacitação profissional abertura e interesse do homem e da mulher, reorganização dos horários de consulta e a institucionalização de leis que ampliem os direitos paternos em relação a frequência nas consultas, uma vez que a recomendação é de no mínimo sete consultas e as leis trabalhistas concedem permissão para dois comparecimentos, são estratégias que podem favorecer e consolidar a participação do pai durante o pré-natal.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA, D. C. S.; DONADUZZI, D. S. DA S.; FETTERMANN, F. A.; CORTES, L. F.; SEHNEM, G. D. Potentialities and weaknesses related to the participation of the father/partner in prenatal care in the perception of nurses. **Research, Society and Development**, v. 9, n. 8, p. e183985434, 2020.

BALICA, L.O; AGUIAR, R.S. Percepções paternas no acompanhamento do pré-natal. **Rev. Aten. Saúde**, São Caetano do Sul, v. 17, n. 61, p. 114-126, jul./set., 2019.

BATISTA, W. C.A., et al. Dificuldades presentes na adesão do pré-natal do parceiro mundialmente: uma revisão integrativa. **Research, Society and Development**, v. 10, n. 10, p. e70101018493, 2021.

BRAIDE, A.S.G. et al. Sou homem e pai sim! (Re)construindo a identidade masculina a partir da participação no parto. **Revista Panamericana de Salud Pública**, v. 42, n.190, p.1-7, 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Como envolver o homem trabalhador no planejamento reprodutivo, pré-natal, parto e desenvolvimento da criança**. Brasília: Ministério da Saúde, 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Guia do Pré-Natal do Parceiro para Profissionais de Saúde** Rio de Janeiro: Ministério da Saúde, 2016.

CARDOSO, V. E. P. S. et al. A participação do parceiro na rotina pré-natal sob a perspectiva da mulher gestante. **Rev Fund Care Online**. São Paulo, v. 10, n. 3, p. 856-62, jul-set. 2018.

CAVALCANTI, T. R. L.; HOLANDA, V. R. D. Participação paterna no ciclo gravídico-puerperal e seus efeitos sob a saúde da mulher. **Enferm. Foco**, v.10, n.1, p.93-98, 2019.

CORTEZ, M. B.; MACHADO, N. M.; TRINDADE, Z. A.; SOUZA, L. G. S. Profissionais de saúde e o (não) atendimento ao homem-pai: análise em representações sociais. **Psicologia em Estudo**, v. 21, n.1, p. 53-63, 2016.

DUARTE, G. Extensão da assistência pré-natal ao parceiro como estratégia de aumento da adesão ao pré-natal e redução da transmissão vertical de infecções. **Rev Bras Ginecol Obstet**. Rio de Janeiro, v. 29, n. 4, p. 171-74, mai. 2017.

FITERMAN, H.; MOREIRA, L.V.C. O pai na gestação, no parto e aos três meses de vida do primeiro filho. **Polis, Revista Latinoamericana**, .17, n. 50, p. 47- 68, 2018.

GOMES, R. et al. Linhas de cuidados masculinos voltados para a saúde sexual, a reprodução e a paternidade. **Cienc & Saúd. Colet**. São Paulo, v.21, n. 5, p. 1545-552, mai. 2016.

HENZ, G. S.; MEDEIROS, C. R. G.; SALVADORI, M. A inclusão paterna durante o pré-natal. **Rev Enferm Atenção Saúde**, v. 6, n.1, 52-66, 2017.

HOLANDA, S. M. et al. Influência da participação do companheiro no pré-natal: satisfação de primíparas quanto ao apoio no parto. **Texto & Contexto Enfermagem**. Rio de Janeiro, v. 27, n: 2, p. 1-10, mai. 2018.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia Estatística. **Censo Brasileiro de 2017**. Rio de Janeiro: IBGE, 2017.

LEMOS, A.P.; RIBEIRO, C.; FERNANDES, J.; BERNARDES, K.; FERNANDES, R. Saúde do homem: os motivos da procura dos homens pelos serviços de saúde. **Rev enferm UFPE on line.**, Recife, v. 11, n. Supl. 11, p.4546-53, nov., 2017.

LIMA, N. G. et.al. Pré-natal do parceiro: concepções, práticas e dificuldades enfrentadas por enfermeiros. **Research, Society and Development**, v. 10, n. 6, e43110615872, 2021.

MARTINS, A. C.; BARROS, G. M.; MORORÓ, G. M. Paternidade na gestação e parturição: uma revisão integrativa. **REFACS**, v. 6, n. 3, p. 485-493, 2018.

MATOS, M.G.; MAGALHÃES, A.S.; FÉRES-CARNEIRO, T. T.; MACHADO, R.N. Construindo o vínculo pai-bebê: a experiência dos pais. **Psico-USF**, v. 22, n. 2, p. 261-271, 2017.

MENDES, S. C.; SANTOS, K. C. B. Pré-natal masculino: a importância da participação do pai nas consultas de pré-natal. **Enciclopédia Biosfera, Centro Científico Conhece** . Goiânia, v. 16, n. 29; p. 2120-128, set. 2019.

MOZZAQUATRO, C.O.; ARPINI, D.M. Planejamento familiar e papéis parentais: o tradicional, a mudança e os novos desafios. **Psicologia: ciência e profissã** , v. 37, n. 4, p.923 – 938, 2017.

QUEIROZ, E.N.S, et.al. Avaliação da adesão ao pré-natal do parceiro: impacto no trinômio. **Brazilian Journal of health Review**, v. 2, n. 5, p. 4835-484, sep./out. 2019.

RÊGO, R.M. et al. Paternidade e amamentação: mediação da enfermeira. **Acta Paulista de Enfermagem**, v. 29, n. 4, p. 374, 2016.

REIS, A.L.P.; BORGES, R.M.S; COSTA, C.M.A. A presença do pai no pré-natal na Atenção Primária de Saúde. **Glob Acad Nurs.**, v. 2, n. suppl 1, p.e94, 2021.

SILVA, E. L. et al. A inclusão do homem no pré-natal. **Id on Line Rev. Mult. Psic.** Rio de Janeiro, v.13, n. 48, supl. 1, p. 354-60, dez. 2019.

SILVA, R. S.; OLIVEIRA, S.C.; SARAIVA, A.P.C. Pré-natal do parceiro: uma análise a partir da perspectiva da gestante. **Revista Eletrônica Acervo Saúde**, v. 12, n.12, p. e4361, 2020.

SILVA, W. C.; WANDERLEY, R. R.; MARKUS, G. W. S.; PEREIRA, R. A.; COUTO, G. B. F.; DIAS, A. K. Pré-natal do parceiro: desafios para o enfermeiro. **Revista Extensão**, v. 4, n. 2, p.127-137, 2020.

SOUSA, S. C. et.al. Assistência ao pré-natal: participação do pai na gestação saudável. **Research, Society and Development**, v. 10, n. 1, p.1-11, 2021.

TEIXEIRA, D.B.S; CRUZ, S. P. L. Atenção à saúde do homem: análise da sua resistência na procura dos serviços de saúde. **Revista Cubana de Enfermería**, v. 32, n. 4, dic. 2016.

APLICABILIDADE DA CONSULTA DE ENFERMAGEM EM GRUPO TERAPÊUTICO DE DOR CRÔNICA

Data de aceite: 01/03/2022

Célia Maria de Oliveira

Universidade Federal de Minas Gerais

Selme Silqueira de Matos

Universidade Federal de Minas Gerais

Wagner Jorge dos Santos

Universidade Federal de Minas Gerais

Marcela Lemos Moraes

Universidade Federal de Minas Gerais

Paulo Henrique de Oliveira Barroso

Universidade Federal de Minas Gerais

Gabrielle Guimarães Gonçalves

Universidade Federal de Minas Gerais

Daniela Bianca Bianco dos Santos

Universidade Federal de Minas Gerais

RESUMO: Esse capítulo traz reflexões sobre as especificidades e as potencialidades da consulta de enfermagem para terapia de dor e educação em saúde. Destaca-se as questões conceituais e históricas para a construção do modelo de consulta de enfermagem e a sua aplicação em um grupo terapêutico de dor crônica.

PALAVRAS-CHAVE: Consultas de Enfermagem; Tecnologia em saúde; Telenfermagem; Dor Crônica.

ABSTRACT: This chapter brings reflection on health as specificities and potentialities of pain nursing consultation and education for therapy. It

stands out as conceptual and historical issues for the construction of the nursing consultation model and its application in a chronic therapeutic group.

KEYWORDS: Nursing Consultations; Health technology; Telenursing; Chronic pain.

1 | INTRODUÇÃO

Esse capítulo traz reflexões sobre as especificidades e as potencialidades da consulta de enfermagem para terapia de dor e educação em saúde. Destaca-se a enfermagem enquanto ciência e a proposta de consulta de enfermagem como ferramenta para o cuidado científico. O ensaio foi elaborado utilizando-se as bases de dados Lilacs, Medline e BDEFN. O critério de busca incluiu as palavras-chave Consulta de Enfermagem, Diagnóstico de Enfermagem, Dor crônica, Educação em Saúde, Processo de Enfermagem. A escolha dos textos foi pautada na relevância dos artigos para a proposta estabelecida, ou seja, o entendimento da consulta de enfermagem e a sua potencialidade e especificidade no contexto da assistência de enfermagem.

2 | ENFERMAGEM: CIÊNCIA DO CUIDAR EM DOR

A enfermagem possui um corpo de conhecimentos próprio, que a caracteriza como ciência, voltado para a humanização do processo de cuidar, com atuação na saúde não

só quanto à assistência ao paciente, mas principalmente por meio do desenvolvimento de uma prática sustentada em evidências científicas (ASSIS, 2009)

A enfermagem é a ciência do cuidado e busca, desde o seu surgimento como profissão, alicerçar sua prática. Assim, a prática baseada em evidências vem sendo foco de discussão e pesquisa na enfermagem nos últimos anos.

A essência do trabalho da enfermagem é o ser humano, no sentido de prevenir doenças e promover saúde por meio da prestação de cuidados (VALE, PAGLIUCA; 2011). O cuidado agrega ações de natureza própria da profissão e fundamenta no conhecimento ético, estético e político, objetivando promover a saúde e a dignidade humana (SOUZA *et al*, 2005). Ao prestar cuidado, o enfermeiro incorpora em seus conhecimentos técnicos científicos visão holística, isto é, o ser cuidado é visto como um cidadão que vive em sociedade, tem deveres e direitos, prazeres e dores.

Neste sentido, o enfermeiro deve dedicar atenção especial à dor, um fenômeno de alta prevalência e de impacto social (CARVALHO *et al*, 2018). 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). A dor crônica, diferentemente da dor aguda, é responsável por desgastes físicos, emocionais e sociais para o indivíduo, seus familiares; além de gerar prejuízos econômicos para a sociedade (SALLUM, GARCIA & SANCHES, 2012).

Assim, compete ao enfermeiro desenvolver sua prática centrada no paciente, buscando torná-lo autônomo para o cuidado, viabilizando o controle da dor e a reinserção do indivíduo em seu meio social. Neste sentido, a consulta de enfermagem (CE) pode ser uma estratégia para viabilizar o cuidado de enfermagem aos indivíduos que sofrem dor (MORALES-FERNANDEZ *et al*, 2016).

A enfermagem utiliza inúmeras tecnologias para o cuidado e, na sua prática, o enfermeiro desenvolve a consulta de enfermagem que sistematiza o fazer, com o intuito de prestar uma assistência de melhor qualidade. A consulta se efetiva no cuidado ao indivíduo/família/comunidade, e é permeada por questões éticas e pelo processo reflexivo (DANTAS *et al*, 2016).

Nesta perspectiva, o enfermeiro vem incorporando ao cuidado demandas atuais de humanização e cientificidade. A etapa atual dessa vivência é a Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE), que organiza o cuidado.

Na SAE, o processo de enfermagem (PE) é uma forma prática e dinâmica de prestar cuidados de enfermagem individualizados e sistematizados, sendo organizado em cinco etapas interrelacionadas, interdependentes e recorrentes, quais sejam: coleta de dados de enfermagem ou histórico de enfermagem; diagnóstico de enfermagem; planejamento de enfermagem; implementação e avaliação de enfermagem (COFEN, 2009).

Entre as fases, a de elaboração dos diagnósticos de enfermagem é essencial para o planejamento do cuidado. Segundo a North American Nursing Diagnosis Association

(NANDA-I, 2019 - 2021) a elaboração dos diagnósticos de enfermagem constitui a base para o planejamento das intervenções e avaliação dos resultados de enfermagem. O diagnóstico é o julgamento clínico sobre as respostas do indivíduo, da família ou da comunidade a problemas de saúde/processos vitais, reais ou potenciais diagnósticos.

É importante enfatizar que a enfermagem, para além de ser uma disciplina do conhecimento, é também uma profissão autorregulada, com o objetivo de satisfazer as necessidades de saúde da pessoa em todas as etapas do seu ciclo vital (NUNES, 2017).

2.1 Consulta de Enfermagem: aspectos conceituais, históricos e legais

Processo padronizado de prestação de cuidados feito por um enfermeiro, a CE apresenta a cientificidade do trabalho da enfermagem, além de respaldar a tomada de decisão, prever e avaliar as consequências de sua aplicação pelo enfermeiro no processo saúde-doença do indivíduo, da família e da comunidade.

A CE é uma tecnologia leve-dura para a promoção do autocuidado, ampliando a capacidade do indivíduo de melhorar a sua qualidade de vida. É uma ferramenta que o enfermeiro dispõe para desenvolver o cuidado integral do indivíduo, da sua família e da comunidade (ABREU *et al*, 2017). Também, por meio da CE, pode aprimorar seu papel de educador em saúde, fortalecer o vínculo, conhecer e compreender o indivíduo e em que contexto ele está inserido (BARBIANI *et al*, 2016).

Os fundamentos operacionais da CE tem por obrigação se pautar em elementos de uma abordagem social e clínica da saúde, compondo-se de processos de interação, investigação, diagnóstico, educação e intervenção.

Importante destacar que a CE não é tão recente na história da profissão, pois apesar do termo consulta de enfermagem ter surgido na década de 1960, esta prática já era exercida desde a década de 1920, conhecida como entrevista pós-clínica, uma vez que a mesma era executada logo a seguir da consulta médica. O modelo teórico da CE ocorreu no Código Sanitário de 1920 a partir de aspectos da formação profissional das enfermeiras-visitadoras, na atuação em domicílios para impedir a propagação da tuberculose.

Realizada pelo enfermeiro aos clientes atendidos em programas de saúde governamentais, a CE foi implantada ao longo do desenvolvimento histórico da enfermagem (JARVORSKI, 1993). Estabelecida como obrigatória através da Resolução nº 159 de 1993, do Conselho Federal de Enfermagem (COFEN), revogada pela Resolução n. 544 de 2017, uma vez que foi considerado que o ato é contemplado pela Legislação de Enfermagem (COFEN, 2017).

A CE ocorre, frequentemente, entre o profissional e o cliente, em interação “face-a-face” e na prática do enfermeiro, está inserida como atividade privativa, regulamentada pela Lei do Exercício Profissional (COFEN, 1986)

Definida como a assistência individual ao cliente/paciente, a CE deve ser realizada pelo enfermeiro com o objetivo de levantar problemas e desenvolver

estratégias de cuidado e/ou com intuito preventivo e de promoção da saúde, por meio de intervenções e orientações, expressando assim seu caráter holístico (CRIVELARO *et al*, 2020).

Considerada uma atividade assistencial, a CE está regulamentada desde 1986 pela Lei do Exercício Profissional N°7.498/86 e deve ser desenvolvida em diferentes cenários, seja em “comunidades, domicílios, indústrias, unidades de saúde pública, escolas, creches, ambulatorios, hospitais, entre outros, onde houver equipe de enfermagem” (CRIVELARO *et al*, 2020).

A Resolução do COFEN 358/2009, disponibiliza a distinção entre processo de enfermagem, sistematização da assistência de enfermagem e consulta de enfermagem. O primeiro é uma ferramenta de trabalho do enfermeiro, constituído de cinco etapas as quais são: “coleta de dados, diagnóstico de enfermagem, planejamento, implementação e avaliação de enfermagem”. A SAE organiza e instrumentaliza as etapas do PE. Já a CE é uma estratégia tecnológica do cuidado, legalmente privativa do enfermeiro, que constitui-se da realização do PE, operacionalizado pela SAE (CRIVELARO *et al*, 2020).

Desenvolvida em diferentes espaços, a CE se sustenta na escuta qualificada avaliação do paciente e recomendações, visando à promoção da saúde. Pela relevância do papel do enfermeiro na saúde coletiva, em 2009, o COFEN publicou a Resolução nº 358/2009, que dispõe sobre a Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) e a implementação do PE em ambientes públicos ou privados, em que ocorre o cuidado profissional de enfermagem e dá outras providências (AMANTE *et al*, 2010).

De acordo com o Artigo 4.2 da Política Nacional de Atenção Básica do Ministério da Saúde, compete ao enfermeiro membro das equipes de atenção primária, realizar consulta de enfermagem em diferentes espaços, tais como domicílio e/ou nos demais espaços comunitários, como escolas, associações e em todas as fases do desenvolvimento humano: infância, adolescência, idade adulta e terceira idade.

A comunicação é indispensável na CE, pois através dela o enfermeiro troca conhecimentos, planeja ações terapêuticas e avalia junto com o paciente os resultados dos cuidados implementados.

A prática de enfermagem não se limita a procedimentos técnicos, compreende também um conjunto de ações e cuidados amplos, que exigem o desenvolvimento da habilidade comunicacional para identificar e satisfazer todas as necessidades do doente/família (PONTES, LEITÃO & RAMOS, 2008). Para dar cumprimento ao referido, o enfermeiro necessita estabelecer uma relação que favoreça um ambiente propício à manifestação das preocupações e medos do doente (GOMES, 2015). É fundamental que em todo o processo assistencial seja estabelecida relação de confiança entre o profissional e o paciente de forma que o paciente se sinta acolhido e informado sobre toda a proposta de tratamento e dela seja estimulado a participar ativamente (OLIVEIRA. *et al*, 2020).

2.2 Desenvolvimento da consulta de enfermagem em seus vários cenários

2.2.1 Atenção Primária

No Brasil, a Atenção Primária à Saúde (APS) é a porta de entrada do usuário no Sistema Único de Saúde (SUS) e se constitui em uma ordenadora das redes de atenção com as funções de acolher, gerir e coordenar a assistência ao usuário em toda a rede de assistência pública, conforme determinado pela Política Nacional da Atenção Básica.

A consulta de enfermagem na Atenção primária deve orientar-se com base nos princípios do SUS, quais sejam: equidade, universalidade, resolutividade e integralidade das ações de saúde, visando à promoção, prevenção, proteção e recuperação/reabilitação do indivíduo, família e comunidade (SOUZA *et al*, 2012).

Na atenção primária, o enfermeiro deve atuar com estratégias proativas de acolhimento que visam tanto à promoção, proteção e educação em saúde. Para tanto, o enfermeiro deve apoiar-se em tecnologias como a consulta de enfermagem, que tem o potencial de identificar demandas e, a partir de um plano sistematizado de cuidados como o PE, estabelecer prioridades de intervenção. (SOARES *et al*, 2021).

Vários são os contextos para a realização da CE na Atenção Primária, como atendimento de pré natal e puericultura. Também, no contexto da Atenção Primária, a CE pode ser desenvolvida no domicílio como no Programa de Saúde da Família (PSF) e por meio de dispositivos tecnológicos, como na Telenfermagem.

2.2.2 Atenção Secundária

A Atenção Secundária é caracterizada pelos serviços ambulatoriais e hospitalares especializados, com densidade tecnológica intermediária entre a atenção primária e a terciária, historicamente interpretada como procedimentos de média complexidade. Na Atenção Secundária, a CE assume diferentes configurações. No ambiente ambulatorial, por exemplo, a primeira consulta inclui o desenvolvimento do PE, contendo a entrevista e o exame físico, prescrições de enfermagem e registros em prontuário físico ou eletrônico, de acordo com programas específicos e/ou protocolos assistenciais. Os demais retornos do paciente denominam-se reconsultas e será feita a evolução clínica que se estrutura nos aspectos objetivos e subjetivos, interpretação e novas prescrições (FRANZEN *et al*, 2012).

Outro cenário para a consulta de enfermagem na Atenção Secundária é o ambiente hospitalar. A CE desenvolvida no ambiente hospitalar, como no contexto cirúrgico, é definida como uma ferramenta que permite atender à individualidade do doente, intervindo em aspectos objetivos e subjetivos do paciente, para melhorar a sua capacidade de autocuidado. Os autores Pettersson *et al*. (2018) defendem que a CE em contexto cirúrgico permite focar a comunicação no paciente, identificando fatores de risco, informando o paciente sobre todo o processo cirúrgico e promovendo o cuidado, com o objetivo de

minimizar as morbidades, o tempo de internação e aumentar a sua qualidade de vida.

2.2.3 Atenção Terciária

A Atenção Terciária ou alta complexidade é caracterizada pelo conjunto de terapias e procedimentos de elevada especialização. Vários são os contextos em que a consulta de enfermagem pode ser desenvolvida na Atenção Terciária. Entre eles, a CE a pacientes em situação de transplante. O enfermeiro desenvolve a CE em pré e pós transplante, utilizando o PE.

Em todos os níveis de atenção, a CE deverá ser iniciada com a confirmação dos dados pessoais e antecedentes familiares, acolhimento, sendo subsidiada por uma teoria, como a Teoria das Necessidades Humanas Básicas de Wanda de Aguiar Horta, onde se enfatiza as necessidades de eliminação, nutrição, hidratação, mobilidade, locomoção, integridade cutânea mucosa, cuidado corporal, gregária, segurança, aceitação, autoimagem e regulação neurológica (HORTA, 1979). Ainda como parte da CE é essencial atentar para a análise de exames laboratoriais e de imagem, além do registro preciso das ações de forma sistematizada.

2.3 A consulta de enfermagem como estratégia terapêutica em dor crônica: experiência na extensão

Vários grupos de pesquisadores discutem formas de organização e sistematização do cuidado para que elas possam ser ensinadas, aprendidas e aplicadas na prática.

Nesta perspectiva, de acordo com os pressupostos da Antropologia da Saúde, desde 2014, o Departamento de Enfermagem Básica da Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais (ENB/UFMG) desenvolve o Projeto de Extensão “Compartilhando saberes em dor” voltado à educação e suporte a pessoas com dor crônica. Em abril de 2020, devido à pandemia, o modelo de atendimento foi reorganizado de forma virtual com a proposta “Dor crônica: compartilhando saberes em tempo de pandemia”.

Trata-se de um projeto interdisciplinar que visa atender de forma ampla às pessoas com dor, implementando estratégias para diagnosticar necessidades biopsicossociais; planejar e realizar intervenções que promovam o alívio da dor e a melhora funcional do paciente, configurando-se como grupo terapêutico em dor crônica.

O grupo é um espaço terapêutico potencial para influenciar estes aspectos, auxiliando a pessoa com dor crônica a reconstruir suas histórias de vida e dar um novo significado às repercussões da doença. Assim, o conhecimento sobre a dor crônica, o convívio com pessoas que vivenciam a mesma experiência, as atividades desenvolvidas no grupo, o aumento do senso de competência e autocuidado e, principalmente, a autonomia do paciente diante do seu processo de saúde podem ser potencializados pelas ações coletivas, como as desenvolvidas pelo o grupo (OLIVEIRA *et al*, 2021).

A CE é uma das atividades desenvolvidas no grupo com o propósito de oferecer à pessoa que sofre dor possibilidades adaptativas em seu viver. Na consulta de enfermagem,

a enfermeira trabalha a valorização da experiência dolorosa, enfatizando a importância do conhecimento sobre a condição de doença e da necessidade do paciente assumir o controle do seu tratamento.

A estratégia de consulta virtual, no modo síncrona, permite a interação enfermeira-paciente, sendo mediada por dispositivos que superam as barreiras da distância e do tempo, as Tecnologias de Informação e Comunicação (TICs). O diálogo entre profissional e usuário através de aplicativos móveis permite monitoramento contínuo, além do armazenamento eletrônico de dados úteis para tomar decisões, e oferecer informações ágeis e seguras (SILVA *et al*, 2021). Apesar da distância física, é possível estabelecer comunicação efetiva, constituindo relações interpessoais de segurança e sensibilidade (BARBOSA *et al*, 2016).

Encontra-se durante a consulta um espaço oportuno para o desenvolvimento das ações de cuidado, na qual a enfermeira tem a possibilidade de ouvir as demandas, fazer uma minuciosa avaliação das condições de saúde físicas e psicoemocionais, conhecer melhor o usuário e orientar (MACHADO; ANDRES, 2021).

No projeto de extensão, a CE é uma estratégia tecnológica para o cuidado, privativa da enfermeira, que se constitui na realização do PE. A Teoria das Necessidades Humanas Básicas elaborada por Wanda Horta norteia o desenvolvimento do PE, tornando possível conhecer as necessidades das pessoas em dor; elaborar diagnósticos de enfermagem mais frequentes no grupo, planejar e implementar ações terapêuticas de dor e de promoção da saúde, além de avaliar as ações implementadas.

A CE no grupo terapêutico é focada nas demandas coletivas das pessoas que sofrem dor, apesar de serem consideradas a individualidade e a subjetividade do fenômeno doloroso. Vale destacar que a CE de forma coletiva estimula a interação social e é um espaço para as pessoas verbalizarem sobre sua dor, compartilharem estratégias de combate à dor e de desenvolver autonomia. Nesta proposta, as pessoas determinam o modo de reconfigurar o seu cotidiano na vivência com a dor, isto é, atentam para suas necessidades biopsicossociais, conhecem suas limitações e passam a planejar suas ações de cuidado. Neste sentido, a CE, enquanto tecnologia, compreende também os processos e os métodos envolvidos nos cuidados de enfermagem. A tecnologia supera o caráter técnico- científico e os resultados alcançados podem ser subjetivos e abstratos (DANTAS *et al*, 2016).

REFERÊNCIAS

ABREU, F. K. **Tecnologias relacionais como instrumentos para o cuidado na Estratégia Saúde da Família**. Rev Brasileira de Enfermagem, v. 70, n. 5, 2017.

AMANTE, L.N. *et al*. **A interface entre o ensino do processo de enfermagem e sua aplicação na prática assistencial**. Rev. Eletr. Enf., v.12, n. 1, 2010.

Assis, B.C. S. *et al*. **Enfermagem em Transplante a humanização da Assistência no processo de cuidar**. IN: Transplante, Belo Horizonte, Educação e Cultura, 2009.

AZEVEDO, L. M. N. *et al.* **A visão da Equipe de Equipe de Enfermagem sobre seus registros.** Rev Rene, Fortaleza, v. 13, n. 1, 2012.

AZEVEDO R. V. M.; CANHESTRO, M. R. **Atuação do Enfermeiro no atendimento a crianças e adolescentes com disfunção do trato urinário inferior.** In: SPAGNOL, C. A.; VELLOSO, I. S. C. Ambulatório de especialidades: subsídios conceituais e organização de serviços a partir das experiências da enfermagem 1ª ED, São Paulo, Hucitec, 2020.

BARBIANI, R.; DALLANORA, C. R.; SCHAEFER, R. **Nursing practices in the primary health care context: a scoping review.** Rev. Latino-Am. Enfermagem, v.24, 2016.

BARBOSA, I. A. *et al.* **The communication process in Telenursing: integrative review.** Rev Bras Enferm, v. 6, n. 4, 2016.

CARVALHO, R.C.; MAGLIONI, C.B.; MACHADO, G.B. *et al.* **Prevalence and characteristics of chronic pain in Brazil: a national internet-based survey study.** BrJP, v.1, n. 4, 2018.

Conselho Federal de Enfermagem (BR). **Resolução Nº 358 do Conselho Federal de Enfermagem, de 15 de outubro de 2009.**

CRIVELARO, P. M. S. *et al.* **Consulta de enfermagem: uma ferramenta de cuidado integral na atenção primária à saúde.** Braz. J. Of Develop, v. 6, n.7, 2020.

DANTAS, C.N. *et al.* **A consulta de enfermagem como tecnologia do cuidado à luz dos pensamentos de Bacon e Galimberti.** Texto e Contexto Enfermagem, v. 25, n. 1, 2016.

Diagnósticos de Enfermagem da NANDA: definições e classificação 2018-2020/ [NAN Internacional]. 10 ed. Porto Alegre: Artmed, 2018.

FRANZEN, E. *et al.* **Consulta de enfermagem ambulatorial e diagnósticos de enfermagem relacionados a características demográficas e clínicas** Rev Gaúcha Enferm, v. 33, n. 3, 2012.

GOMES, C. **Acolhimento do doente no bloco operatório** (Dissertação de mestrado). Escola Superior de Enfermagem de Coimbra, Portugal, 2015.

HORTA, V. A. **Processo de Enfermagem.** São Paulo. Editora Pedagógica e Universitária LTDA 1979.

JAVORSKI, M. *et al.* **Relatório da comissão para estudos da Consulta de Enfermagem.** Campo Grande - MS: UFMS, 1993.

Lei nº 7.498 de 25 de junho de 1986 (BR). **Dispõe sobre a regulamentação do exercício da Enfermagem e dá outras providências.** Diário Oficial da União [periódico na internet], Brasília (DF), 1986.

MACHADO, L.B.; ANDRES, S.C. **A consulta de enfermagem no contexto da Atenção Primária em Saúde: Relato de experiência.** Research, Society and Development, v. 10, n. 1, 2021.

MASCARENHAS, N. B.; MELO, C. M. M.; SILVA, L. A. **Gênese do trabalho profissional da enfermeira no Brasil (1920-1925).** Esc Anna Nery, v. 20, n. 2, 2016.

MORALES-FERNANDEZ, A. *et al*; Group for pain management Hospital Costa del Sol Members. **Impact on quality of life of a nursing intervention programme for patients with chronic non-cancer pain: an open, randomized controlled parallel study protocol.** J Adv Nurs, v. 72, n. 5, 2016.

NUNES, L. **Para uma epistemologia de enfermagem.** 2ª Edição. Loures, Portugal: Lusodidacta, 2017.

OLIVEIRA, C. M. *et al*. **Das concepções teóricas sobre dor às perspectivas de atuação do enfermeiro.** In: SPAGNOL, C. A.; VELLOSO, I. S. C. Ambulatório de especialidades: subsídios conceituais e organização de serviços a partir das experiências da enfermagem. 1ª ed ,São Paulo,Hucitec, 2020.

OLIVEIRA, C. M. *et al*. **Dor crônica: Compartilhando saberes em tempo de pandemia.** In PEREIRA, T. M. A. org. *Temas em Fisioterapia e Terapia Ocupacional: pesquisa e desafios.* Paraná: Editora Atena. 2021.

RAJA, S.N.; CARR, D.B.; COHEN, M.; *et al*. **The revised International Association for the Study of Pain definition of pain: concepts, challenges, and compromises.** Pain, v.161, n. 9, 2020.

Resolução COFEN nº 159/1993 – **Revogada pela Resolução Cofen nº 544/2017.**

SALLUM, A. M. C.; GARCIA, D.M.; SANCHES, M. **Dor aguda e crônica: revisão narrativa da literatura.** Acta paul. enferm, v. 25, (spe1), 2012.

SANTOS, A.C.L. *et al*. **Evidências científicas acerca da consulta de enfermagem ambulatorial em cardiologia.** Rev enferm UFPE on line, v. 14, 2014.

SILQUEIRA, S. M. de F. **Programa de Assistência à Saúde para a prevenção e controle dos agravos cardiovasculares:uma experiência a ser compartilhada.** In: SPAGNOL C. A.; VELLOSO, I. S. C. Ambulatório de especialidades: subsídios conceituais e organização de serviços a partir das experiências da enfermagem 1ª ED ,São Paulo, Hucitec, 2020.

SILVA, L.V. F. *et al*. **Usabilidade de aplicativo móvel em saúde: uma revisão bibliométrica.** Revista Eletrônica Acervo Saúde, v. 13, n. 4, 2021.

SOARES, C. S. *et al*. **Nursing consultation in prenatal care from the perspective of postpartum women: an exploratory-descriptive study.** Online Braz J Nurs, 2021.

SOUZA, M. L. *et al*. **O cuidado em enfermagem: uma aproximação teórica.** Texto Contexto Enferm, v. 14, n. 2, 2005.

SOUZA M. L.; SARTOR V. V.; PADILHA, M. I.; PRADO, M. L. **O cuidado em enfermagem: uma aproximação teórica.** Contexto Enferm, v. 14, n. 2, 2005.

SOUZA, P. A. *et al*. **Percepção dos usuários da atenção básica acerca da consulta de enfermagem.** Rev. Mineira de Enfermagem, v. 17, n. 1, 2012.

VALE, G. E.; PAGLIUCA, F. M. **Construção de um conceito de cuidado de enfermagem: contribuição para o ensino de graduação.** REBEn, v. 64, n. 1, 2011.

CAPÍTULO 10

O CUIDADO DE ENFERMAGEM PRESTADO AO ADOLESCENTE NA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA: REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

Data de aceite: 01/03/2022

Vinícius Rodrigues de Oliveira

Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN), Mestrando pelo Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva (PPGSCol)
Natal-RN
ORCID: 0000-0002-9915-0062

Bárbara Letícia de Queiroz Xavier

Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN), Mestranda pelo Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva (PPGSCol)
Natal-RN
ORCID: 0000-0003-1622-9128

João Paulo Xavier Silva

Universidade Estadual do Ceará (UECE), Doutorando pelo Programa de Pós-graduação em Cuidados Clínicos em Enfermagem e Saúde (PPCCLIS)
Fortaleza-CE
ORCID: 0000-0003-3082-9373

Natalia Bastos Ferreira Tavares

Universidade Regional do Cariri (URCA).
Docente do curso de graduação em enfermagem
Iguatu-CE
ORCID: 0000-0002-1139-600X

Amanda Kelly de Queiroz Pires

Universidade Regional do Cariri (URCA).
Graduada em Enfermagem
Iguatu-CE
<http://lattes.cnpq.br/3546800863495504>

Claudia Helena Soares de Morais Freitas

Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN), Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva (PPGSCol), Docente do Departamento de Clínica e Odontologia Social da Universidade Federal da Paraíba (UFPB)
João Pessoa-PB
ORCID:0000-0003-0265-5396

RESUMO: Objetiva-se, por meio desta pesquisa, compreender, à luz da literatura científica, como ocorre o cuidado de enfermagem ao adolescente no âmbito da Estratégia de Saúde da Família. Trata-se de uma revisão bibliográfica, realizada no mês de outubro de 2021, através da Biblioteca Virtual em Saúde, onde foram utilizados os seguintes Descritores em Ciências da Saúde: Cuidado de Enfermagem; Adolescente; Estratégia de Saúde da Família, combinados com o uso do operador *booleano* AND. Foram encontradas 366 referências, após aplicação dos critérios de inclusão restaram 140 delas, que foram exportadas para o *software Rryan*, onde foram analisados seus resumos, ao fim foram selecionadas 08 publicações. A análise dessas publicações permitiu verificar que cuidado de enfermagem ao adolescente no cenário da Estratégia de Saúde da Família está ligado as seguintes ações: educação em saúde; consulta de enfermagem; acolhimento; aconselhamento e orientações; identificação e notificação de casos de violência. Assim, o cuidado de enfermagem ofertado ao adolescente no âmbito da ESF, apresenta diversos impactos, refletindo nas estatísticas futuras, como adultos mais

saudáveis, menor índices de gravidez indesejada e consequentemente abortos reduzidos, redução das taxas de ISTs, como a AIDS, por exemplo, dentre outros temas explorados durante a consulta individual ou nas ações coletivas.

PALAVRAS-CHAVE: Cuidado de Enfermagem. Adolescente. Estratégia de Saúde da Família.

NURSING CARE PROVIDED TO ADOLESCENTS IN THE FAMILY HEALTH STRATEGY: BIBLIOGRAPHIC REVIEW

ABSTRACT: The aim of this research is to understand, in the light of scientific literature, how nursing care for adolescents takes place within the scope of the Family Health Strategy. This is a literature review, carried out in October 2021, through the Virtual Health Library, where the following Health Sciences Descriptors were used: Nursing Care; Adolescent; Family Health Strategy, combined with the use of the Boolean AND operator. 366 references were found, after applying the inclusion criteria, 140 of them remained, which were exported to the Ryyan software, where their abstracts were analyzed, in the end, 08 publications were selected. The analysis of these publications allowed us to verify that nursing care for adolescents in the context of the Family Health Strategy is linked to the following actions: health education; nursing consultation; host; counseling and guidance; identification and notification of cases of violence. Thus, the nursing care offered to adolescents within the scope of the FHS has several impacts, reflecting on future statistics, such as healthier adults, lower rates of unwanted pregnancies and consequently reduced abortions, reduced rates of STIs, such as AIDS, for example. , among other themes explored during the individual consultation or in collective actions.

KEYWORDS: Nursing Care. Adolescent. Family Health Strategy.

1 | INTRODUÇÃO

A criação do Sistema Único de Saúde (SUS), em 1990, sem dúvidas, foi uma grande conquista para a nação brasileira, a partir daí os governantes desenvolveram um olhar para as iniquidades em saúde da população. No entanto, mesmo após alguns anos da criação desse sistema, ainda permeou a dificuldade de acesso da população aos serviços de saúde, preocupados com a situação gestores, profissionais e autoridades do Ministério da Saúde, iniciaram em 1993, a busca pela solução do problema, cria-se, então em 1994, o Programa Saúde da Família (PSF) como um modelo para reorganização da Atenção Primária à Saúde (APS) no Brasil (BRASIL, 2010a; PINTO; GIOVANELLA, 2018).

Nas últimas décadas o programa passou por necessárias remodelações, à exemplo, a alteração na terminologia PSF para Estratégia de Saúde da Família (ESF), essa mudança foi legalmente amparada pela publicação da portaria nº 648/2006. A ESF configura-se como “*estratégia prioritária de expansão, consolidação e qualificação da Atenção Básica*”, e apresenta em suas proposições o desenvolvimento do trabalho destinado ao atendimento à nível coletivo e individual, enfatizando as ações de promoção da saúde, prevenção de agravos e manutenção da saúde de acordo com as demandas da comunidade e indivíduos

inseridos no território (PINTO; GIOVANELLA, 2018, BRASIL, 2017a, p.3).

Assim, distintos grupos, como o de adolescentes, por exemplo, devem ter suas especificidades respeitadas e atendidas de forma integral. É importante que atendimento a esse público seja realizado pela equipe multiprofissional e que essa desenvolva o cuidado holístico e um bom relacionamento com o adolescente. Na perspectiva de equipe multiprofissional, que é também uma forte característica da ESF, revela-se o profissional enfermeiro que tem desenvolvido um trabalho essencial para o sucesso da estratégia no país (BEZERRA; ALVES, 2019; BRASIL, 2017b; ALMEIDA; LOPES, 2019).

Logo, esta pesquisa pressupõe que o cuidado de enfermagem desenvolvido na ESF ao adolescente amplifica as possibilidades de assistência em saúde a esse público, melhorando sua qualidade de vida e o aproximando do serviço de saúde.

A presente revisão pode ser justificada mediante lacunas evidenciadas em publicações científicas que revelam a necessidade do desenvolvimento de pesquisas que se aprofundem acerca do cuidado de enfermagem ao adolescente no âmbito da APS de forma a contemplar as ações de cuidado que necessitam de aprimoramento ou intensificação (LEAL *et al.*, 2018). Sobretudo, esta pesquisa contribuirá para o SUS, visto que, apresenta parâmetros para que os enfermeiros aperfeiçoem seu trabalho com o público em questão, contribuindo não somente para a qualidade do serviço de saúde, mas também para melhorar a assistência ao adolescente e fortalecer os indicadores de saúde dessa população.

Destarte, busca-se compreender, à luz da literatura científica, como ocorre o cuidado de enfermagem ao adolescente no âmbito da Estratégia de Saúde da Família.

2 | METODOLOGIA

No que trata de delineamento metodológico esta pesquisa se configura como uma revisão de revisão bibliográfica, realizada no mês de outubro de 2021, através da Biblioteca Virtual em Saúde (BVS). Para pesquisa na referida biblioteca utilizaram-se três Descritores em Ciências da Saúde (DeCS): Cuidado de Enfermagem; Adolescente; Estratégia de Saúde da Família. Esses por sua vez foram combinados com o uso do operador *booleano* AND. Para elegibilidade das publicações foram pontuados como critérios de inclusão: I. Recorte temporal dos últimos dez anos (2011-2021); II. Idioma - português, inglês ou espanhol; III. Publicações gratuitas. Foram excluídos todos os documentos que não apresentassem pertinência com a temática da pesquisa. Foram encontradas 366 publicações, após aplicação dos critérios de inclusão restaram 140 delas, que foram exportadas para o *software Ryyan*, onde foram analisados seus resumos, buscando relação com a temática, ao fim a amostra foi composta de 08 publicações científica

3 | DESENVOLVIMENTO

A amostra final desta pesquisa foi composta por 08 artigos, que estão dispostos no quadro abaixo. Além de expor uma breve caracterização dos artigos, o quadro também apresenta as ações de cuidado desenvolvidas pelos enfermeiros na ESF e condições específicas que podem estar agregadas à saúde do adolescente.

Ano	Título do artigo	Periódico	Condições Específicas	Ações de Cuidado desenvolvidas pelo Enfermeiro
2020	Os cuidados da Estratégia Saúde da Família a um adolescente vítima de <i>bullying</i> : uma cartografi	Ciência & Saúde Coletiva	<i>Violência (Bullying)</i>	Acolhimento; Consulta de enfermagem;
2019	Saúde sexual e reprodutiva de adolescentes: percepções de profissionais de enfermagem	<i>Avances en enfermeria</i>	Não apresenta	Aconselhamento sobre saúde sexual e reprodutiva; Orientações acerca do uso do preservativo e outros métodos contraceptivos; Consulta de enfermagem; Atividades grupais de educação em saúde dentro e fora do serviço de saúde.
2016	Dificuldades enfrentadas pelo enfermeiro no desenvolvimento de ações voltadas aos adolescentes da atenção básica	Revista de Enfermagem UFPE <i>on line</i>	Não apresenta	Atuação do enfermeiro nas ações educativas; Consulta de enfermagem
2016	Papel do enfermeiro da Estratégia de Saúde da Família na prevenção da gravidez na adolescência	Revista de Enfermagem do Centro-Oeste Mineiro	Gravidez	Consulta de Enfermagem; Orientações sobre sexualidade, gravidez precoce, infecções sexualmente transmissíveis, métodos contraceptivos, uso de álcool e drogas; Ações educativas.
2015	Condições para a produção do discurso do enfermeiro na prática educativa com adolescentes	Revista de Enfermagem UERJ	Não apresenta	Educação em saúde; Atendimentos clínicos;
2013	Desafios de enfermeiros da estratégia saúde da família na implantação do programa saúde do adolescente	Revista Eletrônica de Enfermagem	Não apresenta	Ações dinâmicas que envolvem adolescentes e os façam querer está no espaço de saúde.
2012	Cuidado aos adolescentes na atenção primária: perspectivas de integralidade	Escola Anna Nery – Revista de Enfermagem	Não apresenta	Acolhimento; Ações que reforçam a autonomia;

2011	Implementação profissional da atenção básica à saúde frente à identificação e notificação da violência infanto-juvenil	Revista Baiana de Saúde Pública	Violência	Identificação e notificação de casos de violência; Consulta de enfermagem;
------	--	---------------------------------	-----------	--

Quadro 1 – Descrição dos estudos da amostra.

Fonte: Elaboração própria, 2021.

Fazendo uma síntese do quadro, verificou-se que a maioria das produções que embasaram esta pesquisa, aproximadamente 87% (n=7), foram publicadas em periódicos nacionais, e apenas uma pequena porcentagem em periódicos internacionais. Embora não se possa afirmar, essa situação pode estar ligada ao fato de que as produções relacionadas a ESF são em sua maior parte publicadas em revistas brasileiras, essa situação se afunila ainda mais quando associa a temática à saúde do adolescente. Quanto ao ano de publicação, foram os mais distintos, variando entre 2011 e 2020, com prevalência do ano de 2016, cerca de 25% (n=2) da amostra total.

Concernente ao conteúdo dos artigos, foram encontradas diversas as ações de cuidado de enfermagem realizadas no cenário da ESF, que era o objetivo desse estudo, algumas delas são mais frequentes como “atividades de educação em saúde” que aparece em 75% (n=6) da amostra.

Essa porcentagem, indica que a realização de “atividades de educação em saúde” é uma forma de cuidado de enfermagem frequente aos adolescentes na ESF. Contudo, alguns estudos apontam que essas atividades acabam sendo prejudicadas pela infraestrutura precária que o enfermeiro dispõe para realizá-las, bem como, a carga horária exaustiva que é designada para esse profissional (ARAÚJO *et al.*, 2016).

Apesar das pontuações acima expostas, salienta-se que a dificuldade de realizar as ações educativas não se associam apenas as causas físicas relacionadas ao ambiente. Coelho e colaboradores (2015) em seu estudo, que buscou a compreensão dos enfermeiros sobre a produção de discursos relacionados a prática da educação em saúde voltada aos adolescentes, verificou que existe a necessidade de maior assimilação desses profissionais sobre o processo educação em saúde, além de implementação de novas estratégias para realização dessas ações.

Após discutir as “atividades de educação em saúde” ganha destaque a “Consulta de enfermagem”, que está presente em aproximadamente 62% (n=5) dos artigos que foram referenciais para a pesquisa. Tratando sobre a Consulta de Enfermagem como ferramenta de cuidado ao adolescente, essa se manifesta como uma tecnologia leve do cuidado em saúde, no qual se sobressai o diálogo amigável, não opressor e a escuta ativa. O estabelecimento da comunicação adequado com o adolescente possibilita ao enfermeiro entender as características individuais dos sujeitos, despertando no profissional

maior sensibilidade para compreender as demandas desse público e consequentemente estreitando as relações (LOPES, 2016; SENNA; DESSEN, 2015).

Cabe ainda pontuar que a consulta de enfermagem também é um momento de esclarecimento de dúvidas e partilha de anseios, onde o enfermeiro fornecerá orientações para melhor condução dos problemas postos pelo adolescente (ABREU *et al.*, 2020).

Apesar da relevância da consulta de enfermagem é necessário que nesse momento o profissional tenha um olhar para além da perspectiva curativista e fragmentadora, sobretudo, porque atua no serviço da ESF, logo deve atentar-se para que atendimento não tenha o mero enfoque nos aspectos biológicos como apresentando em um dos estudos da amostra (PIGOZI; MACHADO, 2020).

Em seguimento, emerge as discussões sobre “acolhimento”, que apareceu em 25% (n=2) do material explorado. Ainda há um debate sobre o acolhimento, como uma ação de cuidar do adolescente, uma vez que alguns autores não o entendem nesse contexto (LEAL *et al.*, 2018). Apesar dessas discordâncias, esta pesquisa adota o acolhimento como uma estratégia de cuidar, pois considera a seguinte definição de cuidado de enfermagem:

Cuidar em enfermagem consiste em envidar esforços transpessoais de um ser humano para outro, visando proteger, promover e preservar a humanidade, ajudando pessoas a encontrar significados na doença, sofrimento e dor, bem como, na existência. É ainda, ajudar outra pessoa a obter autoconhecimento, controle e auto cura, quando então, um sentido de harmonia interna é restaurada, independentemente de circunstâncias externas (SOUZA *et al.*, 2005, p. 267).

O acolhimento, para Costa e colaboradores (2012), é um espaço essencial para recepcionar o adolescente, promover escuta sensível e entender os motivos que lhe levaram a buscar o serviço, fazendo-o sentir mais próximo do profissional e do serviço. Assim, objetiva “a construção de relações de confiança, compromisso e vínculo entre as equipes/ serviços, trabalhador/equipes e usuário com sua rede socioafetiva” (BRASIL, 2003a, p. 7).

As Diretrizes Nacionais para a Atenção Integral à Saúde de Adolescentes e de Jovens na Promoção, Proteção e Recuperação da Saúde, postulam que a realização do acolhimento, em cenários humanizados de saúde favorecem a aproximação dos jovens e adolescentes e assim contribuem para minimizar as iniquidades em saúde desse público (BRASIL, 2010b).

Partindo para outra ação do cuidado de enfermagem a literatura direciona para o “aconselhamento e orientações”, que estavam representadas em 25% (n=2) da amostra. O aconselhamento diz respeito a uma comunicação fundamentada na confiança cujo intuito é gerar no indivíduo autorreflexão para subsidiar as melhores escolhas que levem a atenuação e/ou resolução do problema enfrentado (BRASIL, 2003b).

O aconselhamento é frequentemente associado as questões de saúde sexual e reprodutiva que são também emergentes na adolescência. Essa situação é claramente observada nos estudos aqui abordados pois apontam que as orientações fornecidas dos

enfermeiros aos adolescentes giravam em torno da sexualidade, gravidez precoce, uso de métodos contraceptivos e infecções sexualmente transmissíveis (ISTs) (RIBEIRO *et al.*, 2016; SHENEM *et al.*, 2019).

A abordagem dos enfermeiros aos adolescentes, através do aconselhamento, deve ter um caráter problematizador, abrangendo aspectos do meio em que estão inseridos e os aproximando de situações da vida real. Durante esse momento o enfermeiro deve-se expressar de forma clara e permitir que o adolescente tome decisões autônomas sem que haja julgamentos (SHENEM *et al.*, 2019).

Mais um elemento de cuidado do enfermeiro, que embora, tenha sido pouco evidenciado (12,5%), tem uma grande relevância, trata-se da “identificação e notificação de casos de violência”. A violência, seja ela perpetrada no universo familiar ou escolar (*bullying*) também aparece no rol de condições específicas, o que gera a necessidade de uma maior atenção por parte do enfermeiro para essa situação.

O estudo de Lima e colaboradores (2011) em que o objetivo foi analisar a atuação dos profissionais da ESF frente a identificação e notificação de casos de violência contra crianças e adolescentes, mostrou que os enfermeiros estão dentre os profissionais que mais identificaram a violência, e que essa identificação ocorreu principalmente por meio da consulta de enfermagem. Todavia, o número de notificação foi relativamente baixo

Melo e colaboradores (2017) sugerem que o enfermeiro e a equipe de enfermagem passem por atualizações e capacitações para melhor condução do problema, além disso, tenham durante o seu percurso formativo na graduação aproximações com a temática para que assim consigam intervir na situação de forma efetiva e consciente.

4 | CONCLUSÃO

A ESF é um rico espaço para produção do cuidado e dos mais distintos tipos, dentre eles, destaca-se o cuidado de enfermagem, que chega aos usuários do SUS, através do enfermeiro e da equipe de enfermagem. Pode-se, então, comprovar parcialmente a hipótese de que o cuidado de enfermagem desenvolvido na ESF ao adolescente amplifica as possibilidades de assistência em saúde a esse público, melhorando sua qualidade de vida e o aproximando do serviço de saúde.

Quando o cuidado de enfermagem é ofertado ao adolescente no âmbito da ESF, os impactos são diversos, refletindo nas estatísticas futuras, como adultos mais saudáveis, índices de gravidez indesejada e conseqüentemente abortos reduzidos, redução das taxas de ISTs, como a AIDS, por exemplo, dentre outros temas explorados durante a consulta individual ou nas ações coletivas.

Assim, é importante, que o enfermeiro apresente métodos inovadores em suas ações de cuidado, chamando a atenção dos adolescentes e os orientando para assumir atitudes e comportamentos saudáveis. Salienta-se ainda, que a adolescência é um período

complexo, logo o profissional não deve focar seu cuidado em aspectos biológicos, mas trabalhar com a assistência holística.

Por fim, convém mencionar que esperava-se encontrar uma riqueza de publicações na literatura científica acerca das ações de cuidado de enfermagem voltadas ao adolescente, essa situação demonstra a necessidade de mais produções e publicações nacionais e internacionais, que tratem de estratégias de sucesso desenvolvidas para o cuidado dessa população no nível de atenção à saúde aqui explorado.

REFERÊNCIAS

ABREU, F.R.C. *et al.* Percepção das adolescentes sobre a consulta de Enfermagem na Atenção Básica de Saúde. **Revista Eletrônica Acervo Saúde**, v. 12, n. 5, p. e2988, 2020.

ALMEIDA, M.C.; LOPES, M.B.L. Atuação do enfermeiro na atenção básica de saúde. **Revista de Saúde Dom Alberto**, v. 4, n. 1, p. 169-186, 2019.

ARAÚJO, M.S. *et al.* Dificuldades enfrentadas pelo enfermeiro no desenvolvimento de ações voltadas aos adolescentes da atenção básica. **Rev enferm UFPE on line.**, Recife, v. 10, n. 5, p. 4219-25, 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Aconselhamento e DST/HIV/AIDS para atenção básica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2003b.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Memórias da saúde da família no Brasil**. Brasília: Ministério da Saúde, 2010a.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Diretrizes nacionais para a atenção integral à saúde de adolescentes e jovens na promoção, proteção e recuperação da saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2010b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria Nº 2.436, de 21 de setembro de 2017. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). **Diário Oficial da União**, Seção 1, p.32. Brasília, DF, 2017a.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Proteger e cuidar da saúde de adolescentes na atenção básica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2017b.

BEZERRA, R.K.C.; ALVES, A. M.C.V. A importância do trabalho da equipe multiprofissional na estratégia saúde da família e seus principais desafios. **Rev. Expr. Catól. Saúde**, v. 4, n. 2, 2019.

COELHO, M.M.F. *et al.* Condições para a produção do discurso do enfermeiro na prática educativa com adolescentes. **Rev enferm UERJ**, Rio de Janeiro, v. 23, n.1, p. 9-14, jan/fev. 2015.

COSTA, R.F. *et al.* Cuidado aos adolescentes na atenção primária: perspectivas de integralidade. **Esc. Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 3, p. 466-472, 2012.

DUARTE, S.J.H. *et al.* Desafios de enfermeiros da Estratégia Saúde da Família na implantação do Programa Saúde do Adolescente. **Rev. Eletr. Enferm.**, v. 15, n.2, p.479-86, 2013.

LEAL, C.B.M. *et al.* Assistência de Enfermagem ao Público Adolescente na Atenção Primária. **Rev. Enferm. Atual**, v.86, p. 1-9, 2018.

MELO, R.A. *et al.* Cuidados de enfermagem à criança e adolescente em violência doméstica na visão de graduandos de enfermagem. **Av.enferm.**, Bogotá, v. 35, n. 3, p. 293-302, 2017.

LIMA, M.C.C.S. *et al.* Implementação profissional da atenção básica à saúde frente à identificação notificação da violência infanto-juvenil. **Revista Baiana de Saúde Pública**. v.35, supl.1, p.118-137 jan./jun. 2011.

LOPES, A.S.L. **Consulta de Enfermagem do Adolescente – 12/13 anos – uma necessidade em saúde**. 2016. 60f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Escola Superior de Enfermagem de Lisboa, Lisboa, 2016.

RIBEIRO, V.C.S. *et al.* Papel do enfermeiro da estratégia de saúde da família na prevenção da gravidez na adolescência. **Rev. enferm. Cent.-Oeste Min** , v. 6, n. 1, p. 1957-1975, jan-mar. 2016.

PIGOZI, P.L.; MACHADO, A. L. Os cuidados da Estratégia Saúde da Família a um adolescente vítima de bullying: uma cartografia. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 25, n. 1, p. 353-363, 2020.

PINTO, L.F.; GIOVANELLA, L. Do Programa à Estratégia Saúde da Família: expansão do acesso e redução das internações por condições sensíveis à atenção básica (ICSAB). **Ciênc. saúde coletiva**, v. 23, n. 6, p. 1903-1914, 2018.

SENNA, S.R.C.M.; DESSEN, M.A. Reflexões sobre a saúde do adolescente brasileiro. **Psic., Saúde & Doenças**, Lisboa, v. 16, n. 2, p. 217-229, 2015.

SEHNEM, G.D. *et al.* Saúde sexual e reprodutiva dos adolescentes: percepções dos profissionais em enfermagem. **Av.enferm.**, Bogotá, v. 37, n. 3, p. 343-352, 2019.

SOUZA, M.L. *et al.* O cuidado em enfermagem - uma aproximação teórica. **Texto Contexto Enferm.**, v.14, n. 2, p. 266-70, 2005.

ENVELHECIMENTO POPULACIONAL E CONDIÇÕES DE URGÊNCIAS PREVALENTES- ABORDAGEM ESPECIAL

Data de aceite: 01/03/2022

Lucas Gonçalves Andrade

Enfermeiro, Pós graduando em Urgência e Emergência pela Faculdades Unidas do Norte de Minas-Funorte
Montes Claros, Minas Gerais, Brasil

Danielly Ribeiro Cardoso

Enfermeira, Pós graduanda em Urgência e Emergência pela Faculdade Unida do Norte de Minas-Funorte
Montes Claros, Minas Gerais, Brasil

Henrique Andrade Barbosa

Professor e Orientador do trabalho de conclusão de Curso da Pós Graduação em Urgência e Emergência pela Faculdade Unida do Norte de Minas-Funorte
Montes Claros, Minas Gerais, Brasil

RESUMO: Objetivo: Discussão científica por meio da literatura das principais causas de urgências no público idoso, através de uma revisão integrativa da literatura, concretizada através das seguintes bases de dados: Scielo e Pubmed. A busca ativa pelos artigos referenciais partiu dos pressupostos onde os critérios de inclusão foram estudos publicados entre os anos 2015 e 2019. Foram excluídas teses, dissertações e cartilhas. Materiais e métodos: Trata-se de uma revisão integrativa da literatura conduzida e baseada nas seguintes bases de dados: Scielo e Medline, as palavras chaves utilizadas para filtragem dos artigos referenciais foram: Crises hipertensivas, Urgência hipertensiva e Emergência hipertensiva.

Resultados e discussões: Segundo dados descritos pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatísticas (IBGE), o público com idade igual ou superior aos 60 anos já compreende cerca de 23,5 milhões dos brasileiros. Mediante essa afirmativa, o artigo “ Compreendendo o envelhecimento a partir da Análise do comportamento”, explicita que o processo de envelhecimento por ser amplo e contínuo, deve ser levado em consideração a forte relação com a perda gradual de habilidades físicas e cognitivas, considerando ainda que a prevalência das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT). Conclusão: Contudo, é perceptível a forte relação entre os longevos e os agravos prevalentes, indagando a necessidade dos serviços de urgências no contexto brasileiro. Frente a esta realidade, faz-se necessário medidas como a capacitação dos profissionais de saúde frisando a obtenção de novos conhecimentos específicos aos idosos, além da possível compreensão quanto as particularidades dessa população dentro de suas respectivas limitações.

PALAVRAS-CHAVE: Transição Demográfica Saúde do Idoso. Sistema Unico de Saúde.

ABSTRACT: Objective: Scientific discussion through the literature of the main causes of emergencies in the elderly public, through an integrative literature review, carried out through the following databases: Scielo and Pubmed. The active search for reference articles started from the assumptions where the inclusion criteria were studies published between the years 2015 and 2019. Theses, dissertations and booklets were

excluded. Materials and methods: This is an integrative literature review conducted and based on the following databases: Scielo and Medline, the keywords used to filter the reference articles were: Hypertensive Crises, Hypertensive Urgency and Hypertensive Emergency. Results and discussions: According to data described by the Brazilian Institute of Geography and Statistics (IBGE), the public aged 60 and over already comprises about 23.5 million Brazilians. Based on this statement, the article "Understanding aging from the analysis of behavior", explains that the aging process, being broad and continuous, must be taken into account the strong relationship with the gradual loss of physical and cognitive abilities, considering also than the prevalence of chronic non-communicable diseases (NCDs). Conclusion: However, the strong relationship between the oldest old and the prevalent diseases is perceptible, questioning the need for emergency services in the Brazilian context. Faced with this reality, measures such as the training of health professionals are necessary, emphasizing the acquisition of new specific knowledge for the elderly, in addition to the possible understanding of the particularities of this population within their respective limitations.

KEYWORDS: Demographic Transition. Health of the Elderly. Unified Health System

INTRODUÇÃO

No cenário mundial e nacional identifica-se amplo processo de transição demográfica correlacionado com crescente significativa da população idosa, bem como alta prevalência de doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) que se faz frequente nesse grupo etário. Frente ao novo perfil epidemiológico brasileiro surgem inúmeros desafios para a saúde pública, e nesse eixo o Sistema Único de Saúde (SUS) se propõe a intervir e oportunizar medidas principalmente interligadas ao panorama atual do modelo de cuidado¹.

De acordo com a Política Nacional do Idoso, as pessoas com idade entre 60 anos ou mais necessitam de atenção diferenciada em saúde, devido às particularidades do processo do envelhecimento e o maior risco de fragilização com perda funcional, bem como óbito².

Ademais, apesar do envelhecer não se vincular diretamente com a perda da autonomia e independência, os riscos das limitações físicas e cognitivas tendem a aumentar com a longevidade, podendo cada vez mais determinar sobrecarga ao seio familiar. Portanto, faz-se necessário a implantação de modelos de cuidado diferenciados que garantam à equipe de saúde a identificação especificada da funcionalidade da pessoa idosa³.

Para mais, a saúde dos idosos deve ser analisada a partir dos critérios a mente pelo alto índice de agravos, entre estes já se destacam as causas externas que se correspondem por acidentes (de trânsito, quedas, afogamentos, intoxicação) e violências físicas dentre outras. Essas causas devem ser investigadas e analisadas pelos profissionais de saúde, uma vez que são extremamente preocupantes e comuns neste público. Elas são consideradas a sexta causa de morte entre os anciãos, se posicionando atrás das doenças do trato respiratório, endócrinas, digestivas, infecciosas e tumores⁴.

A internação hospitalar pode ser considerada importante circunstância de risco nos idosos, e podem tornarem-se preocupantes quando são repetitivas e prolongadas, pois

causa inúmeras desvantagens à saúde dos idosos. Isso se relaciona ao aumento da vulnerabilidade, além da diminuição da capacidade funcional culminando com o déficit da qualidade de vida nesses indivíduos⁴.

Os idosos acometidos por traumas externos correm o risco de apresentarem-se mais criticamente, necessitando em consequência, do serviço de urgência e emergência, e neste patamar tornam-se totalmente dependente das atividades do cotidiano. Neste contexto, a rede de urgência e emergência necessita de adequação estrutural, bem como cuidado integrado com suporte qualificado e centrado nas pessoas pela equipe multiprofissional de saúde, essencial para prestar serviço de qualidade e eficácia em tempo hábil para a população idosa⁵. Outro ponto importante na saúde do idoso baseia-se nas emergências clínicas domiciliares, as quais se norteiam por tomadas de decisões imediatas. Essas situações expõem os envolvidos aos riscos relacionados a perda da função de órgãos, sistemas, dependência funcional e até óbito⁶.

As quedas estabelecem outra fatalidade e urgência nos mais velhos, elas resultam da interação de fatores de riscos intrínsecos e extrínsecos, além disto, evidenciam alta prevalência e altos custos aos serviços de saúde, pois promovem inúmeras consequências negativas e comprometimentos. Assim, em vista as adversidades vinculadas a esse quadro, o Ministério da Saúde (MS) no ano de 2007 criou o comitê a fim de discutir medidas para a prevenção da osteoporose e quedas nos indivíduos idosos, reforçando a redução e proteção desses eventos⁷. Neste contexto, políticas públicas de urgência e emergência fundamentam-se em prestar acesso rápido e efetivo nos casos necessários de acordo as diretrizes e os princípios do Sistema Único de Saúde (SUS). Igualmente, elas precisam propiciar importante alcance e desempenho quando associado a este grupo etário, devido a complexidade da morbimortalidade interligada a saúde física⁷.

Assim, o Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU), deve possuir a capacidade de gerir e impactar na ordem das redes de atenção a saúde, uma vez que através da central de regulação consegue de forma estratégica controlar as demandas em todas as áreas de saúde, inclusive nos idosos com todas as particularidades no diagnóstico e tratamento⁷.

OBJETIVOS

Este estudo objetiva a discussão analítica a partir do ponto de vista da literatura científica o envelhecimento populacional e as principais causas de urgências prevalentes.

MÉTODO

O contexto metodológico implementa-se através de uma revisão integrativa da literatura, concretizada através das seguintes bases de dados: Scielo e Pubmed. A busca

ativa pelos artigos referenciais partiu dos pressupostos onde os critérios de inclusão foram estudos publicados entre os anos 2015 e 2019. Foram excluídos teses, dissertações e cartilhas. Foi levantado um montante total de 23 artigos, entretanto após análise da temática abordada pelo estudo, foram excluídos 8 artigos.

RESULTADOS E DISCUSSÕES

Segundo dados descritos pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatísticas (IBGE), o público com idade igual ou superior aos 60 anos já compreende cerca de 23,5 milhões dos brasileiros. Mediante essa afirmativa, o artigo “Compreendendo o envelhecimento a partir da Análise do comportamento”, explicita que o processo de envelhecimento por ser amplo e contínuo, deve ser levado em consideração a forte relação com a perda gradual de habilidades físicas e cognitivas, considerando ainda que a prevalência das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) comprometem a independência do idoso e por conseguinte a autonomia do mesmo⁸.

As dificuldades advindas das políticas públicas de saúde em prol dos idosos no Brasil, multiplicou-se a partir da forte relação com os custeios governamentais da saúde e previdência, vale ressaltar que esse momento dificultoso para a nação pode ser considerado recente. De acordo com estudo divulgado no ano de 2016, “Análise sobre as políticas públicas de atenção ao idoso no Brasil” é enfatizado que um dos mais sérios contra tempos de comprometimento a desordem dos serviços de saúde ao público idoso, originou-se no início deste século, o rápido crescimento populacional deste público desencadeou as respectivas complicações como a distorção das responsabilidades com o idoso dependente, tornando o seio familiar sobrecarregado em ter que pensar e agir frente as necessidades destes indivíduos, no sentido de prover sem fontes necessárias por ausência do estado⁹.

A morbimortalidade em idosos no Brasil, apresentam relativamente altas taxas e índices quando comparado a outros grupos etários. Portanto, o artigo “Causas de mortes em idosos no Brasil” aponta uma reflexão sobre os principais mecanismos de óbitos nos longevos, e consideram ainda algumas relações positivas para uma possível redução. Frente a este estudo, as doenças do aparelho cardiovascular, neoplasias, doenças endócrinas nutricionais e metabólicas, doenças do aparelho respiratório e as causas externas, classificam-se como as principais fatalidades que se vinculam a processo doença no indivíduo idoso e o leva ao óbito. Vale ressaltar que as causas externas se pontuam principalmente pelos agravos automobilísticos e possíveis relações com as quedas e traumas, considerando o serviço de urgência e emergência efetivo no controle e redução dos óbitos por essas causas¹⁰.

O trauma é caracterizado por lesões subsequentes ao contato com o meio externo, podendo ser de virtude acidental ou imposta pela própria força que podem atingir os sistemas do corpo humano, e necessitam de intervenções imediatas. Neste nexos, a gerontologia

aponta por meio de estudos, uma forte relação destes agravos com os idosos, segundo o artigo “Trauma por acidente de trânsito em idoso: Fatores de risco e consequências” é possível compreender que a maior parte deste público acometidos por acidentes de trânsito possuem idades entre 60 e 79 anos, levando em consideração que relacionado ao quesito gênero, os homens são mais acometidos do que as mulheres. Nesse contexto, as lesões ocasionadas por traumas automobilísticos são consideradas altas, fazendo-se necessário a consolidação do elo de ligação dos profissionais de saúde desde a atenção primária, onde o enfermeiro tem por fundamento orientar o idoso quanto as condutas de prevenção para a não existência destes agravos, como também a ação rápida e eficaz dos serviços de atendimentos pré hospitalares, promovendo inicialmente um suporte básico adequado a vítima e encaminhando a mesma ao serviço de referência¹¹.

As mudanças do perfil populacional, mostram um crescimento exponencial de idosos e com isso os serviços de urgência devem se aprimorar a fim de fornecer uma realística positiva no amparo das intercorrências. Alguns pontos devem ser estruturados para esta realidade, assim é descrito no estudo “Ambiência de uma emergência hospitalar para o cuidado ao idoso: percepção dos profissionais de enfermagem”, que através de entrevistas com profissionais enfermeiros que atuam em pronto socorros e serviços de urgências, relataram que as estruturas físicas das instituições hospitalares não corroboram para o manuseio da assistência a ser prestado ao idoso. Além disso, outros pontos são norteados como a inadequação da quantidade do quadro pessoal de profissionais assistenciais, a permanência dos idosos por vários dias no setor crítico e a ausência de familiares durante este momento complexo¹².

Na atualidade, as quedas são os eventos que mais acometem o público idoso relacionando com alta dependência e fragilidade. O artigo “Problemas e limitações físicas e psicossociais em idosos vítimas de quedas”, aponta que as quedas além de impactarem na qualidade de vida do idoso, podem repercutir também entre os familiares e cuidadores. Questões são enfatizadas como, o sofrimento após o evento, o atendimento pré hospitalar do serviço especializado emergência e emergência, a internação no intra hospitalar, considerando os princípios pautados pelo Estatuto do Idoso, uma vez que este garante um atendimento prioritário ao idoso¹³.

Diante do processo de envelhecimento, o estilo de vida mais ativo do idoso possibilita um risco maior aos acidentes de causas externas, pois a perda da acuidade auditiva, déficit de visão, uso de polifarmácia são mecanismos para estes artefatos. O serviço pré hospitalar busca atuar perante essas complicações, conduzindo o idoso de forma objetiva para que o mesmo não evolua ao óbito. O artigo “Atendimento pré hospitalar móvel: identificando agravos a saúde da pessoa idosa”, explicita que o serviço de urgência e emergência pré hospitalar interligado a pessoa idosa, tem por finalidade prestar um suporte precoce a vítima após a ocorrência do acidente, estabilizar as funções respiratórias e hemodinâmicas, buscar não permitir o agravamento da vítima quanto ao seu quadro clínico, além de resguardar e manter

estáveis os sinais vitais¹⁴.

Por outro lado, ainda existe uma influência negativa com a associação do idoso internado em setores críticos como a unidade de terapia intensiva, pois necessita de um cuidar mais intenso, buscando gradativamente a evolução deste paciente. Diante das informações registradas pelo artigo “A hospitalização em uma unidade de terapia intensiva na voz dos idosos e familiares”, compreende-se que o cuidado ao idoso internado em UTI necessita ser diferenciado, uma vez que a gama de divergências orgânicas e psicossociais se originam, e frente a essa perspectiva a comunicação e escuta devem ser qualificada entre a equipe multiprofissional e o idoso quando possível, além do amparo e suporte aos familiares. Perante estas afirmações, as intervenções e elaboração dos planos de cuidados são essenciais, pois permite a resposta positiva do idoso quanto a sua recuperação, evitando assim complicações como parada cardiorrespiratória, agravos físicos e comprometimentos sistêmicos¹⁵.

CONCLUSÃO

Contudo, é perceptível a forte relação entre os longevos e os agravos prevalentes, indagando a necessidade dos serviços de urgências no contexto brasileiro. Frente a esta realidade, faz-se necessário medidas como a capacitação dos profissionais de saúde frisando a obtenção de novos conhecimentos específicos aos idosos, além da possível compreensão quanto as particularidades dessa população dentro de suas respectivas limitações. Vale considerar a necessidade de inovação das políticas públicas de saúde que agreguem e amparem esse grupo etário, enfatizando como foco principal os serviços que norteiem o risco iminente de morte destes indivíduos.

AGRADECIMENTOS

Agradeço em primeira instância a Deus por nos permitir a conclusão de mais uma etapa em nossas vidas, ao professor/mestre/doutor Henrique Andrade Barbosa pelo apoio total na produção deste trabalho que nos agrega muito conhecimento acerca da temática abordada.

REFERÊNCIAS

Pinheiro WL; Coelho Filho JM. Perfil dos idosos usuários das academias ao ar livre para a terceira idade. **Revista Brasileira em Promoção da Saúde**, v. 30, n. 1, p. 93-101, 2017.

Coimbra BV; Garcia CC; Guerra TDRB. Perfil de causa mortis em idosos internados em um serviço público de urgência e emergência: evidências clínicas. **Academus Revista Científica da Saúd**, v. 3, n. 2, p. 29-35, 2018.

Castro DC; Nunes DP; Pagotto V; Pereira LV; Bachion MM; Nakatani AYK. Incapacidade funcional para atividades básicas de vida diária de idosos: estudo populacional. **Cienc Cuid Saude**, v. 15, n. 1, p. 9,2016

da Silva JD ; Cortez LER. Principais causas externas dos idosos atendidos nas unidades de Urgência e Emergência. **REVISTA UNINGÁ REVIEW**, v. 23, n. 3, 2018.

Nunes BP; Soares MU; Wachs LS; Volz PM; de Oliveira Saes M; Duro SMS; Facchini LA. Hospitalização em idosos: associação com multimorbidade, atenção básica e plano de saúde. **Revista de Saúde Pública**, v. 51, p. 1-10,2017.

Zanescio C; Bordin D; dos Santos CB; Fadel CB. Fatores Associados a Emergências Médicas Domiciliares em Idosos Brasileiros. **Estudos Interdisciplinares sobre o Envelhecimento**, v. 23, n. 3.2018.

Franklin TA; Santos HCDS; Junior S; Andrade J; Vilela ABA. Caracterização do atendimento de um ser viçopré-hospitalar a idosos envolvidos em queda. **Rev. pesqui. cuid. fundam.(Online)**, v. 10, n. 1, p. 62-67,2018.

Oliveira ADS H; de Oliveira JMF; Souza LRP; Vicente HM; Silva ACA. Compreendendo o Envelhecimento a Partir das Contribuições da Análise do Comportamento. **TCC-Psicologia**, 2018.

Damasceno CKCS; de Sousa CMM. Análise sobre as políticas públicas de atenção ao idoso no Brasil. **Revista Interdisciplinar**, v. 9, n. 3, p. 185-190, 2016.

Vasconcelos AMN. Causas de morte em idosos no Brasil. **Anais**, p. 1-11, 2016.

Santos AMRD; Rodrigues RAP; Diniz MA. Trauma por acidente de trânsito no idoso: fatores de risco e consequências. **Texto & Contexto-Enfermagem**, v. 26, n. 2,2017.

Nascimento R PD; Silva SGD; Souza BCD; Souza DDD; Germer Netto A. Ambiente de uma emergência hospitalar para o cuidado ao idoso: percepção dos profissionais de enfermagem. **Escola Anna Nery**, v. 19, n. 2, p. 338-342, 2015.

de Oliveira MC; Gomes MAM; Santana MDO; Paiva PCA; da Silva KC; de Oliveira Feitosa M. Problemas e Limitações Físicas e Psicossociais em Idosos Vítimas de Quedas. **Multidebates**, v. 3, n. 1, p. 251-272, 2019.

de Araújo Patrício ACF; de Souza Santos J; de Albuquerque KF; de Lima Alves K; Duarte MCS; Pérez V LDAB. Atendimento pré-hospitalar móvel: identificando agravos à saúde da pessoa idosa Mobile pre hospital attendance: identification aggravations for the elderly person. **Revista de Pesquisa: Cuidado é Fundamental Online**, v.8, n. 2, p. 4223-4230,2016.

Leite MT; Schons VF; Silva LAA; Muller LA; Pinno C; Hildebrandt LM. A hospitalização em unidade de terapia intensiva na voz de idosos e familiares. **Estudos Interdisciplinares sobre o Envelhecimento**, v.20, n.2,2015.

CAPÍTULO 12

O PAPEL DO ENFERMEIRO FRENTE AOS CUIDADOS DE PACIENTES HIPERTENSOS NA ATENÇÃO PRIMÁRIA

Data de aceite: 01/03/2022

Andressa Ribeiro de Mello

Acadêmica de Enfermagem – Centro
Universitário de Brasília
Brasília. Distrito Federal/Brasil

Isabela de Almeida Menezes

Acadêmica de Enfermagem – Centro
Universitário de Brasília
Brasília. Distrito Federal/Brasil

Julys Nathan Ferreira Soares

Acadêmico de Enfermagem – Centro
Universitário de Brasília
Brasília. Distrito Federal/Brasil

Thayene Costa Amancio

Acadêmica de Enfermagem – Centro
Universitário de Brasília
Brasília. Distrito Federal/Brasil

Vitor Shigueo Godoy Nakamura

Acadêmico de Enfermagem – Centro
Universitário de Brasília
Brasília. Distrito Federal/Brasil

Karla Roberta Mendonça de Melo Vieira

Docente de Enfermagem – Centro Universitário
de Brasília
Brasília. Distrito Federal/Brasil

Artigo redigido por ligantes e diretores da Liga Acadêmica de Cardiologia de Enfermagem.

RESUMO: O trabalho analisa como a hipertensão arterial sistêmica tem chamado atenção pelo

aumento da sua prevalência na população com o passar dos anos. Trata-se de um estudo bibliográfico descritivo de cunho qualitativo que discorre sobre a doença crônica não transmissível (DCNT) que possui grande relevância ao ser identificada como principal fator de risco para doenças cardiovasculares. O objetivo busca de forma clara expor a atuação da equipe de enfermagem na atenção básica do Sistema Único de Saúde (SUS), sendo protagonista na assistência à população com essa comorbidade o enfermeiro busca não apenas o controle da Pressão Arterial, mas também a promoção e prevenção com práticas como a educação em saúde.

PALAVRAS-CHAVE: Hipertensão Arterial Sistêmica, Unidade Básica de Saúde, Educação em Saúde, Enfermagem e Sistema Único de Saúde.

THE ROLE OF THE NURSE IN THE CARE OF HYPERTENSIVE PATIENTS IN PRIMARY CARE

ABSTRACT: This work analyzes how systemic arterial hypertension has drawn attention due to the increase in its prevalence in the population over the years. This is a descriptive bibliographic study of qualitative nature that discusses chronic non-communicable disease (NCD), which has great relevance when identified as the main risk factor for cardiovascular disease. The objective seeks to clearly expose the role of the nursing team in primary care in the Unified Health System (SUS) of Brazil as protagonist in the care of the population with this comorbidity, the nurse seeks

not only to control blood pressure, but also to promote and prevention with practices such as health education.

KEYWORDS: Systemic Arterial Hypertension, Basic Health Unit, Health Education, Nursing and Unified Health System

INTRODUÇÃO

A hipertensão arterial sistêmica (HAS) é uma patologia de grande relevância diante do cenário de saúde pública, uma vez que a mesma atinge parcela da população mundial e é evidenciada como o principal fator de risco para doenças cardiovasculares (Grazzana; Stein; Pellanda, 2013). De acordo com a diretriz brasileira de hipertensão a HAS se caracteriza como uma doença crônica não transmissível e é identificada naqueles pacientes que apresentam a pressão arterial maior ou igual a 140/90mmHg, sendo acima de 130/85 considerado um estágio de pré-hipertensão (Gonçalves, 2016).

A Estratégia Saúde da Família (ESF) é o modelo prioritário dos municípios para colocar em prática a saúde prestada pela atenção básica. Esta se qualifica através do cuidado biopsicossocial espiritual, responsabilidade holística, tratamento longitudinal (acompanha o paciente, família e/ou comunidade ao longo da vida), participação social e promove ainda a promoção e prevenção de agravos à saúde. Uma das questões abordadas e levantadas na ESF é justamente a problemática existente em relação às doenças crônicas não transmissíveis (DCNTs), dentre elas a HAS (Bezerra, et al).

Em face do exposto, é necessário dissertar sobre a importância das ações de saúde existentes na Atenção Primária à Saúde (APS), dentre elas a promoção e a prevenção de agravos à saúde, uma vez que a população de maior vulnerabilidade em relação a HAS é aquela de menor condição socioeconômica. Através das campanhas de promoção e prevenção prestadas pelas UBS's torna-se viável atingir a comunidade de forma ativa e ajudar a controlar, evitar ou tratar a patologia em questão (Norman, Teeser, 2015).

A Estratégia de Saúde da Família (ESF) conta com a atuação de uma equipe multiprofissional para o atendimento e resolução de até 80% da demanda da comunidade. Todavia, o profissional enfermeiro (a) se caracteriza como protagonista no processo de cuidado da atenção primária em saúde, onde realiza consultas de enfermagem, procedimentos, atividades em grupo, atendimento individual, visita domiciliar, planejamento e gerenciamento das ações desenvolvidas nas UBS's. Tais atribuições fazem com que o corpo de enfermagem se destaque e esteja à frente dos cuidados das DCNTs na ESF (Domingues, et al, 2019).

O presente artigo tem como objetivo explanar acerca da atuação do corpo de enfermagem no âmbito da atenção básica do Sistema Único de Saúde (SUS) frente aos quadros de pacientes portadores de hipertensão arterial sistêmica tendo como foco a promoção, prevenção e recuperação da saúde.

METODOLOGIA

Trata-se de um estudo bibliográfico, descritivo do tipo de revisão narrativa e abordagem qualitativa.

Realizou-se uma busca bibliográfica nas bases de dados eletrônicas: PUBMED, Scientific Electronic Library Online (SciELO) e Banco de Dados Enfermagem (BDENF) utilizando-se os seguintes descritores indexados no DeCS: “Hipertensão e cuidados de enfermagem” e “atenção primária e hipertensão”. Captaram-se, no que diz respeito ao recorte temporal, publicações disponíveis em cada base de dados no período de 2000 até 2021.

Nesta revisão narrativa foram selecionados artigos completos, disponíveis gratuitamente nas bases de dados selecionadas, que abordam os fatores contribuintes para a constante e crescente questão em relação ao papel do enfermeiro frente aos quadros de hipertensão arterial sistêmica na atenção básica, escritos em português.

Procedeu-se, após a seleção dos artigos conforme os critérios de inclusão definidos com a leitura exploratória, leitura seletiva e escolha do material que contemplasse o presente objetivo do estudo em questão, análise dos textos e a realização de leitura interpretativa e redação do estudo em sequência.

DESENVOLVIMENTO

O SUS (Sistema Único de Saúde) iniciou sua busca por espaço a partir de um amplo debate na sociedade brasileira, sendo considerado uma política pública definida, construída e institucionalizada na Conferência Nacional de Saúde de forma a estimular o movimento sanitário, e acolhido em parte pela constituição federal no ano de 1988. Tratando-se de uma experiência social, do qual os avanços são incontestáveis, e que ainda enfrentam grandes desafios. (BARBIANI; NORA; SCHAEFER, 2016)

Para que exista uma capacitação no SUS e também nos modelos de atenção que dele varia, é necessário que haja uma boa formação e qualificação desses profissionais da saúde que integram principalmente a rede pública de assistência à saúde. No meio destes profissionais encontram-se as enfermeiras(os) que possuem o papel de destaque dentro do Sistema Único de Saúde (SUS). (FRACOLLI; CASTRO, 2012)

Segundo Barbiani, Nora e Schaefer (2016), por decorrência no mundo o Brasil é o único país com mais de 100 milhões de habitantes que possui um sistema de saúde universal, público, gratuito e integral. Características essas que associadas às dimensões continentais, transições epidemiológicas e demográficas, e as desigualdades regionais, acabam gerando diversos desafios para que ocorra de forma definitiva sua consolidação.

Caracterizada por um conglomerado de ações de saúde, sendo ele no âmbito individual e coletivo, a atenção básica traz a proteção e promoção de saúde, buscando o diagnóstico, a prevenção de danos mais graves, a reabilitação e a constância na saúde.

Considerado o primeiro contato e preferencial dos usuários no sistema de saúde. É baseado em princípios sendo eles: a universalidade da acessibilidade e a coordenação do cuidado, o vínculo da continuidade, a integralidade, a equidade e a participação social. (SILVA; TANAKA, 1999)

Qualquer tratamento ou prevenção envolve ensinamentos que buscam introduzir novos hábitos de vida. Alguns profissionais comprometidos com essas temáticas são os enfermeiros(as) que podem desenvolver suas ações de forma individual através da Consulta de Enfermagem, ou até mesmo em grupos. (BORGES; PINHEIRO; SOUZA, 2010)

O profissional de enfermagem, como membro da equipe de saúde, apropria-se da responsabilidade das ações que envolvem cuidado para a promoção da saúde e prevenção de danos de doenças, entre elas, da hipertensão, de maneira a controlar e acompanhar o portador dessa doença. (COSTA *et al.*, 2014)

A hipertensão arterial é uma doença de múltiplos fatores, caracterizada pelos altos níveis de pressão arterial, que constantemente está associado a alterações no organismo, sendo regularmente relacionada aos riscos de eventos cardiovasculares. A predominância da hipertensão se amplia com o envelhecimento, sendo em média de 60% em pessoas com mais de 60 anos. É também considerado um fator de risco que explica 40% das mortes de acidentes vasculares cerebrais e 25% sendo de doenças arteriais coronarianas. (SILVA, 2015)

No Brasil, há em torno de 17 milhões de pessoas que possuem hipertensão, atingindo a marca de 35% da população com mais de 40 anos. É uma ocorrência com ascendência cada vez mais precoce, é considerado um grave problema de saúde pública no nosso país e no mundo. A hipertensão tem seu diagnóstico dado através de consultas e quando medidas, a pressão se encontra com valores maiores que 90mmHg. Ainda assim é necessário que esses resultados sejam obtidos em pelo menos dois comparecimentos ao consultório, exceto quando os valores ultrapassarem o valor de 110mmHg (diastólico) e 170mmHg (sistólica), que é quando é recomendado iniciar um tratamento de forma imediata. (MOURA; BEZERRA; MOREIRA; FIALHO, 2011)

É por meio destes conhecimentos científicos e do papel do educador, que o enfermeiro garante a capacidade de operacionalizar o paciente ao tratamento, aperfeiçoando e evoluindo para uma qualidade de vida. A execução de medidas preventivas retrata um grande desafio para gestores e profissionais da área de saúde. Sendo o cuidado primário e o diagnóstico precoce a forma mais eficaz de evitar a doença. (SILVA; 2015)

Intervenções educativas na saúde tendem a despertar na população o verdadeiro valor da saúde, de maneira a estimular as pessoas a ser cooperadoras pelo processo saúde-doença. No dia a dia do enfermeiro a consulta é ligada ao processo de educar e motivar as pessoas em relação aos necessários cuidados para manter a saúde em dia. (SOUZA; JARDIM, 1994)

Os diferentes hábitos que são adotados a partir da infância, desde que se respeite

as diferenças de regionalidades, culturais, econômicas e sociais de cada indivíduo são estilos que devem ser estimulados e recomendados como forma de prevenção diária, pois são as principais sugestões não medicamentosas em busca de uma prevenção primária o consumo controlado de álcool, de sódio, combate ao sedentarismo, o tabagismo, a alimentação saudável e ingestão de potássio. (SOUSA; SOUZA; SCOCHI, 2006)

CONCLUSÃO

Diante dos estudos expostos neste trabalho podemos concluir que a HAS é uma doença altamente prevalente nos dias atuais, devido a diversos fatores que influencia diretamente nos hábitos de vida dos indivíduos, e vem sendo uma das principais causas de desenvolvimento de doenças cardíacas de alta letalidade.

O papel da enfermagem diante do desenvolvimento e evolução desta doença é de suma importância tendo em vista que a HAS é uma doença multifatorial desencadeada por diversos fatores, sendo algum deles modificáveis, principalmente os que se referem aos hábitos de vida do indivíduo. Diante destes fatores a equipe de enfermagem da atenção básica com seu importante papel de educador, ganha destaque.

Através das práticas de educação em saúde introduzidas pela equipe de enfermagem durante as consultas e encontros com pacientes, temos uma maneira de controlar, prevenir e acompanhar o desenvolvimento da HAS evitando que tenhamos uma evolução progressiva da doença. A modificação de fatores contribuintes para o desenvolvimento desta doença como o tabagismo, o etilismo, o consumo de alimentos gordurosos e com alto teor de sódio e o sedentarismo, com a inclusão do paciente no seu processo de saúde-doença através do desenvolvimento de práticas educativas e conscientização quanto ao seu quadro atual, trazem diversos benefícios para o paciente, tornando o controle da doença mais fácil e barrando a sua evolução para possíveis quadros mais graves que possam trazer sérias consequências durante sua vida.

Por não se tratar de uma doença que produz, na maioria das vezes, sintomas iniciais graves e debilitantes os pacientes têm uma resistência maior em aderir ao tratamento devido à dificuldade de compreender que a longo prazo a HAS pode trazer sérias consequências para sua saúde. Devido a isso, a maior dificuldade encontrada neste processo é a difícil tarefa de fazer com que o paciente entenda que a HAS pode se tornar uma doença letal mesmo tendo o seu desenvolvimento de forma lenta e que necessita de intervenções para modificação de fatores que influenciam no seu desenvolvimento

Com isto o desenvolvimento de estratégias e maneiras de envolver o paciente no seu processo de saúde-doença se mostra como um promissor campo de desenvolvimento de pesquisas futuras que visem melhorar as ações em saúde implementadas não apenas pelos enfermeiros, mas por toda a equipe multidisciplinar, seja ela atuante do nível primária, secundário ou terciário de saúde.

REFERÊNCIAS

GREZZANA, G.B.; Stein A.T.; Pellanda L.C. Adesão ao tratamento e controle da pressão arterial por meio da monitoração ambulatorial de 24 horas. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia** [online]. 2013, v. 100, n. 4, pp. 335-361. Disponível em: <<https://doi.org/10.5935/abc.20130046>>. Acessado em: 13 jun,2021.

Barroso W.K.S, et al. Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial – 2020. **Arq. Bras. Cardiol.** 2021;116(3):516-658. disponível em: <https://doi.org/10.36660/abc.20201238>. Acessado em> 04 de jul., 2021.

BEZERRA, H.M.C, et al. Processo educativo do núcleo ampliado de saúde da família na atenção à hipertensão e diabetes. **Trabalho, Educação e Saúde.** 2020, v. 18, n. 3. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/1981-7746-sol00277>>. Acessado em: 23 de jun de 2021.

NORMAN, A.H.; TESSER C.D. Acesso ao cuidado na Estratégia Saúde da Família: equilíbrio entre demanda espontânea e prevenção/promoção da saúde. **Saúde e Sociedade [online].** 2015, v. 24, n. 1, pp. 165-179. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S0104-12902015000100013>>. Acessado em: 14 de jul, 2021.

DOMINGUES, J.G.; et al. Doenças crônicas não transmissíveis em profissionais de enfermagem de um hospital filantrópico no Sul do Brasil. **Epidemiol. Serv. Saúde.** 2019, v. 28, n. 2 e2018298. Disponível em: <<https://doi.org/10.5123/S1679-49742019000200011>>. Acessado 02 Jul 2021.

BARBIANI, R.; Nora C.R.D.; Schaefer R. Nursing practices in the primary health care context: a scoping review. **Revista Latino-Americana de Enfermagem.** [S.L.], v. 24, p. 2-5, jul. 2016. FapUNIFESP. disponível em: <https://doi.org/10.1590/1518-8345.0880.2721>. Acessado em: 02 de jun, 2021.

RÊGO, A.S.; et al. Acessibilidade ao diagnóstico de hipertensão arterial na atenção primária à saúde. **Biblioteca virtual em saúde.** v.13, p. 21, jan. 2021. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-1255050>. Acessado em: 01 de jul. 2021.

CARVALHO, G. A saúde pública no Brasil. **Estudos Avançados.** V. 27 (78), 2013. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0103-40142013000200002>. Acessado em: 07 de jun., 2021.

BORGES, J.W.P.; Pinheiro N.M.G.; Souza A.C.C. Hipertensão comunicada e hipertensão compreendida: saberes e práticas de enfermagem em um Programa de Saúde da Família de Fortaleza, Ceará. **Ciência e Saúde Coletiva.** V. 17, Jan., 2012. disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1413-81232012000100020>. Acesso em: 10 de jul. 2021.

COSTA, Y.F.; et al. O papel educativo do enfermeiro na adesão ao tratamento da Hipertensão Arterial Sistêmica: revisão integrativa da literatura. **O Mundo da Saúde, São Paulo.** v. 4, n. 38, p. 473-481, set. 2014. Disponível em: http://www.saocamilo-sp.br/pdf/mundo_saude/155566/A12.pdf. Acessado em: 02 de jun., 2021.

SILVA, A.P.M. Organização do cuidado de pacientes hipertensos [trabalho de conclusão de curso]. **Gurinhata: Universidade Federal do Triângulo Mineiro**; Uberaba, 2015. Disponível em: <https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/organizacao-cuidado-pacientehipertenso.pdf>. Acessado em: 29 de jun.,2021.

MOURA, D.J.M.; et al. Cuidado de enfermagem ao cliente com hipertensão: uma revisão bibliográfica. **Revista Brasileira de Enfermagem**. V.64, p.4, agosto de 2011. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0034-71672011000400020>. Acessado em: 15 de jun., de 2021.

SOUZA, A.L.L.; JARDIM P.C.B.V. A Enfermagem e o paciente hipertenso em uma abordagem multiprofissional: relato de experiência. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**. v. 2, n. 1, p. 5-17, jan. 1994. FapUNIFESP. disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0104-11691994000100002>. Acessado em: 05 de jul., 2021.

SOUSA, L.B., SOUZA R.K.T.; SCOCHI M.J. Hipertensão arterial e saúde da família: atenção aos portadores em municípios de pequeno porte na região sul do Brasil. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**. v. 87, n. 4, p. 496-503, out. 2006. FapUNIFESP. disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0066-782X2006001700015>. Acessado em: 07 de jun., de 2021.

EDUCAÇÃO E PROMOÇÃO DA SAÚDE DO PACIENTE COM CATETERISMO VESICAL DE DEMORA: CONTROLE DA INFECÇÃO URINÁRIA

Data de aceite: 01/03/2022

Data de submissão: 10 /01/2022

Julieta Scheidt Carneiro

Universidade Augusto Motta. Pós Graduação de Controle de Infecção em Assistência em Saúde (CIAS). EEAAC/UFF. Pós-Graduanda em Saúde da Família EEAAC/UFF. Integrante do grupo de pesquisa GESPRO/UFF São Gonçalo - Rio de Janeiro
<http://lattes.cnpq.br/5003485827101246>

Job Tolentino Junior

PhD em Geociências, Centro Universitário Redentor (UniRedentor), Centro de Tecnologia Mineral (CETEM-RJ) / laboratório de Argilas Aplicadas (LAA), Universidade Federal Fluminense (UFF) / Núcleo de Pesquisa e Extensão em Educação e Saúde Comunitária (NUPEESC) / Grupo Saúde Integral da Mulher e do Recém Nascido / Escola de Enfermagem Aurora de Afonso Costa - EEAAC/UFF / Curso de Controle de Infecção em Assistência À Saúde (CIAS)
Niterói- Rio de Janeiro
<http://lattes.cnpq.br/2545052756109324>

RESUMO: O cateterismo vesical de demora é um procedimento invasivo, permanente que consiste na inserção de um cateter fino e flexível, que passa pela uretra até a bexiga, com o intuito da drenagem contínua, descompressão gradual da bexiga e promovendo o esvaziamento da mesma. O mesmo deve ser realizado por um profissional habilitado devido os riscos de

hemorragia, formação de cálculo na bexiga, construção de canal eferente entre outros.O número de infecções do trato urinário no Brasil é de 30% a 50% adquiridas no ambiente hospitalar, tornando um desafio para a enfermagem da atenção básica. O estudo objetiva promover através da educação e promoção em saúde, o controle da infecção urinária em pacientes portadores de cateterismo vesical de demora, no ambiente domiciliar, na atenção básica no Estado do Rio de Janeiro. Trata-se de um estudo observacional de caráter quantitativo e qualitativo, coletados através do questionário estruturado de 61 pacientes atendidos na atenção básica, no período de fevereiro de 2021, com critério de exclusão e inclusão. Foram analisados estudos através das bases de dados científicos como: Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), Biblioteca Virtual da Saúde (BVS) e Base de Dados em Enfermagem (BDENF). Após análise dos dados, foi identificado maior incidência do uso de cateter vesical de demora ao gênero masculino com idade mínima de 60 a 70 anos, com procedência de unidades públicas de saúde, com indicações muito específicas como hiperplasia prostática, obstruções crônicas e outras condições clínicas. O enfermeiro é um profissional habilitado conforme a lei nº7.498/1986, que dispõe sobre o Exercício Profissional da Enfermagem. Considera-se a necessidade de educação em saúde uma estratégia no qual o enfermeiro é um facilitador promovendo o autocuidado com abordagens que objetivam a compreensão e participação dos pacientes reduzindo as infecções urinárias, com boas práticas de segurança.

PALAVRAS-CHAVE: Comunidade; Cateterismo Urinário; Atenção Primária.

EDUCATION AND HEALTH PROMOTION OF PATIENTS WITH INDWELLING BLADDER CATHETERIZATION: CONTROL OF URINARY INFECTION

ABSTRACT: Indwelling bladder catheterization is an invasive, permanent procedure that consists of inserting a thin and flexible catheter, which passes through the urethra to the bladder, with the aim of continuous drainage, gradual decompression of the bladder and promoting its emptying. The same must be performed by a qualified professional due to the risks of hemorrhage, formation of calculus in the bladder, construction of the efferent canal, among others. The number of urinary tract infections in Brazil is between 30% and 50% acquired in the hospital environment, making it a challenge for primary care nursing. The study aims to promote through education and health promotion, the control of urinary infection in patients with indwelling bladder catheterization, in the home environment, in primary care in the State of Rio de Janeiro. This is an observational study of quantitative and qualitative character, collected through the structured questionnaire of 61 patients attended in primary care, in the period of February 2021, with exclusion and inclusion criteria. Studies were analyzed through scientific databases such as: Latin American and Caribbean Literature on Health Sciences (LILACS), Virtual Health Library (VHL) and Database on Nursing (BDENF). After data analysis, a higher incidence of the use of a male bladder catheter with a minimum age of 60 to 70 years was identified, with the origin of public health units with very specific indications such as prostatic hyperplasia, chronic obstructions and other clinical conditions. The nurse is a qualified professional according to law nº7.498/1986, which provides for the Professional Practice of Nursing. The need for health education is considered a strategy in which nurses are a facilitator promoting self-care with approaches that aim at understanding and participating in patients reducing urinary infections.

KEYWORDS: Community; Urinary Catheterization; Primary Care.

RESUMEN: El sondaje vesical permanente es un procedimiento invasivo y permanente que consiste en la inserción de un catéter delgado y flexible, que atraviesa la uretra hasta la vejiga, con el objetivo de un drenaje continuo, descompresión gradual de la vejiga y favorecer su vaciado. Lo mismo debe ser realizado por un profesional calificado debido a los riesgos de hemorragia, formación de cálculos en la vejiga, construcción del canal eferente, entre otros. El número de infecciones del tracto urinario en Brasil está entre 30% y 50% adquiridas en el entorno hospitalario, lo que lo convierte en un reto para la enfermería de atención primaria. El estudio tiene como objetivo promover, a través de la educación y la promoción de la salud, el control de las infecciones del tracto urinario en pacientes con cateterismo vesical permanente, en el ámbito domiciliario, en la atención primaria en el estado de Río de Janeiro. Se trata de un estudio observacional de carácter cuantitativo y cualitativo, recogido a través de un cuestionario estructurado de 61 pacientes atendidos en atención primaria, en febrero de 2021, con criterios de exclusión e inclusión. Los estudios se analizaron a través de bases de datos científicas como: Literatura Latinoamericana y del Caribe en Ciencias de la Salud (LILACS), Biblioteca Virtual en Salud (BVS) y Base de Datos de Enfermería (BDENF). Tras analizar los datos, se identificó una mayor incidencia de uso de sonda vesical permanente en varones de entre 60 y 70 años, provenientes de unidades de salud pública, con indicaciones

muy específicas como hiperplasia prostática, obstruções crônicas y otras condiciones clínicas. La enfermera es un profesional calificado de acuerdo con la ley n07.498 / 1986, que prevé el ejercicio profesional de la enfermería. La necesidad de educación para la salud se considera una estrategia en la que el enfermero es un facilitador, promoviendo el autocuidado con enfoques que apuntan a la comprensión y participación de los pacientes, reduciendo las infecciones urinarias, con buenas prácticas de seguridad.

PALABRAS CLAVE: Comunidad; Cateterismo urinario; Atención primaria.

1 | INTRODUÇÃO

O Controle de Infecção nos pacientes portadores de cateterismo de demora, têm sido um grande desafio para assistência de enfermagem na atenção básica, dentre os desafios estão a educação e a orientação desses pacientes bem como seus cuidadores.

A infecção do trato urinário é uma doença clínica multifatorial com necessidade de acompanhamento epidemiológico, medidas educacionais e preventivas focada na redução ou controle das taxas de infecção através da sensibilização da clientela assistida (ABEGG; SILVA, 2011).

Conforme o autor, a infecção do trato urinário é causada pela invasão de micro-organismo nas vias urinárias que apresentam sintomas associados e presença de bactéria na urina e representam um grave problema de saúde pública (RIBEIRO, et al. 2011).

A infecção do trato urinário é considerada a segunda infecção relacionada à assistência à saúde mais prevalente em hospitais norte-americanos. No Brasil, a infecção do trato urinário é responsável por 30 a 50% das infecções adquiridas em hospitais gerais (Brasil, 2017). O principal fator de risco relacionado à infecção do trato urinário é a realização do cateterismo vesical de demora.

Estudos demonstram que os patógenos mais associados nas infecções no trato urinário em uso de cateterismo vesical de demora foram: enterobactérias, *P.aeruginosa* e *Enterococcus spp* (LUCCHETTI, et al. 2005).

Para Carllasso; Basso (2015), as infecções do trato urinário são classificadas pelos sintomas clínicos, resultados laboratoriais e microbiológicos e nos últimos estudos referenciaram como classificação, o nível anatômico da infecção, grau de severidade e fatores de risco concomitantes.

O cateter vesical de demora é indicado em pacientes com grave lesão medular, politraumatizados, controle do volume e débito urinário, conforto para pacientes terminais, pacientes com obstrução do trato urinário, pós-operatório de cirurgias urológicas, ortopédicas, e ginecológicas e/ou outras cirurgias.

O cateterismo vesical de demora é um procedimento invasivo no qual é inserido um cateter uretral até a bexiga, pelo enfermeiro habilitado conforme a Lei nº 7.498/1986, que dispõe sobre o Exercício Profissional da Enfermagem (COFEN, 2011).

A cateterização urinária, é um procedimento invasivo, executado diariamente pelo enfermeiro, apesar de ser considerado um procedimento simples, exige do profissional técnica, habilidade e requer conhecimento da estrutura anatômica para redução de complicações associadas na inserção e manutenção do mesmo, para tanto, necessita da assistência de enfermagem segura, baseada em evidências científicas e protocolos atualizados.

Assim, o enfermeiro que executa o procedimento de cateterização vesical de demora, é responsável por avaliar o sistema de drenagem urinária, e a identificação de sinais e sintomas de infecção do trato urinário. Tão importante quanto o conhecimento e a técnica, são a habilidade e a competência para compreender a experiência de cuidar (BRASIL,2017; COFEN, 2013).

O Controle de infecção no trato urinário nos paciente com cateterismo vesical de demora em domicílio, são predominantemente o controle das infecções recorrentes que se dá através da aderência e a realização de cuidados adequados do próprio paciente ou cuidador.

A educação em saúde é um processo baseado em princípios críticos e reflexivos nos quais auxilia a comunidade na participação ativa contribuindo para a promoção e prevenção da saúde através da vivência do próprio paciente (SILVA, et al. 2013).

Para Gabriel, et al.(2019):

O autocuidar é uma das estratégias utilizadas para habilitar o indivíduo para identificar suas necessidades e assistência, no qual regula alguns processos importantes para sua a saúde vital, promove e desenvolve a própria percepção e integralidade do organismo, fortalecendo o seu bem estar, sua prática é estimulada pelo enfermeiro da atenção básica no qual ele está integrado, aumentando a adesão ao tratamento e sendo efetivo na redução de agravos e complicações de doenças, contribuindo para a promoção de saúde.

Promoção da saúde é um dos eixos do Sistema Único de Saúde, que corrobora com o fortalecimento do ser indivíduo para intervir em seu processo saúde-doença, envolvendo uma elaboração e planejamento de política pública saudável envolvendo a comunidade para habilidades pessoais, reorientando os serviços e suas necessidades básicas (BRASIL, 2001; CHIESA, 2000).

O Estudo tem por objetivo a promoção e educação em saúde no controle da infecção urinária nos pacientes portadores de cateterismo vesical de demora.

A pesquisa realizada no Estado do Rio de Janeiro, evidenciou a necessidade de se repensar na educação e promoção da saúde desses pacientes, no que se refere ao uso de cateterismo vesical de demora no ambiente domiciliar com intuito na redução das infecções urinárias recorrentes.

2 | METODOLOGIA

Trata-se de estudo observacional de caráter quantitativo e qualitativo, com amostragem de dados coletados nos bancos de dados públicos, em uma unidade básica de saúde, no Município de São Gonçalo, no Estado do Rio de Janeiro.

A amostragem ocorreu no período de fevereiro de 2021, através de um questionário estruturado, com base nos prontuários dos pacientes portadores de cateter vesical de demora, atendidos na unidade básica de saúde.

A avaliação dos dados foi de caráter qualitativo, onde as principais variáveis encontradas para a construção do questionário foram: gênero, idade, procedência (unidade pública ou privada), indicação clínica, comorbidades associadas, antibioticoterapia, número da sonda, tempo de permanência e frequência de troca.

O referido estudo não necessita de trâmites no Comitê de Ética e Pesquisa, pois não fere a Resolução nº466/12 e Resolução 510/16 do Conselho Nacional de Saúde e Ministério da Saúde, Artigo 1 Parágrafo único do Comitês de Ética em Pesquisa e da Comissão Nacional de Ética em Pesquisa.

Os estudos foram selecionados por meio de busca eletrônica nas seguintes bases de dados: Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), Biblioteca Virtual da Saúde (BVS) e Base de Dados em Enfermagem (BDENF). Utilizou os seguintes Descritores em Ciências da Saúde (DeCS): “Comunidade”; “Cateterismo Urinário”; “Atenção Primária”.

Os critérios de inclusão para seleção dos artigos foram: textos completos, disponíveis online, publicados em 2009 a 2021, nos idiomas português e inglês. Foram excluídos os artigos que fugiram à temática propostas.

3 | RESULTADOS E DISCUSSÃO

No período de fevereiro de 2021, 61 pacientes foram atendidos na unidade básica de Saúde, no Município de São Gonçalo, no Estado do Rio de Janeiro.

No ambulatório de sonda vesical de demora, mostrou que a maior incidência do uso de cateter vesical de demora relacionado ao gênero, idade e procedência, foi em homens com um percentual de 66,6% em relação ao gênero feminino.

Estudos apontam que o gênero e a idade são fatores importantes na ocorrência de infecção do trato urinário em pacientes com idade abaixo de 65 anos, no gênero feminino, devido alterações anatômicas e funcionais relacionadas ou não a multiparidades, infecções recorrentes e menopausa, outro fator determinante está relacionado ao comprimento da uretra, sua localização por estar mais próxima da região perineal favorecendo as enterobactérias (OLIVEIRA, et al. 2010).

No gênero masculino, foi observado que a incidência de infecção do trato urinário é

menor por apresentar uretra longa e pela ação antibacteriana do líquido prostático.

Em relação ao uso do dispositivo de sistema fechado, no homem, foi observado que 63,7% apresentou alguma infecção relacionada a anormalidade urológica como hiperplasia prostática dentre outras. A figura 1 a seguir, ilustra a distribuição por gênero e idade.

Com relação a idade, apresentou-se um percentual de 43,2% com idade mínima de 60-70 anos, conforme mostra a figura 1, este percentual pode estar relacionado as alterações biológicas proveniente do processo de envelhecimento relacionado a incapacidade de manter a homeostasia quando exposto a um agente fisiológico

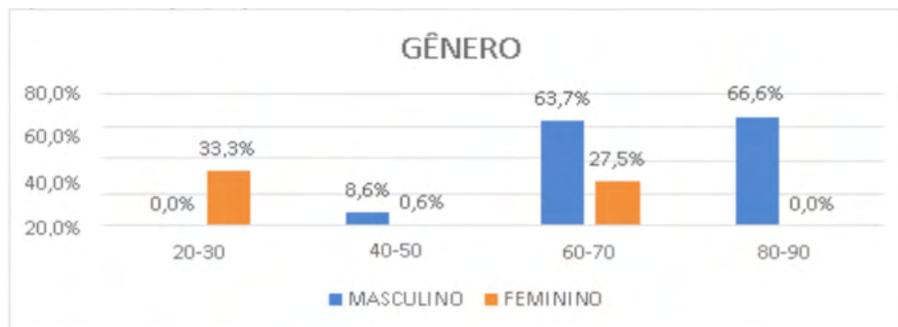


Figura 1- Distribuição por gênero, idade

Fonte: Amostragem da pesquisa na unidade de atenção básica no Município de São Gonçalo no período de fevereiro de 2021.

Em relação a figura 2, que retrata a distribuição da procedência por instituição particular ou pública, pode se observar que 43,2% dos idosos com 60-70 anos, utilizam o serviço de saúde pública com mais frequência relacionado ao uso do cateter vesical de demora, portanto neste contexto está relacionado ao fator socioeconômico da população do município de São Gonçalo, no Estado do Rio de Janeiro, pelo mesmo oferecer este serviço à população.

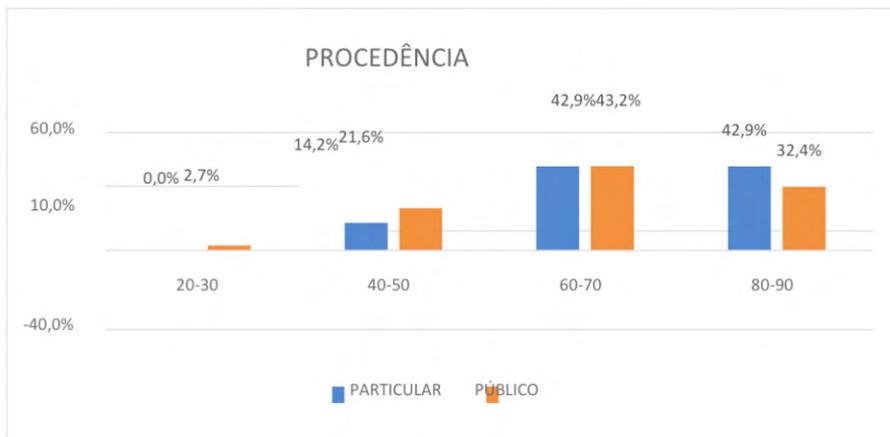


Figura 2- Distribuição da procedência por instituição particular ou pública

Fonte: Amostragem da pesquisa na unidade de atenção básica no Município de São Gonçalo no período de fevereiro de 2021.

Muitos estudos demonstram que a população idosa vem crescendo e com isto, as comorbidades também aumentam, gerando muitas internações principalmente por insuficiência renal aguda, insuficiência cardíaca e entre outras doenças. Dentre as doenças de base a Hipertensão apresentou-se em 15% dos pacientes, diabetes (14%), hiperplasia prostática (12%), Nefropatia (11%) e apresentam 2 comorbidades (8%), e em algum momento apresentaram infecção bacteriana levando ao uso de antibióticos e até mesmo internações a seguir na figura 3

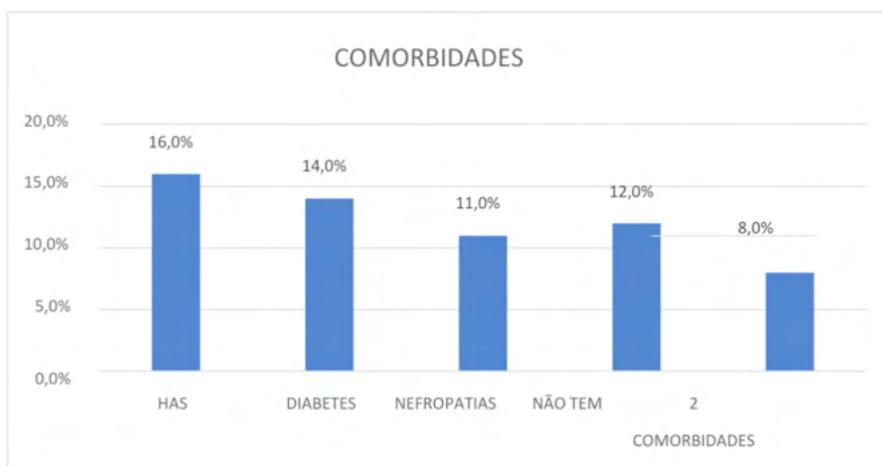


Figura 3- Distribuição dos pacientes segundo sua comorbidade

Fonte: Amostragem coletados da pesquisa na unidade de atenção básica no Município de São Gonçalo no período de fevereiro de 2021.

As uroculturas são padrão ouro, no qual foi observado em seu estudo a maior prevalência de *Escherichia Coli* com (26%), *Pseudomonas Aeruginosa* (17%), *Klebsiella Pneumoniae* (13%) e por último *Proteus Mirabilis* (10%) (FREITAS, 2010).

Um outro estudo identificou que 66,7% dos pacientes tinha indicação de uso de Ciprofloxacino, e o uso isolado (11,1%) e associado a outros antibióticos (22,2%) da Vancomicina, fato relacionado à infecções acometidas em ambiente hospitalar (OLIVEIRA, et al.2009).

Quanto ao tempo de permanência, observou-se que a predominância de troca do cateter vesical de demora foi de 30/30 dias, como retrata na tabela 1 e o mesmo deve ser monitorado de acordo com as condições clínicas.

Em casos específicos como cirurgias, recomenda-se a permanência do cateter vesical de demora por até 24horas, com objetivo de redução da infecção do trato urinário, mais estudo demonstraram não ter evidências sugestivas ou confirmadas quanto ao melhor tempo de permanência do cateter relacionada a infecção urinária (OLIVEIRA, et al. 2009).

O tempo de permanência ou frequência de troca do cateter de demora, não deve ser rotineira, portanto, não há um consenso de recomendação para troca do cateter vesical de demora, havendo alterações clínicas, incrustações ou drenagens inadequadas e episódios de infecção a troca deve ser planejada com intervalos regulares (BRASIL, 2017).

INDICAÇÕES	CISTOSTOMIA	URETRAL	FREQUÊNCIA DE TROCA
	%	%	
CA de Próstata	1	4	30/30
Hiperplasia	2	13	30/30
Infecção do Trato Urinário	1	6	30/30
Bexigoma	-	3	30/30
Hidronefrose	1	-	30/30
Estenose	-	2	30/30
Incontinência urinária	-	3	30/30
Total	5	31	

Tabela 1- Distribuição por indicação, tipo de cateterismo e frequência de troca

Fonte: Amostragem da pesquisa na unidade de atenção básica no Município de São Gonçalo no período de fevereiro de 2021.

A cistostomia é uma incisão cirúrgica, realizada uma derivação vesical supra púbica, no qual se cria um trajeto alternativo na bexiga para o esvaziamento da urina, sua indicação são pacientes que apresentam estenose de uretra, trauma uretral e obstrução do colo vesical. Já a sua contra indicação são para pacientes que apresentam tumores malignos

de bexiga (COLOGNA, 2021).

As Nefrostomias, correm o risco de contraírem a infecção do trato urinário de forma complicada, levando a colonização por bactérias, as manifestações clínicas incluem dor suprapúbica, febre e leucocitose (MAGALHÃES, et al. 2014).

A Inserção do cateterismo vesical de demora, deve ser de acordo com a indicação clínica de forma criteriosa, principalmente em cirurgias addominais e pélvicas, utilizando anestésias epidurais, com indicação específica para restabelecimento das funções fisiológicas de eliminações urinárias como prevenir complicaçõe como retenções urinárias (LOEB, et al. 2008).

Estudos que o cateterismo vesical de demora é amplamente utilizado em várias situações clínicas, mesmo apresentando complicações no decorrer do uso (ERCOLI, et al. 2012; CARLASSO; BASSO, 2015).

Os traumas ocasionados pela inserção do cateter urinário muitas vezes resultando em lesões e falsos trajetos, que podem ou não ser acompanhados de uretrorragias e infecções do trato urinário; provocam manifestação dolorosa, oriunda do atrito do cateter mal lubrificado contra a mucosa uretral e/ou das manobras agressivas originárias da força aplicada na sua inserção. São comuns em pacientes do sexo masculino e atualmente podem ser consideradas as principais causas notificadas de estenose uretral (RIBEIRO, et al. 2011).

A inserção do cateter vesical de demora é competência do enfermeiro, que deve estar habilitado e capacitado com conhecimento da anatomia para identifica resistência na passagem do dispositivo na uretra, interromper o procedimento e garantir o encaminhamento ao médico, quando necessário⁽⁴⁾. Suas principais indicações são para pacientes com obstrução crônica, disfunção vesical (bexiga neurogênica), hiperplasias prostáticas com uma taxa de 15% conforme a tabela 1, drenagem vesical após cirurgias urológicas, ginecológicas que restrinjam o paciente em pós operatório, medida da diurese, conforto para pacientes com incontinência urinária.

Alguns fatores que levam ao surgimento de infecções do trato urinário são:técnica imprópria da lavagem das mãos; inserção do cateter urinário sem a execução da técnica e assepsia correta; cateter vesical desconectado do coletor urinário de sistema fechado, o coletor de urina tocando a superfície contaminada; refluxos urinários retornando para a bexiga; indicação do indevida uso do caterter vesical de demora (VIEIRA, 2009).

A enfermeira da atenção básica, têm um papel fundamental no controle da infecções na atuação da colocação ou manutenção do dispositivo, afirmando que a adoção de boas práticas de segurança pautadas em protocolos assistenciais reduzem significativamente esses danos.

Conforme Vieira (2009), uma única ação não é suficiente para prevenção de infecção do trato urinário, é preciso avaliar e monitorar o cuidado e a educação em saúde para o profissional, equipe multidisciplinar e o paciente/cuidador ,para minimizar os risco

de infecção.

Para tanto, o enfermeiro atua como educador em saúde, compreendendo qual a melhor abordagem educativa a ser aplicada, para que as informações prestadas ao paciente/cuidador, sejam apreendidas de forma clara e objetiva que possam ser sanadas os possíveis questionamentos, utilizando material de apoio como cartilhas.

Chiesa et al. (2009), conceitua a educação em saúde, como ações educativas em saúde desenvolvidas para promover a autonomia do sujeito com intuito da promoção da saúde, estimulando o indivíduo a assumir o controle da sua vida assumindo suas próprias escolhas.

A educação do paciente em uso do cateter vesical de demora é uma estratégia que potencializa o autocuidado favorecendo para promoção da qualidade de vida.

No entanto, o enfermeiro atua na educação, promoção e prevenção das complicações e principalmente na redução das infecção do trato urinário, instruindo ao paciente quanto a higienização íntima com água e sabão, fixação da bolsa coletora abaixo da cintura próximo do joelho, aumento da ingesta hídrica, uso da medicação conforme prescrição médica e os horários.

Para Buss, (2009) a promoção da saúde consiste em um conjunto de estratégias e maneiras, para estimular a qualidade de vida do indivíduo e do coletivo, visando atender suas necessidades básicas e sociais.

Neste contexto, a promoção da saúde através da educação e orientação aos cuidados com a sonda, com sua bolsa coletora de sistema fechado e a higienização adequada, são estratégias que minimizam as reinfecções recorrentes.

4 | CONCLUSÃO

Este estudo mostrou que a dinâmica interativa entre a equipe multidisciplinar na atenção básica e seus pacientes favorece a promoção, prevenção e controle das infecções do trato urinário no uso de cateter de demora, contribuindo na redução de sua incidência e prevalência. Foi possível perceber que a população idosa cresceu muito nos últimos 20 anos e tornou-se um problema de saúde pública, invertendo a pirâmide demográfica, diminuindo o número de nascidos vivos e aumentando drasticamente a população idosa, uma vez que esta população é mais vulnerável devido aos fatores determinantes e condicionantes, tais como: estilo de vida, condições sócio econômicas, e principalmente no que tange ao autocuidado. O abandono destes pacientes por suas famílias acarreta precariedade no cuidado.

Com o objetivo de minimizar os riscos de infecção urinária, o sistema fechado de cateter urinário para drenagem de urina, reduz o retorno da diurese evitando o aumento expressivo da proliferação de microrganismo oportunista, manter a bolsa coletora em nível abaixo da inserção do cateter evitando desta forma o refluxo intravesical de urina, no

momento existe bolsas que são acopladas ao corpo facilitando a movimentação e evitando que o paciente traumatize o canal uretral por descuido, a higienização das mãos com água e sabão, antes e depois da manipulação da sonda e do coletor de urina e adoção de prática de segurança, além de estimular a higienização promove hábitos melhores.

Assim, devem ser implantadas protocolos e políticas que conduzam a retirada precoce do cateter, a adequada avaliação da indicação da inserção do mesmo, evitando complicações desnecessárias ao paciente. Analisa-se, a incidência de infecção por fatores sazonais, provenientes dos locais de assistência e nas consultas ambulatoriais.

O enfermeiro na atenção básica, historicamente é responsável pela execução de inúmeros procedimentos técnicos voltados para promoção, prevenção e reabilitação para o indivíduo com problemas clínicos agudos e crônicos, com alterações expressivas nas disfunções urinárias que necessitam do cateterismo urinário.

O Enfermeiro é o profissional extremamente hábil para promoção do autocuidado em pacientes com suas debilidades, conduzindo através da educação com informações que estimulam o autocuidado, a promoção de saúde e reabilitando este paciente para o convívio social.

Pode-se observar que a interação paciente-profissional, favorece a promoção, ao estímulo ao autocuidado, prevenção e redução das infecções relacionadas ao cateterismo vesical de demora, contribuindo com a redução de gastos com o tratamento das infecções.

REFERÊNCIAS

ABEGG, P.T.G.M, SILVA, L.L. **Controle de infecção hospitalar em unidade de terapia intensiva: estudo retrospectivo**. Semina: Ciências Biológicas e da Saúde, Londrina, 2011; v. 32, n. 1, p. 47-58, jan./jun.

BRASIL. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Medidas de prevenção de infecção relacionada à assistência à saúde**. Brasília: Anvisa; 2017. Disponível em: <<http://www20.anvisa.gov.br/segurancadopaciente/images/documentos/livros/Livro4- MedidasPrevencaoIRASaude.pdf>>

BRASIL. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Políticas de Saúde. **Projeto Promoção da Saúde. Promoção da Saúde: Declaração de Alma-Ata, Carta de Otawa, Declaração de Adelaide, Declaração de Sundsvall, Declaração de Santafé e Bogotá, Declaração de Jacarta, Rede de Mega países, Declaração do México**. Brasília; 2001.

BUSS, P.M; CARVALHO, A. L. **Desenvolvimento da promoção da saúde do Brasil nos últimos vinte anos** (1988-2008). Cien Saúde Colet 2009; 14(6);2305-2316.

CARLASSO, A; BASSO, C. A. **A importância dos cuidados de Enfermagem na prevenção da infecção do trato urinário relacionada ao cateter**. 2015. 32 f. Trabalho de Conclusão de Curso (Especialização em Gestão em Saúde e Controle de Infecção). Faculdade Método de São Paulo Programa. São Paulo, 2015.

CHIESA, A. M. **A promoção da saúde como eixo estruturante do Programa de Saúde da Família**. In: **Tema do 1º Seminário Estadual “O Enfermeiro no Programa de Saúde da Família”**; 2000 nov. 9-15; São Paulo, SP. São Paulo: Secretaria de Estado da Saúde; 2000. p. 1-7.

COLOGNA, A.J. **Cistostomia**. Medicina (Ribeirão Preto) [Internet]. Acessado em 18 de março de 2021 [citado 15 de março de 2021];44(1):57-62. Disponível em: <https://www.revistas.usp.br/rmmp/article/view/47336>.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. **Parecer Normativo para Atuação da Equipe de Enfermagem em Sondagem Vesical, anexo II, de 11 dezembro de 2013**. Estabelece diretriz para atuação da equipe de enfermagem em sondagem vesical visando à efetiva segurança do paciente submetido ao procedimento.

ERCOLE, F. F, et al. **Revisão Integrativa: evidências na prática do cateterismo urinário intermitente/demora**. Revista Latino Americana de Enfermagem, Ribeirão Preto, v. 21, n. 1, jan./fev. 2013. Disponível em: Acesso em: http://www.scielo.br/pdf/riae/pt_v21n1a23 Acesso em 10 fevereiro. 2021.

FREITAS, E. R. F.S. **Perfil e gravidade dos pacientes das unidades de terapia intensiva: aplicação prospectiva do escore APACHE II**. Rev. Latino-AmEnferm. 2010; 18(3):20-6.

GABRIEL, F. S; KAROLINNY, D. P. O; SANDRA, M. D.Q.S. **Educação em saúde como estratégia para a adesão ao autocuidado e às práticas de saúde em uma unidade de saúde da família**. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.11606/issn.1679-9836.v98i1p30-39> Rev. Med. (São Paulo). 2019 jan.- fev.;98(1):30>

LOEB, M; HUNT, D; O'HALLORAN, K; CARUSONE, S. C; DAFOE, N; WALTER, S. D. **Stop orders to reduce inappropriate urinary catheterization in hospitalized patients: a randomized controlled trial**. J Gen Intern Med. 2008; 23 (6):816-20. Epub 2008 Apr 18.

LUCCHETTI, G; SILVA, A. J; UEDA, S. M.Y; PEREZ, M.C.D; MIMICA, L. M. J. **Infecções do trato urinário: análise da frequência e do perfil de sensibilidade dos agentes causadores de infecção do trato urinário em pacientes com cateterização vesical crônica**. J Bras. Patol. Med. lab. 2005; 41 (6):383-9.

MAGALHÃES, S.R.et al. **Evidências para a prevenção de infecção no cateterismo vesical: Revisão Integrativa**. Rev.Enferm.UFPE on line, Recife, v8, n.4, p. 1057-1063, abr. 2014. Disponível em: <<https://periodicos.ufpe.br/revistas/revioistaenfermagem/article/viewFile/9778/9921>. Acesso em mar, 2021.

OLIVEIRA, A. C; KKOVNER, C.T; SILVA, R.S. **Infecção hospitalar em unidade de tratamento intensivo de um hospital universitário brasileiro**. Rev. Latino- Am. Enfermagem.2010; 18 (2): 98-104.

OLIVEIRA, A.C; CLEMENTE, W.T, LUCAS, T.C; MARTINHO, G.H. **Infecções hospitalares e resistência microbiana em unidade de cuidados intensivos de um hospital universitário**. Rev. Enferm. UERJ. 2009;17(1):96-101.

RIBEIRO, R. G. et al. **Infecção Hospitalar do trato urinário relacionada ao cateterismo vesical de demora**. Revista Científica ACS, Governador Valadares, 2011, v. 13, n. 14.

SILVA, A. L. Q. C, Araújo LS, Silva ZSSB, Mercês PL. **Práticas educativas mais utilizadas pelos enfermeiros na atenção básica: uma revisão bibliográfica**. Revista Científica do IT AC 2013;6(4):1-5.

VIEIRA, F. A. **Ações de enfermagem para prevenção de infecção do trato urinário relacionada ao cateter vesical de demora**. Einstein.2009; 7(3Pt 1):372-5.

CAPÍTULO 14

PERCEPÇÃO DO ENFERMEIRO AO PACIENTE IDOSO INTERNADO EM UNIDADE COVID, A USABILIDADE COM A TECNOLOGIA MÓVEL DE COMUNICAÇÃO

Data de aceite: 01/03/2022

Data de submissão: 03/01/2022

Ana Maria Rodrigues Moreira

Enfermeira assistencial na unidade Covid
– Universidade Federal de São Paulo –
Departamento de Oftalmologia e Ciências
Visuais
São Paulo – SP
<http://lattes.cnpq.br/6054374627177111>

Bruna Letícia de Almeida Batista

Escola de Enfermagem Da Universidade
Federal de São Paulo.
São Paulo – SP
<http://lattes.cnpq.br/5943260517574314>

Vagner Rogério dos Santos

Docente Adjunto do Departamento de
Oftalmologia e Ciências Visuais da
Universidade Federal de São Paulo.
São Paulo – SP
<http://lattes.cnpq.br/0921491281575273>

RESUMO: Este trabalho relata a experiência de uma enfermeira na assistência ao paciente idoso acometidos pelo COVID-19 e desacompanhado, ajudando-o no uso de tecnologia (celulares) atendendo à necessidade de cuidados frente a pandemia, com medidas de isolamento social e respiratório. O trabalho foi desenvolvido num hospital de grande porte e São Paulo e minimizou as angústias e solidão causadas pela falta da convivência com os familiares.

PALAVRAS-CHAVE: Idoso, tecnologias,

letramento digital.

NURSES' PERCEPTION OF ELDERLY PATIENTS ADMITTED TO A COVID UNIT, USABILITY WITH MOBILE COMMUNICATION TECHNOLOGY

ABSTRACT: This paper reports the experience of a nurse in assisting elderly patients affected by COVID-19 and unaccompanied, helping them in the use of technology (cell phones) meeting the need for care in the face of the pandemic, with measures of social and respiratory isolation. The work was carried out in a large hospital in São Paulo and minimized the anguish and loneliness caused by the lack of contact with family members.
KEYWORDS: Elderly, technologies, digital literacy.

Os primeiros casos em São Paulo, nos trouxe a necessidade de nos prepararmos para o enfrentamento da pandemia de COVID-19 em fevereiro de 2020.

A doença trouxe o medo e o distanciamento entre as pessoas, famílias separadas pelo medo. Idosos que no primeiro momento foram tidos como o grupo mais suscetível a gravidade do COVID 19, separados de sua família, trazendo à tona uma questão de vai além da diferença de idade, de ideias e costumes, que é o **letramento de digital** ou em muitos casos o **analfabetismo digital**, muito se leu como a internet aproximou distâncias e amenizou a saudade, mas para este grupo de

peças, existia barreiras ainda maiores a serem vencidas, como lidar com a tecnologia, para alguns uma simples ligação de voz, era um desafio a procurar na agenda do smartphone o nome do ente para fazer a ligação.

Os meios de comunicação constituem não somente um assunto de interesse público, mas consistem numa parcela intrínseca da base de apoio onde o futuro será fundado: são universalmente reconhecidos como uma das áreas chaves da civilização. O estudo da comunicação eletrônica, em particular, tem criado várias expressões para definir o estado atual e as tendências de nossa sociedade. Expressões como sociedade da informação, economia do conhecimento, nova economia, economia da rede, e-Market, entre outras, são locuções cunhadas para designar e refletir, em retórica linguística, o estado atual de nossa sociedade. ¹

A Tecnologia é um elemento que já integra de forma definitiva, indispensável nosso cotidiano, nas mais diferentes formas, integrando nosso dia a dia.

A internet já faz parte de todos os campos profissionais, do agricultor ao físico nuclear. Ela é um meio, uma mídia, um canal.²

Como seria então para idosos que estavam internados, isolados em unidades de internação de COVID 19, que determinam regras rígidas de isolamento, sozinhos e à mercê de suas dificuldades para usar seu aparelho celular para se comunicar com a família, que por tantos motivos talvez nunca tenha feito uma simples ligação, pois quase sempre teve alguém para auxiliá-lo.

A democratização no uso de novas tecnologias se confirma ao se analisar os dados apresentados, em 2011, pela Pesquisa Nacional por Amostra em Domicílio (PNAD), liberada pelo Instituto Brasileiro de Tecnologia e Estatística (IBGE), sobre o uso das tecnologias móveis e o acesso à internet. O resultado da pesquisa mostrou que, de 2005 a 2011, o contingente de pessoas que tinham aparelho celular cresceu 107,2%, enquanto a números de habitantes na mesma faixa teve o crescimento de 9,7%. Isso significa que 115,4 milhões de brasileiros, com mais de 10 anos, possuem aparelhos de telefonia móvel, sendo em quase 70% são mulheres, no referente à geração, o início de utilização do aparelho, já se torna presente na infância. Ainda segundo a pesquisa do PNAD, o número de pessoas que utilizam os aparelhos de telefonia móvel aumenta conforme a idade, escolaridade e renda domiciliar per capita. Em se tratando de renda per capita, o acesso à internet vem aumentando em todos os níveis sociais, inclusive de baixa renda. O mundo necessita de meios alternativos de comunicação, os quais, por sua vez, necessitam de credibilidade. Só assim se alcançará o estágio de uma globalização inclusiva e equitativa. A expressão “meios alternativos” se refere à diversidade de veículos novos disponíveis, aos blogueiros e usuários munidos de filmadoras digitais e celulares com câmeras reconhecidas como uma força em crescimento. ⁴

Segundo os dados publicados pela Internet World Starts, a penetração na Internet é muito diferente dependendo do território que você considera. Na África, essa penetração

é de 43%, enquanto na América do Norte é de 89,9%, na Europa 87,1% e na América Latina e Caribe é de 72,4%. A **divisão digital** é a desigualdade no acesso às tecnologias de Internet e TIC (Tecnologias da Informação e Comunicação) no mundo. Falamos que estamos hoje vivemos em um mundo conectado, mas a realidade é que a digitalização e o acesso às TIC são muito irregulares globalmente. ⁴

Mesmo assim com grande temor pela sua recuperação, tendo que enfrentar mais um desafio, junto a estes pacientes fragilizados, existia a equipe multidisciplinar de saúde, cuidando e dando suporte não só as questões físicas, mas as emocionais.⁵

Gil (2015) descreve a **ampliação de competências de conhecimentos dos idosos**, como sua participação poderá ser de forma crítica e reflexiva e, como consequência, atender suas necessidades e interesses. O ensino para esses indivíduos deve se atentar às reais necessidades porque a motivação é crescente sempre que se aprende algo que tenha um significado prático, com a criação de condições para melhores níveis de bem-estar. Neste contexto o autor afirma que a educação ao longo da vida ao incluir os cidadãos mais idosos irá permitir um adequado acesso a esta rede de informação e do conhecimento, proporcionar a eles após esse processo de construção de novos conhecimento serem nomeados como **Imigrantes Digitais** que são os que aprenderam a usar a tecnologia, mas esse caminho de construção do conhecimento claramente será longo, a convivência com os **nativos digitais**, que é a geração de indivíduos que convivem a tecnologia desde que nasceram, com os idosos que nasceram num período em que a tecnologia eram praticamente inexistentes, mas que hoje as utilizam um novo ambiente e circunstância muito diferente daquele que esteve na base da sua educação e desenvolvimento. Mas já se sabe que apenas uma pequena parte da população idosa irá fazer essa adaptação de conhecimento.

O letramento digital é o desenvolvimento da capacidade de usar e compreender informações de vários formatos e fontes, incluindo a apoderamento da nova tecnologia e a prática de leitura e escrita em tela, já a **fluência digital** que é a capacidade de avaliar, selecionar e compreender e expressar-se, de acordo com as preferências pessoais, com a capacidade de produzir e criar conhecimentos.⁵

Nas pesquisas a respeito do envelhecimento, é consenso a ideia de que pessoas mais velhas tenham grande dificuldade no uso de dispositivos tecnológicos, como o smartphone, o que pode levar à exclusão digital. Isso pode acontecer devido ao fato de que, no decorrer dos anos de vida, o indivíduo pode não ter passado por experiências com o uso das **TIC (Tecnologias da Informação e Comunicação)**. ⁴

OBJETIVO

Relatar a experiência de uma enfermeira na assistência ao paciente idoso acometidos pelo COVID-19, desacompanhado e ajudá-lo ao uso de tecnologia móvel de comunicação

(celulares) atendendo à necessidade de cuidados frente a pandemia, com medidas de isolamento social e respiratório.

MÉTODO

Relato de experiência ocorrida em um hospital privado de grande porte em São Paulo, no auxílio no uso de tecnologia móvel de comunicação em unidade de COVID 19.

RELATO

Buscou-se garantir que o paciente receba orientações padronizadas de acordo com protocolos, manuais, planos terapêuticos e regulamentos de boas práticas assistenciais vigentes na instituição, com isso os pacientes permaneciam desacompanhados nas unidades de isolamento durante o período de internação.

Durante a recuperação dos pacientes nas unidades, percebeu-se a importância para o paciente em conversar e informar as melhoras diárias com seus familiares em suas residências e estender à suas famílias as relações de atividades diárias na unidade. A ajuda no uso de celulares foi de forma simples e didática, demonstrando ações e validando a compreensão relativas à tarefa. Estas novas questões que causam imensa angústia nos pacientes idosos, tinham que ser trabalhados pela equipe para buscar diminuir a frustração relatadas por eles e não ter domínio do uso dos aparelhos e depender de ajuda da equipe para usar os celulares.

Buscar gerar segurança, assim esta nova demanda permitiu uma assistência focada nas necessidades dos pacientes, novamente colocando a equipe de enfermagem como protagonista no combate a COVID-19, pois podemos e devemos não apenas tratar a doença, temos de cuidar do indivíduo como um todo, de forma holística e acima de tudo ter empatia, somado ao conjunto de políticas institucionais.

Orientações diárias durante a assistência devem ser compartilhadas pois estamos frente ao desconhecido, cuidando das famílias, capacitando o paciente a se tornar um agente multiplicador de informações de segurança nos cuidados.

CONCLUSÃO

Esta experiência foi uma descoberta junto ao novo, onde a empatia foi somado ao conjunto de políticas institucionais para garantir a qualidade e segurança do paciente no processo de hospitalização e cuidados, determinando medidas de educação e orientação ao paciente idoso desacompanhado, de forma a minimizar as angústias e solidão causadas pela falta da convivência com os familiares até a alta hospitalar, otimizar o encorajamento dos pacientes frente ao isolamento, buscando o apoio da família frente a recuperação para alta hospitalar.

REFERÊNCIAS

1-Bavasso, Antonio, Europe Monographs: Communications in Antitrust Law, Market Power and Public Interest. London: Kluwer Law Internacionak,2003.

2-Póvoa, Marcello. Anatomia da Internet: Investigações estratégicas sobre o universo digital. RJ: Ed. Casa da Palavra, 2000.Dados disponível no site do IBGE: <http://migre.me/oCxuG>.

3-IBGE – INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. Características étnico-raciais da população: classificações e identidades. Rio de Janeiro: IBGE, 2015. Disponível em: <https://tinyurl.com/yx9re6wc>. Acesso em: 29 mar. 2021.

4 -Páscoa, G. M. G., & Gil, H. M. P. T. (2017, julho-setembro). Envelhecimento e competências digitais: um estudo em populações 50+. Revista Kairós — Gerontologia, 20(3), pp. 31-56. ISSN 2176-901X. São Paulo (SP), Brasil: FACHS/NEPE/PEPGG/PUC-SP

5 -Flauzino, Karina de Lima et al. Letramento Digital para Idosos: percepções sobre o ensino-aprendizagem. Educação & Realidade [online]. 2020, v. 45, n. 4 [Acessado 21 junho 2021], e104913. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/2175-6236104913>>. Pub. 02 Dez 2020. ISSN 2175-6236. <https://doi.org/10.1590/2175-6236104913>.

PREVALÊNCIA DA EXPERIMENTAÇÃO DE NARGUILÉ EM UMA AMOSTRA DE ESTUDANTES DE MEDICINA E ENFERMAGEM

Data de aceite: 01/03/2022

Beatriz Consorte de Queiroz

Graduação em Enfermagem pela Faculdade de Ciências Médicas e de Saúde da PUC- SP

Gabrielle Matakas Shiguihara

Graduação em Medicina pela Faculdade de Ciências Médicas e de Saúde da PUC- SP

Inês Maria Crespo Gutierrez Pardo de Alexandre

Doutorado em Pediatria pela UNICAMP-SP. Professora do Departamento de Reprodução Humana e Infância da Faculdade de Ciências Médicas e de Saúde da PUC- SP

RESUMO: INTRODUÇÃO: O consumo de narguilé está aumentando entre os adolescentes nos últimos anos, tornando-se uma preocupação a nível mundial. O objetivo desse trabalho foi avaliar a prevalência do uso do narguilé e nível de conhecimento em uma amostra de estudantes de medicina e enfermagem. **MÉTODOS:** Estudo transversal através da aplicação de um questionário com doze itens previamente testado para 36 alunos regulares de enfermagem e 85 alunos de medicina, comparando o número de usuários entre o primeiro e último ano de cada curso. O projeto foi submetido ao comitê de ética local (CAAE: 92380418.9.0000.5373). Os dados estatísticos foram calculados pelo programa SPSS. Valores de $p < 0,05$ foram considerados estatisticamente significativos. **RESULTADOS:** A idade média dos estudantes de medicina do primeiro ano foi $20,52 \pm 1,19$ anos e do último

ano $25,88 \pm 2,67$, sem diferença entre os sexos ($p=0,24$). A idade média dos estudantes do primeiro ano de enfermagem foi $20,72 \pm 4,30$ anos e do último ano deste curso foi $22,72 \pm 2,80$, sem diferença entre os sexos ($p=0,51$). As prevalências referentes ao consumo de narguilé no primeiro e último ano do curso de medicina respectivamente foram de 60,6% e 65,4%. As prevalências referentes ao consumo de narguilé no primeiro e último ano do curso de enfermagem respectivamente foram de 11,1% e 66,7%. Com relação ao consumo de cigarro comum, as prevalências no primeiro e último ano de enfermagem foram respectivamente 0% e 38,9%. Houve diferença estatística entre o primeiro e último ano do curso de enfermagem tanto no consumo de cigarro comum ($p=0,001$) quanto de narguilé ($p=0,002$). Não houve diferença estatística entre o primeiro e último ano do curso de medicina no consumo de narguilé ($p=0,41$). Entre os alunos avaliados, a crença errônea de que fumar charutos e cachimbos seria menos prejudicial porque o tabaco envolvido tem uma menor concentração de aditivos foi declarada por 21,18% dos entrevistados. **CONCLUSÃO:** Seis em cada dez estudantes de medicina relataram consumo de narguilé tanto no primeiro quanto no último ano do curso. Houve também aumento significativo no consumo de narguilé e cigarro comum no último ano do curso de enfermagem. É preciso estimular campanhas educativas em nível do ensino médio e universitário sobre os malefícios do uso do tabaco em geral mas principalmente do uso de narguilé já que uma tragada do mesmo pode equivaler a um cigarro inteiro comum.

PALAVRAS-CHAVE: Narguilé; estudantes; prevalência.

ABSTRACT: INTRODUCTION: The consumption of hookah is increasing among teenagers in recent years, becoming a worldwide concern. The aim of this study was to evaluate the prevalence of hookah use and knowledge level in a sample of medicine and nursing students.

METHODS: Cross-sectional study through the application of a questionnaire with twelve items previously tested for 36 regular nursing students and 85 medical students, comparing the number of users between the first and last year of each course. The project was submitted to the local ethics committee (CAAE: 92380418.9.0000.5373). Statistical data were calculated by the SPSS program. Values of $p < 0.05$ were considered statistically significant.

RESULTS: The mean age of first-year medical students was 20.52 ± 1.19 years and 25.88 ± 2.67 for the last year, with no difference between genders ($p=0.24$). The average age of students in the first year of nursing was 20.72 ± 4.30 years and in the last year of this course was 22.72 ± 2.80 , with no difference between genders ($p=0.51$). The prevalence of waterpipe consumption in the first and last year of medical school, respectively, was 60.6% and 65.4%. The prevalence of hookah consumption in the first and last year of the nursing course was 11.1% and 66.7%, respectively. Regarding the consumption of common cigarettes, the prevalence in the first and last year of nursing were respectively 0% and 38.9%. There was a statistical difference between the first and last year of the nursing course in both the consumption of common cigarettes ($p=0.001$) and waterpipe ($p=0.002$). There was no statistical difference between the first and last year of medical school in waterpipe consumption ($p=0.41$). Among the evaluated students, the mistaken belief that smoking cigars and pipes would be less harmful because the tobacco involved has a lower concentration of additives was declared by 21.18% of the interviewees.

CONCLUSION: Six out of ten medical students reported waterpipe consumption both in the first and last year of the course. There was also a significant increase in the consumption of hookah and regular cigarettes in the last year of the nursing course. It is necessary to encourage educational campaigns at the high school and university level about the harmful effects of tobacco use in general, but especially of the use of hookah, since a drag on the same can be equivalent to an ordinary cigarette.

KEYWORDS: Hookah; students; prevalence.

INTRODUÇÃO

O narguilé, também conhecido por hookah, cachimbo d'água, shisha, entre outros, não tem sua origem muito bem esclarecida, entretanto é sabido que era uma prática muito comum entre populações da Ásia, África e Oriente Médio, e que o modelo mais parecido com o que é usado hoje (corpo, vaso para tabaco e carvão, vaso para água, uma ou mais mangueiras e um ou mais bocais) foi criado na Índia pelo médico Hakim Abdul Fath, entre meados do século XVI e início do século XVII. Nessa mesma época já se acreditava que inalar a fumaça filtrada na água era menos prejudicial à saúde pois diluía a concentração de tabaco, conceito errôneo que se mantém até os dias de hoje. (1) Contrário a essa crença popular, o narguilé não é menos nocivo que o cigarro, inclusive, pode ser muito pior visto que, fora a nicotina, o usuário inala substâncias liberadas pela combustão do carvão e do

alumínio. Além disso, uma tragada com o narguilé pode equivaler a um cigarro inteiro devido à diferença de volume inalada por vez entre eles, 1000 mL e 30-50mL, respectivamente, e deve ser levado em consideração que a razão entre o monóxido de carbono (CO) e a nicotina é mais que o triplo para o primeiro (50:1) se comparado ao segundo (16:1). Pode também transmitir doenças infecciosas em uso coletivo sem esterilização da piteira. Apesar de tantos malefícios, por causa da fumaça fria, da menor irritação das mucosas e dos diversos sabores que podem ser adicionados, passa uma falsa impressão de que o narguilé é inofensivo e mais agradável de ser usado, além da grande quantidade de propagandas contra o cigarro, que fez com que muitas pessoas migrassem para essa nova prática. (2)

A variação da prevalência do uso do objeto de estudo é escassa quando datada antes da década de 90, porém pode ser percebido um aumento no consumo por uma população cada vez mais jovem desde então. O motivo pela maior adoção dessa prática não é completamente esclarecido, contudo, alguns fatores principais podem ser enumerados: a introdução do maaseel (tabaco aromatizado) no mercado que, como já foi falado acima, torna a experiência mais agradável, principalmente para jovens, e, devido à maleabilidade desse tipo de tabaco, facilita a preparação (3); o peso social que ela carrega, visto que é uma prática muito comum após o fim do Ramadã, especialmente entre adolescentes e jovens adultos, e que foi disseminada através da televisão e internet para o Ocidente como uma maneira de se reunir com amigos e familiares, fazendo com que seja muito comum encontrar cafés e bares que oferecem narguilés para público hoje em dia (4); por último, diferentemente do cigarro, pode ser apontada a falta de políticas públicas específica contra essa prática. (1)

Ainda sobre o maior consumo por parte de uma população mais nova, os usuários são cada vez mais jovens, envolvendo universitários e estudantes do ensino médio. Neste caso, é possível perceber a maior prevalência de adolescentes fumantes estadunidenses pelo aumento de 4,1% de usuários em 2011 para 7,2% em 2015 (5,6,7) e, em uma escola da Carolina do Norte, observou-se incidência de 69% de novos usuários entre 2011 e 2013. Naquele caso, apesar de os principais consumidores do narguilé serem homens brancos, de classe média-alta, vivendo em zona urbana (8), percebeu-se que mais universitárias estão consumindo o produto em questão, e, de acordo com o Miriam Hospital's Center for Behavioral and Preventive Medicine, elas representam quase um quarto das discentes entrevistadas (9). Além disso, entre estudantes de medicina de ambos os sexos, há uma prevalência relevante de usuários. Em países como Inglaterra, Canadá e África do Sul a prevalência de experimentação do narguilé gira em torno de 40 e 50% dentre os alunos de faculdades de ciências médicas.

No Brasil foram feitas pesquisas sobre esse mesmo assunto e foi constatado que, na Universidade Regional de Blumenau, numa amostra de 253 acadêmicos, 16% do total se considerava fumante de narguilé, porcentagem maior que a de usuários de cigarro (11%). (10) Já na USP, foi aplicado um questionário para alunos do terceiro e sexto

ano do curso de medicina, e os resultados giraram em torno de 47% de discentes que já haviam experimentado esse produto, valor semelhante ao dos países citados acima. (11) Outro estudo brasileiro aponta o narguilé como destaque entre outros produtos de tabaco utilizados por estudantes de 13 a 15 anos. (12)

Frente a estes dados preocupantes há um empenho a nível mundial em levantamento maior de dados sobre o consumo de outros produtos de tabaco, bem como a instituição de políticas públicas internacionais sobre o tema. (13)

O objetivo deste estudo foi analisar a prevalência de experimentação e uso de narguilé entre estudantes de medicina e enfermagem, além de avaliar fatores associados ao uso de narguilé entre os estudantes de medicina e enfermagem.

METODOLOGIA

Estudo observacional, transversal analítico de abordagem quantitativa, com universitários de uma instituição de ensino superior em Sorocaba, São Paulo, Brasil. Para coleta de dados utilizou-se um formulário de entrevista estruturada previamente testado. O questionário foi composto por perguntas provenientes de Global Health Professions Student Survey e de módulos adicionais. (11) O critério de inclusão adotado foi a idade (estudante com idade igual ou superior de 18 anos) e estar em atividade na universidade no dia da coleta.

A participação na pesquisa foi condicionada a partir da assinatura de um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, conforme orientação da Resolução 196/96 referente a pesquisas envolvendo seres humanos. Foram entrevistados no total 121 participantes, destes, 36 alunos de enfermagem e 85 alunos de medicina, do primeiro e último período de cada curso.

O uso de narguilé e de outras formas de consumo de tabaco foi definido como ter dado ao menos algumas tragadas em algum momento na vida. Os estudantes que haviam fumado 100 ou mais cigarros em sua vida e que ainda fumavam foram classificados como fumantes de cigarro.

O trabalho foi submetido à aprovação do Comitê de Ética da FCMS – PUCSP, conforme as normas éticas em pesquisa médica (CAAE: 92380418.9.0000.5373).

A análise estatística foi realizada pelo programa SPSS, sendo calculadas as médias e desvios padrões dos dados quantitativos, os dados qualitativos foram avaliados pelo teste qui quadrado. Valores de $p < 0,05$ foram considerados estatisticamente significativos

RESULTADOS

A idade média dos estudantes de medicina do primeiro ano foi $20,52 \pm 1,19$ anos e do último ano $25,88 \pm 2,67$, sem diferença entre os sexos ($p=0,24$). A idade média dos estudantes do primeiro ano de enfermagem foi $20,72 \pm 4,30$ anos e do último ano

deste curso foi $22,72 \pm 2,80$, sem diferença entre os sexos ($p=0,51$). Foram avaliados 36 questionários, preenchidos pelos estudantes de enfermagem do primeiro e último ano e 85 questionários preenchidos pelos estudantes de medicina do primeiro e último período.

As prevalências referentes ao consumo de narguilé no primeiro e último ano do curso de medicina respectivamente foram de 60,6% e 65,4%. As prevalências referentes ao consumo de narguilé no primeiro e último ano do curso de enfermagem respectivamente foram de 11,1% e 66,7%. Com relação ao consumo de cigarro comum, as prevalências no primeiro e último ano de enfermagem foram respectivamente 0% e 38,9%. Houve diferença estatística entre o primeiro e último ano do curso de enfermagem tanto no consumo de cigarro comum ($p=0,001$) quanto de narguilé ($p=0,002$). Não houve diferença estatística entre o primeiro e último ano do curso de medicina no consumo de narguilé ($p=0,41$).

As **Tabelas 1 e 2** apresentam os resultados sobre atitudes, crenças e conhecimentos sobre cigarros entre estudantes de enfermagem e medicina, respectivamente.

Perguntas	Estudantes do primeiro período			Estudantes do último período		
	Fumantes * n=0 n/N (%)	Não fumantes n=18 n/N (%)	P**	Fumantes n=8 n/N (%)	Não fumantes n=10 n/N (%)	P**
Os profissionais de saúde deveriam aconselhar seus pacientes fumantes a parar de fumar?	0/0 (0)	17/18 (94,44)	nS	8/8 (100)	8/10 (80)	nS
A probabilidade de um fumante parar de fumar aumenta se um profissional de saúde o aconselha a parar?	0/0 (0)	4/18 (33,33)	nS	1/8 (12,5)	4/10 (40)	nS
Os profissionais de saúde que fumam são menos propensos a aconselhar seus pacientes a parar de fumar?	0/0 (0)	2/18 (11,11)	nS	2/8 (25)	6/10 (60)	nS

n/N: respostas positivas/total de respostas

nS: não significante

*definido como uso >100 cigarros na vida

** teste de qui quadrado de Pearson

Tabela 1. Atitudes, crenças e conhecimento sobre cigarros entre estudantes de enfermagem do primeiro e último período em função do status tabágico.

	Estudantes do 1º ano		P**	Estudantes do 6º ano		P**
	Fumantes* n=7 n/N (%)	Não Fumantes n=26 n/N (%)		Fumantes* n=15 n/N (%)	Não Fumantes n=37 n/N (%)	
Questão 4	7/7 (100%)	25/26 (96,5%)	nS	15/15 (100%)	37/37 (100%)	nS
Questão 5	2/7 (28,57%)	20/26 (76,92%)	P<0,05	14/15 (93,33%)	27/37 (72,27%)	nS
Questão 6	3/7 (42,86%)	16/26 (61,54%)	nS	8/15 (53,33%)	21/37 (56,76%)	nS

n/N: respostas positivas/total de respostas

nS: não significante

*definido como uso >100 cigarros na vida

** teste de qui quadrado de Pearson

Questão 4. Os profissionais de saúde deveriam aconselhar rotineiramente seus pacientes fumantes a parar de fumar?

Questão 5. A probabilidade de um fumante parar de fumar aumenta se um profissional de saúde o aconselha a parar?

Questão 6. Os profissionais de saúde que fumam são menos propensos a aconselhar seus pacientes a parar de fumar?

Tabela 2. Atitudes, crenças e conhecimento sobre cigarros entre estudantes de medicina do primeiro e último período em função do status tabágico.

A Tabela 1 demonstra que a maioria dos entrevistados acreditava que a probabilidade de fumantes pararem de fumar aumenta se eles são aconselhados a fazê-lo por profissionais de saúde. De acordo com as respostas no questionário, os alunos que eram fumantes de cigarros do último período da faculdade de enfermagem acreditavam que os profissionais de saúde deveriam aconselhar seus pacientes fumantes a parar de fumar.

Os profissionais de saúde que fumam são menos propensos a aconselhar seus pacientes fumantes a parar de fumar - essa era a crença de 11% e 60% dos estudantes de enfermagem não fumantes do primeiro e último período, respectivamente. No entanto, entre os estudantes fumantes, a proporção daqueles que acreditavam que os profissionais de saúde que fumam são menos propensos a aconselhar seus pacientes fumantes a parar de fumar aumentou de 0% no primeiro período para 25% no último período (tabela 1).

Ainda sobre a Tabela 2, as respostas para a questão 4 foram quase unanimemente positivas, indicando que independente do período cursado, os entrevistados têm noção da conduta a ser tomada frente um paciente tabagista.

Na questão 5 houve um aumento importante nas respostas positivas entre os alunos fumantes do primeiro para o sexto ano. A partir deste resultado, é possível assumir que com o decorrer do curso, os alunos percebiam a relevância que a orientação médica pode ter sobre a vida do paciente e como esta pode interferir nas decisões tomadas em relação aos

hábitos de vida. Já a última questão da tabela se manteve semelhante nos dois anos, cerca de metade dos alunos acreditam que as práticas na vida pessoal do profissional de saúde interferiram em sua conduta no consultório

A **Tabela 3** apresenta uma comparação entre usuários eventuais e não usuários de narguilé em relação aos seus conhecimentos sobre este produto entre estudantes do primeiro e último período de enfermagem, enquanto a **Tabela 4** apresenta os mesmos dados no grupo de estudantes de medicina.

Perguntas	Estudantes do primeiro período			Estudantes do último período		
	Usuários eventuais* n=2 n/N (%)	Não usuários n=16 n/N (%)	P**	Usuários eventuais* n=12 n/N (%)	Não usuários n=6 n/N (%)	P**
Fumar cachimbos, charutos ou cigarrilhas é menos prejudicial porque os fumantes dão menos tragadas ou não inalam fumaça?	1/2 (50)	0/16 (0)	P<0,05	0/12 (0)	0/6 (0)	nS
A fumaça do cachimbo é menos prejudicial porque tem menos aditivos?	1/2 (50)	0/16 (0)	P<0,05	0/12 (0)	3/6 (50)	p>0,05
Os profissionais de saúde devem aconselhar seus pacientes a evitar outras formas de tabaco?	1/2 (50)	16/16 (100)	P<0,05	12/12 (100)	5/6 (83,33)	nS
Os profissionais de saúde são modelos de conduta?	2/2 (100)	16/16 (100)	nS	12/12 (100)	5/6 (83,33)	nS
O uso de narguilé é menos prejudicial porque as impurezas são filtradas através da água na base?	0/2 (0)	0/16 (0)	nS	0/12 (0)	1/6 (16,07)	nS

n/N: respostas positivas/total de respostas

nS: não significante

*definido como ter eventualmente dado uma ou mais tragadas de narguilé

** teste de qui quadrado de Pearson

Tabela 3. Comparação entre usuários eventuais e não usuários de narguilé em relação aos seus conhecimentos, crenças e atitudes sobre este produto entre estudantes do primeiro e último período de enfermagem.

	Estudantes do 1º ano		P**	Estudantes do 6º ano		P**
	Usuários Eventuais n=20 n/N (%)	Não Usuários n=13 n/N (%)		Usuários Eventuais* n=34 n/N (%)	Não Usuários n=18 n/N (%)	
Questão 7	4/20 (20%)	4/13 (30,77%)	nS	1/34 (2,94%)	1/18 (5,56%)	nS
Questão 8	5/20 (25%)	6/13 (46,15%)	nS	3/34 (8,82%)	2/18 (11,11%)	nS
Questão 9	19/20 (95%)	13/13 (100%)	nS	30/34 (88,23%)	17/18 (94,44%)	nS
Questão 10	17/20 (85%)	11/13 (84,61%)	nS	30/34 (88,23%)	17/18 (94,44%)	nS
Questão 11	4/20 (20%)	5/13 (38,46%)	nS	5/34 (14,71%)	4/18 (22,22%)	nS

n/N: respostas positivas/total de respostas

nS: não significante

*definido como ter eventualmente dado uma ou mais tragadas de narguilé

** teste de qui quadrado de Pearson

Questão 7. Fumar cachimbos, charutos ou cigarrilhas é menos prejudicial porque os fumantes dão menos tragadas ou não inalam a fumaça?

Questão 8. A fumaça de cachimbo ou de charuto é menos prejudicial porque tem menos aditivos?

Questão 9. Os profissionais de saúde deveriam aconselhar rotineiramente seus pacientes a evitar outras formas de uso de tabaco?

Questão 10. Os profissionais de saúde são modelos de conduta para seus pacientes e o público?

Questão 11. O uso de narguilé tem menos efeitos prejudiciais para a saúde porque as impurezas na fumaça são filtradas através da água na base?

Tabela 4. Comparação entre usuários eventuais e não usuários de narguilé em relação aos seus conhecimentos, crenças e atitudes sobre este produto entre estudantes do primeiro e último período de medicina.

Os resultados da tabela 3 demonstram que apenas uma minoria dos entrevistados acreditava que o fumo de charutos, cachimbos e cigarrilhas é menos prejudicial porque os fumantes dão menos tragadas ou não inalam a fumaça. Entre os alunos do primeiro período avaliados, a crença errônea de que fumar charutos e cachimbos seria menos prejudicial porque o tabaco envolvido tem uma menor concentração de aditivos foi declarada por 50% e 0% dos fumantes e dos não fumantes de produtos de tabaco que não cigarros ou narguilés ($p < 0,05$). A maioria dos entrevistados acreditava que os profissionais de saúde

deveriam rotineiramente aconselhar seus pacientes a não utilizar quaisquer produtos de tabaco.

A Tabela 3 aponta também que mais de 83,33% dos futuros enfermeiros avaliados concordavam que os profissionais de saúde ocupam uma posição de liderança e que são modelos de conduta para os seus pacientes e para a população em geral.

Observa-se que entre os alunos avaliados, a crença errônea de que fumar charutos e cachimbos seria menos prejudicial porque o tabaco envolvido tem uma menor concentração de aditivos foi declarada por 21,18% dos entrevistados. Estudo recente brasileiro encontrou a significativa taxa de 61,5% dos estudantes universitários da área de saúde que acreditavam que o cachimbo d'água não causa danos quando comparado ao cigarro. (14)

A Tabela 4 aborda questões sobre narguilé e outros tipos de consumo do tabaco. Num geral, há uma evolução frente ao conhecimento do sexto ano sobre charutos, cigarrilhas, etc. em relação ao primeiro ano, com uma redução importante nas respostas positivas para as questões 7 e 8, de cerca de 20% de todas as respostas do primeiro ano para 3% do sexto e de 33% do primeiro para 9% do último, respectivamente, que interrogam sobre os malefícios do uso do tabaco em outras formas além do cigarro. Já sobre os efeitos nocivos do narguilé, abordado na questão 11, também houve uma redução, mas não tão significativa de 27% de respostas positivas totais do primeiro ano para 17% do sexto. A partir desta porcentagem, como descrito na pesquisa anterior, é possível afirmar que as informações frente à esta prática ainda são pouco conhecidas, inclusive entre os profissionais de saúde. Em relação à questão 9, assim como na questão 4, quase todos os alunos concordam que os pacientes também devem ser orientados a cessar outros tipos de uso de tabaco, por exemplo cigarrilhas, charutos e cachimbos, mesmo com menos conhecimento sobre estas práticas no primeiro ano. A questão 10 manteve resultados semelhantes entre o primeiro e sexto ano, com um aumento de 85% para 90% nas respostas positivas totais. Esta pergunta demonstra novamente que, especialmente entre os fumantes, os alunos reconhecem a importância e influência do comportamento do profissional de saúde nas condutas e escolhas tomadas pelos pacientes.

A prevalência de tabagismo (cigarros) foi significativamente maior entre os estudantes de enfermagem do último ano quando comparado com o primeiro com uma porcentagem de 44,4% e 0%, respectivamente. **(Tabela 5).**

Perguntas	Estudantes do primeiro período		Estudantes do último período	
	n=18 n/N (%)	P**	n=18 n/N (%)	P**
Narguilé	2/18 (11,1)	p<0,01	12/18 (66,7)	p<0,01
Cigarros	0/18 (0)	nS	8/18 (44,4)	p<0,01
Charutos, cachimbos ou cigarilhas, em conjunto com fumo de mascar ou rapé	0/18 (0)	nS	7/18 (38,89)	p<0,01

n/N: respostas positivas/total de respostas

nS: não significante

** teste de qui quadrado de Pearson

Tabela 5. Prevalência das diferentes formas de uso de tabaco entre estudantes de enfermagem do primeiro e último período

A experimentação de narguilé foi mais comum entre os outros produtos de tabaco entre os estudantes de enfermagem, sendo no primeiro período 11,1% e no último período 66,7%, mostrando realmente um aumento significativo quando comparados, demonstrando a que a prevalência foi mais elevada. Assim como já foi discutido anteriormente, é possível perceber uma prevalência importante de usuários de narguilé entre estudantes da área da saúde, em especial os alunos de enfermagem do último período e isso reflete os valores obtidos na pesquisa, apesar de a amostra ser reduzida. Além disso, um dado que não está nas tabelas é que não houve diferença na experimentação de narguilé entre sexos ($p=0,07$), reforçando o estudo de Fielder (2012) que a incidência de usuárias do sexo feminino de narguilé está aumentando. (15)

Em contrapartida, a prevalência de usuários de cigarro é bem menor comparada à de narguilé, chegando a zero fumantes no primeiro período de enfermagem, que sustenta a mudança no tipo de consumo da nicotina, como propõe o Research for International Tobacco Control (RITC). (13)

A prevalência de experimentação de charutos, cachimbos ou cigarrilhas em conjunto de fumo de mascar ou rapé foi significativamente maior entre os estudantes de enfermagem do último período comparado com o primeiro período de enfermagem que teve uma porcentagem de 0% e já no último período obteve uma porcentagem de 38,89% referente a Tabela 5. Foi surpreendente que, entre os estudantes de enfermagem aqui

avaliados, a experimentação de outras formas de uso do tabaco, como charutos, cachimbos e cigarrilhas, foi mais comum do que fumar cigarros. Portanto, observa-se uma razão possível para a propagação do uso de narguilé é o sucesso de programas para prevenir a iniciação do fumo de cigarro e o incentivo na cessação do tabagismo (por cigarros) no Brasil e no mundo. Como resultado dessas campanhas antitabagismo, que têm como alvo os fumantes de cigarros, indivíduos suscetíveis optaram ou migraram para outras formas de uso de tabaco, especialmente o narguilé, sendo observado nitidamente na tabela 5. Já em relação aos alunos de medicina tanto na tabela 2 quanto na tabela 4 percebe-se uma maior prevalência de usuários de cigarro e de narguilé no sexto ano quando comparado com o primeiro. Os primeiro-anistas considerados fumantes e usuários de narguilé correspondiam, respectivamente, a 21,21% e 60,60%, no último ano, essa porcentagem representava 28,84% e 65,38%. O narguilé também se apresentou mais comum que o cigarro, indicando um aumento na popularidade da prática, enquanto o cigarro, devido às diversas leis anti-tabágicas, está em queda.

CONCLUSÃO

Seis em cada dez estudantes de medicina relataram consumo de narguilé tanto no primeiro quanto no último ano do curso. Houve também aumento significativo no consumo de narguilé e cigarro comum no último ano do curso de enfermagem.

Os dados compilados durante o presente estudo indicam que a grade curricular dos cursos de enfermagem e medicina deveriam dar maior atenção aos perigos do uso de narguilés, bem como ter uma abordagem mais eficaz quanto aos mitos e realidades sobre essa forma de uso do tabaco a fim de evitar que fumantes ocasionais se tornem usuários regulares. Nota-se uma prevalência importante do consumo de narguilé entre os estudantes de enfermagem e medicina, sem diferença entre gênero. Em relação ao curso de enfermagem, no primeiro período tendo 11,1% e já no último período 66,7%, demonstrando que a taxa da prevalência aumentou drasticamente. Já no curso de medicina, no primeiro ano tendo 60,6% e último, 65,4%, demonstrando uma prevalência significativa desde o início do curso e mantendo até o final com uma taxa um pouco mais elevada.

Quando comparados os cursos em relação ao consumo de narguilé é possível notar que entre os alunos de enfermagem do primeiro ano a prevalência é baixa (11,1%), quando comparado ao curso de medicina no primeiro ano (60,6%).

O pequeno conhecimento em relação ao uso de narguilé se reflete nas respostas dos questionários. Além disso, devido à popularização deste produto, especialmente entre jovens, é preocupante que esta parcela da população venha a sofrer com os efeitos nocivos, ainda pouco esclarecidos. Portanto, medidas que desencorajem o narguilé devem ser colocadas em prática para proteger a sua saúde. Espera-se que um maior conhecimento do assunto proporcione aos futuros profissionais de saúde mais confiança e motivação

para fornecer orientações de rotina para seus pacientes a fim de prevenir as diversas formas de uso do tabaco e promover a sua cessação. Enfermeiros e médicos munidos do conhecimento necessário desempenharão um papel importante no controle da epidemia de uso de narguilés e na educação em saúde visando as intervenções.

REFERÊNCIAS

1. Organização Mundial da Saúde [página da Internet]. Geneva: World Health Organization. [citado em 13 Fev 2018]. Nota Técnica --Uso de narguilé: efeitos sobre a saúde, necessidades de pesquisa e ações recomendadas para legisladores por Grupo de Estudo da OMS sobre a Regulação de Produtos de Tabaco. [Adobe Acrobat document, 12p.]. Disponível em <http://apps.who.int/iris/bitstream/am/10665/161991/5/9789241508469-por.pdf>
2. Research for International Tobacco Control (RITC), editors. Waterpipe Tobacco Smoking -- Building the Evidence Base. Part One: the Smoke Chemistry. Ottawa: IDRC/CRDI; 2006 [citado em 13 Fev 2018]. [Adobe Acrobat document, 79p.]. Disponível em <https://idl-bnc-idrc.dspacedirect.org/bitstream/handle/10625/45880/132376.pdf>
3. Maziak W, Taleb ZB, Bahelah R, Islam F, Jaber R, Auf R, et al. The global epidemiology of waterpipe smoking. *Tob Control*. 2015;24(Suppl 1):i3-12
4. Akl E, Ward KD, Bteddini D, Khaliel R, Alexander AC, Loutfi T, et al. The allure of the waterpipe: a narrative review of factors affecting the epidemic rise in waterpipe smoking among young persons globally. *Tob Control*. 2015;24(Suppl 1):i13-21
5. Arrazola RA, Dube SR, King BA. Tobacco product use among middle and high school students—United States, 2011 and 2012. *MMWR Morb Mortal Wkly Rep*. 2013;62(45):893-897.
6. Arrazola RA, Singh T, Corey CG, et al. Tobacco use among middle and high school students—United States, 2011-2014. *MMWR Morb Mortal Wkly Rep*. 2015;64(14):381-385.
7. Singh T, Arrazola RA, Corey CG, et al. Tobacco use among middle and high school students—United States, 2011-2015. *MMWR Morb Mortal Wkly Rep*. 2016; 65(14), 361-367
8. HUANG, Li-Ling et al., Trends and Correlates of Hookah Use Among High School Students in North Carolina, *North Carolina medical journal*, 2017, 78(3):149-155, Available at DOI: 10.18043/ncm.78.3.149
9. Robyn L. Fielder, Kate B. Carey, Michael P. Carey. Predictors of Initiation of Hookah Tobacco Smoking: A One-Year Prospective Study of First-Year College Women. *Psychology of Addictive Behaviors*, 2012; DOI: 10.1037/a0028344
10. LUNELLI, Marlucci Luzia et al. Análise das condições pulmonares de discentes tabagistas de cigarro e tabagistas de narguilé do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Regional de Blumenau. *ASSOBRAFIR Ciência*, v. 7, n. 1, p. 43-58, 2016.
11. MARTINS, Stella Regina et al. Experimentação de e conhecimento sobre narguilé entre estudantes de medicina de uma importante universidade do Brasil. *Jornal Brasileiro de Pneumologia*, v. 40, n. 2, 2014.
12. Szklo, André Salem et al. Perfil de consumo de outros produtos de tabaco fumado entre estudantes de três cidades brasileiras: há motivo de preocupação?. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 27, p. 2271-2275, 2011.

13. The Global Tobacco Surveillance System Collaborating Group. The global tobacco surveillance system (GTSS): purpose, production and potential. *J Sch Health*. 2005(1);75:15-24. PMID:15779140. <http://dx.doi.org/10.1111/j.1746-1561.2005.tb00004.x>
14. Paiva MO, Lima AB, Vaz RS, Granemann P. Prevalência do uso de narguilé entre universitários da área da saúde / Prevalence of narguile use among university students in the health área. *Rev Med (São Paulo)*. 2020 jul.-ago.;99(4):335-41.
15. Fielder RL, Carey KB, Carey MP. Predictors of initiation of hookah tobacco smoking: a one-year prospective study of first-year college women. *Psychol Addict Behav*. 2012;26(4):963-8. <http://dx.doi.org/10.1037/a0028344>. PMID:22564201.

CAPÍTULO 16

ASSISTÊNCIA DE ENFERMEIROS FRENTE AO PARTO NATURAL

Data de aceite: 01/03/2022

Data de submissão: 15/12/2021

Sabrina Brenda Castelo Branco Silva

Universidade Estadual Do Piauí
Teresina-Piauí

<http://lattes.cnpq.br/0392385344311851>

Lucas Costa De Gois

Universidade Estadual Do Piauí
Teresina-Piauí

<https://orcid.org/0000-0002-2569-5553>

Glória Stéphanhy Silva De Araújo

Universidade Estadual Do Piauí
Teresina-Piauí

Gabriel Alvarenga Andreina

Universidade Estadual Do Piauí
Teresina-Piauí

Loren Carianne Rodrigues Gomes

Universidade Federal Do Ceará
Fortaleza- Ceará

Maria Eduarda Soares Frota

Universidade Estadual Do Piauí
Teresina-Piauí

Tálison Vieira da Silva

Faculdade Ademar Rosado
Teresina-Piauí

Joyce Caroline de Oliveira Sousa

Instituto Federal do Piauí
Teresina-Piauí

Deisyele Maria Souza Moura

Universidade Estadual do Piauí
Teresina-Piauí

Ravenna Kelly Brito Muniz

Universidade Estadual do Piauí
Teresina-Piauí

Ana Isabel Belém Gomes dos Santos Sobreira

Universidade Estadual do Piauí
Teresina-Piauí

Idna De Carvalho Barros Taumaturgo

Instituto Federal do Piauí
Teresina-Piauí

RESUMO: O objetivo do estudo foi destacar a assistência da enfermagem obstétrica frente ao parto normal. O retorno do parto natural tem sido buscado pelo Ministério da Saúde, que tem incentivado a atuação do Enfermeiro Obstétrico no cenário do parto em que a mulher seria assistida integralmente. Para que o parto ocorra de forma segura e fisiológica é extremamente necessário a presença do enfermeiro, pois, o seu conhecimento se torna fundamental durante assistência melhorando os índices de qualidade. Revisão de literatura com coleta de dados realizada nos portais Scielo e Lilacs. Após filtragem pelos critérios de inclusão/exclusão permaneceram 7 artigos, dos quais foram formadas duas esferas temáticas: condutas de enfermagem relacionadas ao parto normal e vantagens aos pacientes em decorrência destas condutas. Constatou-se a necessidade da equipe

de enfermagem na assistência à parturiente, além de que se faz importante inserção de políticas que visem à atualização e preparo destes profissionais

PALAVRAS-CHAVE: Enfermeiros e Enfermeiras. Parto Natural. Parto Humanizado.

ASSISTANCE OF NURSES IN FRONT OF NATURAL DELIVERY

ABSTRACT: The objective of the study was to highlight the assistance of obstetric nursing in face of normal delivery. The return of natural childbirth has been sought by the Ministry of Health, which has encouraged the role of the Obstetric Nurse in the birth scenario in which the woman would be fully assisted. In order for childbirth to occur in a safe and physiological way, the presence of the nurse is extremely necessary, as their knowledge becomes essential during care, improving quality indices. Literature review with data collection performed on Scielo and Lilacs portals. After filtering by the inclusion/exclusion criteria, 7 articles remained, from which two thematic spheres were formed: nursing behaviors related to normal birth and advantages for patients as a result of these behaviors. There was a need for the nursing team to assist parturient women, in addition to the important inclusion of policies aimed at updating and preparing these professionals.

KEYWORDS: Nurses. Natural Childbirth. Humanizing Delivery.

1 | INTRODUÇÃO

Nos últimos tempos a atenção ao parto natural e ao nascimento vem passando por inúmeras mudanças (PEREIRA et al., 2018). Nessa perspectiva, existe diversas evidências na existência de altos números de traumas durante o parto, afetando não apenas a mãe mas também o bebê. Para que o parto ocorra de forma segura e fisiológica é extremamente necessário a presença do enfermeiro, pois, o seu conhecimento se torna fundamental durante assistência melhorando os índices de qualidade. Sendo assim, a atuação efetiva desse profissional na assistência durante o parto torna o processo mais ágil, eficaz e possibilita uma diminuição das fatalidades durante a concepção (BRASIL, 2017). O retorno do parto natural tem sido buscado pelo Ministério da Saúde, que tem incentivado a atuação do Enfermeiro Obstétrico no cenário do parto em que a mulher seria assistida integralmente em suas dimensões biológicas, espirituais e psíquicas (BRASIL, 2017). Por meio desta nova proposta, o enfermeiro obstétrico se destaca e se diferencia da maioria dos profissionais no meio obstétrico por ter atuação direta na assistência incentivando a escolha do parto natural, trabalhando com a divulgação e orientação dos benefícios frente uma cesariana. Diante do exposto, esse estudo teve como objetivo destacar a assistência da enfermagem obstétrica frente ao parto normal.

2 | METODOLOGIA

O desenho da pesquisa tratou-se de uma revisão de literatura com coleta de dados realizada a partir de revistas científicas, por meio de levantamento bibliográfico nos portais:

SciELO e Lilacs. Desse modo, foram separados artigos para o desenvolvimento desta pesquisa com o objetivo de compreender os processos referentes ao objeto de estudo. A coleta dos dados teve como critério de inclusão: Artigos dos últimos 5 anos nas línguas inglês/português, textos completos e livres e a leitura dos resumos dos artigos separados com combinações entre as seguintes palavras chaves: Enfermeiros e Enfermeiras: Parto Natural; Parto Humanizado e seus correspondentes em língua inglesa. Os estudos foram escolhidos de acordo com sua compatibilidade no que se refere à estrutura e à metodologia dessa presente pesquisa. Os Critérios de exclusão foram todos os artigos e materiais de revisão que não observaram o objetivo desta pesquisa e não se enquadraram dentro dos critérios de inclusão.

3 | RESULTADOS

Do total de 105 artigos encontrados, após filtragem pelos critérios de inclusão/exclusão permaneceram 7 artigos aos quais se precedeu a análise por serem condizentes aos questionados da temática. As publicações mostraram-se em um maior número no ano de 2017 (57%). Foram formadas duas esferas temáticas: condutas de enfermagem relacionadas ao parto normal e vantagens aos pacientes em decorrência destas condutas. Referente às condutas de enfermagem relacionadas ao parto normal; destaca-se a utilização de técnicas não farmacológicas para alívio da dor, como o banho terapêutico de aspersão e de imersão, massagem em região lombossacral, emprego da bola e moxabustão. (BRILHANTE, A.F., VASCONCELOS, C. M. T., DAMASCENO, A. K. C. et al., 2017; OLIVEIRA, J. D. G., CAMPO, T. N. C., SOUZA, F. M. L. C. et al., 2016). Sem mencionar a orientação sobre posicionamento adequado na hora do parto, sendo mais utilizadas as posições verticais e horizontais, observou-se principalmente a respeito do parto domiciliar. A promoção da presença de acompanhante; ambientação adequada ao cuidado; redução do nível de estresse nas gestantes; relação de empatia entre profissionais e gestantes, transmissão de calma as gestantes, palavras de apoio, cuidados com a higiene da parturiente. (SILVA, A. L. S., NASCIMENTO, E. R., COELHO, E. A. C., 2015; KOETTKER, J. G., BRÜGGEMANN, O. M., KNOBEL, R., 2017). Além de tratamento individualizado; tratar paciente pelo nome; triagem; acolhimento; identificação de distócias; proteção perineal para evitar lacerações, classificação de risco; exame obstétrico, orientações sobre o período expulsivo e informação sobre os procedimentos que serão executados nas parturientes. (SCHETTINI, N. J. C., GRIBOSKI, R. A., FAUSTINO, A. M., 2017). Referente às vantagens aos pacientes em decorrência destas condutas, encontrou-se: o trabalho de parto mais humanizado; confiança na equipe; diminuição dos riscos; assistência qualificada ao neonato. (SOUZA, R. M., SOARES, L. S., QUITETE, J. B., 2014). A relação entre a equipe e usuárias possibilitou a autonomia destas. Além de redução do uso de ocitocina sintética; episiotomia; manobra de Kristeller; lacerações a partir do terceiro

grau; hemorragias e transferência para realização de cesárea. (VARGENS, O. M. C., REIS, C. S. C., NOGUEIRA, M. F. H., 2017).

4 | CONCLUSÃO

É de extrema importância a equipe de enfermagem na assistência à parturiente, pois esta integra o processo de empatia e autonomia aos pacientes no momento do parto, proporcionando-a um momento mais humanizado e com redução de riscos, porém se faz importante inserção de políticas que visem à atualização e preparo destes profissionais assim como a produção de estudos mais atuais.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Gestão e Incorporação de Tecnologias em Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2017.

BRILHANTE, A. F. et al. Avaliação de partos assistidos na água por enfermeiras obstetras. **Revista de Enfermagem UFPE OnLine**, Recife, v.11, n.11, p.4418-23, nov., 2017.

KOETTKER, J. G., BRÜGGEMANN, O. M., KNOBEL, R. Resultados maternos dos partos domiciliares planejados assistidos por enfermeiras da equipe Hanami no sul do Brasil. **Texto & Contexto Enfermagem UFSC**. Santa Catarina, v.26, n.1, p. 1-11, 2017.

OLIVEIRA, J. D. G. et al. Percepção de enfermeiros obstetras na assistência a parturiente. **Revista de Enfermagem UFPE OnLine**, Recife, v.10, n.10, p.3868-75, out., 2016.

PEREIRA, P. S. L., et al. Tecnologias não invasivas de cuidado: percepção das puérperas. **Rev. Enferm**, UFPE online, p. 2129-2136, 2018.

SCHETTINI, N. J. C., GRIBOSKI, R. A., FAUSTINO, A. M. Partos normais assistidos por enfermeiras obstétricas: posição materna e a relação com lacerações perineais espontâneas. **Revista de Enfermagem UFPE OnLine**, Recife, v.11, supl.2, p.932-40, fev., 2017.

SILVA, A. L. S., NASCIMENTO, E. R., COELHO, E. A. C. Práticas de enfermeiras para promoção da dignificação, participação e autonomia de mulheres no parto normal. **Escola de Enfermagem Anna Nery**. Salvador, v.19, n.3, jul.-set., 2015.

SOUZA, R. M., SOARES, L. S., QUITETE, J. B. Parto normal domiciliar: um poder da natureza feminina e um desafio para a enfermagem obstétrica. **Revista de pesquisa: Cuidado é Fundamental Online**. Rio de Janeiro, v.6, n.1, p.118-131, jan.-mar., 2014

VARGENS, O. M. C. Tecnologias não-invasivas de cuidado de enfermagem obstétrica: repercussões sobre a vitalidade do recém-nascido. **Revista Enfermagem UERJ**. Rio de Janeiro, v. 25, p. 1-7, 2017.

ANÁLISE RETROSPECTIVA DAS OCORRÊNCIAS DE QUEDAS INFANTIS ATENDIDAS PELO SIATE NO MUNICÍPIO DE FOZ DO IGUAÇU/PR EM 2015 E 2016

Data de aceite: 01/03/2022

Data de submissão: 03/12/2021

Jennifer da Silva Klippel

Enfermeira pela Universidade Estadual do Oeste do Paraná
Foz do Iguaçu/PR
<http://lattes.cnpq.br/6152176385496012>

Marieta Fernandes Santos

Professora Doutora Universidade Estadual do Oeste do Paraná
Maringá/PR
<http://lattes.cnpq.br/7132526231422093>

Sheila Cristina Rocha Brischiliari

Professora Doutora Universidade Estadual do Oeste do Paraná
Maringá/PR
<http://lattes.cnpq.br/3502122503814909>

Mariane Maiara Becker

Enfermeira pela Universidade Estadual do Oeste do Paraná
Foz do Iguaçu/PR
<http://lattes.cnpq.br/5682376806877225>

RESUMO: Os acidentes por causas externas com crianças são considerados um problema de saúde pública no Brasil, e dentre as causas externas se encaixam as ocorrências por quedas. O estudo objetiva analisar e traçar o perfil das crianças de 0 a 12 vítimas de quedas atendidas pelo Serviço Integrado de Atendimento ao Trauma em Emergência (SIATE) nos anos

de 2014 a 2016 no município de Foz do Iguaçu/PR. Estudo epidemiológico, descritivo, analítico, transversal e os dados foram coletados dos Relatórios de Atendimentos dos Socorristas (RAS), registrados pelos socorristas durante o atendimento das ocorrências. Foram analisadas as variáveis de idade, sexo, tipo de queda, entre outros. Espera-se com o estudo contribuir para a elaboração de medidas preventivas, mostrar a importância de ações de prevenção a acidentes infantis, quer sejam de trânsito, domésticos, entre outros, e diminuir a frequência de tais quedas.

PALAVRAS-CHAVE: Causas externas, crianças, perfil epidemiológico

RETROSPECTIVE ANALYSIS OF THE OCCURRENCES OF CHILDREN'S FALLS ATTENDED BY SIATE IN THE CITY FOZ DO IGUAÇU IN THE YEARS OF 2015 AND 2016

ABSTRACT: External causes with children are considered a public health problem in Brazil, and among the external causes they fit as occurrences due to falls. The study objectively analyzed and traced the profile of children from 0 to 12 wounds from falls treated by the Integrated Service for Emergency Trauma (SIATE) from 2014 to 2016 in the city of Foz do Iguaçu / PR. This is an epidemiological, descriptive, analytical, cross-sectional study, and data were collected from the First Aider Care Reports (RAS), recorded by the rescuers during the care of occurrences. Variables such as age, sex, type of fall, among others, were analyzed. It is hoped that the study will contribute to the prevention of preventive measures, show the importance of actions to prevent childhood

accidents, whether in traffic, domestic, among others, and reduce the frequency of such falls.

KEYWORDS: External causes, children, epidemiological profile

1 | INTRODUÇÃO

Os acidentes são a primeira causa de morte crianças e adultos jovens e representam um problema de saúde pública mundial (Barcelos et al, 2017), no Brasil, os acidentes tornaram-se problema de saúde pública pois atingiram grandes proporções (Filócomo et al, 2017), a mortalidade infantil representa um importante indicador de qualidade de vida e desenvolvimento socioeconômico (Vianna et al, 2016).

São consideradas causas externas os agravos à saúde como traumatismos e lesões causadas por acidentes ou outras causas não naturais, sendo a causa dessas lesões: acidentes de trânsito; quedas; afogamentos; envenenamentos; queimaduras; agressões; suicídios e homicídios (Da Silva et al, 2017)

Todas as pessoas vão sofrer uma queda não intencional em algum momento de sua vida, e algumas pessoas são mais propensas a sofrerem quedas como as crianças, idosos, trabalhadores e esportistas e elas atingem qualquer sexo e faixa etária. (Malta et al, 2012)

Em um estudo realizado por (Malta et al, 2016), em 2014 dos 8164 vítimas infantis atendidas por acidentes na capitais brasileiras, 4277 (52,4%) eram vítimas de quedas, sendo a principal causa de internação hospitalar (Albuquerque et al, 2014).

Os índices de acidentes domésticos na infância são preocupantes em todo o mundo, devido aos prejuízos causados à saúde da criança, tornou-se um problema de saúde pública (Brito et al, 2017), as quedas podem ocorrer por uma série de fatores associados, sendo difícil de distinguir uma causa única para sua ocorrência (Malta et al, 2012)

Muitas vezes as quedas não intencionais na infância são entendidas como um acontecimento normal para a idade (Barcelos et al, 2017), porém elas ocorrem por fatores associados a condições de moradia, estilo de vida, costumes da família, educação e socioeconômicos aliados aos fatores físicos e psicológicos de desenvolvimento da crianças tornando-as vulneráveis como a curiosidade de conhecer o ambiente e o desenvolvimento de sua independência progressiva (Brito et al, 2017), entender as causas das quedas infantis ajuda desenvolver formas de prevenção (De Albuquerque et al, 2014)

Em uma pesquisa realizada por (Da Silva et al, 2017), foram entrevistados 56 cuidadores e apenas 16 responderam tomar todos os cuidados necessários, sendo esses, ensinar as crianças descerem degraus de forma segura, verificar a existência de escadas próximas e se atentar para janelas potencialmente perigosas.

Pretende-se por meio deste estudo, levantar o perfil das quedas infantis nas ocorrências atendidas pelo SIATE por meio da análise do relatório de atendimento de socorristas (RAS) e desta forma contribuir para o entendimento de suas possíveis causas e elaboração de medidas preventivas para evitar ou diminuir a ocorrência de novos casos.

2 | MATERIAIS E MÉTODOS

Estudo epidemiológico, descritivo e transversal, os dados foram extraídos dos Relatórios de Atendimento dos Socorristas (RAS), cujos são preenchidos pelos socorristas (bombeiros) durante o atendimento as ocorrências do Serviço Integrado de Atendimento ao Trauma em Emergência (SIATE) do município de Foz do Iguaçu, PR. Os dados coletados são dos anos de 2014, 2015 e 2016, identificando e analisando as variáveis por quedas. As variáveis analisadas foram: sexo, faixa etária, tipo de queda (plano elevado; mesmo nível e queda de bicicleta). Os dados que foram analisados fazem parte de um banco de dados, e esses dados foram coletados mês a mês e foram transcritos para o instrumento de coleta no programa Microsoft Excel, mantendo o anonimato do indivíduo.

Foram analisadas três tipos de ocorrências por quedas, sendo as quedas de plano elevado, queda de mesmo nível e quedas de bicicleta. Os dados foram divididos em faixas etárias de 0 a 2 anos; 3 a 5 anos; 6 a 10 anos e 11 a 12 anos. Desta forma analisamos número total de ocorrências dos 3 anos, bem como o número de ocorrência em cada ano, por sexo e por faixa etária.

Foram respeitados os procedimentos éticos para atender a Resolução nº 466/2012 – CNS/MS durante o período de execução e comunicação dos dados deste estudo. Ressalta-se que o artigo faz parte de uma pesquisa sobre o “Perfil dos acidentes de trânsito por causas externas, atendidos pelo Serviço Integrado de Atendimento ao Trauma em Emergência (SIATE) em município de Tríplice Fronteira-Brasil, Argentina e Paraguai”, a qual foi encaminhada ao Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Estadual do Oeste do Paraná – CEP/UNIOESTE, identificada pelo CAAE nº: 62645416.0.0000.0107, sendo aprovada por meio do Parecer nº 1.872.690 – CEP/UNIOESTE.

3 | RESULTADOS

No período dos anos de 2014 à 2016, foram contabilizadas o total de 1559 ocorrências atendidas pelo SIATE entre 0 à 12 anos completos, destas 715 ocorrências foram por quedas, sendo em 2014 o total de 222 ocorrências (31,05%), em 2015 foram 250 ocorrências (34,97%) e em 2016 foram 243 ocorrências (33,99%), conforme mostrado na Tabela 1.

Ano	n	
2014	222	31,05
2015	250	34,97
2016	243	33,99

Tabela 1- Frequência absoluta e relativas das ocorrências de quedas em crianças atendidas pelo SIATE. Foz do Iguaçu-PR.

Fonte: Dados do SIATE (2014-2016). Foz do Iguaçu –PR.

Em relação à idade, foram registradas 127 ocorrências de 0 à 2 anos, 135 ocorrência de 3 a 5 anos, 312 ocorrências de 6 a 10 anos e 141 ocorrências de 11 a 12 anos. Podemos observar que a faixa etária de 6 a 10 anos compreende o maior número de ocorrências com o total de 43,64% de todas as ocorrências, conforme mostra a Tabela 2.

Idade	n	%
0 a 2	127	17,76
3 a 5	135	18,88
6 a 10	312	43,64
11 a 12	141	19,72

Tabela 2- Frequência absoluta e relativa das ocorrências por queda, conforme faixa etária, em crianças atendidas pelo SIATE. Foz do Iguaçu-PR.

Fonte: Dados do SIATE (2014-2016). Foz do Iguaçu –PR.

A Tabela 3 mostra as ocorrências por quedas segundo o sexo e, podemos observar que o maior número de registros foi o sexo masculino, com mais da metade das ocorrências totalizando 469 (65,59%) atendimentos, enquanto ao sexo feminino, foram registrados 246 (34,41%) atendimentos.

Sexo	n	%
Feminino	246	34,41
Masculino	469	65,59

Tabela 3 – Frequência absoluta e relativa das ocorrências por quedas de acordo com o sexo em crianças atendidas pelo SIATE. Foz do Iguaçu-PR.

Fonte: Dados do SIATE (2014-2016). Foz do Iguaçu –PR.

4 | DISCUSSÃO

Albuquerque *et al*, 2014, em seu estudo mostram que as quedas tiveram grande significado na totalidade de ocorrências compreendendo 45% de todos os acidentes registrados e, ainda Filócomo *et al*, 2017, apontaram 48,7% de quedas em todos os atendimentos analisados e o no nosso estudo esse valor é muito semelhante, sendo de 45,86% das ocorrências.

Da Silva *et al*, 2017, mostram em seu estudo que entre meninos a taxa foi de 62,7%, enquanto que nas meninas essa taxa foi de 37,3%, valores completamente extremos, e também se assemelham aos achados em nosso estudo que foi de 65,59% entre os meninos e de 34,41% para as meninas.

Não foram achados estudos recentes que mostram a taxa de ocorrência por queda de acordo com a faixa etária, neste estudo a faixa etária de 6 a 10 anos teve o maior número de registros com 43,64%, seguido da faixa de 11 a 12 anos com 19,72% dos casos, o que é um dado curioso visto que essa é a faixa que compreende a menor variação de idade.

51 CONCLUSÃO

A análise estatística da ocorrência de quedas infantis é de extrema importância para que se possa conhecer o perfil mais suscetível à esse tipo de acidente, desta forma podendo-se pensar em políticas públicas de educação em saúde que tenham real alcance aos pais e cuidadores, trazendo resultados de redução efetivas dessas ocorrências e de seus danos, visto que esse é um problema de saúde pública.

REFERÊNCIAS

- Barcelos, R.S., Santos, I.S., Matijasevich, A., Barros, A.J.D., Barros, F.C., França, G.V.A., Da Silva, V.L.S. **Acidentes por quedas, cortes e queimaduras em crianças de 0-4 anos: coorte de nascimentos de Pelotas, Rio Grande do Sul, Brasil, 2004.** Caderno de Saúde Pública, vol 33, n 2, e00139115, 2017.
- Brito, M.A., Melo, A.M.N., Veras, I.C., De Oliveira, C.M.S., Bezerra, M.A.R., Da Rocha, S.S. **Fatores de risco no ambiente doméstico para quedas em crianças menores de cinco anos.** Revista Gaúcha de Enfermagem; vol 38, n 3, e2017-0001, 2017.
- Da Silva, R.A., Nery, A.A., Rios, M.A., Casotti, C.A., Alves, M.S. **Caracterização das causas externas em crianças e adolescentes atendidos em Serviço de Emergência.** Revista de Enfermagem da Universidade Federal de Pernambuco on line, Recife, vol 11 (supl. 12), pag 5156- 62, 2017.
- Da Silva, S.P., Sampaio, J., Da Silva, C.T., Braga, R. (2017). **Segurança infantil dos 1 aos 5 anos – o que sabem os cuidadores?** Nascer e Crescer – Birth and Growth Medical Journal, vol 26, n 4, pag 221-6, 2017.
- De Albuquerque, N.M.G., Cavalcante, C.A.A., De Macedo, M.L.A.F., De Oliveira, J.S.A., De Medeiros, S.M. **Causas externa: características de crianças e adolescentes assistidas em um hospital no Rio Grande do Norte.** Revista Brasileira de Pesquisa em Saúde, Vitória, vol 16, n 2, pag 7-14, 2014.
- Filócomo, F.R.F.; Harada, M.J.C.S.; Mantovani, R. & Ohara, C.V.S. **Perfil dos acidentes na infância e adolescência atendidos em um hospital público.** Acta Paulista de Enfermagem, vol 30, n 3, pag 287-94, 2017.
- Malta, C.D., Mascarenhas, M.D.M., Da Silva, M.M.A, De Carvalho, M.G.O., Barufaldi, L.A., Avanci, J.Q., Bernal, R.T.I. **A ocorrência de causas externas na infância em serviços de urgência: aspectos epidemiológicos, Brasil, 2014.** Ciência e Saúde Coletiva, vol 21, n 12, pag 3729-3744, 2016.
- Malta, D.C., Da Silva, M.M.A., Mascarenhas, M.D.M., De Sá, N.N.B., Neto, O.L.M., Bernal, R.T.I., Monteiro, R.A., Andrade, S.S.C.A., Gawryszewski, V.P. **Características e fatores associados às quedas atendidas em serviços de emergência.** Revista de Saúde Pública, vol 46, n 1, pag 128-37, 2012.
- Vianna, R.C.X.F., Freire, M.H.S., Carvalho, D. & Migotto, M.T. **Perfil da mortalidade infantil nas macrorregionais de saúde de um estado do Sul do Brasil, no triênio 2012- 2014.** Revista de Saúde Pública do Paraná, Londrina, vol 17, n 2, pag 32-40, 2016.

CAPÍTULO 18

A ATUAÇÃO DOS PROFISSIONAIS DA SAÚDE DIANTE DO PRÉ-NATAL DA MULHER EM CONDIÇÃO DE RUA

Data de aceite: 01/03/2022

Data de submissão: 24/11/2021

Francisca Adriana da Silva Fier

Graduada em Enfermagem pela Fapan
Belém, Pará

<https://orcid.org/0000-0001-5428-8933>

Dhyrlee Dennara Magalhães Silva

Graduada em enfermagem pela FAPAN
Belém, Pará

<https://orcid.org/0000-0002-6541-1113>

Francisca Franciana de Paiva

Pos-graduada em Instrumentação
Cirúrgica, centro Cirúrgico/CME, na FAVENIJ
Guarulhos, São Paulo

<https://orcid.org/0000-0003-1984-9883>

Mara Leticia Silva dos Santos

Graduada em enfermagem, FAPAN
Belém, Pará

<https://orcid.org/0000-0001-7584-9576>

Cristiane do Socorro de Souza Arias

<https://orcid.org/0000-0002-6748-2433>

Andreia do Socorro Andrade Martins

Graduada em Enfermagem FAPAN
Belém, Pará

<https://orcid.org/0000-0002-0348-806X>

Nice Renata Sanches Campos

Graduada em enfermagem, FAPAN
Belém, Pará

<https://orcid.org/0000-0003-0979-6749>

Cleison Willame Silva Rodrigues

Graduado em Fisioterapia, COSMOPOLITA
Belém, Pará

<https://orcid.org/0000-0003-2297-1484>

RESUMO: OBJETIVO: Analisar a atuação do profissional de saúde ao prestar assistência a mulher em situação de rua no período gestacional e sua aderência ao pré-natal de risco. **MATERIAIS E MÉTODOS:** Realizou-se um levantamento da produção científica a respeito da prática de enfermagem em relação a pessoa em situação de rua na base de dados eletrônicos SCIELO, LILACS e sites governamentais.

RESULTADOS: A preparação do profissional de saúde, nos cursos médio/técnico e superior sobre o acompanhamento de mulheres que vivem na rua, como também o perfil das mulheres, que fazem o acompanhamento do pré-natal através dos Consultório na Rua influenciam negativamente no acompanhamento do pré-natal, e as estratégias criadas para propor um atendimento de maneira integral. **CONCLUSÃO:** É notório que há barreiras para que sejam efetuadas o acompanhamento da gestante em situação de rua, que abrange tanto a preparação dos profissionais quanto na aceitação do tratamento por parte da mulher em situação de rua.

PALAVRAS-CHAVE: Pré-natal. Consultório na rua. Gestante. Assistência.

ABSTRACT: OBJECTIVE: To analyze the performance of health professionals in providing assistance to homeless women in the gestational

period and their adherence to risk prenatal care. **MATERIALS AND METHODS:** A survey of the scientific production about nursing practice was conducted in relation to homeless people in the electronic database SCIELO, LILACS and government websites.. **RESULTS:** We divided the results into four(4) themes: The preparation of the health professional, in the middle/technical and higher courses on the follow-up of women living on the street; The profile of women, who follow prenatal care through the Street Practices; The Barriers faced by the Street Office Teams to be able to follow up with the pregnant woman, in street situation; The strategies created to propose a service in an integral way. **CONCLUSION:** It is clear that there are barriers to the follow-up of pregnant women in street situations, which covers both the preparation of professionals and the acceptance of treatment by women in street situations. **KEYWORDS:** Prenatal. Street office. Pregnant. Assistance.

1 | INTRODUÇÃO

O Ministério da Saúde tem implementado políticas para fortalecer a humanização do atendimento das gestantes, a melhoria da atenção pré-natal, nascimento e pós-parto, assim como instituído medidas de orientação e qualificação dos profissionais de saúde, tanto no âmbito da atenção primária, secundária e terciária com o objetivo de reduzir os agravos e possíveis Mortalidades Materna infantil (BRASIL, 2019).

Seguindo a linha de raciocínio de Ferreira, et al (2012) para que os profissionais que atuam na linha de frente de cuidado das gestantes moradoras de rua e afim de promover ações qualificadas devem-se direcionar seu atendimento baseado em evidências com o apoio à melhoria da assistência e acolhimento, uma vez que os cotidianos dessas mulheres não favorecem no seu processo de assistência, já que sente-se pouco à vontade e apresentam dificuldade de comunicação, tornando impossível seguir as recomendações .

Ao se discutir sobre a problemática percebemos que há inúmeras barreiras para que a EcnaR, consiga propor um atendimento de maneira eficiente e eficaz a gestante e situação de rua, sendo por parte da ausência de disciplina nos cursos médio/técnico, e de graduação, fazendo que não há uma busca de pesquisa perante as vulnerabilidades e atendimentos direcionado a pessoa que vivem na rua (CANÔNICO,2007).

Também pelo perfil das mulheres, que muitas vezes são agressivas, utilizam inúmeras drogas, não aderem ao tratamento, deslocamento constante de território entre outras barreiras existentes. Fazendo assim a utilização de estratégia para que as Equipes de Saúde consigam aumentar o vínculo com a mulher em situação de rua (FERREIRA,L,2019).

Servindo de ponte para a realização da pesquisa junto com a imensa curiosidade de como é a visão da equipe de saúde responsável pela assistência das gestantes moradoras de rua, diante das dificuldades de acompanhar com êxito, já que este período é de suma importância para a saúde materna e fetal. Logo o objeto de estudo são as limitações enfrentadas pela equipe profissional de saúde perante uma assistência no período pré-natal da moradora de rua seja por resistência por parte da paciente ou até por falta de conhecimento dos profissionais

Com base Ministério da Saúde, Brasil (2020), a prática da Equipe de consultório na Rua está diretamente relacionada à promoção e a proteção da saúde, faz necessário a busca pelo conhecimento de como é prestada a assistência em saúde em condição de rua, diante das vulnerabilidades extrema e as estratégias da equipe multiprofissional ao prestar um atendimento de maneira integral. Logo, é necessária, atual e pertinente a discussão sobre a temática: A atuação dos profissionais da saúde em frente ao pré-natal da mulher em condição de rua na cidade de Belém-PA

O profissional da saúde tem um aspecto fundamental frente as dificuldades em atuar no contexto de rua tais como ambiente insalubre, cliente, e suas vulnerabilidades, sendo relevante as ações para desempenhar e alcançar o objetivo do pré-natal a esse publico diante destas realidades (HALLAIS, BARROS,2015).

Portanto à relevância de pesquisar as ações dos profissionais de saúde que atendem essas mulheres através de consultórios de rua, busca enfatizar um bom relacionamento entre profissional e paciente, tornando assim uma integração mais efetiva.

Analisando a importância da equipe de profissional de saúde que realizam o atendimento da gestante em situação de rua durante o pré-natal, e na dianteira do objeto de estudo, afluíram as seguintes questões norteadoras: quais as principais dificuldades enfrentadas pelos profissionais de saúde em realizar uma assistência integral durante o pré-natal da gestante em situação de rua? Diante das limitações existentes, quais as estratégias, que o profissional de saúde utiliza para conseguir ofertar uma assistência holística a gestante em situação de rua?

Com isso o objetivo da pesquisa é analisar a atuação do profissional de saúde ao prestar assistência a mulher em situação de rua no período gestacional e sua aderência ao pré-natal de risco.

2 | MATERIAS E MÉTODOS

Trata-se de um ensaio baseado num estudo descritivo utilizando artigos publicados em diversos periódicos, por meio do qual foi realizado um levantamento da produção científica a respeito da prática de enfermagem em relação ao indivíduo em situação de rua na base de dados eletrônicos, SCIELO, LILACS e sites governamentais, referentes ao período de 2016 a 2019. Para tanto foram interligados os seguintes descritores: enfermagem, moradores de rua, cuidados, saúde.

3 | RESULTADOS E DISCUSSÕES

Para elucidar esta pesquisa foram encontrados 30 artigos, sendo 27 na base SCIELO e três na LILACS. Foram excluídos da pesquisa 15 artigos por não atenderem os critérios prévios de inclusão, resultando em 15 artigos para a realização do estudo.

Os moradores de rua caracterizam uma condição social em que os indivíduos estão

expostos frequentemente ao perigo e a uma condição sub-humana de sobrevivência, desenvolvendo trabalhos diversificados e precários, cansando problemas físicos e mentais. Necessitando de um apoio diferenciado para conseguirem efetuar um atendimento de maneira mais apropriada.

Tamanha realidade, que não são ensinadas aos futuros profissionais da saúde durante a preparação. Mostrando assim ausência de estímulo de educação em saúde para uma possível atuação na equipe de consultório na rua em sua carreira profissional potencializando ainda mais o nível de dificuldade desse profissional quando expostos as singularidades e barreiras existentes do público que vivem em situações de rua.

Além de que os profissionais de saúde que não são preparados durante sua formação para realizar os cuidados centrados a este público, ainda mais quando se trata de uma gestante de risco e que vivem nas ruas, sendo visto como um fator limitante de acesso aos atendimentos (COSTA, et al 2015).

Tornando um fator decisivo para andamento saudável da gestação, já múltiplos fatores de risco estão envolvidos com as complicações durante a gestação e o parto, podendo inclusive ser causas determinantes para a mortalidade do binômio mãe-filh (LIMAPÓVOAS, SILVA 2015).

Também, é notório a relevância do conhecimento sobre os diferentes sujeitos, e de seus determinantes e condicionantes sociais de saúde, uma vez que irá auxiliar o acadêmico a ter uma visão mais ampliada sobre a promoção de saúde perante outras realidades (SILVA, et al 2018).

O que o torna um fato primordial para que os profissionais não atuem nessa área, pois não há um estímulo e habilidades em lidar com as pessoas em situações de rua, fazendo assim uma carência de recursos humanos. Sendo apreendido tais práticas na rotina do trabalho, e também nas leituras dos protocolos de saúde, e no treinamento de educação permanente, no entanto é apenas quando ele já se encontra atuando, e não antes de sua atuação (JORGE; CORRADI-WEBSTER, 2012).

A visão sobre os diferentes modos de viver em frente a ausência de fatores que são pré-requisito para se ter uma saúde como educação, alimentação, habitação e renda, atuando como norteadores das ações educativas em saúde. Auxilia o profissional de saúde para que tenha habilidade em realizar sua assistência, e assim consiga tornar a condição de vida dos indivíduos favorável para sua saúde e qualidade de vida, reduzindo as vulnerabilidades, atuando de maneira positiva, na promoção de saúde diante da mulher em situação de rua (MEIRA, KURCGANT, 2016).

Nessa perspectiva a ampliação do saber diante do trabalho com a população em situação de rua é relevante para aguçar nestes profissionais, não apenas sua prática de atendimento, mais focando nas dificuldades, limitações existentes, respeito a sua diversidade de sobrevivências. Auxiliando assim na ofertar de um atendimento mais efetivo, e na busca por estratégias que seja coerente na promoção de saúde em frente as pessoas

em situação de rua (CANÔNICO, 2007).

É observado que o perfil das mulheres, em situação de rua influencia de maneira direta em seu atendimento, uma vez, que acaba criando barreiras e, tornando deficient a propagação, planejamento para executadas medidas de saúde, tais problemas serão organizados no mapa mental. Em decorrência disso, observa-se o aumento da evidência dos efeitos negativos relacionados ao consumo baixo a moderado, durante a gestação (LIMA, PÓVOAS, SILVA, 2015).

O perfil da gestante, em situação de rua, é de extrema vulnerabilidade social, exposta a diversos estressores continuo no cotidiano da rua, mesmo com a conquista de novos vínculos, após a saída da sua casa, possuem laços efetivos sociais primários fragilizados (SANCHOTENE, ANTONI, MUNHÓS, 2019).

Visto que fatores que levam ao uso abusivo de drogas é a perda do vínculo familiar, sendo um dos fatores crucias para o uso crônico da substância, provando alterações que prejudicam a saúde, causando dependência, destruição tanto físicos quanto psicológicos elevando assim atitudes agressivas (MEDEIROS et al, 2013).

Também as mesmas utilizam agressão para a sua proteção e segurança, Segundo o Ministério da Saúde, compiladas pela Secretária de Vigilância em Saúde, relatam que as mulheres são as principais vítimas de violência física e sexuais, só pelo fato de estarem em situações de rua, ocasionando assim um número maior de filhos (multiparidade) indesejados (FERREIRA, L, 2019).

Outro fator que impulsiona essa realidade de mulheres com históricos de várias gestações são a dependência das drogas, que no desespero de comprar recorrem a prostituição sem se importar com a prevenção, já que muitas vezes não utilizam preservativos (SILVA, A, 2013).

Também, o uso de substância ilícitas e licitas se dá pelas inúmeras sensações de prazer, alívio, euforia, poder excitação e hiperatividade, que sentem ao consumirem. Algumas são de baixo custo que colaboram pela sua facilidade de compra. Dessa forma o consumo de drogas se mostra presentem na rotina dessas mulheres, tornando-se um hábito, em princípio, porquê os efeitos destas substâncias minimizam os problemas que esse grupo enfrenta, como frio, fome, dor, sono, desconforto e humilhação (COSTA, et al, 2015).

Além disso, o consumo abusivo de substâncias químicas alucinógenas ou entorpecentes altera as funções do organismo. Essas substâncias são capazes de mexer com emoções e potencializar sentimentos. Assim, tanto o seu consumo quanto a sua falta pode provocar a agressividade de um dependente, podendo assim ter picos de agressividade se transformar em violências, tanto para si quanto para outras pessoas (HOSPITAL SANTA MONICA, 2018).

Sendo presente durante a abordagem da Equipe de Consultório na Rua, pois devido o histórico de julgamentos e preconceitos ja vivenciados pelas pessoas em situação

de rua eles acabam tendo resistência e utilizando a violência como forma de proteção. Como é notado pelo autor Hino, Santos, Rosa (2018), onde a “pesquisa referiram que sofriam discriminação pela sociedade não apenas em função das precárias condições de higiene, mas também pela incapacidade física e mental de alguns moradores de rua e pelo preconceito racial”.

Tais atitudes que aumentam com a sua situação de vulnerabilidade extrema de saúde e social, pois além de estarem expostas a violências físicas, abusos sexuais, a fome, miséria, sofrendo assim abalos psicobiológicos e podendo contrair infecções sexualmente transmissíveis, doenças respiratórias, possíveis gestações, entre outras situações que podem tornar sua rotina ainda mais degradante (FRANÇA, 2016).

A Política Nacional para a População em Situação de Rua apresenta estratégias para o acolhimento e a intervenção adequada para com essa população, porém existe barreira a ser sancionadas. Além disso, a garantia da assistência de saúde, em todos os níveis, ainda enfrenta um histórico pautado pela caridade, benemerência e controle (BRASIL, 2008).

Segundo Vieira, Bezerra e Rosa 2004, (p. 26), a condição de morador de rua expõe o sujeito ao enfrentamento de carências de toda ordem, além de exigir que ao mesmo tempo ele se adapte a **outras** referências de vida social bastante distinta daquelas anteriormente vividas, passando a desenvolver formas de sobrevivência diária com vistas a satisfazer suas necessidades e superar as barreiras apresentadas pela cidade, tornando esse ambiente familiar e diminuindo a vulnerabilidade inicial vivenciada por ele.

As pessoas que fazem das ruas seu espaço de permanência e sobrevivência trazem à tona o processo de vulnerabilidade social vivenciado por muitas famílias brasileiras marcadas pela situação de miséria, abandono e violência. Nesses grupos, identifica-se um processo crescente de fragilização e ruptura dos laços que os inserem no trabalho e nas relações sociais (GONTIJO, 2007).

Identifica-se que algumas mulheres acabam utilizando o sexo como um meio para obter proteção ou mesmo amparo financeiro para a sobrevivência” (VARANDA; ADORNO, 2004, p. 66). E, por estarem expostas às ruas, apresentam dificuldades em ora dizer sim e ora dizer não aos parceiros sexuais. Por serem frágeis, muitas vezes não conseguem se defender quando forçadas a praticar sexo, e algumas acabam fazendo o uso de bebidas alcoólicas, o que as deixam ainda mais vulneráveis desta forma geralmente ocorrem as gestações indesejadas, que por falta de apoio, a não aceitação ao tratamento e o uso de substância durante a gestação acaba abortando.

O fato de estar nas ruas expõe a gestante a uma série de riscos, além de dificulta sua vinculação a um serviço de atenção básica que realize seu pré-natal, uma vez que tais serviços são territoriais, tomando como referência de território o endereço residencial do usuário (BISCOTTO et al, 2016).

Atualmente, também não há um retorno dessas consultas consecutivas por desânimo

e por terem se sentido vítimas de preconceito na assistência de saúde, também por não possuir o conhecimento sobre o contexto preventivo das consultas, visto apenas de maneira curativa de doenças e de outras complicações. O que acabam gerando malefícios a está gestante, visto que a mesma vive em situação de vulnerabilidade extrema (SILVA, 2010).

O autor Oliveira (2015) relata que “A circulação, os deslocamentos e a não fixidez em um só território podem estar relacionados ao ordenamento urbano que exige e provoca a mobilidade, através da exclusão dos lugares. Já para Esquinca (2013), alguns deslocamentos são para a fuga das grandes cidades, e outros direcionados à proximidade dos serviços de assistência social, os quais assumem papel relevante na estratégia de sobrevivência.

Por serem minoria numérica, as mulheres que vivem na rua estão expostas a diversas violências. Segundo Frangella 2004, (p. 197), mulheres sozinhas são, na maioria das vezes, compartilhadas por vários parceiros do agrupamento. Elas estão sempre expostas a estupros, apanham dos parceiros, que agem sozinhos ou em grupos, necessitando dos usos das drogas para sobreviver.

Assim a drogas e o álcool estão presentes na vida dos moradores de rua e permanecem mesmo durante o período gestacional. Além disso, a maioria das mães não saber ao certo o potencial patogênico do uso de drogas, álcool e cigarro durante a gestação. Em sua maioria não são primíparas, e o fato de terem outros filhos que nasceram saudáveis, não apresentando qualquer problema de saúde, aumenta a descrença que têm com relação à ação nociva das drogas. A invisibilidade de alguns problemas causados pelo uso de drogas durante a gestação, causando assim a não aceitação das orientações da equipe de saúde sobre o interrompimento do uso (COSTA, 2015).

Dificultado assim a atuação da equipe profissional que atuam nos consultórios nas ruas, já que essas mulheres não apresentam conhecimento sobre a importância do pré-natal, também sobre os malefícios que o uso do álcool, do tabaco e de outras drogas pode causar, e não conseguem seguir as orientações médicas, e vivem em uma situação de extrema vulnerabilidade, podendo causar risco tanto para elas quanto ao seu filho

Assistência em saúde da Mulher em condição de Rua como citado anteriormente se dá por diversas estratégias da equipe a qual respeita as Políticas públicas que o Sistema único de saúde oferece. São visíveis as demandas e processos de adoecimento das pessoas em situação de rua. Mais quando se coloca a mulher grávida em situação de rua teremos suas peculiaridades de assistência e uma necessidade de ser atendida (PAIVA et al, 2016).

Com base na Secretária de Atenção Primária de Saúde (2020), em uma unidade básica de saúde onde o consultório na rua faz parte para que receba do SUS todo seu atendimento que é de direito de forma integral buscando assim a equidade. A Busca ativa que é o formato que a equipe chega até a usuária a ser atendida se dá através da aproximação da equipe com a Usuária desta forma ocorrem os atendimentos visando

diminuir os danos vividos pela usuária.

O deslocamento dos profissionais e da própria estrutura de assistência para fora dos serviços de saúde trás estranhamentos ao mesmo tempo em que novas práticas assistenciais são desenvolvidas através da busca ativa (ROSA, SANTANA, 2018).

Através de uma assistência multidisciplinar em saúde, torna se eficaz a gestante e ao feto de forma a conscientizar e orientar o atendimento a gestante se tornaria mais humanizado, garantindo uma maior adesão e permanência ao a acompanhamento pré-natal (ARAGON, et al, 2020).

A mulher atendida pelo CNR tem um perfil diferenciado neste momento proporciona um fortalecimento do pré-natal de alto risco pois inicia se com a sensibilização avaliação psicologia para conhecer esta mulher até mesmo se aceita a gestação que muita das vezes foi gerada por um ato de violência "estrupe" pois a mulher em condição de rua não consegue ser dona do seu próprio corpo (FIGUEREDO, 2019).

Através desta aproximação a consulta medica e de enfermagem são realizadas. São ofertados os serviços tais como verificação de sinais vitais, exame físico. Solicitação de exames laboratoriais, ultrassonografia conforme o trimestre gestacional agendamento de consultas na UBS, curativos se necessário provimento de insumo caso seja necessário (BRASIL, 2019).

Trabalha se a possibilidade de ofertar um acolhimento em abrigo público onde está mulher se afastaria do ambiente insalubre e violento que são as ruas. Podendo seguir com a gestação sem tantos riscos. Muitos descritores afirmam esta sugestão como uma condição de melhorias (MEDEIROS, 2018).

A compreensão da vivência de mulheres em situação de rua aponta os enfrentamentos do cotidiano e a busca por Abrigo como suporte para o atendimento de suas necessidades básicas (BISCOTTO, ET AL, 2016).

O fortalecimento do vínculo se dá entre o profissional de saúde e a usuária se estabelecendo ou não uma relação de confiança para que a equipe possa desenvolver o trabalho. É necessário a compreensão da peculiaridade do público assistido e seus momentos de aceitação, tais como oscilação de humor momento este que precisa ser respeitado (CAMPINAS,2014).

As pessoas que vivenciam situação de rua também são vítimas de preconceito quando procuram um serviço de saúde e se deparam com o despreparo e a inabilidade dos profissionais de saúde para a realização da escuta qualificada e desta forma fortalecer os vínculos de acessibilidade (HINO, SANTOS, ROSA, 2018).

No entanto, não adianta ter todos os profissionais atuando se esse trabalho se não for integrado e, sobretudo, centrado nas necessidades das gestantes para que ocorra a troca de conhecimento mesmo que tenha as resistências são utilizados a diversidade de habilidades e conhecimento da equipe multiprofissional para um fortalecimento de vínculo com a gestante, tornando efetivo a aderência ao tratamento (ARAUJO, ROCHA; FALCONE;

2017, 2005).

Ressalta-se, ainda, que a avaliação periódica dos serviços de atenção primária o qual o consultório na rua faz parte pode subsidiar a implementação de ações intersectoriais que visem à continuidade dos cuidados de forma integral e que favoreçam o acesso equitativo e o fluxo dos usuários na Rede de Atenção à Saúde (SOUSA AI, et al, 2020).

Em frente as limitações encontradas, a equipe de consultório na rua deve possuir um olhar diferenciado no atendimento dessa parcela da população. Equipamentos sociais destinados ao tratamento de álcool e drogas, ao atendimento às situações de violência e demais serviços que incluam as pessoas em situação de rua precisam se preparar para oferecer uma escuta qualificada a este público, bem como para serem resolutivos frente às necessidades por ele apresentado.

4 | CONCLUSÃO

Diante das temáticas abordadas juntamente com a equipe multiprofissional nas ruas é notório uma falta de disciplina nas instituições de nível médio/técnico e superior, tornando limitado o “campo” de conhecimento a respeito as peculiaridades das pessoas em situações de rua.

Acredita se que a introdução de temática que aborde sobre assistência a saúde a mulher em condição de rua para os discentes de curso técnico e de graduação da área da saúde durante o decorrer da grade curricular, irá fornecer uma perspectiva e atuação mais eficaz, quando estiver perante um atendimento a pessoa que vive na rua.

Esta preparação faz necessário por ser um público diferenciado, tais como lidar com dependência química, pré-natal de auto risco, aceitação da gestação, personalidade agressiva, o desconhecimento sobre a relevância de um acompanhamento durante a gestação.

O pré-natal precisa de ações tais como saber referenciar a gestação de auto risco, orientar e encaminhar quanto o direito da mulher em realizar o aborto quando a gestação não é desejável por ter ocorrido diante do estupro, e diversos conceitos sociais como costumes e em contrapontos seus direitos violados por uma sociedade onde há ausência de inclusão social.

Visto que saúde não é só ausência de doença em determinadas assistências a gestante não ter atenção especifica a abrangendo como uma toda alimentação, moradia, renda, sono repouso, e preocupações com o ser que esta gerando. Pois todos esses fatores não solucionados ou amenizado podem interferir no período gestacional impactando em alterações fisiológica e patológica

É crucial que todo cuidado à gestante em condição de risco e em situação de vulnerabilidade social, requer atenção maior quanto à assistência presente que envolve as orientações detalhadas a cada uma, como forma de promoção à saúde e prevenção dos

agravos no percurso da gestação, tendo além de tudo um cuidado continuado no período pós-parto.

Contudo, as mulheres em situações de rua, quando engravidam se encontram em uma situação muito delicada, sem uma alimentação adequada e um ambiente seguro, fazendo assim que elas optem por hábitos que não são saudáveis como o uso de álcool, tabaco e outra drogas, transição de território, muitas utilizam resistências contra a equipe de saúde, em consequência, uma não adesão ao acompanhamento do pré-natal.

Logo a equipe de consultório na rua, para sancionar as barreiras encontradas ao atuar na assistência com as mulheres em condição de rua no período gestacional são utilizadas estratégias, diante das situações enfrentadas no dia a dia desses profissionais impactando no plano terapêutico desenvolvido pela equipe multiprofissional como abrigos o fortalecimento de vínculos e a busca ativa para poderem ter um êxito em sua assistência perante esta mulher, em situação de rua, para conseguir reduzir as barreiras existentes.

REFERÊNCIAS

ALBERTONI, N B; ALMEIDA, B V. **As gestantes usuárias de crack em situação de rua na cidade de Belo Horizonte: uma discussão de políticas e legislação a partir de vivências no Projeto Mudanças.** Disponível em: <<http://periodicos.pucminas.br/index.php/conecte-se/article/view/16751/12738>>. Acessado em: 21 de maio de 2020.

ARAÚJO AS, Santos AAP dos, Lúcio IML et al. **O contexto da gestante na situação de rua e vulnerabilidade: seu olhar sobre o pré-natal.** Rev. On. Enfer. EFPE. vol 11.No 10.2017. Disponível em: <<https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/view/231171/25139>>. Acesso em: 07 de março de 2020

ARAÚJO, M, B, S; ROCHA, P, M. Ciênc. saúde coletiva vol.12 no.2 Rio de Janeiro Mar./Apr. 2007 **Trabalho em equipe: um desafio para a consolidação da estratégia de saúde da família.** Disponível em<<https://doi.org/10.1590/S1413-81232007000200022>> acesso em:20, nov,2020

ARAGON, S,C. Et al. **Acompanhamento pré-natal como fator determinante para diminuição de grávidas usuárias de drogas e repercussões nos neonatos: uma revisão sistemática.**Disponível em:< 10.18606/2318-1419/amazonia.sci.health.v8n1p55-65> acesso em21,nov,2020

BISCOTTO, P, R. Et al. Rev. esc. enferm. USP vol.50 no.5 São Paulo Sept./Oct. 2016. **Compreensão da vivência de mulheres em situação de rua.** Disponível em:< <https://doi.org/10.1590/s0080-623420160000600006> > acesso em: 20,nov,2020.

BRASIL. **Resolução nº466, de 12 de dezembro de 2012.**Disponível:< <https://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf>>acesso em:08,dez,2020.

BRASIL, Ministério da Saúde. **COVID-19.** Disponível em:< <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/noticias/saude-divulga-dados-epidemiologicos-da-covid-19-no-brasil>>acesso em 08,dez,2020.

BRASIL, Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. **Manual sobre o cuidado à saúde junto à população em situação de rua** 2016. Disponível em: http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/manual_cuidado_populacao_rua.pdf. Acessado em: 22 de fevereiro de 2020.

BRASIL, Secretária de Atenção primária da Saúde.2020.**Consultório na Rua**.Disponível em:< <https://aps.saude.gov.br/ape/consultoriorua/>>Acesso em:20,nov,2020

BRASIL, Ministério da Saúde. **Nota técnica conjunta N° 001-SAS e SGEP**. De 2015. Disponível em: <http://portalms.saude.gov.br/images/pdf/2015/outubro/08/Nota-t--cnica--diretrizes-e-fluxograma-mulher-sit-rua.pdf>. Acessado em: 22 de fevereiro de 2020.

BRASIL,Ministério da Saúde.**Em situação de rua** 2017.Disponível em: <<https://www.saude.gov.br/artigos/869-politicas-de-equidade-em-saude/41381-em-situacao-de-rua>>. Acessado em: 04 de maio de 2020.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Gestação de alto risco**. Disponível em <https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/gestacao_alto_risco.pdf> Acesso em: 15,junho,2020.

BRASIL, Ministério da Saúde. Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017. **Política Nacional de Atenção Básica**. Disponível em: <https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436_22_09_2017.html>. Acessado em: 05 de maio de 2020. BRASIL, Atenção Primária em Saúde. O que caracteriza uma gestação de alto risco? (2018). Disponível em: <<https://aps.bvs.br/aps/quais-os-criterios-utilizados-para-estratificar-uma-gravidez-como-sendo-de-risco/>>. Acessado em: 21 de maio de 2020.

CAMPINAS.Secretaria Municipal de Saude, 2014. **MANUAL DE ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM**. Disponível em:< http://www.saude.campinas.sp.gov.br/saude/enfermagem/Manual_da_Assistencia_de_Enfermagem_v2015_final.pdf> Acesso em:20,nov,2020.

CANÔNICO, R P et al. **Atendimento à população de rua em um Centro de Saúde Escola na cidade de São Paulo**. Disponível em: <https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342007000500010>. Acessado em: 13 de maio de 2020.

COSTA, S L et al. **Gestantes em situação de rua no município de Santos, SP: reflexões e desafio para as políticas públicas**. Disponível em: <<https://scielosp.org/article/sausoc/2015.v24n3/1089-1102/>>. Acessado em: 13 de maio de 2020

ESQUINCA, M. M. M. (2013). **Os deslocamentos territoriais dos adultos moradores de rua nos bairros Sé e República (dissertação)**. Universidade de São Paulo, São Paulo, SP, Brasil. Disponível em:< https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_nlinks&pid=S1414-9893201800050066200031&lng=en> Acesso em:21,nov,2020.

FAAC UNESP. **Futuras mães encontram dificuldades por conta de sua condição social, instituições de amparo podem ser uma alternativa**. Disponível em: <http://reporterunesp.jor.br/2017/05/15/maternidade-situacao-vulnerabilidade/>. Acessado em: 21 de maio de 2020.

FASURGS. **O FATOR “RISCO” Em PESQUISAS COM SERES HUMANOS**. Disponível:< <https://www.fasurgs.edu.br/cep/site/orientacoes/FASURGS-Orientacao-01-2016-OfatorRISCOempesquisascomsereshumanos.pdf>>acesso em:08, dez,2020.

FERREIRA, L. Genero Numero. 2019 "**Menos mulheres: Invisíveis, moradoras de rua estupradas não têm acesso ao aborto legal**". Disponível em: <<http://www.generonumero.media/moradoras-de-rua-estupro-aborto/>> Acesso em: 19, nov, 2020.

FERREIRA, R.A. et al. **Spatial analysis of the social vulnerability of adolescent pregnancy**. Cad. S. Púb., Rio de Janeiro, v.28, n.2, p.313-323, 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2012000200010>. Acesso em: Acessado em: 07 de março de 2020.

FIGUEIREDO, P G1 SP. **Minoria na população de rua, mulheres foram vítimas em 51% dos casos de violência contra moradores de rua no Brasil**. Disponível em: <https://g1.globo.com/sp/sao-paulo/noticia/2019/12/26/minoria-na-populacao-de-rua-mulheres-foram-vitimas-em-51percent-dos-casos-de-violencia-contra-moradores-de-rua-no-brasil.ghtml>> acesso em: 20, nov, 2020.

FOLHA DE SAO PAULO. SILVA, A. **Crack empurra mulheres à prostituição**. Disponível em: <<https://www1.folha.uol.com.br/fsp/cotidian/ff0405200317.htm>> acesso em: 20, nov, 2020.

FONSECA, T. HUGO. **Profissionais são capacitados para atendimento a gestantes de alto risco**. Disponível em: <http://www2.ebserh.gov.br/web/hu-furg/noticia-aberta/-/asset_publisher/JYdUOrTtibKl/content/id/4363397/2019-08-profissionais-sao-capacitados-para-atendimento-a-gestantes-de-alto-risco> Acesso : 15, junho, 2020

, FRANGELLA, S. M. **Corpos urbanos errantes: uma etnografia da corporalidade** de moradores de rua em São Paulo. 2004. Tese (Doutorado em Filosofia e Ciências Humanas) - Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 2004.

GOMES, M C; OLIVEIRA A A; ALCARÁ A R. **Entrevista: um relato de aplicação da técnica**. Disponível em: <<http://www.uel.br/eventos/cinf/index.php/secin2016/secin2016/paper/viewFile/359/175>>. Acessado em: 25 de maio de 2020.

GONTIJO, D. T. **Adolescentes com experiência de vida nas ruas: compreendendo os significados da maternidade e paternidade em um contexto de vulnerabilidade/desfiliação**. Revista Eletrônica de Enfermagem. Goiânia, v. 9, n. 3, p. 878-879, 2007.

GUIMARÃES, F A R. **Pesquisa Qualitativa x Pesquisa Quantitativa**. Disponível em: <<https://slideplayer.com.br/slide/53929/>>. Acessado em : 28 de maio de 2020

Hino P, Santos JO, Rosa AS. **Pessoas que vivenciam situação de rua sob o olhar da saúde**. Rev Bras Enferm 2018;71(Suppl 1):684-92. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2017-0547>> acesso em: 21, nov, 2020.

JORGE J, S; CORRADI-WEBSTER, C, M. Saúde Transform. Soc. vol.3 no.1 Florianópolis jan. 2012 **Consultório de Rua: Contribuições e Desafios de uma Prática em Construção**. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2178-70852012000100007> acesso em: 23, nov, 2020.

Lima LPM, Santos AAPS, Póvoas FTX, Silva FCL. REVISTA ESPAÇO PARA A SAÚDE | Londrina | v. 16 | n. 3 | p. 39-46 | jul/set. 2015. **O papel do enfermeiro durante a consulta de pré-natal à gestante usuária de drogas**. Disponível em: <<http://espacoparasaude.fpp.edu.br/index.php/espacosaude/article/viewFile/394/382>> acesso: 23, nov, 2020.. acesso em: 23, nov, 2020.

KASSADA, D S; MARCON, S S; WAIDMAN, M A P. Percepções e práticas de gestantes atendidas na atenção primária frente ao uso de drogas. Disponível em: <<https://www.scielo.br/pdf/ean/v18n3/1414-8145-ean-18-03-0428.pdf>>. Acessado em: 21 de maio de 2020.

MAFFACCIOLL, R; OLIVEIRA, D,L,L,C. Rev. Gaúcha Enferm. vol.39 Porto Alegre 2018 Epub Oct 22, 2018. **Desafios e perspectivas do cuidado em enfermagem a populações em situação de vulnerabilidade.** Disponível em: <https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-14472018000100702> acesso em: 29, nov, 2020.

MARQUES, E R; PASSOS, M A N. **Identificação de fatores que interferem na prática do enfermeiro das equipes de consultório na rua na atenção básica.** Revista Brasileira de Pesquisa em Ciências da Saúde Pág. 52-61. Disponível em: <<http://revistas.icesp.br/index.php/RBPeCS/article/download/124/92>>. Acessado em: 13 de maio de 2020.

MEDEIROS, F F et al. **Acompanhamento pré-natal da gestação de alto risco no serviço público.** Disponível em: <https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672019000900204&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt>. Acessado em: 21 de maio de 2020.

MEDEIROS, J . **Serviço de Acolhimento Institucional Para Mulheres em Situação de Violência.** Disponível em: <<https://www.gesuas.com.br/blog/servico-de-acolhimento-institucional-para-mulheres-em-situacao-de-violencia/>> acesso em: 20, nov, 2020.

MEDEIROS; K, T ; MACIEI; S, C ; SOUSA P, F; TENÓRIO-SOUZA F, M; DIAS, V, C, C- Psicol. estud. vol.18 no.2 Maringá Apr./June 2013. **Representações sociais do uso e abuso de drogas entre familiares de usuários.** Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S1413-73722013000200008>> acesso em :19, nov, 2020

Meira MDD, Kurcgant P. **Educação em enfermagem: avaliação da formação por egressos, empregadores e docentes.** Rev Bras Enferm. 2016;69(1):16-22. Disponível em: <https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_nlinks&pid=S1983-1447201800010044200021&lng=en> acesso em: 29, nov, 2020.

METZGER. Pesquisa descritiva: conceito, características e aplicação. Disponível em : <<https://blog.metzger.com/pesquisa-descritiva/>>. Acessado em: 25 de maio de 2020

Oliveira, M. M. (2015). **"Achim que brotam das fontes dessa cidade? Uma etnografia sobre o cotidiano de sobrevivência de pessoas em situação de rua em Natal/RN** (dissertação). Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Natal, RN, Brasil. Disponível em: <https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_nlinks&pid=S1414-9893201800050066200072&lng=en> acesso em: 21, nov, 2020.

Organização Mundial da Saúde. **Objetivos de Desenvolvimento do Milênio Brasil.** Disponível em: <http://www.odmbrasil.gov.br/>. Acessado em: 07 de março de 2020.

PAIVA , I, K, S; et al. Ciênc. saúde coletiva vol.21 no.8 Rio de Janeiro ago. 2016. **Direito à saúde da população em situação de rua: reflexões sobre a problemática** . Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/1413-81232015218.06892015>> acesso em: 20, nov, 2020.

PINHO, R, J; Ana Paula Fernandes Barão PEREIRA, A P F; Cad. Bras. Ter. Ocup. vol.27 no.3 São Carlos July/Sept. 2019 Epub Sep 12, 2019. **População em situação de rua, mundo do trabalho e os centros de referência especializados para população em situação de rua (centro pop): perspectivas acerca das ações para inclusão produtiva.** Disponível em: <<https://doi.org/10.4322/2526-8910.ctoao1842>> acesso em: 20, nov, 2020.

PRADO, S. **Gestantes contam com equipe multiprofissional para garantir um pré natal segur** . Disponível em: < <https://www.oitomeia.com.br/noticias/2017/04/17/gestantes-contam-com-equipe-multiprofissional-para-garantir-um-pre-natal-seguro/>> Acesso em :15,junho,2020.

RATES, C,M,P, COSTA, M,R , PESSALACIA, J,D,R. **Caracterização de riscos em protocolos submetidos a um comitê de ética em pesquisa: análise bioética.** Disponível em< https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1983-80422014000300013&script=sci_abstract&tlng=pt> acesso em:08,dez,2020.

SIMÕES, T R B A; COUTO, M C V; MIRANDA L; DELGADO P G G. **Missão e efetividade dos Consultórios na Rua: uma experiência de produção de consenso.** Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S010311042017000300963&script=sci_arttext Acessado em: 05 de maio de 2020.

SANCHOTENE,I, P; ANTONI, C; MUNHÓS, A, A,R. Textos & Contextos (Porto Alegre), v. 18, n. 1, p. 146-160, jan./jun. 2019. **MARIA, MARIA: concepções sobre ser mulher em situação de rua.** Disponível em:< <https://www.google.com/search?client=firefox-b-d&q=MARIA%2C+MARIA%3A+cocep%C3%A7%C3%B5es+sobre+ser+mulher+em+situa%C3%A7%C3%A3o+de+rua.>>Acesso em:18, nov,2020

SILVA, et al. Cad. Bras. Ter. Ocup., São Carlos, v. 26, n. 2, p. 489-500, 2018 **Estratégias criativas e a população em situação de rua: terapia ocupacional, arte, cultura e deslocamentos sensíveis.** Disponível em :<https://doi.org/10.4322/2526-8910.ctoRE1128> acesso em: 20,nov,2020.

SILVA, C C, CRUZ, M M, VARGAS, E P. **Práticas de cuidado e população em situação de rua: o caso do Consultório na Rua.** Disponível em: <<https://www.scielo.br/pdf/sdeb/v39nspe/0103-1104-sdeb-39-spe-00246.pdf>>. Acessado em:04 de maio de 2020.

SILVA, F P. **As práticas de saúde das equipes dos consultórios de rua.** V.1, p.12-90, 2013

SILVA, FP da, FRAZÃO IS da, LINHARES FMP. **Práticas de saúde das equipes dos Consultórios de Rua.** Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 30(4): 805-814, abr, 2014. Disponível em:< <https://www.scielo.br/pdf/csp/v30n4/0102-311X-csp-30-4-0805.pdf>>. Acesso em: 15, junho, 2020.

SILVA, J,P. Et al. Rev. Gaúcha Enferm. vol.39 Porto Alegre 2018 Epub Sep 03, 2018. **Promoção da saúde na educação básica: percepções dos alunos de licenciatura em enfermagem.** Disponível em:< https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-14472018000100442>acesso em 29,nov,2020.

SILVA, Roseli Paula. ET AL. **Assistência de enfermagem a pessoa em situação de rua,** São Paulo: Revista Recien .2017; 7(20):31 -39 pag.

SILVA, S, G Psicol. cienc. prof. vol.30 no.3 Brasília Sept. 2010. **Preconceito e discriminação: as bases da violência contra a mulher.** Disponível em:< <http://dx.doi.org/10.1590/S1414->> cesso em:21,nov,2020.

SOUZA, L K, .**Pesquisa com análise qualitativa de dados : conhecendo a análise de dados.** Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1809-52672019000200005>. Acesso em:05,maio,2020.

FRANÇA, F. **Além da pobreza, moradores de rua vivem com constante ameaça de doença.** Disponível em: <https://www.jornaldaparaiba.com.br/vida_urbana/alem-da-pobreza-moradores-de-rua-vivem-com-constante-ameaca-de-doencas.html> acesso:20,nov,2020.

Hospital Santa Mônica.portal institucional,2018. **Qual é a relação entre violência e drogas?**. Disponível em: <<https://hospitalsantamonica.com.br/qual-e-a-relacao-entre-violencia-e-drogas/>> acesso em:20,nov,2020.

Rosa AS, Santana CLA. **Street Clinic as good practice in Collective Health.** Rev Bras Enferm [Internet]. 2018;71(Suppl 1):465-6. [Thematic Issue: Contributions and challenges of nursing practices in collective health] disponível em< <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-201871sup102>> acessado em:21,nov,2020.

VARANDA, W.; ADORNO, R. C. F. **Descartáveis urbanos: discutindo a complexidade da população de rua e o desafio para políticas públicas de saúde** São Paulo. Saúde e Sociedade, São Paulo, v. 13, n. 1, p. 56-67, 2004.

VARGAS, E R; MECERATA I. **Contribuições das equipes de Consultório na Rua para o cuidado e a gestão da atenção básica.** Disponível em: <<https://www.scielosp.org/article/rpsp/2018.v42/e170/>>. Acessado em: 04 de maio de 2020..

TUMELERO,N. Pesquisa de campo: conceitos, finalidade e etapas de como fazer . **Disponível em:** <<https://blog.metzger.com/pesquisa-de-campo/>>. Acessado em: 28 de maio de 2020.

CAPÍTULO 19

NURSING CARE IN OPHTHALMOLOGIC AND NEUROLOGICAL SURGERIES

Data de aceite: 01/03/2022

Rodrigo Marques da Silva

Centro Universitário Planalto do Distrito Federal
Brasília-DF
<http://lattes.cnpq.br/6469518473430107>

Isabella Fernandes Messias

Centro Universitário Planalto do Distrito Federal
Brasília-DF
<http://lattes.cnpq.br/4062010448296314>

Jaqueline Kennedy Paiva Da Silva Ananias

Centro Universitário Planalto do Distrito Federal
Brasília-DF
<http://lattes.cnpq.br/9077650040271660>

Leomara Santos De Vasconcelos

Centro Universitário Planalto do Distrito Federal
Brasília-DF
<http://lattes.cnpq.br/2206729680563747>

Yasmin Da Costa De Almeida Trindade

Centro Universitário Planalto do Distrito Federal
Brasília-DF
<http://lattes.cnpq.br/0918972843733745>

Letícia Noronha Gonzaga

Universidade Evangélica de Goiás
Anápolis-GO
<http://lattes.cnpq.br/8288541369343732>

Lincoln Agudo Oliveira Benito

Centro Universitário de Brasília
Brasília-DF
<http://lattes.cnpq.br/7780343507481308>

Thais de Andrade Paula

Universidade Unievangelica
Anápolis-GO
<http://lattes.cnpq.br/7537676316667114>

Ariane Ferreira Vieira

Secretaria de Saúde do Distrito Federal
Brasília-DF
<http://lattes.cnpq.br/6313199017237936>

ABSTRACT: **Objective:** to analyze the scientific production on pre- and postoperative care to patients submitted to neurological and ophthalmologic surgeries. **Method:** This is a bibliographic review of the literature whose search was carried out in books, manuals, theses, monographs and single publications on digital bases. Data collection occurred between August and September 2021 at Pubmed, Scientific Electronic Library Online and Google Scholar through the descriptors: nursing AND care in the operating room and neurological OR ophthalmologic. **Results:** The pre and postoperative neurological and ophthalmic are a delicate process, considering the full degree of complexity of the procedure, where the nursing team has a fundamental role in monitoring, assisting and informing the patient and family members of all care and risks to be followed in the pre and postoperative period, so that it can best be carried out until hospital discharge. Therefore, the combination of the factors presented leads to an increase in the rates of successful surgeries currently. **Conclusion:** Nursing care in ophthalmologic and neurological surgeries

includes prevention, diagnosis, patient evaluation, treatment and rehabilitation actions. The nursing team is necessary, as it will ensure the patient's well-being and for the transoperative period to go through satisfactorily and without complications.

KEYWORDS: Ophthalmology, Neurology, Preoperative, Postoperative.

RESUMO: Objetivo: analisar a produção científica sobre a assistência pré e pós-operatória ao paciente submetido às cirurgias neurológicas e oftalmológicas. **Método:** Trata-se de uma revisão bibliográfica da literatura cuja busca foi realizada em livros, manuais, teses, monografias e publicações avulsas em bases digitais. A coleta de dados ocorreu entre agosto a setembro de 2021 no Pubmed, Scientific Electronic Library Online e Google Acadêmico por meio dos descritores: enfermagem AND cuidados no centro cirúrgico AND neurológico OR oftalmológico. **Resultados:** O pré e pós-operatório neurológico e oftálmico constituem um processo delicado, tendo em vista todo o grau de complexidade do procedimento, onde a equipe de enfermagem tem um papel fundamental em acompanhar, auxiliar e informar o paciente e familiares de todos os cuidados e riscos a serem seguidos no pré e pós-operatório para que transcorra da melhor maneira até a alta hospitalar. Portanto, a junção dos fatores apresentados leva ao aumento das taxas de cirurgias bem sucedidas atualmente. **Conclusão:** A assistência de enfermagem nas cirurgias oftalmológicas e neurológicas inclui ações de prevenção, diagnóstico, avaliação do paciente, tratamento e reabilitação. A equipe de enfermagem se faz necessária, pois ela garantirá o bem estar do paciente e para que o transoperatório transcorra de forma satisfatória e sem complicações.

PALAVRAS-CHAVE: Oftalmologia, Neurologia, Pré-operatório, Pós-operatório.

INTRODUCTION

Neurosurgeries are considered delicate and complex surgeries, because their interventions can cause damage to some vital functions of the individual, and may present difficulties to restore normal functions. Thus, there was a need for the professional health team to adapt to technological resources for better monitoring.

The nurse is responsible for knowing the changes that can happen to the patient and, thus, acting correctly according to constant observation and correct evaluation, using preventive measures and early detection.

On the other hand, the variation of eye diseases either by genetic factor, external factors or life habits, causes visual difficulty, diseases of greater severity and even blindness. Having as its main diseases cataract, conjunctivitis, glaucoma, diabetic retinopathy, macular degeneration due to age and refraction errors, can lead to the individual's vision the need for ophthalmologic surgeries. Its benefits are diverse due to the resolution of visual loss due to various types of problems.

An intervention plan should be drawn up in conjunction with the multidisciplinary team, composed of a surgeon, anesthesiologist and nurse, emphasizing the specific care of the postoperative period, such as dressings, use of medications, return for follow-up and home rest. (MATZENBACHER, 2021)

Nurses play a fundamental role in providing Systematized Nursing care, estimating care and guidelines for the promotion and prevention of complications that may compromise on an adequate recovery. Therefore, the conducts and application of nursing care protocols are effective to develop a safe and humanized care.

In this sense, this work time by purpose to analyze the scientific production on pre- and postoperative care to patients submitted to neurological and ophthalmologic surgeries.

METHOD

This is a bibliographic review of the literature whose search was carried out in books, manuals, theses, monographs and single publications on digital bases. Data collection occurred between August and September 2021 at Pubmed, Scientific Electronic Library Online (SciELO) and Google Scholar through the descriptors: nursing AND care in the or ophthalmologic and neurological operating center. Articles published from 1998 to 2020 were included, available in full free of charge in Portuguese, Spanish or English. Those without direct relation to the theme were excluded.

Initially, an exploratory reading of the titles and abstracts was carried out to recognize the articles that met the eligibility criteria. Then, the previously selected articles were read in full, and they were resubmitted to the inclusion and exclusion criteria.

After the data gathering, the objective, method, results and conclusions of each study were typed into a spreadsheet in the Microsoft Excel program, and analyzed thought thematic analysis method.

RESULTS AND DISCUSSION

Pre- and postoperative care to patients undergoing neurosurgery

Neurosurgery is concerned with the diagnosis and treatment of nervous system disorders, and is one of the most recent to be developed, where it gained recognition only in the early 1900s, being nowadays one of the most advanced medical disciplines in the world of science and medicine.

Neurological surgeries occur in the (brain, spine or nerves of the limbs or extremities), and can be done in patients of all ages, from newborns to older ones.

Currently neurosurgery makes use of some more advanced technologies currently available. (NETO, R. R. S., et alt., 2015)

Neurological surgeries have a more complex procedure, where the patient needs at least 7 days of hospitalization and the surgical procedure has durability around 5 hours.

Most common neurological surgeries

- **Craniotomia:** surgery in which part of the skull bone is removed to operate parts of the brain and may be indicated for the following conditions:

- Removal of brain tumours;
- Treatment of cerebral aneurysm;
- Removal of clots in the head;
- Correction of fistulas of arteries and veins of the head
- Brain abscess drainage;
- Repair skull fractures;

It may also be indicated by a neurologist to relieve intracranial pressure caused by head trauma or stroke. (BEZERRA, C., 2020)

→ **Herniated intervertebrate disc (laminectomy):** Between one and the other vertebra there is an intervertebrate disc formed by cartilaginous tissue, which injured causes herniated disc, which compresses nerve roots that surgically treated consists of resection of vertebra blades and extirpation of the hernia. (CAMPOS, R.P., 2018)

→ **Neurosurgery of Trauma:** Neurosurgical procedures resulting from Surgeries Traumatismos Cranio-Brain.

→ **Oncologic Neurosurgery:** Microsurgeries for intracranial tumors.

→ **Vascular neurosurgery:** Microsurgeries for the treatment of cerebral aneurysms and intracranial vascular malformations.

→ **Endovascular Neurosurgery:** Endovascular surgeries (in hemodynamics) for the treatment of AVCi (ischemic strokes), cerebral aneurysms and intracranial and cervical vascular malformations.

→ **Skull Base Neurosurgery:** Surgery of diseases of the base of the skull.

→ **Neurosurgery for Epilepsia:** Surgery to treat severe epilepsy and refractory to clinical treatment.

→ **Pediatric Neurosurgery:** Neurosurgical procedures in pediatrics, neuroendoscopies, malformations, developmental anomalies and pediatric hydrocephalus.

→ **Spinal Neurosurgery:** Surgeries for the treatment of spinal diseases.

→ **Neurosurgery of Peripheral Nerves:** Surgeries for the treatment of diseases of the brachial, lumbar and sacral plexus as well as peripheral nerves.

Neurosurgery Preoperative

Preoperative evaluation is essential for the safety and success of surgery if not done, it is not recommended to perform the surgery. Its main objective is to evaluate the risk-benefit of surgery for the patient and is basically formed by three factors: evaluation of the patient's clinical history, physical examinations and complementary exams.

The tests necessary for surgical risk differentiate according to surgery and its type,

in addition to the main ones: complete blood count, electrocardiogram, coagulogram, echo and exercise test. The other types to be carried out will be determined according to the framework and intervention. It is the nurse's duty to make sure that the tests are correct, according to what was requested. Since it is the responsibility and duty of nurses to provide adequate information to the person, family and collectivity about the rights, risks, benefit and complications about nursing care and to promote comprehensive care, one can make use of the Preoperative Nursing Visit (Mazzi et al,2014).

Pre-evaluation seeks to determine whether there is a low, medium or high level of risk of complications during the operation, mainly due to heart problems. The evaluation knows the possibility of complications, so the importance of care is fundamental to determine whether the surgery will be beneficial to the patient or not

- Clarification of patient and family regarding the possibilities of improvement and possible complications;
- Examinations taking and checking
- Attend on the scheduled day and do not forget:
 - Documents
 - Toiletries
 - Escort
 - Preoperative Examinations
 - (8 hours prior to surgery time)
- Daily medications (for High Blood Pressure, Diabetes): Use normally and swallow with as little water as possible.
- Should not be taken: AAS, Aspirin and other anti-aggregants/anticoagulants (clarify when to discontinue such medications during consultation)
- Arrive 2 hours before surgery to hospital

Importance of preoperative nursing guidelines in neurological surgeries

The preoperative phase is the period from the eve of surgery to the moment it is received in the Operating Room. It is the most appropriate time for interpersonal relationships, is when nurses should deepen the emotional preparation of the patient in the face of their anxieties about the surgery to which they will undergo. (LACCHINI et al, 2011, p. 1022)

Neurosurgical patients have a high risk of neurological complications in the immediate postoperative period, which increases both morbidity and mortality, and require special postoperative care. (HERRERO, 2015)

The surgical client undergoes major transformations during the perioperative period, both physical and psychic, in response to previous thoughts and experiences that often

generate feelings of uncertainty and fragility. Humanized care aims to reduce or avoid the anxiety that the anesthetic-surgical act can awaken in the client, making them safer and more confident

Post-operative care

- Wash only with water or saline and neutral soap;
- Do not pass any different substances or healing ointments;
- Cover scar with gauze and micropore in the first week
- Bath with the dressing and, at the end of the bath, then open the dressing to perform the cleaning, with the care of not opening the wound with friction to clean or to dry;
- Remove the points
- Will be marked in approximately 10 to 15 days
- Rehabilitation
- It will start after removing the points

The return to work and/or sport will depend on each case and recovery after surgery, usually 30 days at least.

Assistência pré e pós-operatória ao paciente submetido a cirurgia oftalmológica

The first eye surgeries occurred in Babylon in 1685.C, but only in 2500 a.C had the first ophthalmologic cataract procedure in India. The first glasses were created in Germany in 1270. The Brazilian Society of Ophthalmology was created in 1922. The creation of the Brazilian Council of Ophthalmology was developed in 1941. And in 1949 the first intraocular lens was invented in England.

In the 17th and 18th centuries there were important discoveries about the first specific surgical interventions, such as strabismus. In the 19th and 20th centuries the evolution of the area was more developed and advanced, on disorders, examinations, treatments and especially surgical procedures, improving with technological advances.

According to WHO statistics, about 30% of the population under 40 years of age lacks the use of glasses to correct refractive errors, which have as a solution corneal refractive surgery, which makes the definitive correction of the problem, remodeling the cornea to adjust the degree and make a precise focus on the eyes.

Currently these surgeries are commonly done with high precision laser, thanks to technological advances, it is a painless procedure that takes about 10 to 16 minutes per eye.

In Brazil, by the SUS, the greatest demand is to remunerate only facetectomy surgeries (cataract, pteraism exercise and glaucoma surgery), which have a higher incidence in adults aged 80 years or older, where cataract is responsible for 50% of total vision losses (COSTA et al,2021).

There are also cosmetic ophthalmological surgeries, which are the cases of strabismus, usually this procedure is done under general anesthesia so that the doctor is able to make small cuts in the muscles of the eyes, to balance and align the eye, and can be done in adults and children.

The success rates of ophthalmologic surgeries are quite high, with rare cases of complications after surgery, depending on the procedure the success rate exceeds 90% if all medical guidelines are followed.

Most common surgeries

Ophthalmology has been advancing over the years. Especially with technology, thus transforming into one of the safest operations, with very low rates of complications and mortality.

There are several types of surgical interventions performed daily, from operation to correction of diseases to aesthetic interventions.

Cataract surgery

The surgery lasts, on average, 30 minutes. It is performed with laser and phacoemulsification. Small incisions are made for cataract aspiration and for inserting an intraocular lens. There are technical variables for glaucoma correction.

- 1) Selective laser trabeculoplasty
- 2) Laser iridotomy
- 3) Trabeculectomy
- 4) Drainage pipes
- 5) Minimally invasive glaucoma surgery (MIG)

Procedures can be performed in isolation or in combination.

Strabismus surgery

The purpose of this surgery is to align the eyes improving the aesthetics of the individual. Surgery planning varies according to the type of strabismus. However, most procedures are performed with absorbable sutures, excluding the need to remove stitches. Surgery can be performed in adults and children. However, the type of anesthesia may vary and the type of anesthesia is general or local.

Eyelid ptosis surgery

Eyelid ptosis, popularly known as a drooping eyelid, can occur congenitally or acquiredly.

Congenital, the newborn is still affected in the belly of the mother. If the disease

hinders the development of vision, it should be corrected surgically urgently, if it does not disturb the vision, the surgery can wait until school age. In the acquired modality, the main cause is aging.

Reconstitution of tear pathways

Obstruction of the lacrimal pathway can be corrected, done with local anesthesia, surgery may require a silicone probe temporarily, which has the function of keeping the new pathway open during the healing period. Usually, recovery is painless, but requires the use of antibiotic eye drops.

Removal of tumours

Eyelid and conjunctival tumors no need for surgery is evaluated according to size, growth rate and location. Surgery is mandatory if the tumors are malignant. The procedure is done with local anesthesia and the individual can go to the house on the same day.

Refractive-cornea surgery

Refractive surgery aims to correct the patient's degree of myopia, thereby improving their vision, without or decreasing the use of glasses or contact lenses.

The most used type of refractive surgery is excimer laser, which can be done by two techniques: PRK or LASIK. It is a safe procedure and has great results, when respected indications and when well planned and executed. Before undergoing refractive surgery, the patient should perform some complementary tests to ensure the integrity and health of the cornea before the procedure, thus minimizing the risk of complications after surgery: Corneal topography; Paquimetry; and Corneal tomography.

Patients with corneal alterations should not undergo laser surgery for grade correction. In patients with keratoconus, the procedure should be evaluated due to the risk of worsening of the pre-existing disease.

Importance of preoperative nursing guidelines in ophthalmologic surgeries

The preoperative nursing visit represents a valuable instrument for the humanization of perioperative nursing care, in which the nurse acts expressively, in order to provide the surgical patient with emotional support, attention and guidance at this time when he/she will experience the most diverse feelings. (LACCHINI et al, 2011, p. 1022)

Ophthalmologic surgeries, from the social point of view, stand out from other specialties, both for the importance of vision in the relationship of man with the environment in which he lives, and for his relevance in the image of the body, fundamental for the maintenance of physical and psychological integrity.

Postoperative complications manifest in a late period, which demonstrates the

importance of proper follow-up and multiple evaluations during treatment after surgery. There is a higher frequency in cataract surgeries, such as retinal detachment and intraocular lens dislocation (MATZENBACHER et al., 2021).

With hospital discharge, the care previously performed by the nursing team is now assigned and performed by the patient or family member. For learning and understanding to be effective, the transition of care must occur clearly and safely. Thus, the role of nurse educator becomes fundamental for the success of these cares. (MATZENBACHER et al., 2021).

General preoperative care for ophthalmologic procedures

According to author Carnio, AN of 1995 are:

1. Before entering surgery, it is necessary to perform some tests, including that of clinical-cardiological condition. They are fundamental and will guide the ophthalmologist surgeon and anesthesiologist in conducting the whole process.
2. On the day of surgery it is important that the patient performs a fast of at least six hours. In the case of diabetic patients, suspend the medication on the day of the operation. For patients who use anticoagulants, medications should be discontinued 7 days before the procedure.
3. On the day, the bath should be carried out with neutral products. Dispense cream, perfume and makeup.
4. Arriving before the combined time causes anxiety in most patients. Therefore, follow the schedule indicated by your doctor.
5. It is necessary to be accompanied by an adult and not expose children to the operating room environment. Unaccompanied patients will not be able to undergo surgery.
6. In The Ophthalmology, hospitalizations are short-lived. As modern equipment contributes to faster procedures, it is common for patients to be discharged a few hours after surgery.
7. Even with high home is necessary in domestic environment. This contributes to recovery.
8. Return to the doctor's office on the agreed date. It is extremely important that the surgeon monitor the recovery.
9. After surgery, the patient or his/her family members may be responsible for the administration of medications such as eye drops. Help is welcome.
10. When washing your head, avoid dropping water or soap on your eyes and do not rub them, this may impair surgery.
11. Before applying the eye drops prescribed by the doctor, always wash your hands well to avoid the risk of contamination and infection.
12. It is possible that in this period there is a complaint of photophobia (feeling of

discomfort in light), mild swelling in the eyelid and redness. But these are reactions expected by the clinical staff in the post-surgery period.

Ophthalmologic postoperative

Postoperative care in Ophthalmology is not as intense as in other specialties, practically consists of eye rest, use of eye drops and use of sunglasses provided for a period of 1 week, being a way to avoid contact with wind and dust. On the first day, it should be used constantly, even indoors. The next day its use can be made more flexible being mandatory only in external environments. Dressings should be changed daily, as the heat and low humidity of the air leaving the occluded eye dry, therefore irritated and sore. (SOUZA NV.1997).

1. Avoid contact with animals for 10 days;
2. Try to keep your eyes closed for as long as possible the first 5 hours after surgery;
3. Do not scratch, squeeze or rub the operated eye for 15 days;
4. Avoid chemicals (e.g. shampoo, makeup) in the first few days
5. Avoid dirty, dusty places for 15 days;
6. Do not dive in swimming pools, beaches, rivers and lakes for 60 days;
7. It's okay to watch TV, read books, magazines, tablet or mobile phone;
8. Normal power;
9. Avoid alcoholic beverages;
10. Always attend returns as directed by your doctor;

In the immediate postoperative period, the nurse should observe the patient, deliver the kit with dressing and eye drops for use in the postoperative period, besides guiding to discharge, with the main focus being self-care. The nurse also acts in the reprocessing of materials and monitoring sterilization. (NOGUEIRA et al, 2019)

CONCLUSION

Neurological surgery (neurosurgery) is an area of high complexity due to the delicacy of the procedure. Ophthalmologic procedures are quite delicate, but thanks to technological advances, it is currently one of the safest surgeries with the lowest percentage of complications.

Neurological surgery, despite having its recent recognition (1900), today is one of the most advanced procedures in the world in science and medicine, because over time it has been modernizing to be able to have the high number of success, since it is a high-risk surgery. In ophthalmologic surgeries it is not necessary to have hospitalization necessarily,

but care despite being simple is necessary so that there are no postoperative complications.

The neurological and ophthalmic pre- and postoperative period constitute a delicate process, considering the full degree of complexity of the procedure, where the nursing team has a fundamental role in monitoring, assisting and informing the patient and family members of all care and risks to be followed in the pre and postoperative period, so that it can best be carried out until hospital discharge. Therefore, the combination of the factors presented leads to an increase in the rates of successful surgeries currently.

REFERENCES

OLIVEIRA, H., (2020). DIA DO OFTAMOLOGISTA: HISTÓRIA E CURIOSIDADES. **Dr. Hilton Oliveira** MAI/2020.

COSTA, D., et al (2021). **Relevance of information when elderly returning home after cataract surgery: nurses' perspective**. *Millenium*, 2(14), 21–28.

JAMPAULO, M., (2019). 5 razões para não ter medo da cirurgia ocular. **Blog viva oftamologia**, Out/2019

LACCHINI, A. J. B. et al. Importância das orientações de enfermagem no pré-operatório. **Revista Contexto & Saúde**, Santa Maria- RS, n. 20, p. 1021-1024, Jan/Jun,2011.

MATZENBACHER, L. P. S., et al. A atuação da enfermagem em cirurgias oftalmológicas. **Research, Society and Development**, v. 10, n. 11, 2021.

NETO, R. R. S., et al (2015). Cirurgia neurológica. **Instituto Brasileiro Sou Enfermagem**.

HERRERO, Silva, et al. Monitoramento de pacientes neurocirúrgicos no pós-operatório: utilidade dos escores de avaliação neurológica e do índice bispectral. **Revista Brasileira de Anestesiologia**, 2015.

SOUZA NV de. Princípios da cirurgia ocular. *Medicina*, Ribeirão Preto, jan./mar. 1997.

BEZERRA, C., (2020). O que é craniotomia, para que serve e recuperação. **TUA SAÚDE**,. Fev/2020.

CAMPOS, R. P., (2018). Principais cirurgias-aula 3. **Multiscreen**. Abr/2018.

A importância avaliação pré-operatória e cuidados em cirurgia eletiva. **Neuromaster**. Disponível em: <https://neuromaster.com.br/a-importancia-avaliacao-pre-operatoria-e-cuidados-em-cirurgia-eletiva/>. Acesso em: 27 out. 2021.

NOGUEIRA, F. A. et al ATUAÇÃO DO ENFERMEIRO EM CENTRO CIRÚRGICO OFTALMOLÓGICO: RELATO DE EXPERIÊNCIA.. In: Anais da 15ª Jornada Norte Nordeste de Centro Cirúrgico e Central e Esterilização. Anais...Fortaleza(CE) Ponta Mar Hotel, 2019. Disponível em: <<https://www.even3.com.br/anais/15jnnccce/129522-ATUACAO-DO-ENFERMEIRO-EM-CENTRO-CIRURGICO-OFTALMOLOGICO--RELATO-DE-EXPERIENCIA->>.

MAZZI, R. N., et al 2014 visita pré-operatória de enfermagem: validação de um instrumento

NURSING LEADERSHIP AND IMPLEMENTATION OF PATIENT SAFETY GOALS UNDER SUSPICION OF COVID-19 IN A PUBLIC EMERGENCY

Data de aceite: 01/03/2022

Data de submissão: 01/10/2022

Daniella Ramalhoto Ramos

Specialist in Emergency Services Management,
Unyleya University
Brasília, Brazil
<http://orcid.org/0000-0003-3441-0385>

Renato Barbosa Japiassu

Postgraduate Program in Translational
Medicine, Department of Medicine, Escola
Paulista de Medicina, Federal University of São
Paulo, São Paulo, Brazil. Specialist in Family
Health, Unyleya University
Brasília, Brazil
<http://orcid.org/0000-0001-6491-3253>

Chennyfer Dobbins Abi Rached

PhD in Public Health; Master's in Health
Economics from the Federal University of São
Paulo (UNIFESP); PhD Professor, Department
of Professional Guidance, School of Nursing,
University São Paulo (USP)
São Paulo, Brazil
<http://orcid.org/0000-0002-4499-3716>

Marcia Mello Costa De Liberal

Associate Professor, Postgraduate Program
in Translational Medicine, Department of
Medicine, Escola Paulista de Medicina, Federal
University of São Paulo
São Paulo, Brazil
<http://orcid.org/0000-0002-2589-1802>

ABSTRACT: The Ministry of Health instituted the National Patient Safety Program, which aims to implement assistance, educational and programmatic actions and actions aimed at patient safety in the areas of health care, through the implementation of Risk Management and Safety Centers. Patient in health facilities. This article aims to analyze the scientific production on nursing management and implementation of patient safety goals under suspicion of SARS-CoV-2 in emergency units. The methodology of this study is a narrative literature review, of a qualitative nature. The main results found were that the implementation of patient safety strategies in a COVID-19 public emergency aims to reduce unnecessary risks arising from health care, promoting specific improvements in patient safety, based on scientific evidence. The role of the leader will be to lead the followers through effective communication, promoting professional development, through training at COVID-19, encouraging safe practices and providing feedback. This article concluded that, in the management, safety and environments of health services facing SARS-CoV-2, workers need to undergo continuing education to be updated on the coronavirus and its appropriate protocols, valuing the quality of care.

KEYWORDS: Hospital Administration, Patient Safety, Coronavirus Infections.

LIDERAZGO DE ENFERMERÍA E IMPLEMENTACIÓN DE OBJETIVOS DE SEGURIDAD DEL PACIENTE BAJO SOSPECHA DE COVID-19 EN UNA EMERGENCIA PÚBLICA

RESUMEN: El Ministerio de la Salud instituyó el Programa Nacional de Seguridad del Paciente, que tiene como objetivo implementar acciones asistenciales, educativas y programáticas y acciones orientadas a la seguridad del paciente en las áreas de atención a la salud, a través de la implementación de Centros de Gestión de Riesgos y Seguridad Paciente en establecimientos de salud. Este artículo tiene como objetivo analizar la producción científica sobre la gestión de enfermería y la implementación de las metas de seguridad del paciente bajo sospecha de SARS-CoV-2 en unidades de emergencia. La metodología del estudio es una revisión narrativa de la literatura, de carácter cualitativo. Los principales resultados encontrados fueron que la implementación de estrategias de seguridad del paciente en una emergencia pública COVID-19 tiene como objetivo reducir los riesgos innecesarios derivados de la atención médica, promoviendo mejoras específicas en la seguridad del paciente, basadas en evidencia científica. El rol del líder será liderar a los seguidores a través de una comunicación efectiva, promoviendo el desarrollo profesional, a través de la capacitación en COVID-19, fomentando prácticas seguras y brindando retroalimentación. En este artículo se concluyó que la gestión, seguridad y ambientes de los servicios de salud ante el SARS-CoV-2, los trabajadores necesitan recibir educación continua para estar actualizados sobre el coronavirus y sus protocolos adecuados, valorando la calidad de la atención.

PALABRAS CLAVE: Administración Hospitalaria, Seguridad del Paciente, Infecciones por Coronavirus.

LIDERANÇA DE ENFERMAGEM E IMPLEMENTAÇÃO DE METAS DE SEGURANÇA DO PACIENTE SOB SUSPEITA DE COVID-19 EM EMERGÊNCIA PÚBLICA

RESUMO: O Ministério da Saúde instituiu o Programa Nacional de Segurança do Paciente, que tem como finalidade implementar ações assistenciais, educacionais e programáticas e ações voltadas à segurança do paciente nas áreas do cuidado em saúde, através da implantação de Centros de Gestão de Risco e Segurança do Paciente nas unidades de saúde. Este artigo visa analisar a produção científica sobre gestão de enfermagem e implementação de metas de segurança do paciente sob suspeita de SARS-CoV-2 em unidades de emergência. A metodologia deste estudo é uma revisão narrativa de literatura, de natureza qualitativa. Os principais resultados encontrados foi que a implementação de estratégias de segurança do paciente em uma emergência pública do COVID-19 visa reduzir riscos desnecessários decorrentes da assistência à saúde, promovendo melhorias específicas na segurança do paciente, com base em evidências científicas. O papel do líder será conduzir os liderados por meio de uma comunicação eficaz, promovendo o desenvolvimento profissional, por meio de treinamentos no COVID-19, incentivando práticas seguras e fornecendo feedback. Este artigo teve como conclusão de que a gestão, segurança e ambientes dos serviços de saúde frente ao SARS-CoV-2, os trabalhadores precisam passar por educação continuada para estarem atualizados sobre o coronavírus e seus devidos protocolos, valorizando a qualidade da assistência.

PALAVRAS-CHAVE: Administração Hospitalar, Segurança do Paciente, Infecções por Coronavírus.

1 | INTRODUCTION

Right now, in several regions of the world, the subject is dominant: the 2019 coronavirus disease pandemic (coronavirus disease of 2019 - COVID-19) and its impacts on populations. In January, this year 2020, the World Health Organization (WHO) signalled the emergence of an outbreak of a new coronavirus in China. In March, after many debates and the search for evidence, WHO finally declared the Public Health Emergency of International Interest, with the proliferation in a global scope of the disease called COVID-19, being characterized as a pandemic (CRUZ et al., 2020).

Coping with the new coronavirus pandemic is part of the essential functions of Public Health through actions aimed at the population or groups at greater risk of contamination, such as health professionals. However, other work activities may have an important role in the spread of the virus and, therefore, the analysis of how they are processed is crucial for preventing illness. The low visibility of this aspect implies its low value in public policies. The field of work must be considered in the COVID-19 coping strategy (FILHO et al., 2020).

Hospital emergency care units are part of the hospital component of the care system. The objective of the work of the health teams at these units is to assist patients who arrive in a serious condition, accept urgent patients, and proceed to refer them to an outpatient clinic of the existing basic or specialized health care network (NIENKÖTTER, 2011).

It is about ensuring access and reception in health services, according to technological complexity, which must be organized in a regionalized, hierarchical, and regulated way, avoiding iatrogenic manipulation or incorrect treatment, avoiding death or temporary physical and permanent deficiencies. There are some hospital services for emergencies that are organized hierarchically and meet the recommended care model (ASSIS et al., 2012).

Patient safety is influenced, despite advances in the health area, by the iatrogenic committed by professionals, which directly reflect on the quality of life of clients, causing unpleasant consequences for both, patients, professionals and for the hospital organization. Nursing professionals are responsible for a large part of the care actions and, therefore, are in a privileged position to reduce the possibility of incidents that affect the patient, in addition to detecting complications early and performing the necessary actions to minimize the damage (REIS et al., 2013).

In 2013, the Ministry of Health (MH) instituted the National Patient Safety Program (PNSP) with the objective of implementing assistance, educational and programmatic measures and initiatives aimed at patient safety in different areas of care, organization, and management of health services through the implementation of risk management and Patient

Safety Centres in health facilities (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2014).

It is up to health service managers to develop local coping plans, such as, for example, care protocols, aligned with the state and federal contingency plan, to guide the care of suspected and confirmed patients of COVID-19. It is recommended to include information on the detection of suspected cases, care flows, training strategies for workers and the specifics of the establishment (BRANCO et al., 2020)

The aim of this work was to analyse the scientific production on nursing management and the implementation of patient safety goals under suspicion of SARS-CoV-2 in emergency units.

2 | METHODS

This article is a narrative review, of a qualitative nature, in which it aims to describe a certain subject to have an expanded discussion. It is a critical and personal analysis of the authors; was carried out in August 2020, including studies presenting nursing management and the implementation of patient safety goals under suspicion of COVID-19 in emergency units.

The searches performed were based on the following research question: how can nursing management implement patient safety goals under suspicion of SARS-CoV-2 in emergency units? The bibliographic search was performed in the PubMed, MEDLINE, SciELO and Google Scholar databases. No limitation on date, country of study or area of knowledge was determined. The following terms were sought: Nursing Management; Patient safety; Implementation of Goals; COVID-19; SARS-CoV-2.

Original articles, reviews, opinions and technical documents in English, Portuguese and Spanish were selected for the study.

The research database consisted of articles included to build an overview of COVID-19 and nursing management on the implementation of safety goals.

Data analysis was performed in three stages, which were: pre-analysis, material exploration and processing of the data found.

At first, the data were selected and organized; the second stage consisted of categorizing these data into units of analysis; the last step was the interpretation of the researched data.

3 | RESULTS AND DISCUSSION

Severe Acute Respiratory Syndrome Coronavirus 2 (SARS-CoV-2), a new virus identified in the coronavirus family, became known worldwide after a series of viral pneumonia cases of unknown origin emerged in the city of Wuhan, China, in December 2019. The virus, responsible for the COVID-19 pandemic, quickly spread to all continents and currently there

are more than 2 million confirmed cases in the world (BRANCO et al., 2020).

The clinical manifestations of the disease are varied and promote clinical conditions with different severities. In mild cases, defined as flu-like syndrome, they usually present with cough, fever, sore throat, headache, among others. When it comes to critically ill patients, with Severe Acute Respiratory Syndrome (SARS), they also accompany dyspnoea and other symptoms, such as hypoxemia, tachypnoea, and hypotension (BRANCO et al., 2020).

It is estimated that approximately 18,5% of infection cases are patients who require hospital care, of which 4,7% are critical and require intensive care. The emergence of new cases and deaths remains on the rise in Brazil, with public health in a state of emergency in some states, due to the overcrowding of health institutions and the exhaustion of actions and services offered by the Unified Health System (BRANCO et al., 2020)

There are many definitions of health emergencies, but in summary, two characteristic elements can be highlighted: a) the need for a quick response, appropriate means, and qualification of personnel, prioritized according to the severity or potential risks (emergencies, or critical) and b) the decision to request assistance is made by the patient or family member. Thus, the American Medical Association defines a health emergency as any condition that, in the opinion of the patient, his family or anyone who takes responsibility for taking the patient to the hospital, requires immediate medical attention. With the elements, urgency and emergency health can be defined as any pathological situation that requires priority, fast, qualified, and adequately equipped care (MEN et al., 2017).

Many of the health emergencies can be resolved at the patient's home (home visit), at the health centre, or at specific primary care emergency devices. However, some of them, due to the diagnostic uncertainty, the evolution, the necessary therapies, etc., will require a study in the hospital, which may constitute up to 80% of hospital emergencies (SILVEIRA, 2020).

Patient safety is considered a priority in health care, an increasingly complex activity that carries potential risks and in which there is no system capable of guaranteeing the absence of adverse effects, since it is an activity in which the inherent factors combine to the system with human actions, with risk management being a methodology increasingly used in health services (KURCGANT, 2010).

Emergency management is based on the existence of a comprehensive emergency system and a coordination centre for health emergencies. The patient who undergoes a process that generates an emergency can see the improvement in life expectancy and quality of life, if a system that ensures their attention as quickly as possible develops, derive the most appropriate centre for assistance in the process. Information and communication technologies can facilitate the management of this system (ERDMANN et al., 2007).

The Emergency Unit should be part of a comprehensive emergency care system. The continuity of care must be established as the central element of the system, which

inspires its organization and functionality. To achieve this continuity of care, it is necessary to advance the functional integration of the levels and institutions that intervene in urgent care and have coordination protocols (ERDMANN et al., 2007).

The development and implementation of a comprehensive emergency system for the care of patients with stroke, polytrauma, acute coronary syndrome and/ or diseases requiring high complexity care is recommended (RIOS, 2015).

The Nurse's role in the Emergency Unit consists of obtaining the patient's history, taking a physical exam, carrying out treatment, advising and teaching health maintenance and guiding the patients to continue treatment and vital measures. The Nurse at this unit is responsible for coordinating the nursing team and is a vital and integral part of the emergency team (RIOS, 2015).

The Nurses in the Emergency Units combine the theoretical-scientific foundation (essential) with the leadership, work, discernment, initiative, teaching ability, maturity and emotional stability (BERNARDINO et al., 2008). Therefore, the constant updating of these professionals it is necessary, as it develops skills so that they can act in unexpected situations in an objective and synchronous way in which they are inserted (OLIVEIRA et al., 2016).

The Nurse who works in this unit needs to have scientific, practical, and technical knowledge, so that he can make quick and concrete decisions, transmitting security to the whole team and mainly reducing the risks that threaten the patient's life (OLIVEIRA et al., 2016).

The search to ensure safety and the satisfaction of expectations in the health area led health institutions to develop strategies aimed at implementing improvements in health processes and a radical change in the organization's culture. The development of a quality model and a structure that favours this change allowed important advances in this regard (MEDICI et al., 2010).

The objective of the International Patient Safety Goals is to promote specific improvements in relation to safety, through the development of a system that allows the identification of global compliance policies and the provision of safe and quality assistance. These objectives highlight the problem areas within multidisciplinary care and describe agreed solutions to these problems, based on evidence and specialized knowledge (SIMAN et al., 2016).

Managing patient safety in the emergency department includes identifying and prioritizing risks, designing, and applying improvement plans, and evaluating the results of their implementation. When work is started in this area, it is likely that data and results of its own (or from nearby environments) are not yet available or scarce. In any case, the concrete contributions offered by several significant organizations in the field of patient safety to prioritize analysis and improvement actions in a particular institution are always extremely useful (GALINDO-LÓPEZ et al., 2007).

The implementation of patient safety strategies in a public emergency aims to reduce unnecessary risks resulting from health care. It is to promote specific improvements in patient safety, based on evidence and specialized knowledge. Recognizing that a solid system design is critical to providing safe, high-quality medical care, goals generally focus on solutions that cover the entire system, whenever possible. For the emergencies of hospital organizations to be successful during the process of implementing such strategies, it is essential to strengthen a positive safety culture (GALINDO-LÓPEZ et al., 2007).

Regarding the role of the leader in the process of initiation and implementation of the safety culture, it is proposed that this should lead the followers through effective communication, promoting professional development, through training, encouraging safe practices and carrying out feedback from the analysis of events. The role of the Nurse, who leads the largest team that provides health care, who has managerial skills and is the professional responsible for most of the decision making related to the quality of health care. In addition to being the manager of the care process, it has the basic role of promoting safe care throughout the time that the patient remains within the Health Institution (GALINDO-LÓPEZ et al., 2007).

The process of implementing patient safety strategies should involve all professionals, directly or indirectly involved in health care. In this context, the participation of Nurses is fundamental in the construction and implementation of safe care, as this professional is equipped with technical and scientific knowledge, leads the largest contingent of workers in the institution and is responsible for providing care to the patient during the 24 hours of the 6th (GALINDO-LÓPEZ et al., 2007).

The well-known projects supported by the main health organizations, such as WHO itself and government institutions, are well publicized, such as hand washing campaigns to reduce nosocomial infection and patient identification. Both campaigns, which have been ongoing for several years, have reduced risks related to infections and misidentifications. Despite this, it is still far from reaching ideal situations. The percentages of professionals who increased hand washing are still well below the desired values: several studies consider that between 40 to 50% of professionals wash their hands before and after visiting a patient, and they come to question, in some environments, the large investment made and the difficulty in improving results (VIC OR et al., 2008).

In the same way, there are still many gaps in the identification issues, because despite the implantation of identification bracelets, problems arising from the difficulties of reading by the professionals themselves and/ or the lack of instruments to facilitate it, such as barcode readers and specific software and hardware elements for them. In this sense, the administration must be both leader and facilitator of the elements necessary for the proper development of these campaigns since there is a danger of becoming doomed to failure (VICTOR et al., 2008).

Another example of a project that is being rapidly implemented in hospitals is the

well-known Surgical Checklist, which has reduced the morbidity and mortality of surgical interventions and the adverse events generated. This tool, created on the initiative of the professionals involved, proved its effectiveness and efficiency, and its implementation is currently a mandatory strategy in all hospital centres. Prioritizing actions also offers a publication by the National Health System Quality Agency, which analyses 28 Simple Safe Practices (PSS), recommended in several countries and groups as the potential global impact on patient safety and according to its implementation complexity. The first is defined with reference to the results of the study and the second, ENEAS, according to the specific material and the necessary human resources, the number of cares to coordinate the services, the need for training and learning and organizational impact. This document can be a good starting guide for all those who want to start improving safety aspects and who do not know what kind of practices and/ or improvements they can start to make (VICTOR et al., 2008).

In addition, thanks to European funds and distributed by several state and autonomous communities called, scientific societies have been developing projects to improve specific aspects of safety: Project Zero Bacteraemia, in the case of Intensive Care Units, with the reduction of infections by catheter central to inpatients, the Sepsis Code, developed in emergency services with the reduction of sepsis morbidity and mortality by 40%, projects related to improving the use of medicines in hospitals, medication reconciliation programs between levels of care, error management medication, control procedures in the right place, etc (VICTOR et al., 2008).

The use of Personal Protective Equipment (PPE) by health professionals, alone, is not sufficient to contain the spread of the disease. Additional measures are needed that take into account other factors in the care environment, for example: screening patients who come for care (case identification); put on a mask and quickly isolate patients; reduce the number of people in the waiting and service room (physical distance); assess the risk of the procedures to be performed; hands hygiene, cleaning and disinfecting work environments; manage hospital waste; use emerging technologies, such as hospital telemedicine and online file-sharing applications, facilitating the monitoring of patients in elective consultations or for other health problems that are less severe (RIBEIRO et al., 2020).

Regarding the guidelines on the management, safety and environment of health services, the work points out that there is a need to form exclusive teams to assist patients with COVID-19, with the establishment of well-defined flows. In addition, they recommend carrying out an effective analysis of specialized inputs, constantly updating the regulatory structure, developing, and circulating operational guidelines for the most diverse internal sectors (health professionals, administrators, and patients) to translate general indications into clear operating procedures and management tools implementation to be adopted in the workplace (RIBEIRO et al., 2020).

4 | CONCLUSION

The public Emergency Unit is characterized by a high demand for attention, arising from clinical and/ or traumatic conditions of different complexities, as well as the current pandemic of COVID-19.

The Nurse in the Emergency Unit, responsible for coordinating the Nursing team, needs to find ways to manage Nursing Care, visualizing the patient's needs in a total way, reconciling the organization's objectives with the Nursing team's objectives. When professionals provide care in emergencies, they are unable to visualize the trajectory of users and the difficulties they face in meeting their health needs. Thus, it is important to understand these situations to make care more welcoming, aiming at patient safety, using an approach that leads to a competent solution and satisfies the user.

As for the management, security, and environments of health services in the face of SARS-CoV-2, workers need to undergo continuing education, as with each passing day, more updates about the coronavirus and updated protocols come out, as the findings, so that quality care is provided, valuing the safety not only of patients, but of everyone inside the hospital.

INTEREST CONFLICTS

The authors declare that there is no financial, legal, or political conflict of interest involving third parties (governments, companies, and private foundations, etc.).

REFERENCES

ASSIS, M. M. A.; JESUS, W. L. A. Acesso aos serviços de saúde: abordagens, conceitos, políticas e modelo de análise. *Ciência e Saúde Coletiva*, v. 17, n. 11, 2012. Available from: <https://www.scielosp.org/article/csc/2012.v17n11/2865-2875/>. Access in: 22 ago. 2020.

BERNARDINO, E.; FELLI, V. E. A. Saberes e poderes necessários à reconstrução da enfermagem frente a mudanças gerenciais num hospital de ensino. *Rev Lat-Am Enferm*, v. 16, n. 6, 2008. Available from: <https://www.revistas.usp.br/r/lae/article/view/2504/2974>. Access in: 22 ago. 2020.

BRANCO, A.; MILANESI, R.; SAKAMOTO, V. T. M.; et al. Serviço de emergência hospitalar: fluxos de atendimento a pacientes suspeitos ou confirmados para COVID-19. *Enfermagem em Foco*, v. 11, n. 1, 2020. Available from: <http://revista.cofen.gov.br/index.php/enfermagem/article/view/3759/828>. Access in: 22 ago. 2020.

CRUZ, R. M.; BORGES-ANDRADE, J. E.; MOSCON, D. C. B.; et al. COVID-19: emergência e impactos na saúde e no trabalho. *Rev Psicol Organ Trab*, v. 20, n. 2, 2020. Available from: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1984-66572020000200001. Access in: 22 ago. 2020.

ERDMANN, A. L.; SOUSA, F. G. M.; BACKES, D. S.; et al. Construindo um modelo de sistema de cuidados. *Acta Paul Enferm*, v. 20, n. 2, 2007. Available from: <https://www.redalyc.org/pdf/3070/307026613003.pdf>. Acesso em: 22 ago. 2020.

FILHO, J. M. J.; ASSUNÇÃO, A.A.; ALGRANTI, E.; et al. A saúde do trabalhador e o enfrentamento da COVID-19. RBSO, n. 45, 2020. Available from: <https://www.scielo.br/j/rbso/a/Km3dDZSWmGpggYbjgc57RCn/?lang=pt>. Access in: 22 ago. 2020.

GALINDO-LÓPEZ, J.; VISBAL SPIRKO, L. Simulación, herramienta para la educación médica. Salud Uninorte, v. 23, n. 1, 2007. Available from: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=81723109>. Access in: 22 ago. 2020.

KURCGANT, P. Gerenciamento em enfermagem. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2010.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Documento de referência para o Programa Nacional de Segurança do Paciente. 2014. Available from: http://bvsm.sau.br/bvs/publicacoes/documento_referencia_programa_nacional_seguranca.pdf. Access in: 22 ago. 2020.

MEDICI, A.; MURRAY, R. Desempenho de hospitais e melhorias na qualidade de saúde em São Paulo (Brasil) e Maryland (EUA). Enbreve, n. 156, 2010. Available from: https://www.researchgate.net/profile/Andre_Medici/publication/280166783_Desempenho_de_hospitais_e_melhorias_na_qualidade_de_saude_em_Sao_Paulo_Brasil_e_Maryland_EUA/links/55ad7bd808aed9b7dcd4e463/Desempenho-de-hospitais-e-melhorias-na-qualidade-de-saude-em-Sao-Paulo-Brasil-e-Maryland-EUA.pdf. Access in: 22 ago. 2020.

MENA, H.; PIACSEK, G. V. M.; MOTTA, M. V. Urgência e emergência: os conceitos frente às normas administrativas e legais e suas implicações na clínica médica. Saúde, Ética e Justiça, v. 22, n. 2, 2017. Available from: <http://www.periodicos.usp.br/sej/article/view/144375/147091>. Access in: 22 ago. 2020.

NIENKÖTTER, S. M. V. Acolhimento aos acompanhantes de pessoas adultas em situação crítica de saúde em serviço de emergência [dissertação]. Florianópolis: Programa de Pós-graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, 2011.

OLIVEIRA, S. G.; SILVA, L. L. O papel da equipe de enfermagem frente ao paciente em crise hipertensiva. Revista Saúde e Desenvolvimento, v. 10, n. 5, 2016. Available from: <https://www.uninter.com/revistasau/index.php/sauDeDesenvolvimento/article/view/600/353>. Access in: 22 ago. 2020.

REIS, C. T.; MARTINS, M.; LAGUARDIA, J. A segurança do paciente como dimensão da qualidade do cuidado de saúde – um olhar sobre a literatura. Ciência e Saúde Coletiva, v. 18, n. 7, 2013. Available from: https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232013000700018&script=sci_arttext. Access in: 22 ago. 2020.

RIBEIRO, A. P.; OLIVEIRA, G. L.; SILVA, L. S.; et al. Saúde e segurança de profissionais de saúde no atendimento a pacientes no contexto da pandemia de COVID-19: revisão de literatura. Revista Brasileira de Saúde Ocupacional, n. 45, 2020. Available from: https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0303-76572020000101600&script=sci_arttext&lng=pt. Access in: 22 ago. 2020.

RIOS, G. C. Protocolos clínicos informatizados para as linhas de cuidado: Acidente Vascular Cerebral, Infarto Agudo do Miocárdio e trauma na perspectiva dos enfermeiros [dissertação]. Florianópolis: Programa de Pós-graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina; 2015.

SILVEIRA, A. Fluxograma de acolhimento das situações de urgência e emergência na atenção primária em saúde [dissertação]. Porto Alegre: Programa de Pós-graduação em Enfermagem Nível Mestrado, Universidade do Vale do Rio dos Sinos; 2020.

SIMAN, A. G.; BRITO, M. J. M. Mudanças na prática de enfermagem para melhorar a segurança do paciente. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, v. 37, 2016. Available from: https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1983-14472016000500413&script=sci_arttext&tlng=pt. Access in: 22 ago. 2020.

VICTOR, I. P.; MUÑIZ, M. C.; VICTOR, O. P. La seguridad clínica del paciente en atención Prehospitalaria. *Puesta al día en urgencias, emergencias y catástrofes*, n. 8, 2008. Available from: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=2856179>. Access in: 22 ago. 2020.

SOBRE OS ORGANIZADORES

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-SACI/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.

RODRIGO LELLIS SANTOS-Possui graduação em Odontologia pela Universidade Federal dos Vales do Jequitinhonha e Mucuri (2008), onde foi monitor das disciplinas de Cirurgia Bucal I e II, Endodontia I, Anestesiologia, Anatomia Bucomaxilofacial e Metodologia da Pesquisa Científica e Tecnológica. Atualmente, é mestrando em Saúde, Sociedade e Ambiente pela Universidade Federal dos Vales do Jequitinhonha e Mucuri e possui experiência em Clínica Odontológica e Saúde Coletiva.

ÍNDICE REMISSIVO

A

Adolescente 72, 106, 107, 108, 109, 110, 111, 112, 113, 114

Ansiedade 1, 2, 3, 5, 6, 8, 9, 10, 11, 12, 85

Assistência 16, 17, 23, 28, 39, 54, 55, 68, 69, 84, 86, 95, 96, 97, 98, 99, 100, 101, 103, 105, 108, 112, 113, 114, 119, 122, 124, 129, 131, 132, 139, 141, 143, 144, 159, 160, 161, 162, 168, 169, 170, 171, 173, 174, 175, 176, 177, 178, 181, 184, 188, 195

Atenção primária 17, 24, 25, 27, 37, 51, 96, 100, 101, 104, 107, 109, 113, 114, 119, 122, 123, 124, 127, 130, 133, 169, 174, 176, 180, 203

C

Cateterismo urinário 130, 133, 139, 140

Causas externas 116, 118, 119, 163, 164, 165, 167

Comunidade 29, 32, 42, 98, 99, 101, 107, 123, 130, 132, 133

Condições de saúde 14, 17, 18, 21, 25, 88, 89

Consultas de enfermagem 97, 123

Consultório na rua 168, 171, 172, 174, 176, 177, 178, 180, 181, 182

Coronavirus Infections 194

Criança hospitalizada 60

Crianças 59, 61, 62, 63, 66, 67, 69, 70, 71, 72, 104, 112, 163, 164, 165, 166, 167

Cuidado de enfermagem 84, 98, 105, 106, 107, 108, 110, 111, 112, 113, 128, 162

Cuidado pré-natal 88, 90

Cultura popular 45, 46, 50

D

Demanda espontânea 40, 127

Deterioração clínica 59, 60, 61, 62, 63, 65, 66, 67, 68, 69, 70, 71, 72, 73

Dor crônica 97, 98, 102, 105

E

Educação em saúde 84, 85, 97, 101, 106, 109, 110, 122, 126, 129, 132, 137, 138, 140, 157, 167, 171, 205

Educação permanente em saúde 27, 41

Enfermagem pediátrica 60

Estratégia de saúde da família 106, 107, 108, 109, 114, 123, 177

Estudantes 76, 87, 146, 147, 148, 149, 150, 151, 152, 153, 154, 155, 156, 157

F

Fitoterapia 45, 51, 53, 56, 57

G

Gerência de serviços de saúde 27

Gestante 87, 90, 92, 95, 96, 168, 169, 170, 171, 172, 173, 174, 175, 176, 177, 179

Gravidez 82, 88, 89, 91, 92, 93, 107, 109, 112, 114, 178

H

Hipertensão arterial 14, 18, 21, 23, 45, 46, 47, 48, 50, 56, 57, 58, 122, 123, 124, 125, 127, 128

Hospital Administration 194

I

Idoso 2, 14, 16, 17, 22, 23, 24, 25, 115, 116, 117, 118, 119, 120, 121, 141, 143, 144

L

Letramento digital 141, 143, 145

N

Narguilé 146, 147, 148, 149, 150, 152, 153, 154, 155, 156, 157, 158

Neurologia 184

O

Octogenário 14

Oftalmologia 141, 184

P

Parto humanizado 160, 161

Parto natural 159, 160, 161

Paternidade 88, 90, 93, 94, 95, 96, 179

Patient safety 194, 196, 197, 198, 199, 200, 201, 202

Perfil epidemiológico 20, 50, 16, 163

Plantas medicinais 45, 46, 50, 51, 52, 53, 54, 55, 56, 57, 58

Pós-operatório 63, 82, 131, 184, 193

Pré-natal 88, 89, 90, 91, 92, 93, 94, 95, 96, 168, 169, 170, 173, 174, 175, 176, 177, 179, 180

Pré-operatório 184, 193

Prevalência 21, 25, 47, 69, 98, 110, 115, 116, 117, 118, 122, 136, 138, 146, 147, 148, 149,

154, 155, 156, 158

S

Saúde da família 14, 17, 18, 24, 25, 26, 31, 37, 39, 40, 41, 42, 43, 101, 103, 106, 107, 108, 109, 113, 114, 123, 127, 128, 129, 139, 140, 177

Saúde do homem 88, 89, 92, 93, 95, 96

Saúde do idoso 17, 23, 25, 115, 117

Sistema Único de Saúde 23, 28, 47, 53, 55, 56, 58, 83, 101, 107, 113, 116, 117, 122, 123, 124, 132, 174

T

Tecnologia em saúde 97

Tecnologias 28, 44, 74, 76, 85, 98, 101, 103, 141, 142, 143, 162, 205

Telenfermagem 97, 101

Transição demográfica 15, 116

Transplante 1, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 102, 103

Tratamento 1, 3, 4, 7, 8, 9, 11, 12, 45, 46, 47, 49, 50, 51, 56, 57, 59, 61, 84, 85, 100, 103, 123, 125, 126, 127, 132, 139, 140, 161, 168, 169, 173, 175, 176, 184

Tratamento odontológico 1, 7, 11, 12

U

Unidade básica de saúde 18, 28, 41, 48, 122, 133, 174

V

Ventilação não invasiva 74, 76, 77, 79, 85, 86, 87

CIÊNCIAS DA SAÚDE:

Oferta, acesso e utilização



-  www.atenaeditora.com.br
-  contato@atenaeditora.com.br
-  [@atenaeditora](https://www.instagram.com/atenaeditora)
-  www.facebook.com/atenaeditora.com.br

CIÊNCIAS DA SAÚDE:

Oferta, acesso e utilização



-  www.atenaeditora.com.br
-  contato@atenaeditora.com.br
-  @atenaeditora
-  www.facebook.com/atenaeditora.com.br