



Semiologia de Enfermagem

Isabelle Cordeiro de Nojosa Sombra
(Organizadora)


Ano 2019

Isabelle Cordeiro de Nojosa Sombra
(Organizadora)

Semiologia de Enfermagem

Atena Editora
2019

2019 by Atena Editora
Copyright © Atena Editora
Copyright do Texto © 2019 Os Autores
Copyright da Edição © 2019 Atena Editora
Editora Executiva: Prof^a Dr^a Antonella Carvalho de Oliveira
Diagramação: Lorena Prestes
Edição de Arte: Lorena Prestes
Revisão: Os Autores

O conteúdo dos artigos e seus dados em sua forma, correção e confiabilidade são de responsabilidade exclusiva dos autores. 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.

Conselho Editorial

Ciências Humanas e Sociais Aplicadas

Prof. Dr. Álvaro Augusto de Borba Barreto – Universidade Federal de Pelotas
Prof. Dr. Antonio Carlos Frasson – Universidade Tecnológica Federal do Paraná
Prof. Dr. Antonio Isidro-Filho – Universidade de Brasília
Prof. Dr. Constantino Ribeiro de Oliveira Junior – Universidade Estadual de Ponta Grossa
Prof^a Dr^a Cristina Gaio – Universidade de Lisboa
Prof. Dr. Deyvison de Lima Oliveira – Universidade Federal de Rondônia
Prof. Dr. Gilmei Fleck – Universidade Estadual do Oeste do Paraná
Prof^a Dr^a Ivone Goulart Lopes – Istituto Internazionele delle Figlie de Maria Ausiliatrice
Prof. Dr. Julio Candido de Meirelles Junior – Universidade Federal Fluminense
Prof^a Dr^a Lina Maria Gonçalves – Universidade Federal do Tocantins
Prof^a Dr^a Natiéli Piovesan – Instituto Federal do Rio Grande do Norte
Prof^a Dr^a Paola Andressa Scortegagna – Universidade Estadual de Ponta Grossa
Prof. Dr. Urandi João Rodrigues Junior – Universidade Federal do Oeste do Pará
Prof^a Dr^a Vanessa Bordin Viera – Universidade Federal de Campina Grande
Prof. Dr. Willian Douglas Guilherme – Universidade Federal do Tocantins

Ciências Agrárias e Multidisciplinar

Prof. Dr. Alan Mario Zuffo – Universidade Federal de Mato Grosso do Sul
Prof. Dr. Alexandre Igor Azevedo Pereira – Instituto Federal Goiano
Prof^a Dr^a Daiane Garabeli Trojan – Universidade Norte do Paraná
Prof. Dr. Darllan Collins da Cunha e Silva – Universidade Estadual Paulista
Prof. Dr. Fábio Steiner – Universidade Estadual de Mato Grosso do Sul
Prof^a Dr^a Girlene Santos de Souza – Universidade Federal do Recôncavo da Bahia
Prof. Dr. Jorge González Aguilera – Universidade Federal de Mato Grosso do Sul
Prof. Dr. Ronilson Freitas de Souza – Universidade do Estado do Pará
Prof. Dr. Valdemar Antonio Paffaro Junior – Universidade Federal de Alfenas

Ciências Biológicas e da Saúde

Prof. Dr. Benedito Rodrigues da Silva Neto – Universidade Federal de Goiás
Prof.^a Dr.^a Elane Schwinden Prudêncio – Universidade Federal de Santa Catarina
Prof. Dr. Gianfábio Pimentel Franco – Universidade Federal de Santa Maria
Prof. Dr. José Max Barbosa de Oliveira Junior – Universidade Federal do Oeste do Pará

Profª Drª Natiéli Piovesan – Instituto Federal do Rio Grande do Norte
Profª Drª Raissa Rachel Salustriano da Silva Matos – Universidade Federal do Maranhão
Profª Drª Vanessa Lima Gonçalves – Universidade Estadual de Ponta Grossa
Profª Drª Vanessa Bordin Viera – Universidade Federal de Campina Grande

Ciências Exatas e da Terra e Engenharias

Prof. Dr. Adélio Alcino Sampaio Castro Machado – Universidade do Porto
Prof. Dr. Eloi Rufato Junior – Universidade Tecnológica Federal do Paraná
Prof. Dr. Fabrício Menezes Ramos – Instituto Federal do Pará
Profª Drª Natiéli Piovesan – Instituto Federal do Rio Grande do Norte
Prof. Dr. Takeshy Tachizawa – Faculdade de Campo Limpo Paulista

Conselho Técnico Científico

Prof. Msc. Abrãao Carvalho Nogueira – Universidade Federal do Espírito Santo
Prof. Dr. Adaylson Wagner Sousa de Vasconcelos – Ordem dos Advogados do Brasil/Seccional Paraíba
Prof. Msc. André Flávio Gonçalves Silva – Universidade Federal do Maranhão
Prof.ª Drª Andreza Lopes – Instituto de Pesquisa e Desenvolvimento Acadêmico
Prof. Msc. Carlos Antônio dos Santos – Universidade Federal Rural do Rio de Janeiro
Prof. Msc. Daniel da Silva Miranda – Universidade Federal do Pará
Prof. Msc. Eliel Constantino da Silva – Universidade Estadual Paulista
Prof.ª Msc. Jaqueline Oliveira Rezende – Universidade Federal de Uberlândia
Prof. Msc. Leonardo Tullio – Universidade Estadual de Ponta Grossa
Prof.ª Msc. Renata Luciane Polsaque Young Blood – UniSecal
Prof. Dr. Welleson Feitosa Gazel – Universidade Paulista

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP) (eDOC BRASIL, Belo Horizonte/MG)	
S471	Semiologia de enfermagem [recurso eletrônico] / Organizadora Isabelle C. de N. Sombra. – Ponta Grossa, PR: Atena Editora, 2019. Formato: PDF Requisitos de sistema: Adobe Acrobat Reader Modo de acesso: World Wide Web Inclui bibliografia ISBN 978-85-7247-539-6 DOI 10.22533/at.ed.396191508 1. Enfermagem – Prática. 2. Semiologia (Medicina). I. Sombra, Isabelle C. de N. CDD 610.73
Elaborado por Maurício Amormino Júnior – CRB6/2422	

Atena Editora
Ponta Grossa – Paraná - Brasil
www.atenaeditora.com.br
contato@atenaeditora.com.br

APRESENTAÇÃO

A obra “Semiologia de Enfermagem” aborda uma série de estudos realizados na área da Enfermagem, sendo suas publicações realizadas pela Atena Editora, sendo organizada em volume único. Em seus 32 capítulos, o ebook aborda a atuação da Enfermagem em suas diversas dimensões, incluindo estudos relacionados ao contexto materno-infantil, saúde da criança, adolescente e idoso; além da Enfermagem no contexto educacional, com enfoque para ensino e pesquisa; e atuação da Enfermagem na assistência, prática clínica e implementação do Processo de Enfermagem.

Esse olhar diferenciado promove o conhecimento, facilitando a atuação do profissional diante das especificidades inerentes a cada público. Sendo assim, a prestação dos serviços ocorre de forma mais eficaz, gerando resultados cada vez mais satisfatórios.

Portanto esta obra é dedicada ao público composto pelos profissionais de Enfermagem, e discentes da área, objetivando a gradativa melhora na prática de assistencial, trazendo artigos que abordam experiências do ensino e aprendizagem no âmbito da saúde aos mais variados públicos. Além disso, as publicações estão dedicadas também aos próprios usuários dos serviços de saúde, visto que são diretamente favorecidos pela qualidade e humanização na assistência.

A estratégia educativa em Enfermagem protagoniza uma mudança de cenário na saúde desde a formação profissional, até a promoção da saúde para os usuários dos serviços. Nesse sentido, os estudos realizados contribuem para seu entendimento quando trabalham as mais diversas temáticas. Assim, a educação em Enfermagem é fundamental em todos os campos de sua atuação, seja em sua inserção na assistência hospitalar, na Atenção Básica, ou mesmo na formação e capacitação de profissionais da área.

Ademais, esperamos que este livro possa fortalecer e estimular as práticas educativas pelos profissionais de enfermagem, desde a atuação assistencial propriamente dita, até a prática dos docentes formadores e capacitadores, buscando cada vez mais a excelência no cuidado em enfermagem, e disseminando práticas promotoras da saúde. Além disso, objetivamos fortalecer e estimular práticas assistenciais qualificadas e humanizadas, através de publicações de extrema relevância na atualidade, fomentando meios para sua aplicação na prática do cuidado assistencial em Enfermagem.

Isabelle Cordeiro de Nojosa Sombra

SUMÁRIO

CAPÍTULO 1	1
A EXPERIÊNCIA DE SEGURANÇA NO PARTO DOMICILIAR ASSISTIDO POR ENFERMEIRAS OBSTÉTRICAS	
Rachel Verdan Dib Alexandra Celento Vasconcellos da Silva Carlos Sérgio Corrêa dos Reis Jane Márcia Progianti Marcelle Cristine da Fonseca Simas Octavio Muniz da Costa Vargens	
DOI 10.22533/at.ed.3961915081	
CAPÍTULO 2	11
BENEFÍCIOS DO MÉTODO MÃE CANGURU NOS CUIDADOS AO NEONATO DE BAIXO PESO	
Emília Ghislene de Asevedo Naftali Gomes do Carmo Sueli Rosa da Costa Lúcio Petterson Tôrres da Silva Geyslane Pereira de Melo Aurélio Molina da Costa	
DOI 10.22533/at.ed.3961915082	
CAPÍTULO 3	13
FATORES ASSOCIADOS AO DESMAME E À INTRODUÇÃO PRECOCE DA ALIMENTAÇÃO COMPLEMENTAR	
Niége Tamires Santiago de Brito Josivânia Santos Tavares	
DOI 10.22533/at.ed.3961915083	
CAPÍTULO 4	25
FATORES QUE INFLUENCIAM O DESMAME PRECOCE DO ALEITAMENTO MATERNO EXCLUSIVO	
Amuzza Aylla Pereira dos Santos Bárbara Maria Gomes da Anunciação Deborah Moura Novaes Acioli Maraysa Jéssyca de Oliveira Vieira Marianny Medeiros de Moraes Marina Bina Omena Farias Thayná Marcele Marques Nascimento	
DOI 10.22533/at.ed.3961915084	
CAPÍTULO 5	33
DIAGNÓSTICOS E INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM NO BANCO DE LEITE HUMANO	
Danielle Lemos Querido Marialda Moreira Christoffel Viviane Saraiva de Almeida Marilda Andrade Helder Camilo Leite Ana Paula Vieira dos Santos Esteves Sandra Valesca Ferreira de Sousa Nathalia Fernanda Fernandes da Rocha Ana Leticia Monteiro Gomes Bruna Nunes Magesti	
DOI 10.22533/at.ed.3961915085	

CAPÍTULO 6	43
MAPEAMENTO DA OCORRÊNCIA DE VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA NA CIDADE DE MANAUS ENTRE JULHO DE 2015 A OUTUBRO DE 2017	
Bianca Pires dos Santos	
Munike Therense Costa de Moraes Pontes	
DOI 10.22533/at.ed.3961915086	
CAPÍTULO 7	52
PERFIL DA MORBIMORTALIDADE MATERNA NO BRASIL	
Ivaldo Dantas de França	
Ana Claudia Galvão Matos	
Elizabeth Cabral Gomes da Silva	
Amanda Fernanda de Oliveira Guilhermino	
Josefa Ferreira da Silva	
DOI 10.22533/at.ed.3961915087	
CAPÍTULO 8	65
ROTURA UTERINA: UMA EMERGÊNCIA OBSTÉTRICA	
Emília Ghislene de Asevedo	
Naftali Gomes do Carmo	
Thalita Cardoso de Lira	
Lúcio Petterson Tôres da Silva	
Geyslane Pereira de Melo	
Aurélio Molina da Costa	
DOI 10.22533/at.ed.3961915088	
CAPÍTULO 9	67
PERFIL DOS ENFERMEIROS DE UM TIME DE MEDICAÇÃO NA UNIDADE NEONATAL	
Viviane Saraiva de Almeida	
Marilda Andrade	
Danielle Lemos Querido	
Marialda Moreira Christoffel	
Helder Camilo Leite	
Ana Paula Vieira dos Santos Esteves	
Jorge Leandro do Souto Monteiro	
Juliana Melo Jennings	
Micheli Marinho Melo	
Priscila Oliveira de Souza	
Bruna Nunes Magesti	
Ana Leticia Monteiro Gomes	
DOI 10.22533/at.ed.3961915089	
CAPÍTULO 10	79
A FAMÍLIA E AS VIVÊNCIAS COM O TRANSTORNO DO ESPECTRO AUTISTA	
Alex Devyson Sampaio Ferro Moreira	
Marília Vieira Cavalcante	
Ivanise Gomes de Souza Bittencourt	
Larissa de Moraes Teixeira	
Jéssica da Silva Melo	
Camila Moureira Costa Silva	
Marina Bina Omena Farias	
Deborah Moura Novaes Acioli	
DOI 10.22533/at.ed.39619150810	

CAPÍTULO 11	91
ATIVIDADES REALIZADAS EM UM CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL INFANTO-JUVENIL: UM RELATO DE EXPERIÊNCIA	
Marina Bina Omena Farias Yanna Cristina Moraes Lira Nascimento Marília Vieira Cavalcante Larissa de Moraes Teixeira Maria das Graças Bina Omena Farias Deborah Moura Novaes Acioli	
DOI 10.22533/at.ed.39619150811	
CAPÍTULO 12	99
AVALIAÇÃO DO CRESCIMENTO E DESENVOLVIMENTO EM PRÉ-ESCOLARES COM DIABETES MELLITUS TIPO 1	
Luzcena de Barros Ana Llonch Sabatés	
DOI 10.22533/at.ed.39619150812	
CAPÍTULO 13	113
O USO DA LUDOTERAPIA E DA RISOTERAPIA COMO AUXÍLIO PARA A RECUPERAÇÃO DE PACIENTES PEDIÁTRICOS DE UM HOSPITAL PÚBLICO	
Marina Bina Omena Farias Larissa de Moraes Teixeira Marília Vieira Cavalcante Maria das Graças Bina Omena Farias Deborah Moura Novaes Acioli	
DOI 10.22533/at.ed.39619150813	
CAPÍTULO 14	120
JEJUM PRÉ-OPERATÓRIO DE CRIANÇAS EM SITUAÇÃO CIRÚRGICA: UMA REVISÃO DA LITERATURA	
Marcelle Cristine da Fonseca Simas Ariane da Silva Pires Giselle Barcellos Oliveira Koeppe Priscila Padronoff Oliveira Carlos Eduardo Peres Sampaio	
DOI 10.22533/at.ed.39619150814	
CAPÍTULO 15	132
O CUIDADO DE ENFERMAGEM À CRIANÇA COM CÂNCER SUBMETIDA À RADIOTERAPIA	
Ilza Iris dos Santos Fabrícia Rodrigues da Silva Rodrigo Jacob Moreira de Freitas Juce Ally Lopes de Melo Rúbia Mara Maia Feitosa Natana Abreu de Moura Kalyane Kelly Duarte de Oliveira Sibele Lima Costa Dantas Kaline Linhares de Araujo	
DOI 10.22533/at.ed.39619150815	

CAPÍTULO 16	145
SEMELHANÇA ENTRE DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM E PROBLEMAS ADAPTATIVOS DE CRIANÇAS EM HEMODIÁLISE	
Hannar Angélica de Melo Alverga Maria Gillyana Souto Pereira Lima Paula Sousa da Silva Rocha Maria de Nazaré da Silva Cruz Thalyta Mariany Rêgo Lopes Thainara Braga Soares	
DOI 10.22533/at.ed.39619150816	
CAPÍTULO 17	155
A EDUCAÇÃO PERMANENTE E AS AÇÕES NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE	
Caroline Terrazas	
DOI 10.22533/at.ed.39619150817	
CAPÍTULO 18	165
PRÁTICA EDUCATIVA EM SAÚDE COM PESSOAS QUE VIVEM COM ANEMIA FALCIFORME: UMA AÇÃO DO ENFERMEIRO	
Rafael Gravina Fortini Vera Maria Sabóia	
DOI 10.22533/at.ed.39619150818	
CAPÍTULO 19	179
PREVALÊNCIA DOS GENES <i>bla_{oxa10}</i> E <i>mecA</i> EM CEPAS DE <i>S.aureus</i> MULTIRRESISTENTE ISOLADOS DAS MÃOS E CAVIDADE NASAL DE ESTUDANTES DA ÁREA DA SAÚDE	
Eliandra Mirlei Rossi Eduardo Ottobelli Chielle Carine Berwig Claudia Bruna Perin Jessica Fernanda Barreto Kelén Antunes	
DOI 10.22533/at.ed.39619150819	
CAPÍTULO 20	192
MAPEAMENTO DA TUBERCULOSE EM PARNAIBA-PI: REGISTRO DE CASOS NO PERÍODO DE 2006 A 2016	
Jaiane Oliveira Costa Bruna Furtado Sena de Queiroz Matheus Henrique da Silva Lemos Kátia Lima Braga Marielle Cipriano de Moura Paulo Ricardo Dias de Sousa Iara Rege Lima Sousa Tacyany Alves Batista Lemos Gleydson Araujo e Silva Thaysa Batista Vieira de Rezende Annielson de Souza Costa	
DOI 10.22533/at.ed.39619150820	

CAPÍTULO 21 200

CONHECIMENTO DOS ACADÊMICOS DO CURSO DE ENFERMAGEM DA FACULDADE ICESP/
PROMOVE DE BRASÍLIA SOBRE O SUPORTE BÁSICO DE VIDA

Kamila Maria Sena Martins Costa
Karine Gonçalves Damascena
Leonardo Batista

DOI 10.22533/at.ed.39619150821

CAPÍTULO 22 214

O FATOR HUMANO E A SEGURANÇA DO PACIENTE NO PROCESSO DE ENSINO-APRENDIZAGEM
DE ENFERMEIROS

Maria Luisa de Araújo Azevedo
Sirlene de Aquino Teixeira
Aline Mirema Ferreira Vitório

DOI 10.22533/at.ed.39619150822

CAPÍTULO 23 229

EVIDÊNCIAS DO TRABALHO DA ENFERMAGEM EM HEMOTERAPIA NO BRASIL

Sonia Rejane de Senna Frantz
Mara Ambrosina de Oliveira Vargas
Mainã Costa Rosa de Moraes

DOI 10.22533/at.ed.39619150823

CAPÍTULO 24 241

CASOS NOTIFICADOS DE HEPATITE A, B, E C NO ESTADO DA BAHIA NO PERÍODO DE 2011 A
2015

Eliardo da Silva Oliveira
Raissa Neyla da Silva Domingues Nogueira
Daiane dos Santos Souza
Pâmela Luísa Silva de Araújo
Marcela Andrade Rios

DOI 10.22533/at.ed.39619150824

CAPÍTULO 25 253

A EVOLUÇÃO NO TRATAMENTO DE FERIDAS: UMA REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

Bruna Furtado Sena de Queiroz
Maria de Jesus Lopes Mousinho Neiva
Ergina Maria Albuquerque Duarte Sampaio
Evelynne de Souza Macêdo Miranda
Andréia Costa Reis Silva
Gardênia da Silva Costa Leal
Yanca Ítala Gonçalves Roza
Matheus Henrique da Silva Lemos
Kátia Lima Braga
Marielle Cipriano de Moura
Paulo Ricardo Dias de Sousa
Iara Rege Lima Sousa

DOI 10.22533/at.ed.39619150825

CAPÍTULO 26 261

APLICAÇÃO DE PAPAÍNA EM PÓ EM DEISCÊNCIA DE FERIDA OPERATÓRIA INFECTADA

Andressa de Souza Tavares
Dayse Carvalho do Nascimento
Graciete Saraiva Marques
Norma Valéria Dantas de Oliveira Souza
Priscila Francisca Almeida
Patrícia Alves dos Santos Silva
Deborah Machado dos Santos
Rodrigo Costa Soares Savin

DOI 10.22533/at.ed.39619150826

CAPÍTULO 27 267

AS PRINCIPAIS ORIENTAÇÕES PARA A REALIZAÇÃO DO REGISTRO DE ENFERMAGEM: UMA REVISÃO INTEGRATIVA

Melorie Marano de Souza
Maria Victória Leonardo da Costa
Maurício Cavalcanti-da-Silva
Matheus Isaac A. de Oliveira
Marta Sauthier
Priscilla Valladares Broca

DOI 10.22533/at.ed.39619150827

CAPÍTULO 28 280

ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM AOS IDOSOS COM TRANSTORNOS DEPRESSIVOS

Rosana Franciele Botelho Ruas
Dihenia Pinheiro de Oliveira
Gabryela Gonçalves Segoline
Gabriel Silvestre Minucci
Carla Silvana de Oliveira e Silva
Luís Paulo Souza e Souza

DOI 10.22533/at.ed.39619150828

CAPÍTULO 29 296

ACEPÇÕES DE ENFERMAGEM SOBRE RESTRIÇÕES E TRATAMENTO DE HEMODIÁLISE

Mauro Trevisan
Claudine Gouveia
Cleidiane Santos

DOI 10.22533/at.ed.39619150829

CAPÍTULO 30 310

O PROCESSO DE ENFERMAGEM COMO FERRAMENTA NA REABILITAÇÃO E PREVENÇÃO DE AGRAVOS AOS SUJEITOS SEQUELADOS DE AVE: REVISÃO INTEGRATIVA

Ilza Iris dos Santos
Lilianne Pessoa de Moraes
Vande-Cleuma Batista
Rodrigo Jacob Moreira de Freitas
Juce Ally Lopes de Melo
Rúbia Mara Maia Feitosa
Natana Abreu de Moura
Evilamilton Gomes de Paula
Kaline Linhares de Araujo

DOI 10.22533/at.ed.39619150830

CAPÍTULO 31	324
UM ESTUDO ACERCA DO SOFRIMENTO E DAS PRINCIPAIS ENFERMIDADES QUE ACOMETEM IDOSOS COMO RESULTANTE DE ESTRESSE	
Mauro Trevisan	
Jones Rodrigues Silvino	
Maria José Gomes De Sousa	
DOI 10.22533/at.ed.39619150831	
CAPÍTULO 32	341
PERFIL DA MORBIMORTALIDADE INFANTIL NO BRASIL	
Ivaldo Dantas de França	
Ana Claudia Galvão Matos	
Elizabeth Cabral Gomes da Silva	
Amanda Fernanda de Oliveira Guilhermino	
Josefa Ferreira da Silva	
DOI 10.22533/at.ed.39619150832	
CAPÍTULO 33	353
ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM A PESSOAS COM ACIDENTE VASCULAR ENCEFÁLICO	
Rosana Franciele Botelho Ruas	
Valdineia Vieira de Queiros Brito	
Gabriel Silvestre Minucci	
Ingred Gimenes Cassimiro de Freitas	
Ana Lúgia Passos Meira	
Carla Silvana de Oliveira e Silva	
Luís Paulo Souza e Souza	
DOI 10.22533/at.ed.39619150833	
SOBRE A ORGANIZADORA	365
ÍNDICA REMISSIVO	366

A EXPERIÊNCIA DE SEGURANÇA NO PARTO DOMICILIAR ASSISTIDO POR ENFERMEIRAS OBSTÉTRICAS

Rachel Verdan Dib

Universidade do Estado do Rio de Janeiro,
Faculdade de Enfermagem
Rio de Janeiro - RJ

Alexandra Celento Vasconcellos da Silva

Universidade do Estado do Rio de Janeiro,
Faculdade de Enfermagem
Rio de Janeiro - RJ

Carlos Sérgio Corrêa dos Reis

Universidade do Estado do Rio de Janeiro,
Faculdade de Enfermagem
Rio de Janeiro - RJ

Jane Márcia Progianti

Universidade do Estado do Rio de Janeiro,
Faculdade de Enfermagem
Rio de Janeiro - RJ

Marcelle Cristine da Fonseca Simas

Universidade do Estado do Rio de Janeiro,
Faculdade de Enfermagem
Rio de Janeiro - RJ

Octavio Muniz da Costa Vargens

Universidade do Estado do Rio de Janeiro,
Faculdade de Enfermagem
Rio de Janeiro - RJ

intervenção obstétrica, ou ainda fatores como a experiência, demonstração de afetividade e realização da enfermeira obstétrica pelo seu trabalho. A segurança destaca-se entre esses fatores. **Objetivo:** Analisar a experiência de segurança no parto para mulheres que pariram no domicílio acompanhadas por enfermeira obstétrica. **Metodologia:** Estudo descritivo, qualitativo, baseado nos pressupostos da *Grounded Theory*. Foram realizadas 10 entrevistas no ambiente domiciliar da participante. Os critérios de inclusão foram: mulheres entre 20 e 41 anos, que tiveram seu parto acompanhado no domicílio por enfermeiras obstétricas, e estiveram vinculadas à enfermeira obstétrica no pré-natal, fazendo no mínimo quatro consultas de pré-natal, a partir da 30ª semana de gestação, e planejaram um parto domiciliar acompanhadas por essa enfermeira. **Resultados:** Identificou-se que a segurança no parto domiciliar assistido por enfermeira obstétrica se mostra fortemente associada ao vínculo e uma relação horizontal permeada por troca de saberes com a enfermeira obstétrica e em tê-la ao seu lado, ao ambiente favorável em que esta mulher se encontra, a não intervenção, ao atendimento de seus desejos, anseios e demandas e ao seu empoderamento e protagonismo. **Conclusão:** Reconhecendo o parir no domicílio como um evento natural e fisiológico, ratifica-se a importância do

RESUMO: Introdução: A decisão pelo parto domiciliar planejado pode ser intermediada por muitos fatores como a idealização por um atendimento individualizado, a busca pela não

empoderamento e do protagonismo da mulher no momento do parto a fim ter opção de escolha sobre seu corpo, evitando a realização de intervenções desnecessárias. Sendo assim, identifica-se a relevância da implementação de políticas públicas e o incentivo de órgãos governamentais.

PALAVRAS-CHAVE: Enfermagem obstétrica, Parto Domiciliar, Humanização.

INTRODUÇÃO

O parto domiciliar, no início do século XX, ainda era visto como uma ação genuína e de prática comum no cotidiano das mulheres. Com o passar do tempo, esse acontecimento natural sofreu diversas interferências, principalmente da medicina, que fez com que essa atividade espontânea da mulher se transformasse em uma ação mais invasiva e institucionalizada. Passou-se a adotar condutas como procedimentos cirúrgicos e assistências baseadas em um modelo medicalizado. Ligadas a essas técnicas, ocorre o uso de intervenções invasivas para a realização deste momento único para a mulher (OLIVEIRA *et al.*, 2017).

No cenário atual, em âmbito nacional e do Sistema Único de Saúde (SUS), encontram-se cerca de 2,6 milhões de partos acontecidos por ano, sendo 24% cesarianas. Buscando a diminuição do índice de intervenções cirúrgicas, a Organização Mundial da Saúde (OMS) recomenda o máximo de 15% de cesarianas. Em contrapartida, no Brasil o atendimento a essa orientação não ocorre com facilidade, tendo em vista o registro do aumento de cesarianas para 52% (OLIVEIRA *et al.*, 2017).

Visando mudanças significativas no cenário atual, procura-se estimular o interesse da mulher para a redução e a troca dos procedimentos cirúrgicos no parto, tais como a cesariana, por atividades espontâneas inerentes ao processo de parir naturalmente. Nesse caso, destaca-se o parto domiciliar com a intenção de se obter resultados positivos como a redução das mortes maternas e infantis, além de propiciar a melhoria da qualidade de vida dos envolvidos (OLIVEIRA *et al.*, 2017).

A liberdade da parturiente em relação à escolha do parto planejado realizado em domicílio é preconizada pela Organização Mundial da Saúde (OMS). Contudo, recomenda-se que essa escolha e este momento sejam direcionados com o auxílio de profissionais qualificados, como a enfermeira obstétrica (KOETTKER *et al.*, 2017).

No entanto, nem todos os partos acontecidos em domicílio são resultantes de um planejamento. O que se observa é que em muitos casos o parto acontece no domicílio devido à dificuldade de acesso da mulher aos serviços de saúde. A falta de informação, conhecimento sobre seus direitos e de autonomia em relação ao seu parto, assim como as condições para o custeio também são fatores importantes na tomada de decisão em adotar ou não o parto domiciliar planejado. Nesse caso, este representa despesas extras, já que essa proposta mais humanizada ainda não é oferecida pelo SUS (KOETTKER *et al.*, 2017).

Em contrapartida, no Brasil, mulheres que tiveram parto domiciliar planejado(NÃO

TEM VÍGULA) apresentam diversas experiências positivas em relação à sua escolha. Entre essas experiências, destacam-se a segurança transmitida pela profissional que a acompanhou, sua autonomia em escolher todo o seu plano de parto, presença e o favorecimento da liberdade de escolha de acompanhantes, posições para o parto e o grande estímulo ao contato pele a pele, subsidiando a amamentação precoce (KOETTKER *et al.*, 2017).

Além dos fatores que favorecem a escolha da mulher por parir no domicílio, a literatura nacional vem apresentando bons resultados obstétricos e neonatais, muito semelhantes aos estudos internacionais. Essas pesquisas demonstram a reduzida taxa de transferência hospitalar, necessidade de cesariana, traumas perineais e uso de fármacos tanto no trabalho de parto como no pós-parto dos partos domiciliares, validando portanto, o quanto o parto acontecido desta maneira vem sendo cada vez mais positivo para o binômio mãe-bebê (SANFELICE e SHIMO, 2015).

Sendo assim, deve-se levar em consideração a gestação, o parto e o puerpério, pois são eventos extremamente singulares e marcantes na vida da mulher, principalmente quando envolvidos por uma assistência humanizada. Por estes motivos, deve-se buscar o diálogo de maneira horizontal sobre os anseios, medos, experiências das mulheres e, principalmente, o significado de segurança no parto para esta mulher, para que assim propicie a escolha do seu parto.

OBJETIVO

Analisar a experiência de segurança no parto para mulheres que pariram no domicílio acompanhadas por enfermeira obstétrica.

METODOLOGIA

Estudo descritivo, qualitativo, baseado nos pressupostos da *Grounded Theory*. Procurou-se analisar e obter informações acerca dos elementos causadores de medo e a experiência do parto juntamente com o significado de segurança no parto entre as mulheres que foram acompanhadas e tiveram seu parto em ambiente domiciliar em centros urbanos da região sudeste do país. Foram realizadas 10 entrevistas no ambiente domiciliar da participante.

Os critérios de inclusão foram: mulheres entre 20 e 41 anos, que optaram pelo parto acompanhado no domicílio por enfermeiras obstétricas, e estiveram vinculadas à enfermeira obstétrica no pré-natal, fazendo no mínimo quatro consultas de pré-natal a partir da 30^a semana de gestação, e planejaram um parto domiciliar acompanhadas por essa enfermeira.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

A partir da análise das entrevistas, surgiu a categoria “Definindo parto seguro através da própria experiência do parto domiciliar planejado”.

Ao entrevistar as mulheres sobre sua concepção de parto seguro após a experiência de parir, observou-se a comparação desse conceito a partir daquelas que vivenciaram a experiência de parir em casa de maneira planejada e acompanhadas por enfermeira obstétrica e a experiência vivida no ambiente hospitalar previamente.

A partir disso, pode-se observar nas entrevistas que houve uma percepção de insegurança e desamparo no que tange ao ambiente hospitalar devido às intervenções desnecessárias, à medicalização excessiva e à falta de informação, corroborando para a perda de seu protagonismo e empoderamento sobre seu corpo, ratificando o modelo biomédico hegemônico existente.

Estudos evidenciam que as mulheres que pariram no hospital relataram vivenciar sensações diversas no momento do parto, envolvendo o medo, aspectos físicos, emocionais e psíquicos. Estas enfatizam sobre não desejarem ter a experiência de parir no hospital novamente devido ao excesso de intervenções desnecessárias, situações desagradáveis e má qualidade da assistência prestada, pois são fatores que geram insegurança, prejudicando inclusive na amamentação e interação com o bebê (TEIXEIRA e PEREIRA, 2006; TOOHILL, 2014; DORNFELD *et al.*, 2015; TOSTES; SEIDL, 2016; VARGENS *et al.*, 2016).

A minha cesariana levou meia hora, mas eu lembro do frio que eu senti na sala, eu lembro de ter saído da sala de parto, totalmente drogada. Todas essas emoções que você vive em um nascimento de um bebê, foram mascaradas, porque eu estava totalmente medicada. (E2GA3)

O parto domiciliar foi uma coisa de outro mundo. As pessoas não entendem que marcando a cesariana, o bebê tem muito mais chance de ter problemas, não sabem o perigo que correm. As crianças não estão na UTI por uma coincidência e sim porque estão nascendo antes da hora. É muito mais arriscado que um parto domiciliar. Tem muita desinformação no mundo. (E2GA3)

Acerca das mulheres que foram protagonistas do seu parto, tendo opções de escolha e poder de decisão sobre seu corpo, estas mostraram-se mais seguras e confiantes durante o processo de parir e em sua relação com a enfermeira ali presente, prestando cuidados baseados na desmedicalização, construção de vínculo e troca de saberes.

A busca pelo parto em domicílio vem associada à procura por uma enfermeira obstétrica. Essa oferece assistência qualificada incluindo cuidado humanizado e a construção de vínculo, possibilitando melhor entendimento dessa mulher sobre o parir em casa e suas contribuições para o bebê. Sanando suas dúvidas e sendo ouvida acerca dos seus medos e anseios, a mulher adquire empoderamento e poder de escolha sobre seu corpo devido à segurança que lhe foi transmitida (ADAMS, 2012; FERREIRA *et al.*, 2013; SOUZA *et al.*, 2015; COLLAÇO, 2017).

Segundo Santos *et al.*, (2018), o domicílio se apresenta como o local ideal para a mulher parir. O mesmo disponibiliza perfeitas condições no que tange ao relaxamento da mulher e o parto fisiológico e oferece segurança para a mulher por meio de fatores como a privacidade, vínculo entre equipe e família, baixa luminosidade, entre outros (NASCIMENTO *et al.*, 2015).

Eu acho que um parto seguro é aquele que você entende o que está acontecendo. É aquele que você tem o domínio do processo que você está passando. Se eu tivesse com a minha antiga obstetra, indo para o hospital, e ela fizesse, 300 coisas que eu não soubesse o que estava acontecendo, eu acho que isso seria um parto inseguro. Ela poderia tentar fazer uma episiotomia e não saber que aquilo era errado. Segurança para mim é você tem o domínio da situação, você ser a protagonista. (E1GA1)

Eu acho que parto seguro tem muito a ver com o tempo da pessoa ser respeitado, você ter esse domínio, de que vai evoluir no seu tempo e ninguém vai ficar forçando nada. E ter alguém ali para falar que tudo bem, é aquilo mesmo. (E2GA4)

As mulheres que experienciaram o parto normal na maternidade explicitaram este momento como uma boa experiência, apontando a definição de parto seguro atrelada à sensação de privacidade no momento do parto em ambiente domiciliar, confiança, construção de vínculo e relação horizontal com a enfermeira obstétrica e, principalmente, pelo respeito e não intervenção pela enfermeira obstétrica no momento de evolução do parto.

A escolha pelo parto no domicílio vem atrelada ao fato das mulheres temerem os riscos da cesárea e o medo que essa intervenção traz, além do reconhecimento da importância do processo fisiológico. Os relatos sobre a experiência de parir se baseiam no encontro com seu íntimo, reconhecimento e capacidade enquanto mulher (TOSTES e SEIDL, 2016; SILVA *et al.*, 2018).

Essas mulheres buscam informações acerca dos benefícios para o bebê, para si e sobre o parto domiciliar. As mesmas reconhecem que o domicílio é um lugar adequado para parir mediante o que promove (conforto, silêncio, privacidade) e, assim, constroem uma relação de vínculo com a enfermeira obstétrica, fazendo com que se sintam seguras para realizarem escolhas (NASCIMENTO *et al.*, 2015).

Eu acho que um parto seguro é você estar com alguém que olhe para você, mas você também se olhar. Quando você está vinculada com a pessoa que está te acompanhando, você consegue junto com ela, entender quais são as potencialidades e as dificuldades que você pode ter. (E3GA3)

Eu acho que, o tempo da pessoa ser respeitado. E ter alguém ali para falar que tudo bem, é aquilo mesmo. É ter alguém ali que você confie, te dá muita segurança, e ter alguém ali, te monitorando. Esses são os dois fatores, deixar a mãe confiante, do processo todo, e ter um monitoramento. (E2GA4)

É um desafio, você poder se abrir para alguém e ter confiança total que você não vai ser julgada e que a pessoa que vai te ajudar no que você está passando, eu vivi essa relação de confiança com minha enfermeira. (E3GA3)

Eu acho super seguro parir em casa, mais seguro que parir na maternidade. Porque eu acho que você tem menos chance de precisar de alguma coisa. Você não tem tantas interferências, tudo flui melhor e está todo mundo mais atento. Como são menos pessoas, a atenção é mais focada, porque tem menos gente. Não tem ninguém sobrando. (E3GA3)

O parto domiciliar é seguro se você estiver sendo assistida por uma equipe preparada. Eu sou super a favor, mas não teria meu filho sozinha em casa, por exemplo. Eu estava correndo muito mais risco, com um médico no hospital, do que em casa, com uma enfermeira obstetra que sabe o que fazer. Eu teria dez filhos de parto natural domiciliar. (E2GA3)

Para as primíparas que foram assistidas por enfermeira obstétrica e pariram naturalmente nas maternidades do SUS, a concepção do que seria um parto seguro relaciona-se diretamente com as experiências técnicas das enfermeiras participantes desse processo, pois gerou nas mulheres um sentimento de confiança e vínculo, fazendo com que estas se sintam mais à vontade na questão da nudez no momento do parto.

A mulher se sente mais segura quando se cria um elo com a enfermeira obstétrica que a acompanha, pois consegue manter uma relação onde ela é a protagonista e, conseqüentemente, participa de todas as escolhas referentes ao seu parto. No parto domiciliar, essa liberdade de dizer o que pensa e o que quer fortifica a profissional de saúde e a puérpera, fazendo com que a vergonha de dizer ou fazer qualquer coisa se ausente do ambiente (OLIVEIRA *et al.*, 2017).

No modelo hospitalar, por haver menor possibilidade dessa criação de vínculo, a mulher no puerpério acaba se sentindo coagida e até envergonhada em algumas situações, como por exemplo, ficar nua na frente do profissional de saúde no seu parto. Em contrapartida, quando a mulher tem um parto domiciliar planejado, sente-se tão segura que esses sentimentos de vergonha somem graças à intimidade e vínculo criados (NASCIMENTO *et al.*, 2015).

Ficar pelada na frente de pessoas aleatórias, falo no Maria Amélia. Foi horrível, eu em trabalho de parto, com aquela camisolinha que mostra tudo e entrando, faxineiras no quarto. Não é uma coisa muito legal. Por mais que na hora você semi ignora, não é a coisa mais confortável do mundo. Em casa foi melhor também por isso, saber que aquelas pessoas que você confia estão ali, você nem menos vergonha de gritar e esse negócio da nudez, que ainda é um tabu [...]. (E2GA4)

Para as mulheres que tiveram seu primeiro parto no ambiente domiciliar, evidenciou-se que o conceito de segurança no parto está atrelado diretamente à experiência técnica da enfermeira obstétrica. Está ligado também a questão da “não intervenção”, além da segurança de ter ao seu lado uma enfermeira que é mulher, que atende aos anseios e desejos destas mulheres.

A postura decorrente da presença da enfermeira obstétrica no ambiente domiciliar estimula o exercício da autonomia e do protagonismo materno, pois a equipe valoriza e reconhece a gestante como fator primordial e ativo no processo ao entender que essas mulheres possuem consigo muitos desejos, necessidades, valores e expectativas

que são frutos de sua natureza e cultura, fatores que devem ser considerados primordialmente para que esse cuidado humanizado ocorra (SANFELICE e SHIMO, 2016).

Uma das principais justificativas das mulheres para a escolha de parir em seu domicílio parte do princípio de que muito provavelmente esta mulher não consiga estabelecer uma relação horizontal com o profissional de saúde envolvido em seu processo puerperal no que tange suas escolhas e decisões tomadas no decorrer da assistência prestada. Isso as leva à procura de outras alternativas capazes de propiciar esse diálogo. As mulheres que procuram e decidem por um parto domiciliar buscam o contrário do que é constituído no ambiente hospitalar, como uma relação com o profissional de saúde no qual lhe passe confiança e segurança, além da criação de sentimentos construídos a partir do estabelecimento de vínculo da enfermeira com esta gestante (FEYER *et al.*, 2013).

Um parto seguro para mim é aquele que eu possa ser capaz de reverter qualquer tipo de intercorrência. As outras coisas são subjetivas, você estar em um ambiente seguro e confortável, eu acho que isso é subjetivo. Na prática, é não ter que fazer nada, mas se tiver que fazer alguma coisa, você ter como fazer e saber fazer. (E1GA1)

Acho que a primeira questão para um parto seguro primeiro é atender o desejo da mulher, isso significa não oferecer anestesia quando a mulher não quiser, por exemplo. E a segurança técnica também, de ter, relativo ao parto domiciliar, ter os instrumentos necessários, aparelhos necessários, para se acontecer alguma coisa que precise. (E3GA1)

Já para as mulheres que vivenciaram a experiência de dois partos no domicílio, o parto seguro conceituou-se como a escolha de um ambiente acolhedor. Esse local se caracteriza também por proporcionar segurança, leveza, liberdade e, principalmente, um ambiente longe de intervenções que desrespeitem os limites do processo de cada mulher.

Um parto seguro é aquele onde suas escolhas são respeitadas. Você precisa estar em um ambiente que é seguro para você. Eu não imponho o tipo de parto que acho seguro para ninguém. Quem acha que parto seguro é ir para o hospital, então, é a segurança daquela pessoa. Para mim, parto seguro é aquele onde você tem menos intervenções possíveis, onde você esteja em um ambiente acolhedor, onde você se sinta segura. No meu caso a minha casa, é o ambiente onde estou mais segura. E um parto seguro também é aquele onde você é respeitada nos seus limites, tanto de intervenções, quanto de passar por aquele momento da forma que você deseja, com ninguém impondo nada a você. Alguém dizendo o que fazer, que agora é hora disso ou daquilo. Precisa ser um processo mais natural possível, deixar a natureza fluir. A gente é natureza, parto seguro é como deve ser, naturalmente. (E1GA2)

As mulheres que optam pelo parto domiciliar participam de maneira mais ativa em seu trabalho de parto e do parto, apresentam menos ansiedade e confiam mais na fisiologia do próprio corpo. Estes fatores fazem com que elas se sintam com mais autonomia e seguras. A assistência ao parto no domicílio está associada diretamente a menos intervenções e menores taxas de cesariana. As mulheres são mais respeitadas

quanto à escolha da posição de parir, além do maior estímulo ao contato pele a pele entre mãe e o seu recém-nascido e a amamentação (KOETTKER *et al.*, 2013).

Além disso, o parto domiciliar torna-se mais evidenciado como um parto seguro quando a mulher no decorrer de seu trabalho de parto e no parto dispõe de um ambiente favorável para esse momento. Ressalta-se o uso de tecnologias não invasivas de cuidado para alívio da dor e seu impacto na vitalidade do recém-nascido relacionadas à questão da ambiência como o uso da música, a imersão em água e a diminuição da luminosidade, que repercutem positivamente na experiência desta mulher, pois cria-se uma atmosfera extremamente acolhedora e propícia ao relaxamento (SANFELICE e SHIMO, 2016; VARGENS *et al.*, 2017).

CONCLUSÃO

Nos últimos anos, o quantitativo de partos domiciliares vem aumentando. A mulher retorna com a percepção do parto que se tinha antes, ou seja, reconhece o parir em casa como um evento natural e fisiológico ao invés de parir no hospital recebendo intervenções desnecessárias e perdendo seu protagonismo neste momento.

Esta busca por mais informações sobre o assunto, se conecta com seu corpo, adquire empoderamento e faz escolhas sobre si, ouve relatos de outras pessoas que nasceram em casa e, a partir disso, escolhe não parir no hospital ainda que tenha medo, mas por preocupar-se com sua segurança e do seu bebê. Decidindo parir em casa, a mulher busca a enfermeira obstétrica a fim de sanar suas dúvidas, buscar informações a respeito desse evento, medos, anseios e inseguranças.

É identificado como fator gerador de segurança: enfermeira apresentar autoconfiança em sua fala e manejo da situação, não necessitando realizar intervenções; ter conhecimentos científicos; construir uma relação de vínculo e confiança entre a enfermeira obstétrica e a mulher; e incentivo ao empoderamento dessa para que ela seja a protagonista do seu parto, tendo ao seu lado alguém para estar junto, tornando esse momento único e dela.

Apesar do aumento do número de partos domiciliares, estes ainda se relevam como a minoria dos partos normais realizados no nosso cenário devido à falta de informação ainda muito existente, fazendo com que grande parte das mulheres não tenham como refletir acerca de algumas escolhas. Por isso, reconhece a necessidade da implementação de políticas públicas e o incentivo de órgãos governamentais com a finalidade de assegurar a incorporação de enfermeiras obstétricas no cuidado das mulheres, visando contribuir para a diminuição das taxas de cesáreas realizadas desnecessariamente, ratificando que o Brasil é o país que realiza mais cesarianas no mundo.

REFERÊNCIAS

1. ADAMS, S. S.; EBERHARD-GRAN, M.; ESKILD, A. Fear of childbirth and duration of labour: a study of 2206 women with intended vaginal delivery. **BJOG: An International Journal of Obstetrics & Gynaecology**, v. 119, n. 10, p. 1238-1246, 2012.
2. COLLACO, Vania Sorgatto et al. the meaning assigned by couples to planned home birth supported by nurse midwives of the hanami team. **Texto contexto - enferm.**, Florianópolis, v. 26, n. 2, e6030015, 2017. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010407072017000200303&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 15 de abril de 2019.
3. DE OLIVEIRA SANFELICE, Clara Fróes; SHIMO, Antonieta Keiko Kakuda. Boas práticas em partos domiciliares: perspectiva de mulheres que tiveram experiência de parto em casa. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, v. 18, 2016.
4. DE SOUZA, Monique Gonzalez et al. Concern of primiparous women with regard to labor and birth. **Revista de Pesquisa: Cuidado é fundamental online**, v. 7, n. 1, p. 1987-2000, 2015.
5. DORNFELD, Dinara; PEDRO, Rubim; NERI, Eva. The health team and the safety of the mother-baby binomial during labor and birth. **Investigacion y educacion en enfermeria**, v. 33, n. 1, p. 44-52, 2015.
6. FERREIRA, Lúcia Aparecida et al. Expectation of pregnant women in relation to childbirth. **Revista de Pesquisa: Cuidado é Fundamental Online**, v. 5, n. 2, p. 3692-3697, 2013.
7. FRANK, Tatianne Cavalcanti; PELLOSO, Sandra Marisa. A percepção dos profissionais sobre a assistência ao parto domiciliar planejado. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, v. 34, n. 1, p. 22-29, 2013.
8. KOETTKER, Joyce Green; BRUGGEMANN, Odaléa Maria; KNOBEL, Roxana. Maternal results from planned home births assisted by nurses from the hanami team in the south of Brazil, 2002-2012. **Texto contexto - enferm.**, Florianópolis, v. 26, n. 1, e3110015, 2017. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010407072017000100302&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 15 de abril de 2019.
9. NASCIMENTO, Raquel Ramos Pinto do et al. Escolha do tipo de parto: fatores relatados por puérperas. **Rev. Gaúcha Enferm.**, Porto Alegre, v. 36, n. spe, p. 119-126, 2015. Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-14472015000500119&lng=en&nrm=iso>. access on 17 Apr. 2019. <http://dx.doi.org/10.1590/1983-1447.2015.esp.56496>.
10. OLIVEIRA, Amanda Vieira de et al. Percepção de gestantes e puérperas acerca do parto domiciliar planejado. **Rev. baiana saúde pública**, v. 41, n. 3, p. 716- 733, 2018. Disponível em: <<http://pesquisa.bvsalud.org/porta1/resource/pt/biblio-906433>>. Acesso em: 14 de abril de 2019.
11. SANFELICE, Clara Fróes de Oliveira; AKK, Shimo. Parto domiciliar: compreendendo os motivos dessa escolha. **Texto Contexto Enferm**, v. 24, n. 3, p. 875-82, 2015. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010407072015000300875&lng=en&tlng=en>. Acesso em: 15 de abril de 2019.
12. SANFELICE, Clara Fróes de Oliveira; SHIMO, Antonieta Keiko Kakuda. Representações sociais sobre o parto domiciliar. **Escola Anna Nery**, v. 19, n. 4, p. 606-613, 2015. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1414-81452015000400606&script=sci_abstract&tlng=es>. Acesso em: 15 de abril de 2019.
13. SANTOS, Simone Silva dos et al. Resultados de partos domiciliares planejados assistidos por enfermeiras obstétricas. **Revista de Enfermagem da UFSM**, [S.l.], v. 8, n. 1, p. 129-143, abr. 2018. ISSN 2179-7692. Disponível em: <<https://periodicos.ufsm.br/reufsm/article/view/28345>>. Acesso em: 16 abr. 2019. doi:<http://dx.doi.org/10.5902/2179769228345>.

14. SILVEIRA FEYER, Iara Simoni et al. Rituais de cuidado realizados pelas famílias na preparação para a vivência do parto domiciliar planejado. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 66, n. 6, 2013. Disponível em: <<https://www.redalyc.org/html/2670/267029915011/>>. Acesso em 15 de abril de 2019.
15. SORGATTO COLLAÇO, Vania et al. O significado atribuído pelo casal ao parto domiciliar planejado, assistido pelas enfermeiras obstétricas da equipe HANAMI. **Texto & Contexto Enfermagem**, v. 26, n. 2, 2017.
16. TEIXEIRA, Neuma Zamariano Fanaia; PEREIRA, Wilza Rocha. Parto hospitalar: experiências de mulheres da periferia de Cuiabá-MT. **Rev. bras. enferm.**, Brasília, v. 59, n. 6, p. 740-744, dez. 2006. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S003471672006000600004&lng=pt&nrm=iso>. acessos em 16 abr. 2019. <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-71672006000600004>.
17. TOO HILL, Jocelyn et al. Prevalence of childbirth fear in an Australian sample of pregnant women. **BMC pregnancy and childbirth**, v. 14, n. 1, p. 275, 2014.
18. TOSTES, Natalia Almeida; SEIDL, Eliane Maria Fleury. Expectativas de gestantes sobre o parto e suas percepções acerca da preparação para o parto. **Temas em Psicologia**, v. 24, n. 2, p. 681-693, 2016.
19. VARGENS, Octavio Muniz da Costa; NUNES, Sonia; SILVA, Carla Marins; PROGIANTI, Jane Márcia. Procedimentos invasivos no cuidado à parturiente sob a perspectiva de gênero **Revista Enfermagem UERJ**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 6, e15066, 2016.
20. VARGENS, Octavio Muniz da Costa; REIS, Carlos Sérgio Correia dos; NOGUEIRA, Maria de Fátima Hasek; PRATA, Juliana Amaral; SILVA, Carla Marins PROGIANTI, Jane Márcia. Tecnologias não-invasivas de cuidado de enfermagem obstétrica: repercussões sobre a vitalidade do recém-nascido. **Revista Enfermagem UERJ**, Rio de Janeiro, v. 25, e21717, p. 1-7, 2017.
21. ZIELINSKI, Ruth; ACKERSON, Kelly; LOW, Lisa Kane. Planned home birth: benefits, risks, and opportunities. **International journal of women's health**, v. 7, p. 361, 2015.

BENEFÍCIOS DO MÉTODO MÃE CANGURU NOS CUIDADOS AO NEONATO DE BAIXO PESO

Emília Ghislene de Asevedo

Faculdade São Miguel

Recife – PE

Naftali Gomes do Carmo

Faculdade São Miguel

Recife – PE

Sueli Rosa da Costa

Faculdade São Miguel

Recife – PE

Lúcio Petterson Tôrres da Silva

Centro Universitário do Vale do Ipojuca

Ipojuca – PE

Geyslane Pereira de Melo

Universidade de Pernambuco

Recife – PE

Aurélio Molina da Costa

Universidade de Pernambuco – Faculdade de

Ciências Médicas/ UPE – FCM

Recife – PE

PALAVRAS-CHAVE: Método Canguru;
Assistência à Saúde; Neonato.

1 | INTRODUÇÃO

O Método Mãe Canguru criado pelo Ministério da Saúde, como uma intervenção importante, através de cuidados simples, de baixo custo para prevenir e detectar precocemente possíveis complicações que o neonato venha a adquirir e decorrência do seu

baixo peso.

2 | OBJETIVO

Conhecer os benefícios do método mãe canguru nos cuidados ao neonato de baixo peso.

3 | MÉTODOS

Trata-se de um estudo de revisão bibliográfica, com abordagem qualitativa, através do levantamento de dados encontrados na literatura, no período de maio de 2017. Foram analisados 18 artigos com publicações em português e na íntegra, referente ao período de 2009 a 2016, a busca deu-se na base de dados SciELO, dos quais foram utilizados 8 para elaboração deste trabalho.

4 | RESULTADOS

Os Recém-Nascidos (RN) prematuros e de baixo peso ficaram isolados na Unidade de Terapia Intensiva Neonatal (UTIN) até atingirem o peso ideal. Assim, observou-se a necessidade da implementação de métodos simples, eficazes e satisfatório na melhoria das condições aos quais os neonatos eram submetidos, sendo

indispensável o contato materno, na perspectiva de um crescimento saudável. A fim de que a permanência do RN na incubadora fosse diminuída, os neonatos fossem colocados no colo da mãe, na posição canguru, para um contato pele-a-pele, bem como para a utilização da amamentação exclusiva e um acompanhamento especializado.

Nesse contexto, vários benefícios foram enumerados aos bebês prematuros, uma vez que o método fortalece a promoção do vínculo mãe-bebê, garantindo amamentação exclusiva nos primeiros seis meses de vida, favorecendo o crescimento adequado do bebê, e reduzindo a incidência de doenças graves.

5 | CONCLUSÃO

O Método Mãe Canguru é bastante significativo no desenvolvimento dos neonatos a partir de um método de assistência simples, que cada vez mais está sendo implementado nas unidades de saúde, na busca de potencializar uma qualidade de vida e sobrevivência dos prematuros.

REFERÊNCIAS

ABE, Renata; FERRARI, Rosângela Aparecida Pimenta. **Puericultura: Problemas Materno-infantis Detectados Pelos Enfermeiros numa Unidade de Saúde da Família.** Revista Mineira de Enfermagem, V. 12, n. 4, p. 523-530, 2008.

CAMPOS, Roseli Márcia Crozanol *et al.* **Consulta de Enfermagem em Puericultura: A vivência do Enfermeiro na Estratégia de Saúde da Família.** Revista da Escola de Enfermagem da USP, 2011.

DE ASSIS, Wesley Dantas *et al.* **Processo de Trabalho da Enfermeira que Atua em Puericultura nas Unidades de Saúde da Família.** Revista Brasileira de Enfermagem. V.64, n. 1, p. 3846, 2011.

FATORES ASSOCIADOS AO DESMAME E À INTRODUÇÃO PRECOCE DA ALIMENTAÇÃO COMPLEMENTAR

Niége Tamires Santiago de Brito

Secretaria Municipal de Saúde do Paulista
Paulista - Pernambuco

Josivânia Santos Tavares

Secretaria Municipal de Saúde do Recife,
Estratégia Saúde da Família
Recife - Pernambuco

RESUMO: O estudo teve como objetivo identificar os fatores associados ao desmame e à introdução precoce da alimentação complementar em crianças de 0 a 2 anos de idade. Trata-se de um estudo do tipo descritivo, exploratório, de abordagem qualitativa, com mães de crianças de até 2 anos de vida em uma Unidade de Saúde da Família no município de Recife - PE. Os dados foram coletados por meio de questionário semiestruturado. As entrevistas foram gravadas, transcritas, organizadas e sistematizadas em núcleos de palavras correspondentes aos temas investigados, e analisadas segundo a técnica de análise de conteúdo. Participaram da pesquisa 19 mães com idade entre 17 e 31 anos, a maioria não exercia atividade laboral fora do domicílio, possuía renda familiar entre 1 e 2 salários mínimos, e dois ou mais filhos. As complicações mamárias, pouco leite, trabalho, influências socioculturais e falta de experiência foram identificados como fatores que influenciaram

as mães a realizar o desmame e a introdução precoce da alimentação complementar. Conclui-se que, uma vez que o ato de amamentar é influenciado por diversos fatores que podem resultar em seu sucesso ou fracasso, os profissionais de saúde precisam compreender os aspectos relacionados à amamentação e estar capacitados para realizar, desde o pré-natal, práticas educativas que incentivem o aleitamento materno.

PALAVRAS-CHAVE: Aleitamento materno. Desmame. Alimentação infantil.

FACTORS ASSOCIATED WITH WEAKNESS AND EARLY INTRODUCTION OF COMPLEMENTARY FEEDING

ABSTRACT: The aim of this project was to identify the factors associated with weaning and the early introduction of complementary feeding in children from 0 to 2 years old. This is a descriptive, exploratory, qualitative approach study with mothers of children up to 2 years old in a Family Health Unit in Recife - PE. The data were collected through a semi-structured questionnaire. The interviews were recorded, transcribed, organized and systematized into nuclei of words corresponding to the subjects investigated and analyzed according to the technique of content analysis. A total of 19 mothers aged between 17 and 31 years participated in

the study. Most of them didn't work outside the home, had a family income of between 1 and 2 minimum wages, and two or more children. Breast complications, low milk, labor, sociocultural influences and the lack of experience were identified as factors that influenced mothers to perform weaning and the early introduction of complementary feeding. It's concluded that, since the act of breastfeeding is influenced due to several factors that may result in their success or even failure, health professionals need to understand the aspects related to breastfeeding and be able to perform, from prenatal, educational practices that encourage breastfeeding.

KEYWORDS: Breastfeeding. Weaning. Infant feeding.

1 | INTRODUÇÃO

A alimentação e nutrição adequadas são fundamentais para crescimento e desenvolvimento infantil. O Aleitamento Materno (AM) é considerado uma das bases para a promoção e proteção da saúde da criança, uma vez que o leite humano possui propriedades que favorecem o seu crescimento e desenvolvimento. A amamentação é considerada uma estratégia para prevenir a ocorrência de óbitos infantis por doenças evitáveis, visto que a criança nutrida de forma adequada reflete na redução dos casos de morbimortalidade neonatal e infantil (BOCOLLINE, 2013).

O Ministério da Saúde (MS) recomenda o Aleitamento Materno Exclusivo (AME) até os seis meses de idade e, posteriormente, a introdução da alimentação complementar adequada, com a manutenção da amamentação até os dois anos ou mais, já que o leite materno continua sendo uma importante fonte de nutrientes e protege contra doenças infecciosas (BRASIL, 2015). A inclusão de alimentos deve ser lenta e gradual para que aos poucos a criança se adapte. A alimentação deve ser variada e saudável, contendo diferentes alimentos de todos os grupos, de forma que proporcione todos os nutrientes que a criança necessita, cooperando com a formação de hábitos alimentares (BRASIL, 2013a).

De acordo com a UNICEF (2013) o AME até o sexto mês de vida pode evitar, anualmente, 1,3 milhão de mortes de crianças menores de cinco anos, não sendo recomendada a oferta de chás, sucos, outros leites, nem de água. A inclusão precoce de alimentos está relacionada a complicações, como o aumento de episódios diarreicos e de hospitalizações por doença respiratória, desnutrição e menor duração do aleitamento materno (BENER et al, 2011; BOCCOLINI et al., 2013).

Ademais, a amamentação tem benefícios para a esfera psicológico-afetiva, fortalecendo o vínculo entre mãe e filho, e financeira, visto que é mais barato que ofertar outros alimentos ao bebê. Oferece também diversas vantagens para a mãe, pois favorece a involução uterina, reduzindo o risco de hemorragias pós-parto, e contribui para o retorno ao peso pré-gestacional (BRASIL, 2013c).

Em 2008, foi realizada a II Pesquisa de Prevalência do Aleitamento Materno nas Capitais Brasileiras e Distrito Federal, com o objetivo de verificar a situação do

aleitamento materno e da alimentação complementar no primeiro ano de vida. No conjunto das capitais brasileiras e Distrito Federal, a prevalência de AME até aos seis meses foi de apenas 41%. Na maioria dos municípios da região Nordeste, a prevalência foi ainda inferior à média do Brasil, no entanto as prevalências de AM em crianças entre nove e doze meses foram superiores à nacional (BRASIL, 2009).

O estudo de Schincaglia (2015) identificou baixa prevalência de AME, sendo de 47,1% aos 30 dias de vida. A prevalência diminuiu conforme o aumento da idade, no quarto mês foi de 22,3% e de apenas 4,7% no sexto mês de vida da criança. Os tipos de alimentos inseridos na dieta das crianças mudaram conforme sua idade. Constatou-se, ainda no primeiro mês de vida, o consumo de chás e água; já no quarto mês foi observada também a introdução de outros leites e sucos. No sexto mês, verificou-se o consumo de vários alimentos, sendo os principais a água, frutas, sucos e comida de sal.

No Brasil, surgiram diversas políticas visando promover a prática da amamentação e da alimentação complementar saudável, dentre elas destaca-se a Estratégia Amamenta e Alimenta Brasil (EAAB), criada em 2012, pelo Ministério da Saúde, que visa promover a reflexão das práticas de atenção à saúde das crianças de 0 a 2 anos, com a transformação das práticas profissionais, a partir da problematização do processo de trabalho. Assim, a EAAB objetiva aperfeiçoar as competências e habilidades dos profissionais de saúde, e qualificar as ações de promoção do aleitamento materno e da alimentação complementar saudável na atenção básica (BRASIL, 2013b).

Embora existam diversos programas de incentivo ao aleitamento materno, ainda são vários os motivos que levam as mães ao desmame e introdução da alimentação complementar precoce, sendo algo pertinente a ser explorado e debatido. Portanto, é apropriado ressaltar a importância de entendimento dos fatores determinantes que levam mães e filhos a não usufruir dos benefícios que o aleitamento materno pode proporcionar a ambos.

Mediante os referidos aspectos, o presente estudo torna-se relevante para conhecer e definir os motivos relacionados à adesão inadequada do aleitamento materno e alimentação complementar, visando contribuir para aumento do tempo de aleitamento e conseqüentemente melhorias nos indicadores de saúde infantis. Visto que, ao identificar esses fatores, torna-se possível intervir de maneira mais direcionada e efetiva.

2 | METODOLOGIA

O artigo foi elaborado a partir do projeto intitulado ESTRATÉGIA AMAMENTA E ALIMENTA BRASIL: Enfrentamento do desmame precoce e alimentação complementar inadequada. O principal foco deste estudo foi evidenciar os fatores que comprometem o aleitamento materno e favorecem introdução precoce da alimentação complementar

das crianças de 0 a 2 anos.

Trata-se de um estudo do tipo descritivo, exploratório, com abordagem qualitativa, por interpretar os fenômenos estudados e buscar informações que servem para formulação de hipóteses significativas para posteriores pesquisas (KAUARK, F. S.; MANHÃES, F. C.; MEDEIROS, 2010). A pesquisa foi realizada em uma Unidade de Saúde da Família (USF) participante da Estratégia Amamenta e Alimenta Brasil (EAAB), localizada no Distrito Sanitário (DS) III da cidade de Recife/PE.

A amostra foi composta por 19 mães de crianças com até dois anos de idade, utilizando-se como critério de inclusão: mães de crianças até o segundo ano de vida que desmamaram ou iniciaram a alimentação complementar precocemente; e como critério de exclusão: mães que durante o período da pesquisa se mudem da área de abrangência da USF.

A coleta dos dados foi realizada de novembro de 2015 a março de 2016, através de uma entrevista semi-estruturada, composta por questões objetivas e discursivas, abordando dados de identificação da criança e da mãe, socioeconômicos, história de aleitamento materno, história da alimentação complementar, rede de apoio e fontes de informação, experiência com a amamentação e com a introdução alimentar.

A aplicação das entrevistas ocorreu individualmente, na sala de espera da USF, nos turnos matutino e vespertino, de acordo com os horários de atendimento das consultas de puericultura. As falas das mães entrevistadas foram gravadas, transcritas, organizadas e sistematizadas em núcleos de palavras correspondentes aos temas investigados. Os dados foram analisados segundo a técnica de análise de conteúdo (BARDIN, 2012).

A participação das mulheres no estudo ocorreu de forma voluntária, mediante a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. O protocolo foi aprovado pelo comitê de ética da Universidade Federal da Paraíba (UFPB), e Secretaria de Gestão no Trabalho e Educação na Saúde (SEGETES), da Secretaria de Saúde do Recife, CAAE: 46076315.9.0000.5188, em conformidade com as recomendações expressas na resolução nº 466/12, do Conselho Nacional de Saúde, relativa às questões éticas de pesquisa com seres humanos.

3 | RESULTADOS E DISCUSSÕES

Caracterização da amostra: As entrevistadas tinham entre 17 e 31 anos de idade, sendo que três destas eram casadas, cinco solteiras e onze estavam em união estável. Em relação à escolaridade, constatou-se que três possuíam o primeiro grau incompleto, uma o primeiro grau completo, seis o segundo grau incompleto e nove o segundo grau completo. Quanto à ocupação, onze trabalhavam no domicílio e oito fora do domicílio. A respeito da renda familiar, quatro recebiam menos de 1 salário mínimo mensal, doze recebiam de 1 a 2, e três recebiam entre mais de 2 a 5 salários. A maioria

das mães do estudo possuíam dois filhos ou mais.

Em relação ao padrão alimentar das crianças estudadas, verificou-se que doze tinham menos de 6 meses de idade, destas, oito estavam recebendo outros alimentos além do leite materno e quatro não estavam sendo amamentadas. Já as crianças maiores de 6 meses totalizaram sete, duas haviam iniciado a alimentação complementar precocemente e cinco encontravam-se totalmente desmamadas.

Categorias de análise: As mães participantes relataram ter encontrado algum tipo de dificuldade no processo da amamentação, resultando no desmame ou na introdução precoce de alimentos. As falas foram agrupadas nas seguintes categorias:

COMPLICAÇÕES MAMÁRIAS

O ingurgitamento mamário e as fissuras mamilares foram identificadas como fatores que motivaram a interrupção do aleitamento materno entre as entrevistadas. As mães evidenciaram as dificuldades enfrentadas na prática da amamentação e descreveram o ingurgitamento e as lesões mamárias como dolorosas e geradoras de estresse, resultando na oferta antecipada de outros alimentos, uma vez que não obtiveram êxito no combate ao problema, apesar de haver a intenção de amamentar.

[...] feriu muito o meu peito, eu fiquei muito estressada e o leite foi secando, secando. (T.B.L.F.).

Tive rachadura nos seios e doía muito quando eu dava de mamar porque ficou ferido e tudo (G.N.M.).

Eu fiquei com o bico do peito muito dolorido mesmo, doía muito (N.C.S.L.).

Eu passei aquela fase todinha, de peito ferido, de peito rachado, sangrando. Eu chorava o dia porque doía muito (A.C.C.O.).

[...] depois de um mês, eu comecei a ter dificuldade com o leite empedrando, que eu tenho muita estimulação de leite. Eu tirei ele do peito pra ver se parava mais de encher o meu peito pra eu poder conseguir secar o peito (S.S.M.).

Os relatos de dor durante a amamentação, resultantes de complicações mamárias, foram recorrentes nas entrevistas. Vale salientar que a principal causa de fissura mamilar é a posição inadequada do bebê e a pega incorreta do seio. Durante o aleitamento, mãe e o filho devem estar posicionados confortavelmente, o posicionamento incorreto entre o binômio prejudica a relação entre a boca do lactente e o mamilo. O estudo de Coca et al. (2009) constatou que as mães de crianças posicionadas inadequadamente têm mais chances de desenvolver traumas mamilares quando comparadas às que posicionam a criança corretamente.

Identifica-se, a partir das falas maternas, que a dor e o desconforto decorrentes da amamentação geram nervosismo e desestimulam a mulher a exercer a prática, resultando no desmame. É importante que o momento da amamentação seja agradável, que a mulher e a criança estejam relaxadas, pois, amamentar não consiste apenas em

nutrir à criança, mas também na criação do vínculo afetivo entre o binômio.

O manejo adequado da amamentação durante o ciclo gravídico-puerperal é primordial para prevenção da dor, lesões e problemas mamilares que prejudicam a continuidade do AM. É pertinente realizar a avaliação das mamas, visto que os traumas e ingurgitamento mamário causam dor e podem comprometer a manutenção do aleitamento, motivando sua interrupção. A ausência de orientação e assistência adequada pode resultar em um sofrimento para a mulher que poderia ser prevenido (ALMEIDA et al., 2015). Dessa forma, para reduzir a ocorrência de vivências danosas à prática do AM, o preparo para a amamentação, iniciado ainda durante a gestação, contribui para o seu sucesso. Durante o pré-natal o profissional deve estar preparado para identificar os conhecimentos da gestante sobre a lactação, as experiências prévias e aconselhá-la quanto ao seu manejo (BARBOSA, 2015).

O estudo de Schincaglia (2015), realizado em Goiânia/Goiás, constatou que, apesar de terem realizado o acompanhamento de pré-natal, quase um quarto das mães não recebeu, durante a gestação e pré-natal, informações sobre a importância do AM para o binômio mãe-filho. O auxílio e a orientação sobre a prática da amamentação são essenciais durante o atendimento à lactente. Embora o conhecimento adequado da mulher possa cooperar para o êxito, não determina que o aleitamento ocorra com absoluta eficácia. É importante avaliar se as informações estão sendo repassadas com clareza e se estão sendo compreendidas pelas mães (TAKEMOTO et al., 2011).

POUCO LEITE

Identificou-se que a dificuldade das nutrizes frente ao choro e a fome do lactente, aliada a percepção de que a quantidade e a constituição do leite são inferiores às necessidades da criança, resultou na oferta de outro leite.

[...] pensando que eu não tinha leite suficiente para ele, foi por isso que eu ofereci o leite (R.M.N.).

Eu acho que o leite materno não tava funcionando porque ela mamava, mamava e ficava chorando, querendo mais aí eu peguei e introduzi o leite (G.N.M.).

[...] como não tinha muito leite, ela ainda ficava com fome aí eu peguei e dei na mamadeira o leite pra ela. Ela acostumou com o bico da mamadeira e da chupeta também (A.C.C.O.).

A dificuldade foi porque eu não tinha leite (A.K.F.B).

[...] com a introdução, ela dorme mais, me deixa mais um pouco tranquila, à noite principalmente (J.G.S.).

Quando eu dou o leite a ele, eu sinto, assim, realmente ele passa mais tempo saciado, mas sei que não faz bem (J.A.S.).

A mãe faz julgamentos acerca do comportamento da criança, valorizando os

períodos de sono, o intervalo entre as mamadas e o choro. A genitora considera o choro como indicativo de fome e o sono como de saciedade, sendo assim, quando o lactente dorme pouco e chora, julga que o leite é insuficiente ou que não possui os nutrientes fundamentais para suprir as necessidades da criança (ISSLER et al., 2010).

Verificou-se, a partir das falas, que a saciedade da criança pode estar diretamente relacionada ao bem-estar materno. As genitoras relataram que o fato da criança que está sendo amamentada requerer o leite materno frequentemente reduz os momentos de descanso e as horas de sono da mãe, resultando no desgaste físico e mental. Por vezes, o cansaço materno resulta na introdução alimentar precoce, uma vez que a criança saciada requer menos esforços maternos e possibilita um melhor descanso.

A introdução de outros alimentos na dieta do bebê antes dos seis meses foi determinante para o desmame precoce. De acordo com os relatos das mães, o leite industrializado foi o alimento mais incorporado antes do tempo adequado e, após a introdução, a criança passou a recusar o seio materno, resultado semelhante ao encontrado em um estudo realizado por Marques et al. (2013).

A insuficiência láctea foi o problema mais apontado pelas mães como responsável pela introdução alimentar e desmame precoces. A produção inadequada de leite pode estar relacionada à pega inadequada e sucção incorreta do seio pela criança, visto que não ocorre o esvaziamento adequado da mama. Desta forma, o lactente não consome o leite de forma adequada e permanece com fome, demandando mamar mais vezes. Sendo assim, a criança pode recusar o seio materno, fazendo a mãe acreditar que o seu leite é fraco ou insuficiente (CONCEIÇÃO; RODRIGUES, 2015).

Associado a esta questão, também se evidenciou a relação do uso do bico da mamadeira e chupeta com a interrupção ou redução da amamentação. Considera-se que a mamadeira possa provocar “confusão de bicos”, visto que há diferenças entre a sucção no seio e no bico artificial, desta forma, a mamadeira consegue influir de forma prejudicial no ato de amamentar (BARBOSA; SANTOS; SILVA, 2013).

A prática do AM ainda sofre grande influência da conjuntura social, cultural e histórica que a mulher está inserida. O conceito de “pouco leite” é frequentemente utilizado como justificativa para interrupção da amamentação. Desta forma, é importante o estímulo e orientação à mulher sobre o aleitamento no ciclo gravídico-puerperal, e o incentivo ao ganho da segurança e da confiança de que o seu leite é suficiente para assegurar o desenvolvimento saudável do seu filho (BRANDÃO, et al. 2012).

Além disso, a produção láctea materna pode ser influenciada por outros fatores. A oferta do seio à criança por meio da livre demanda, a alimentação saudável, ingestão hídrica adequada da mãe e um ambiente calmo auxiliam na produção satisfatória do leite materno (RODRIGUES; GOMES, 2014).

TRABALHO

A falta de disponibilidade, relacionada ao excesso de afazeres domésticos e a

inserção no mercado de trabalho, foi um fator apontado pelas mães como responsável pelo abandono à lactação.

É mais dificultoso do que o leite materno, porque ele tava acostumado, eu tinha que trabalhar cedo, deixar ele com uma pessoa e aquela pessoa teve que, né, se virar pra dar comida a ele (R.B.S.S.).

[...] não consegui até o sexto mês porque tive que voltar a trabalhar, mas ele ainda mama à noite (J.D.R.L.).

Pra ele dormir mais um pouquinho, eu vendo que ele tava impaciente, aí eu comecei a dar o leite. Aí em tudo que ele dorme mais um pouquinho, tipo no período da tarde, aí eu consigo fazer as coisas, associar os dois, cuidar dele e cuidar da casa (J.A.S.).

Nota-se, a partir dos relatos, que a mulher conseguiu seu lugar no mercado de trabalho, no entanto, exerce também a função de mãe, esposa e dona-de-casa, o que compromete a manutenção do aleitamento materno, visto que a amamentação passa a ser mais um encargo para a mulher que já desempenha diversas tarefas.

De acordo com Leone et al (2012), a lactente que possui mais tempo disponível para amamentar tem maior probabilidade de praticá-la por um período mais prolongado do que aquela com menor disponibilidade, uma vez que o AM requer, além do desejo materno, que a nutriz disponha de tempo, e de condições emocionais e físicas adequadas.

A sobrecarga devido ao excesso de afazeres resulta no cansaço da mulher, e configura um cenário propício ao desmame. Essa rotina agitada também faz com que a mulher viva de forma mais ansiosa e estressada, o que pode interferir negativamente no processo de lactação. Desta forma, é necessário que ela tenha melhores condições de trabalho e o apoio de familiares e amigos, propiciando um contexto favorável para que possa dedicar-se ao autocuidado e à maternidade (MOURA et al., 2015).

INFLUÊNCIAS SOCIOCULTURAIS

A lactente está sujeita a opiniões impostas por familiares e amigos, e frequentemente toma suas decisões fundamentada nessas orientações. Desta forma, as crenças das pessoas que constituem o meio social no qual a mulher está inserida podem interferir de forma positiva ou negativa na manutenção do aleitamento.

Tive mais incentivo na alimentação complementar dele, até da minha própria mãe (J.A.S.).

Foi mais por causa dele [companheiro] que eu dei [leite artificial]. Ele ficou falando, dizendo que a menina tava com fome. Porque se dependesse de mim, eu nem dava, mas foi mais por causa dele (G.N.M.).

Me incentivaram a tirar ela do peito, aí eu tirei (E.C.A.O.).

Revela-se, a partir dos discursos, a interferência desfavorável ao AM exercida

por familiares e amigos, uma vez que as mães foram incentivadas a introduzir outros alimentos na dieta do lactente e a cessar a amamentação. Esse aspecto foi reconhecido como um obstáculo ao processo de amamentação, visto que cria na mulher a dúvida sobre sua capacidade de alimentar o filho, desencorajando-a a amamentar, resultando na introdução alimentar antecipada e na diminuição do tempo de AME (BATISTA et al., 2013).

Existem ainda, na sociedade, diversos mitos, tabus e preconceitos referentes ao AM que podem desestimular esta prática. O estudo de Polido et al. (2011) mostra que, dentre os fatores que contribuem para a interrupção precoce do aleitamento, destaca-se a existência de tabus, a desinformação da nutriz, a falta de apoio dos familiares e as dificuldades encontradas para amamentar no puerpério imediato. Por outro lado, existem os fatores potencializadores da amamentação, a exemplo do companheirismo e a convivência social com a lactente, por parte das mães, sogras, parceiro e profissionais de saúde (SILVA et al., 2012).

A sociedade e a cultura influem nas escolhas da mulher, os valores, crenças e modos de vida estão associados ao processo de amamentar. A amamentação abrange questões históricas, sociais e psicológicas, logo, não se restringe apenas ao processo fisiológico hormonal da lactação. Sendo assim, o AM depende de fatores que podem influenciar positivamente ou negativamente no seu êxito (GONÇALVES; CADETE, 2015). Entendendo que o aleitamento é uma prática fortemente influenciada pela cultura, é preciso valorizar os familiares e amigos como componentes importantes para fornecer o suporte à lactente, visto que fazem parte do contexto social em que está inserida, e podem contribuir positivamente para essa prática (CASTELLI; MAAHS; ALMEIDA 2014).

Para que a mulher possa sentir-se segura para amamentar é necessário que seja corretamente amparada. As experiências e informações compartilhadas pelas mães, amigas e profissionais com a nutriz podem influenciar positivamente a prática da amamentação. A cultura e as experiências familiares anteriores da mãe, avô, amigas e aquelas adquiridas a partir da relação com os profissionais de saúde, denominadas influências de valores culturais, são importantes para o processo do AM, pois fomenta nas mães a capacidade de amamentar os seus filhos (GUBERT et al., 2012).

Evidencia-se assim a importância de abranger a família no pré-natal e em programas que incentivam o AM, buscando conhecer suas crenças e propiciando o compartilhamento de saberes. Compreender o pensamento dos familiares sobre a amamentação é fundamental para desenvolver mecanismos no âmbito familiar que fortaleçam a prática do aleitamento.

FALTA DE EXPERIÊNCIA

A falta de experiência foi reconhecida como condição desfavorável ao aleitamento

materno. As primíparas relataram ter encontrado dificuldade em desempenhar a amamentação devido à ausência de experiência prévia e de orientação adequada.

Sobre a amamentação, assim, eu não tenho muita experiência de falar sobre amamentação não, porque eu não tinha ninguém pra me orientar (M.M.C.).

Pra eu amamentar ele no começo foi um pouco difícil. Foi um pouco difícil no começo porque eu não tinha experiência, é o primeiro filho (J.D.R.L.).

Os problemas enfrentados com a amamentação debilitam a mulher, acarretando na redução da capacidade de superá-los e de manter a prática. As primíparas estão mais sujeitas a aceitar opiniões incorretas danosas à lactação, visto que a insegurança materna inicial as torna mais vulneráveis, desta forma, são mais propensas a realizar o desmame de forma precoce (STEPHAN; CAVADA; VILELA, 2012).

Na literatura, verificou-se a associação entre a experiência anterior com a amamentação e a maior duração do aleitamento materno. As genitoras que obtiveram uma experiência prévia bem-sucedida com a amamentação apresentam maior propensão de efetivá-la com os filhos subsequentes. Apesar de não haver garantia do sucesso no aleitamento materno dos filhos posteriores, uma vez que os nascimentos ocorrem em circunstâncias diferentes (SOUSA et al., 2015).

A insegurança materna resultante da falta da experiência em amamentar pode influenciar negativamente na prática e manutenção do AM. Evidenciando, dessa forma, a importância do apoio de familiares, amigos e profissionais nesse momento.

4 | CONCLUSÃO

Verificou-se que o ato de amamentar é influenciado por diversos fatores que podem resultar no sucesso ou fracasso do AM. Sendo assim, os profissionais de saúde que atendem essas mães precisam compreender os aspectos relacionados à amamentação e estar capacitados para sensibilizá-las quanto às suas vantagens, e quanto às desvantagens do desmame e da introdução precoce de outros alimentos. Além disso, a manutenção da amamentação relaciona-se ao conhecimento da nutriz sobre o leite materno, às experiências, inseguranças e dificuldades vividas. As pessoas mais próximas, principalmente familiares, exercem considerável influência na prática. Sendo assim, apenas o conhecimento dos benefícios do AM e o desejo de amamentar da mãe, pode não ser o suficiente para o seu êxito.

Torna-se necessário, portanto, que as práticas educativas que incentivam o aleitamento materno sejam iniciadas no pré-natal e realizadas com mais empenho e persistência pelos profissionais de saúde. A participação de familiares e amigos deve ser incentivada para que, dessa forma, a nutriz possa receber apoio em seu convívio social. É necessário que a mulher se sinta amparada nas incertezas e dificuldades vivenciadas para que, assim, seja capaz de apropriar-se com mais confiança da atribuição de mãe, e possa amamentar com mais segurança.

REFERÊNCIAS

- ALMEIDA, J. M. et al. Apoio ao aleitamento materno pelos profissionais de saúde: revisão integrativa da literatura. *Revista Paulista de Pediatria*, São Paulo, v 33, n. 3, p. 355-362, jun 2015.
- BARBOSA, J. A. G.; Santos, F. P. C.; Silva, P. M. C. Fatores associados à baixa adesão ao aleitamento materno exclusivo e ao desmame precoce. *Revista Tecer*, Belo Horizonte, v. 6, n 11, 2013.
- BARBOSA, L. N. Prevalência de práticas educativas acerca do aleitamento materno exclusivo (AME) em Cuiabá – MT. V. 19, n. 1, Escola Anna Nery Revista de Enfermagem, jan./mar. 2015.
- BATISTA, K. R. A. Influência da assistência de enfermagem na prática da amamentação no puerpério imediato. *Revista Saúde em Debate*, Rio de Janeiro, v. 37, n. 96, p. 130-138, jan./mar. 2013.
- BENER, A. et al. Exclusivebreast feeding and prevention of diarrheal diseases. A study in Qatar. *Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil*, Recife, 2011.
- BRANDÃO, E. C. et al. Caracterização da comunicação no aconselhamento em amamentação. *Revista Eletrônica de Enfermagem*, v. 14, n. 2, p. 355-65, 2012.
- BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. II Pesquisa de Prevalência de Aleitamento Materno nas Capitais Brasileiras e Distrito Federal / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. Ministério da Saúde, Brasília, 2009.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Dez passos para uma alimentação saudável: guia alimentar para crianças menores de dois anos: um guia para o profissional da saúde na atenção básica. 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2013a.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Análise de implantação da Rede Amamenta Brasil: Relatório de pesquisa / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Brasília, 2013b.
- BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Atenção ao Pré-natal de baixo risco, 1. ed. Ministério da Saúde, Brasília, 2013c.
- BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Saúde da criança: Nutrição infantil: Aleitamento Materno e Alimentação Complementar. 2. ed. Ministério da Saúde, Brasília, 2015.
- BOCCOLINI, C. S. et al. Amamentação na primeira hora de vida e mortalidade neonatal: um estudo ecológico. *Jornal de Pediatria*, Porto Alegre, 2013.
- CASTELLI, C. T.; MAAHS, M. A. P.; ALMEIDA, S. T. Identificação das dúvidas e dificuldades de gestantes e puérperas em relação ao aleitamento materno. *Revista CEFAC*. V. 16, n. 4, p. 1178-1186, 2014.
- COCA, K. P. et al. A posição de amamentar determina o aparecimento do trauma mamilar? *Revista Escola de Enfermagem USP*, São Paulo, v. 43, n. 2, p. 446-52, 2009.
- CONCEIÇÃO, D. R.; Rodrigues, A. M. Percepções maternas sobre alimentação no primeiro ano de vida. *UNITAU, Taubaté/SP - Brasil*, v. 8, n 1, edição 14, p. 118 - 130, Jun. 2015.
- GONÇALVES, M. R. S. G.; CADETE, M. M. M. Aleitamento materno exclusivo e alimentação

complementar entre menores de um ano em Ribeirão das Neves-MG. *Demetra: alimentação, nutrição & saúde*, v. 10, n.1, p. 173-187, 2015.

GUBERT, J. K. et al. Avaliação do aleitamento materno de recém-nascidos prematuros no primeiro mês após a alta. *Revista Ciência Cuidado e Saúde*, v. 11, n. 1, p. 146-155, 2012.

ISSLER, H. et al. Fatores socioculturais do desmame precoce: estudo qualitativo. *Rev Pediatría, São Paulo*, v. 32, n. 2, p. 113-20. 2010.

KAUARK, F. S.; MANHÃES, F. C.; MEDEIROS, C. H. Metodologia da pesquisa um guia prático, Itabuna / Bahia. Via Litterarum editora. 2010.

LEONE, C. R et al. Fatores de risco associados ao desmame em crianças até seis meses de idade no município de São Paulo. *Revista Paulista de Pediatria*, v. 30, n. 1, p. 21-6, 2012.

MARQUES, R. F. S. V. et al. Práticas inadequadas da alimentação complementar em lactentes, residentes em belém-pa. *Revista Paraense de Medicina*, v. 27, n.2, p 93-104, 2013.

MOURA, E. R. B. B. et al. Investigação dos fatores sociais que interferem na duração do aleitamento materno exclusivo. *Revista Intertox-EcoAdvisor de Toxicologia Risco Ambiental e Sociedade*, v. 8, n. 2, p. 94-116, jun. 2015.

POLIDO, C. G. et al. Vivências maternas associadas ao aleitamento materno exclusivo mais duradouro: um estudo etnográfico. *Acta Paulista de Enfermagem*, v. 24, n. 5, p. 624-30 2011.

RODRIGUES, N.A.; GOMES A. C. G. Aleitamento materno: fatores determinantes do desmame precoce. *Enfermagem Revista*, v. 17, n. 1, jan/abr. 2014.

SCHINCAGLIA, R. M. Práticas alimentares e fatores associados à introdução precoce da alimentação complementar entre crianças menores de seis meses na região noroeste de Goiânia. *Epidemiol. Serv. Saúde, Brasília*, v. 24, n. 3,p. 465-474, jul/set. 2015.

SILVA, L. R. et al. Social factors that influence breastfeeding in preterm infants: a descriptive study. *Online Brazilian Journal of Nursing, North America*, p. 40-52, 2012.

SOUSA, M. S. et al. Aleitamento materno e os determinantes do desmame precoce. *Revista de Enfermagem da UFPI*, v. 4, n.1, p. 19-25, 2015.

STEPHAN, A. M. S.; CAVADA, M. N.; VILELA, C. Z. Prevalência de aleitamento materno exclusivo até a idade de seis meses e características maternas associadas, em área de abrangência de unidade de Saúde da Família no município de Pelotas, estado do Rio Grande do Sul, Brasil, 2010. *Revista Epidemiologia e Serviços de Saúde, Brasília*, v.21, n.3, 2012.

TAKEMOTO, A. Y. et al. Preparo e apoio à mãe adolescente para a prática de amamentação. *Revista Ciência, Cuidado e Saúde*; v. 10, n. 3, p. 444-451, 2011.

UNICEF. Aleitamento materno na primeira hora depois do parto pode reduzir a mortalidade infantil, 2013.

FATORES QUE INFLUENCIAM O DESMAME PRECOCE DO ALEITAMENTO MATERNO EXCLUSIVO

Amuzza Aylla Pereira dos Santos

Universidade Federal de Alagoas, Escola de Enfermagem Maceió – AL

Bárbara Maria Gomes da Anunciação

Enfermeira do Sistema Prisional Feminino Maceió- AL

Deborah Moura Novaes Acioli

Universidade Federal de Alagoas, Escola de Enfermagem Maceió – AL

Maraysa Jéssyca de Oliveira Vieira

Universidade Federal de Alagoas, Escola de Enfermagem Maceió – AL

Marianny Medeiros de Moraes

Universidade Federal de Alagoas, Escola de Enfermagem Maceió – AL

Marina Bina Omena Farias

Universidade Federal de Alagoas, Escola de Enfermagem Maceió – AL

Thayná Marcele Marques Nascimento

Centro Universitário Tiradentes Maceió- AL

RESUMO: O desmame precoce do aleitamento materno exclusivo vem sendo muito discutido no Brasil, devido aos altos índices abaixo do recomendado pela Organização Mundial da Saúde, que recomenda o aleitamento materno exclusivo até o sexto mês da criança, complementado até os dois anos de idade. Atualmente, esse desmame está ocorrendo em

torno do terceiro mês de vida. O estudo teve como objetivo identificar os fatores que influenciam no desmame precoce do aleitamento materno exclusivo. Verificou-se que as enfermidades maternas, as condições da mama que levam à dor da nutriz, o uso de medicamentos, doenças que interrompem a amamentação, a introdução de outro alimento, a insegurança, a auto imagem materna, a falta de apoio familiar, a volta ao trabalho, a ansiedade, o estresse, a introdução da chupeta e da mamadeira, a oferta de água, o choro da criança, que remetem à ideia de fome para a mãe, a crença do “leite fraco” e do “pouco leite” e a insensibilidade por parte dos profissionais de saúde, interferem diretamente nesse desmame. Conclui-se que o envolvimento dos profissionais, dentre eles o enfermeiro, e da família, no processo de amamentação, incluindo a mãe, desde a gestação, em grupos de apoio, aproveitando o pré-natal a partir do terceiro trimestre para familiarizá-la com o aleitamento, pode influenciar diretamente na acolhida da amamentação pela mulher, fazendo com que ela realize a amamentação com prazer, e não como forma de obrigação.

PALAVRAS CHAVE: Amamentação, Desmame precoce, Enfermagem

FACTORS THAT INFLUENCE THE EARLY WEAR OF EXCLUSIVE BREASTFEEDING

ABSTRACT: Early weaning from exclusive breastfeeding has been much discussed in Brazil, due to the high indexes below that recommended by the World Health Organization, which recommends exclusive breastfeeding until the sixth month of the child, and supplemented until the age of two. Currently, this weaning is occurring around the third month of life. The objective of the study was to identify the factors that influence the early weaning of exclusive breastfeeding. It was found that maternal diseases, breast conditions that lead to pain of nursing mothers, use of medicines and diseases that interrupt breastfeeding, the introduction of another food, insecurity and maternal self image, lack of family support (especially by the child's grandmother), the return to work, anxiety and stress (which provoke the refusal of the baby's hand), the introduction of the pacifier and the bottle, the supply of water, the cry of the child, which refer to the idea of hunger for the mother, the belief of " weak milk " and " little milk " and insensibility on the part of health professionals, interfere directly in this weaning. It is concluded that the involvement of professionals, including nurses, and the family in the breastfeeding process, including the mother, from gestation, in support groups, taking advantage of prenatal care from the third trimester to familiarize this pregnant woman with breastfeeding, can directly influence the acceptance of breastfeeding by the woman, making the woman to breastfeed with pleasure and not as a form of obligation.

KEYWORDS: Breastfeeding, Early Weaning, Nursing

1 | INTRODUÇÃO

O leite materno é considerado o melhor alimento para o recém-nascido. Desde a década de 80, a Organização Mundial da Saúde (OMS), o Ministério da Saúde (MS) do Brasil e a Sociedade Brasileira de Pediatria (SBP) recomendam amamentação exclusiva por aproximadamente 6 meses e complementada até os 2 anos ou mais. No Brasil, cerca de 97% das crianças brasileiras iniciam amamentação no peito, nas primeiras horas de vida. A amamentação é considerada a prática responsável pela prevenção de mais de seis milhões de mortes de crianças menores de 12 meses, a cada ano, em todo o mundo (SILVA, SOARES E MACEDO, 2017).

Segundo a OMS e o Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF), o AME previne cerca de 6 milhões de mortes infantis por ano. Para a saúde do RN, o leite materno (LM) traz vários benefícios, tais como: proteção contra infecções gastrointestinais, respiratórios e desnutrição. Estima-se que o LM pode prevenir 72% das internações infantis causadas por diarreia e 57% daquelas causadas por infecções respiratórias. O AM também traz benefícios para a saúde da mãe, reduzindo a incidência de câncer de mama, cânceres ovarianos, diabetes e fraturas ósseas por osteoporose. Proporciona uma involução uterina mais rápida, diminuindo o sangramento pós-parto e, conseqüentemente, colaborando para um menor quadro

anêmico. Amplia os intervalos intergestacionais, pois sua eficácia como contraceptivo natural é de 98% nos seis primeiros meses após o parto, desde que a mulher esteja amamentando exclusivamente e se mantendo amenorreica (ANDRADE, PESSOA E DONIZETE,2018).

No Brasil, evidências apontam para um baixo percentual de aleitamento, ou seja, já no primeiro mês de vida esse índice é em torno de (47,5%). Na idade de 120 dias a proporção estimada passou para 17,7% e aos 180 dias de 7,7%. Faz destacar, que esta prevalência pode variar de acordo com os países, regiões e tipo de populações urbanas e rurais (FIALHO, LOPES, DIAS E SALVADOR,2014).

No Brasil, a região apontada como a de maior prevalência de AME no sexto mês é a região Sul (10,2%), seguida da região Nordeste (8,4%), região Norte (7,0%), região Sudeste (6,7%) e por último a região Centro-Oeste (6,2%). Aliás a região Sul destaca-se com as maiores prevalências para todas as idades (FIALHO, LOPES, DIAS E SALVADOR,2014).

Já com relação ao tempo de duração do aleitamento materno, pode-se dizer que em termos relativos, comparando-se as taxas aos 30 dias e aos 180 dias de vida, houve redução de 21% na prevalência de aleitamento materno e de 84% de aleitamento materno exclusivo. Nesse sentido, uma pesquisa avaliou que a duração média do aleitamento exclusivo foi 3,3 meses, portanto bem menor do que preconizado pela OMS (FIALHO, LOPES, DIAS E SALVADOR,2014).

Apesar dos esforços o desmame precoce está presente no cenário brasileiro. Entende-se por desmame precoce a interrupção do aleitamento materno antes dos seis meses de vida, independente do motivo da interrupção e de ser ela uma decisão materna ou não (ABREU, FABBRO E WERNET, 2013).

O desmame precoce é um fator predisponente para doenças evitáveis, como desnutrição, diarreia, obesidade infantil, entre outros problemas de saúde pública no mundo, além de contribuir para o aumento da mortalidade infantil. Por isso, pontua-se a relevância de se investigar os elementos que influenciam no desmame precoce para que assim seja possível delimitar ações que culminem com a preservação de todos os benefícios da amamentação (ALVARENGA et. al., 2017).

Considerando os inúmeros benefícios da amamentação, tanto para a mãe quanto para o crescimento e desenvolvimento infantil, este estudo buscou responder à seguinte questão: Quais fatores influenciam o desmame precoce do aleitamento materno exclusivo?

2 | METODOLOGIA

Trata-se de uma revisão integrativa da literatura em que a questão norteadora estabelecida foi: Quais fatores influenciam o desmame precoce do aleitamento materno exclusivo? A busca bibliográfica foi desenvolvida nas seguintes bases de dados: SciELO (Scientific Electronic Library Online) e LILACS (Literatura Latino-

americana e do Caribe em Ciências da Saúde), todas elas indexadas na BVS (Biblioteca Virtual de Saúde), realizada em março/2019. Foram adotados os seguintes critérios para seleção dos artigos: todas as categorias de artigo (original, revisão de literatura, reflexão, atualização, relato de experiência etc.) artigos com resumos e textos completos disponíveis para análise, aqueles publicados nos idiomas português, inglês ou espanhol, entre os anos de 2008 e 2018, e artigos que contivessem em seus resumos os seguintes descritores em ciências da saúde (DeCS): “Enfermagem”, “amamentação” e “desmame precoce”, unidos em díades pela lógica booleana “and”. Os critérios de exclusão dos artigos foi: estudos que não atendessem os critérios de inclusão mencionados. Após a busca foram selecionados 10 artigos publicados entre 2008 a 2018.

3 | RESULTADOS E DISCUSSÃO

Verificou-se que as enfermidades maternas, as condições da mama que levam à dor da nutriz, o uso de medicamentos e doenças que interrompem a amamentação, a introdução de outro alimento, a insegurança materna, a ansiedade e o estresse (que provocam a recusa da pega do bebê), a falta de apoio familiar (principalmente pela avó da criança), a volta ao trabalho, a introdução da chupeta e da mamadeira, a oferta de água, o choro da criança, que remetem à ideia de fome para a mãe, a crença do “leite fraco” e do “pouco leite” e a insensibilidade por parte dos profissionais de saúde, interferem diretamente nesse desmame.

A dor desponta como principal fator que leva ao desmame com desdobramentos para a ejeção do leite e, conseqüentemente, para a plenitude das mamadas, o que retroalimenta um ciclo que acaba por levar ao desmame. Este processo ocorre nas primeiras experiências da amamentação e, portanto, concentram-se nos primeiros dias pós-parto. Vivenciar tais intercorrências na primeira semana pós-parto tende a gerar tensão nas nutrizes. A falta de informação sobre o manejo e a experiência prévia com a amamentação tem correlação com a presença de fissuras mamilares e o ingurgitamento mamário, que são as principais causas da dor (ABREU, FABBRO E WERNET, 2013).

Embora o aleitamento denote grande importância e apresente uma enormidade de vantagens, existem situações que exigem a necessidade de inibir ou suprimir a produção do leite materno. Uma dessas necessidades está atrelada à presença de certas doenças na mulher, o que contra-indica a amamentação e requer inibição da produção do leite, denominada de “prevenção da lactação”. Contudo, são raras as enfermidades maternas com contra-indicação absoluta à amamentação natural: tuberculose ativa, hanseníase, portadores de vírus HIV, herpes, vírus simples nas mamas, moléstias debilitantes graves, desnutrição materna, necessidade de ingestão de medicamentos nocivos à criança por tempo prolongado e níveis elevados e

contaminantes maternos (mercúrio ou fungicida) (ARAUJO et. al.,2008).

Há situações especiais em que a amamentação não é indicada como em mães portadoras de HIV, que sofrem de doenças cardíacas, renais, pulmonares e/ou hepáticas graves ou psicose e depressão pós-parto, mastites acentuadas, bebês prematuros ou portadores de galactosemia (SILVA, SOARES E MACEDO, 2017).

Em relação aos fatores clínicos que afetam o aleitamento materno, incluem-se fissuras, ingurgitamento mamário, mastites, hipogalactia, prematuridade, drogas, bem como a infecção puerperal, dentre outras entidades clínicas. Nesse sentido, quando a dor permanece durante toda a mamada contribui sobremaneira para a mãe desmamar seu filho (ARAUJO et. al.,2008).

A introdução alimentar é indicada após os seis meses de vida para que o leite materno seja complementado. Porém, acontece dessa prática ser introduzida antes desse período proposto pela OMS, o que contribui para o desmame precoce.

Entende-se por alimentação complementar qualquer introdução de alimentos líquidos ou sólidos, diferentes do leite materno, oferecidos ao lactente até o segundo semestre de vida. Quando introduzida precocemente, antes dos seis meses de vida, sob o aspecto nutricional, pode ser nociva à saúde da criança e agir como fonte de contaminação, o que aumenta o risco de diarreia e outras doenças infecciosas. Além disso, esses alimentos, às vezes, possuem aporte nutricional inferior ao leite materno e impedem a absorção de ferro e zinco. Essa introdução precoce tem sido associada ao desenvolvimento de doenças atópicas, como a asma, e a amamentação exclusiva parece proteger contra o diabetes mellitus tipo I e a obesidade (ALVARENGA et. al., 2014).

A inexperiência associada ao déficit de informações quanto à amamentação, podem estar relacionadas direta ou indiretamente a insegurança materna em adotar seu leite como único alimento de seus filhos, ou até mesmo na tentativa de buscar soluções para essas intercorrências, garantindo a continuidade desse ato. Em muitos casos perante as dificuldades encontradas, essas mães buscam como primeira opção a introdução do leite artificial na dieta de seus filhos, visto que ele é de fácil acesso e manuseio, e satisfaz a necessidade momentânea da mãe em alimentá-lo. Porém esse ato passa muitas vezes a ser contínuo e permanente, contribuindo para a ocorrência do desmame precoce parcial ou total (OLIVEIRA, IOCCA, CARRIJO E GARCIA,2015).

Com relação aos aspectos psicológicos, os laços afetivos mãe-bebê podem, ou não, favorecer a amamentação¹⁴. Sentimentos como medo, insegurança, ansiedade fazem parte do processo de amamentação e estão no cotidiano da vida das mães que amamentam. Acreditar na capacidade de amamentar e se sentir segura é fundamental nesse processo (CAPUCHO et. al.,2017).

Opiniões e conceitos apreendidos no núcleo social e familiar influem nas ações e tomadas de decisão vinculadas à amamentação. As pessoas presentes no cotidiano da nutriz estão ativamente envolvidas no apoio da decisão da alimentação do bebê. Neste sentido, a influência das avós é destacada como a que mais interfere na prática

da amamentação, dado o contato que possuem com a mulher ao longo de toda a gravidez e pós-parto, e, pelo fato de serem reconhecidas como pessoas de respeito e confiança (ABREU, FABBRO E WERNET, 2013).

Outros fatores podem influenciar a prática da amamentação, entre eles o trabalho materno que muitas vezes está associado à emancipação da mulher e à necessidade de geração de renda para a subsistência familiar, a mulher - cuja importância social relacionava-se predominantemente a sua capacidade de gerar força produtiva - passou a ser impelida a contribuir de maneira direta na renda familiar e, assim, foi obrigada a assumir o ônus de uma tripla jornada: mãe, dona de casa e trabalhadora remunerada (FIALHO, LOPES, DIAS E SALVADOR, 2014).

A volta da mulher ao trabalho é fator de risco para a ocorrência do desmame precoce, sendo a insuficiência de informações quanto a ordenha e armazenamento adequado do leite materno, tema que geralmente não faz parte do senso comum e pouco falado no período pré-natal, como um desses fatores agravantes (OLIVEIRA, IOCCA, CARRIJO E GARCIA, 2015).

A qualidade nutritiva do leite materno também tem associação com o desmame, onde o mito do “leite materno fraco” coloca em dúvida a segurança da manutenção da prática do aleitamento materno exclusivo. Na tomada de decisão em relação à mesma, identifica-se a influência da quantidade de produção de leite, do ganho de peso da criança e da intensidade e frequência de choro por parte do bebê (ABREU, FABBRO E WERNET, 2013).

Especificamente, o choro da criança angustia a nutriz e, é associado à fome, principalmente quando ocorre após a amamentação. Isto tende a promover a introdução de outros alimentos na dieta da criança, bem como promove o uso da chupeta e da mamadeira (ABREU, FABBRO E WERNET, 2013).

O uso da mamadeira como recurso de oferta do leite artificial, gera a confusão de bicos que interfere na pega correta do peito materno e na qualidade da mamada. Em adição, promove sucção incorreta, mamadas curtas e pouco frequentes ao seio, mamas cheias e ingurgitadas. Como consequência deste cenário, a mamada não é plena, surge fome e o choro que reforçam na mãe à ideia que seu leite é fraco com a retomada do questionamento acerca da manutenção da amamentação (ABREU, FABBRO E WERNET, 2013).

O aumento da frequência de mulheres com problemas no início da amamentação pode estar associado também à prática assistencial inadequada. Nesse contexto, algumas mulheres relatam insensibilidade dos profissionais de saúde frente à dor não as acolhendo para esse ato. Tal ação por parte desses profissionais de certo promoveu/ ajudou a mulher para o abandono da amamentação. Além disso, mostrou que muitos profissionais de saúde que lidam com gestantes, mães e bebês, têm pouco conhecimento em amamentação, bem como habilidades clínicas e de aconselhamento insuficientes para promover, proteger e apoiar o aleitamento materno (FIALHO, LOPES, DIAS E SALVADOR, 2014).

4 | CONCLUSÃO

Inúmeros fatores contribuem para o desmame precoce do aleitamento materno exclusivo que, identificados, podem ser trabalhados de forma mais direcionada e eficaz. Vale salientar que a amamentação deve ser um tema abordado desde o início da gestação, o que permite que todas as dúvidas maternas sejam sanadas e todas as práticas e informações sejam passadas para a mãe de maneira correta.

O profissional de saúde, principalmente o enfermeiro, desde a primeira consulta de pré-natal, no nascimento, no pós-parto, puericultura, assim como nas imunizações, deve incentivar, promover e apoiar o aleitamento materno. O profissional deve escutar atentamente suas dúvidas, compreender, estimular a autoconfiança e auxiliá-las a enfrentar todas as dificuldades pré-estabelecidas, orientando-as quanto a uma prática saudável do aleitamento materno.

Portanto, é de fundamental importância que a mulher se sinta adequadamente assistida nas suas dúvidas e dificuldades, para que as mesmas possam assumir com mais segurança o papel de mãe e provedora do aleitamento de seu filho. Cabendo aos profissionais de Saúde, em especial, as enfermeiras e ao Serviço de Saúde o compromisso de realizar um atendimento de qualidade a essas mães de modo a tornar a amamentação um ato de prazer e não uma obrigação.

REFERÊNCIAS

Abreu, FCP; Fabbro, MRC; Wernet, M. **Fatores que intervêm na amamentação exclusiva: Revisão integrativa.** Rev. Da Rede de Enfermagem do Nordeste. Fortaleza- CE, 2013.

Andrade, HS; Pessoa, RA; Donizete, LCV. **Fatores relacionados ao desmame precoce do aleitamento materno.** Rev Bras Med Fam Comunidade. Jan-Dez; 13(40):1-11. Rio de Janeiro, 2018

Alvarenga, SC; Castro, DS de; Leite, FMC; Brandão, MAG; Zandonade, E; Primo, CC. **Fatores que influenciam o desmame precoce** Aquichan, vol. 17, núm. 1, pp. 93-103 Universidad de La Sabana Cundinamarca, Colombia, 2017.

Araújo, OD; Cunha, AL; Lustosa, LR; Nery, IS; Mendonça, RCM; Campelo, SMA. **Aleitamento materno: fatores que levam ao desmame precoce.** Rev. Brasileira de Enfermagem. Brasília, 2008.

Capucho, LB; Forechi, L; Lima, RCD; Massaroni, L; Primo, CC. **Fatores que interferem na amamentação exclusiva.** Rev. Bras. Pesq. Saúde, 19(1): 108-113, jan-mar, Vitória, 2017.

Fialho, FA; Lopes, AM; Dias, IMAV; Salvador, M. **Fatores associados ao desmame precoce do aleitamento materno.** Rev. Cuidarte. Colômbia, 2014.

Oliveira, CS; Iocca, FA; Carrijo, MLR; Garcia, RATM. **Amamentação e as intercorrências que contribuem para o desmame precoce.** Rev. Gaúcha de Enfermagem. Porto Alegre – RS, 2015.

Rodrigues, BC; Peloso, SM; França, LCR; Ichisato, SMT, Higarashi, IH. **Aleitamento materno e desmame: um olhar sobre as vivências de mães enfermeiras.** Rev. Da Rede de Enfermagem do

Nordeste. Fortaleza- CE, 2014.

Silva, DP; Soares, P; Macedo, MV. **Aleitamento materno: causas e consequências do desmame precoce.** Ver. Unimontes Científica, v. 19, n.2 - jul./dez. Montes Claros,2017.

Souza,SA; Araújo, RT de; Teixeira, JRB; Mota, TN. **Aleitamento materno: fatores que influenciam o desmame precoce entre mães adolescentes.** Rev enferm UFPE on line., Recife, 10(10):3806-13, out., 2016.

DIAGNÓSTICOS E INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM NO BANCO DE LEITE HUMANO

Danielle Lemos Querido

Universidade Federal do Rio de Janeiro
Maternidade Escola, Rio de Janeiro, RJ

Marialda Moreira Christoffel

Universidade Federal do Rio de Janeiro, Escola
de Enfermagem Anna Nery, Rio de Janeiro, RJ

Viviane Saraiva de Almeida

Universidade Federal do Rio de Janeiro
Maternidade Escola, Rio de Janeiro, RJ

Marilda Andrade

Universidade Federal Fluminense, Escola de
Enfermagem Aurora Afonso Costa, Niterói, RJ

Helder Camilo Leite

Universidade Federal do Rio de Janeiro
Maternidade Escola, Rio de Janeiro, RJ

Ana Paula Vieira dos Santos Esteves

Universidade Federal do Rio de Janeiro
Maternidade Escola, Rio de Janeiro, RJ

Sandra Valesca Ferreira de Sousa

Universidade Federal do Rio de Janeiro
Maternidade Escola, Rio de Janeiro, RJ

Nathalia Fernanda Fernandes da Rocha

Universidade Federal do Rio de Janeiro
Maternidade Escola, Rio de Janeiro, RJ

Ana Leticia Monteiro Gomes

Universidade Federal do Rio de Janeiro, Escola
de Enfermagem Anna Nery, Rio de Janeiro, RJ

Bruna Nunes Magesti

Universidade Federal do Rio de Janeiro, Escola
de Enfermagem Anna Nery, Rio de Janeiro, RJ

RESUMO: O Processo de Enfermagem constitui uma importante ferramenta para sistematizar o cuidado e a Classificação Internacional para Prática de Enfermagem (CIPEÒ) com enunciados de diagnósticos e intervenções de enfermagem reforça a documentação da assistência contribuindo na segurança e qualidade do atendimento. Objetivo: Construir um instrumento com diagnósticos e intervenções de enfermagem para nutrízes que utilizam o serviço do banco de leite, baseado na CIPEÒ. Método: Estudo metodológico, com 227 prontuários de recém-nascidos internados na Maternidade Escola da UFRJ. A coleta de dados foi realizada entre outubro de 2015 à fevereiro de 2016. Resultados: Os termos relevantes para a prática da enfermagem no banco de leite humano foram extraídos dos prontuários e da literatura da área; foram listados e procedeu-se a normalização dos mesmos e o mapeamento cruzado correlacionando-os com os termos incluídos na CIPE® 2015. Foram construídos diagnósticos e intervenções de enfermagem organizados a partir das Necessidades Humanas Básicas propostas por Wanda Horta, que foram alocados em um instrumento desenvolvido especificamente para o atendimento de nutrízes. Foram realizados 3 encontros com as enfermeiras do banco de leite do serviço para validar o instrumento. Alguns ajustes foram necessários e o instrumento

final foi construído com 7 diagnósticos e 43 intervenções de enfermagem. Conclusão: A construção de um instrumento próprio contendo diagnósticos e intervenções de enfermagem potencializou a utilização de uma taxonomia própria dos enfermeiros utilizada na área materno infantil e diminui a lacuna entre assistência e prática uma vez que funcionou como uma estratégia para aplicação do processo de enfermagem. **PALAVRAS-CHAVE:** Terminologia de enfermagem; banco de leite humano; diagnósticos de enfermagem; intervenções de enfermagem.

DIAGNOSES AND NURSING INTERVENTIONS IN THE BANK OF HUMAN

MILK

ABSTRACT: The Nursing Process is an important tool for systematizing care, and the International Classification for Nursing Practice (CIPEÒ) with nursing diagnosis and intervention statements reinforces the documentation of care contributing to the safety and quality of care. Objective: To construct an instrument with nursing diagnoses and interventions for nursing mothers using the milk bank service, based on CIPEÒ. Method: A methodological study with 227 records of newborns admitted to the School Maternity Unit of UFRJ. Data collection was carried out between October 2015 and February 2016. Results: The relevant terms for nursing practice in the human milk bank were extracted from the medical records and literature of the area; were listed and standardized and cross-mapped by correlating them with the terms included in CIPE® 2015. Nursing diagnoses and interventions were built based on the Basic Human Needs proposed by Wanda Horta, which were allocated in a instrument specifically developed for the care of nursing mothers. Three meetings were held with the nurses at the service's milk bank to validate the instrument. Some adjustments were necessary and the final instrument was constructed with 7 diagnoses and 43 nursing interventions. Conclusion: The construction of a specific instrument containing nursing diagnoses and interventions has increased the use of a nurses' own taxonomy used in the maternal and child area and reduces the gap between care and practice since it has functioned as a strategy for the application of the nursing process.

KEYWORDS: Nursing terminology; human milk bank; nursing diagnoses; interventions.

1 | INTRODUÇÃO

Inúmeros são os benefícios resultantes do aleitamento materno (AM) tanto para o bebê como para a mãe. Dentre eles, podemos citar o valor nutricional, a proteção imunológica e o menor risco de contaminação que contribuem para a redução da morbimortalidade infantil por diarreia e por infecção respiratória. Existem ainda evidências sugestivas de que a amamentação pode proteger contra o excesso de peso e diabetes mais adiante na vida; que está associada ao melhor desempenho em teste de inteligência, repercutindo em maiores níveis de escolaridade e maior renda na

idade adulta (VICTORA et al., 2016).

Em curto prazo, a amamentação promove a aceleração da involução uterina reduzindo o sangramento pós-parto, amplia o tempo entre as gestações e partos e reduz a probabilidade de alguns tipos de cânceres de mama e de ovário, como também o desenvolvimento de diabetes (VICTORA, et al., 2016).

Nesse sentido, desde a década de 1980, o Brasil vem desenvolvendo ações de incentivo ao aleitamento materno que culminaram com o início da construção da Política Nacional de Promoção, Proteção e Apoio ao Aleitamento Materno em 2010 (BRASIL, 2017).

Essa Política envolve um conjunto de leis, portarias e resoluções, que funcionam como um arcabouço legal, normativo e técnico-operacional, considerando diversos componentes. Dentre esses componentes, encontra-se Rede Brasileira de Banco de Leite Humano (RBBLH) (BRASIL, 2017).

Portaria nº 322, de 26/5/1988	Regula a instalação e o funcionamento dos Bancos de Leite de Humano (BLH) no Brasil.
Portaria MS nº 1.390, de 23/11/1990	Institui a Comissão Central de Banco de Leite Humano (CCBLH).
Portaria MS nº 97, de 29/8/1995 e nº 2.415, de 19/12/1996	Estabelece medidas de prevenção da contaminação pelo HIV, através do leite materno, a serem adotadas pelos BLH e centros promotores do AM.
Portaria GM/MS nº 50, de 18/1/1999	Institui na Secretaria de Políticas de Saúde a Comissão Nacional de BLH com a finalidade de prestar assessoramento técnico na direção e coordenação federal das ações de BLH em todo território nacional.
Portaria nº 812, de 27/10/1999	Aprova o Plano de Trabalho que tinha como objetivo a implantação do “Projeto da Rede Nacional de Bancos de Leite Humano”.
Portaria nº 437, de 9/6/2000	Aprova plano de trabalho de apoio às ações de saúde objetivando a implantação do “Projeto da Rede Nacional de bancos de leite humano”.
Resolução RDC nº 50, de 21/2/2002	Dispõe sobre o regulamento técnico para planejamento, programação, elaboração e avaliação de projetos físicos de estabelecimentos assistenciais de saúde.
Portaria nº 698, de 9/4/2002	Modificada pela Portaria nº 2.193 publicada no DOU em 15/9/2006 define a estrutura e as normas de atuação e funcionamento dos Bancos de Leite Humano no Brasil.
Resolução RDC nº 171, de 04/9/2006	Estabelece novo regulamento para funcionamento dos Bancos de Leite Humano (BLH) no Brasil.

Portaria nº 2.193 de 14/9/2006	Define a estrutura e a atuação do BLH.
-----------------------------------	--

Quadro 1 - Exibe as principais portarias que sustentam o funcionamento da Rede Brasileira de Banco de Leite Humano.

Fonte: (BRASIL, 2017).

A RBBLH tem como missão “Promover a saúde da mulher e da criança mediante integração e construção de parcerias com órgãos federais, as unidades da federação, municípios, iniciativa privada e a sociedade, no âmbito da atuação dos BLHs” (FIOCRUZ, 2019).

O trabalho no BLH constitui o apoio ao aleitamento materno que ocorre em um espaço transformador onde o enfermeiro está inserido por ser um profissional cujo perfil é cuidador e ao mesmo tempo, educador.

O enfermeiro como membro dessa equipe deve exercer suas atividades de forma sistematizada, ou seja, organizada e para tanto deve lançar mão de instrumentos metodológicos para que a práxis seja a melhor para o âmbito laboral em que é aplicada (GARCIA, 2009).

Considerando o Processo de Enfermagem (PE) como um instrumento metodológico que orienta o cuidado profissional de Enfermagem e a documentação da prática profissional; o Conselho Federal de Enfermagem determina que o PE deva ser realizado, de modo deliberado e sistemático, em todos os ambientes, públicos ou privados, em que ocorre o cuidado profissional de Enfermagem (COFEN, 2009).

Nesse sentido, o objetivo do estudo foi construir um instrumento com diagnósticos e intervenções de enfermagem para nutrizes que utilizam o serviço do banco de leite, baseado na Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPEÒ).

2 | METODOLOGIA

O presente estudo foi desenvolvido como um recorte do projeto institucional denominado “Sistematização da assistência de enfermagem: o desafio de implementar a metodologia em um serviço materno infantil” que foi submetido a plataforma Brasil seguindo os preceitos da Resolução 466/2012 e foi aprovado sob o parecer nº 1.165.734 em julho de 2015. Para tanto, a pesquisa seguiu as seguintes etapas:

2.1 Identificação de Termos Relevantes Para a Prática da Enfermagem No Banco de Leite Humano

Como etapa preliminar à identificação dos termos relevantes, foi realizada uma revisão de literatura com o objetivo de identificar os estudos que discutiam a

prática da equipe de enfermagem ligada à amamentação, destacando os problemas apresentados pelo binômio mãe-bebê durante essas atividades.

Para tanto foi realizada uma busca bibliográfica na Biblioteca Virtual de Saúde por meio das palavras chaves “diagnósticos de enfermagem” AND “amamentação” OR “aleitamento materno”. Foram incluídos artigos completos disponíveis, nos idiomas português, inglês ou espanhol, publicados entre os anos de 2014 e 2018. Dessa nova busca, o sistema apurou 920 resumos que foram selecionados para leitura. Destes, 21 artigos foram utilizados para identificação de termos relevantes.

Além da literatura da área, foram analisados 227 prontuários de recém nascidos internados no alojamento conjunto da Maternidade Escola da Universidade Federal do Rio de Janeiro e extraídos termos da prática de enfermagem ligados à amamentação.

2.2 Mapeamento Cruzado dos Termos Identificados Com os Termos da Cipe®.

Os termos extraídos foram colocados em uma planilha do *Excel for Window* se após sofrerem o processo de normalização foram submetidos ao mapeamento cruzado com os termos existentes na CIPE® versão 2015.

2.3 Construção dos Enunciados Diagnósticos e Intervenções de Enfermagem

Os enunciados diagnósticos e intervenções de enfermagem foram construídos seguindo as diretrizes contidas na recomendação do Conselho Internacional de Enfermeiros. Nesse sentido, para elaborar os diagnósticos foi utilizado obrigatoriamente um termo do eixo foco e um termo do eixo julgamento e na construção das intervenções foi utilizado um termo do eixo ação e adicionado outros termos, exceto julgamento. Esses enunciados diagnósticos e intervenções de enfermagem foram inseridos em um instrumento para uso das enfermeiras do serviço do banco de leite humano.

2.4 Validação do Instrumento

Após a construção do instrumento, foram realizados 3 encontros com as enfermeiras do serviço e a coordenadora (no total de 4 enfermeiras). O instrumento foi apresentado e alguns ajustes foram necessários para a apresentação da versão final.

3 | RESULTADOS E DISCUSSÃO

Após as etapas supracitadas, foi construído o instrumento apresentado abaixo.



Registro: () 1ª avaliação () avaliação subsequente

Prescrição de Enfermagem - BANCO DE LITE		
Necessidade de Nutrição		
Diagnósticos de Enfermagem	Intervenções de Enfermagem	Apreensão
() Amamentação exclusiva preservada	1.1) Apoiar a amamentação ao seio	
	1.2) Observar sobre mitos e crenças em torno da amamentação	
	1.3) Avaliar o crescimento e o peso do recém-nascido	
	1.4) Identificar pessoas que possam apoiar a mãe no processo de amamentação	
	1.5) Orientar sobre a importância de do aleitamento materno exclusivo até o 6º mês e fatores que favorecem a produção de leite	
	1.6) Realizar avaliação	
	1.7) Observar a técnica de amamentação	
	1.8) Orientar a mãe do recém-nascido sobre a lactação	
	1.9) Orientar a mãe sobre ingestão de líquidos adequada durante a hospitalização do recém-nascido	
	1.10) Orientar sobre extração do leite materno	
() Amamentação Precoz	1.1)	
	1.2)	
	1.3)	
() Complicações nos mamilos	1.1) Orientar quanto a pega correta do recém-nascido durante a amamentação	
	1.2) Orientar o posicionamento e postura correta do recém-nascido para amamentação	
	1.3) Aplicar leite materno nos mamilos lesionados após a masturda	
	1.4)	
() Complicações nos mamilos	1.1) Realizar avaliação	
	1.2) Analisar complicações	
	1.3) Realizar massagem	
	1.4)	

() Amamentação exclusiva prejudicada	1.1) Apoiar a família mãe-litã no estabelecimento do vínculo afetivo		
	1.2) Avaliar as causas de comprometimento para amamentação, em litã		
	1.3) Avaliar crescimento e peso do recém-nascido		
	1.4) Avaliar avaliação dos mamilos e como amarrar o leite materno coletado		
	1.5) Avaliar o posicionamento do recém-nascido durante amamentação		
	1.6) Avaliar as técnicas de aleitamento materno		
	1.7) Estimular o aumento da ingestão de líquidos		
	1.8) Estimular a coleta do leite materno		
	1.9) Orientar a mãe do recém-nascido sobre lactação		
	1.10) Orientar o posicionamento correto do recém-nascido para amamentação		
	1.11) Orientar sobre a extração do leite materno		
	1.12) Proporcionar ambiente calmo e tranquilo		
	1.13) Supervisionar processo de amamentação		
	1.14) Avaliar o comprometimento materno em relação aos motivos de não poder amamentar		
	1.15) Avaliar o bem-estar psicológico materno		
	1.16) Avaliar o desejo da mãe para retomar a amamentação		
	1.17) Estimular a expressão verbal dos sentimentos		
	1.18) Informar as vantagens do aleitamento materno		
	() Amamentação interrompida prejudicada	1.1) Acolher à paciente conforme suas necessidades	
		1.2) Avaliar a avaliação materno	
1.3) Envolver a família nos cuidados			
1.4) Estimular vínculo mãe-filho durante a amamentação			
1.5) Investigar os determinantes da interrupção			
1.6) Investigar sinais sugestivos de depressão pós-parto			
1.7) Observar técnica de amamentação			
1.8) Orientar cuidados com os mamilos e mamilos			
1.9) Orientar sobre a importância de aleitamento materno exclusivo até o 6º mês e fatores que favorecem a produção de leite			
1.10)			
() Banco de amamentação prejudicada	1.1)		
	1.2)		
	1.3)		
	1.4)		

Pregêditores () Independente para o auto cuidado relacionado ao aleitamento materno
 () Dependência total para o autocuidado relacionado ao aleitamento materno
 () Dependência parcial para o autocuidado relacionado ao aleitamento materno

Instrumento do Banco de Leite

Figura 1 – Instrumento com diagnósticos e intervenções de enfermagem para nutrizes que utilizam o serviço do banco de leite, com base na Teoria de Wanda Horta e CIPE® 2017.

O banco de leite humano é um serviço especializado vinculado a um hospital de atenção materna e/ou infantil, responsável por ações de promoção, proteção e apoio ao aleitamento materno e execução de atividades de coleta da produção láctea da nutriz, seleção, classificação, processamento, controle de qualidade e distribuição, sendo proibida a comercialização dos produtos por ele distribuídos (BRASIL, 2008).

A equipe do BLH, a depender das atividades desenvolvidas constitui uma equipe multiprofissional e pode ser composta por: médicos, nutricionistas, enfermeiros, farmacêuticos, engenheiros de alimentos, biólogos, biomédicos, médicos veterinários, psicólogos, assistentes sociais, fonoaudiólogos, terapeutas ocupacionais, auxiliares e técnicos (de enfermagem, laboratório e nutrição), dentre outros profissionais (BRASIL, 2008).

Para uma comunicação e registro adequados da equipe quanto às fases do PE, é necessário a adoção de uma linguagem padronizada de enfermagem, um sistema de classificação para diagnósticos, intervenções e resultados de enfermagem.

Diagnóstico de Enfermagem é definido pelo processo de interpretação e agrupamento dos dados coletados durante o histórico de enfermagem (primeira etapa do PE), que culmina com a tomada de decisão sobre as respostas da pessoa, família ou coletividade humana em um dado momento do processo saúde e doença; e que constituem a base para a seleção das ações ou intervenções com as quais se objetiva alcançar os resultados esperados (COFEN, 2019).

Já as intervenções são definidas como as ações que serão realizadas pelo enfermeiro em respostas a um diagnóstico, com a finalidade direta ou indireta de melhorar ou manter a saúde de uma pessoa, família ou coletividade humana em um

dado momento do processo saúde e doença, identificadas na etapa de Diagnóstico de Enfermagem (COFEN, 2019; GARCIA, 2018)

No Brasil, existem vários sistemas conhecidos de classificação de enfermagem como: classificação diagnóstica da NANDA-I (North American Nursing Diagnoses Association), classificação das intervenções de enfermagem NIC (Nursing Intervention Classification), classificação dos resultados de enfermagem NOC (Nursing Outcome Classification) e a CIPE® (Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem) (MARIN, 2009).

Neste capítulo, optamos por utilizar a terminologia da CIPE® que apesar de ampla e complexa, representa o domínio da prática de enfermagem no âmbito mundial, tendo como alicerce a Teoria das Necessidades Humanas Básicas de Vanda Horta.

Na primeira versão a CIPE® era monoaxial e os termos encontravam-se dispostos em ordem hierárquica, e a Classificação das Intervenções de Enfermagem era multiaxial com termos organizados segundo alguns eixos: tipos de ação, objetos, abordagens, meios, local do corpo e tempo/ e lugar (GARCIA, 2018).

Ao longo dos anos foram publicadas novas versões da CIPE® como a Beta (1999), Beta 2 (2001), CIPE® versão 1.0 (2005), CIPE® versão 1.1 (2008), CIPE® versão 2.0 (2009), CIPE® 2011 (2011), CIPE® 2013 (2013), a CIPE® 2015 (2015) e a CIPE® 2017 (2017). A versão mais atual da CIPE® é a 2017 e conta com uma estrutura de classificação dos termos nela contidos organizada em 7 eixos conforme figura abaixo (GARCIA, 2018).



Figura 2 – Modelo de 7 eixos da CIPE®

Fonte: Google

Os eixos que constam nessa classificação são definidos pelo Conselho Internacional de Enfermeiros como:

- Foco: área de atenção relevante para a enfermagem. Ex: dor, amamenta-

ção;

- Julgamento: opinião clínica, determinação relacionada com o foco da prática profissional de enfermagem. Ex: aumentado, interrompido, eficaz;
- Meios (recursos): forma ou método de concretizar uma intervenção. Ex: cateter urinário, medicação;
- Ação: processo intencional aplicado a um paciente. Ex: promover, encorajar, administrar;
- Tempo: o ponto, o período, o instante, o intervalo ou a duração de uma ocorrência. Ex: admissão, período pré-natal;
- Localização: orientação anatômica ou espacial de um diagnóstico ou intervenção. Ex: cavidade torácica, creche;
- Cliente: sujeito a quem o diagnóstico se refere e que é o beneficiário da intervenção. Ex: criança, família.

Para construção de um diagnóstico de enfermagem da CIPE® deve-se incluir obrigatoriamente um termo do eixo foco e um termo do eixo julgamento, podendo incluir de forma opcional termos dos demais eixos. Essa mesma regra vale para a construção dos resultados de enfermagem da CIPE® que são definidos como o resultado presumido ao longo do tempo das intervenções a partir de mudanças apresentadas nos diagnósticos de enfermagem (GARCIA, 2018).

Já para a construção das intervenções de enfermagem deve-se incluir obrigatoriamente um termo do eixo da ação e pelo menos um termo-alvo (um termo de qualquer eixo, exceto do eixo julgamento), deixando a opção de inclusão de termos de outros eixos (GARCIA, 2018).

Nesse caminho, o PE constitui uma importante ferramenta para sistematizar o cuidado e a CIPE® com enunciados de diagnósticos e intervenções de enfermagem reforça a documentação da assistência contribuindo na segurança e qualidade do atendimento de enfermagem realizado no Banco de Leite Humano, contribuindo para uma prática eficaz e fornecendo visibilidade desse trabalho para toda equipe e para as pacientes.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Banco de leite humano: funcionamento, prevenção e controle de riscos/ Agência Nacional de Vigilância Sanitária**. Brasília: Anvisa, 2008. 160 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Bases para a discussão da Política Nacional de Promoção, Proteção e Apoio ao Aleitamento Materno**. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Brasília: Ministério da Saúde, 2017.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. Resolução COFEN 358/2009. **Dispõe sobre a sistematização da Assistência de Enfermagem e a implementação do processo de enfermagem em ambientes, públicos e privados, em que ocorrer o cuidado profissional de enfermagem e da outras providências**. Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil, Brasília, DF, 15 out

2009. Disponível em: http://www.cofen.gov.br/resolucao-cofen-2722002-revogada-pela-resolucao-cofen-n-3582009_4309.html. Acesso em: 10 mar 2019.

GARCIA, T. R. **Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem – CIPE®: versão 2017**. Porto Alegre: Artmed, 2018.

GARCIA, T. R.; NÓBREGA, M. M. L. Sistematização da assistência de enfermagem: há acordo sobre o conceito? **Revista Eletrônica de Enfermagem**, Goiás, v.11, n.2, p. 233, 2009. Disponível em: <http://www.fen.ufg.br/revista/v11/n2/v11n2a01.htm>. Acesso em: 10 mar. 2019.

MAIA, F. E. S.; ALEMIDA, J. R. S.; PACHECO, A. V. S. M.; OLIVEIRA, L.B. A importância do banco de leite humano: um relato de caso em Mossoró-RN. **Revista da Faculdade de Ciências Médicas Sorocaba**, São Paulo, v.16, n.14, p.188-1992, 2014. Disponível em:< <https://revistas.pucsp.br/index.php/RFCMS/article/view/19898>>. Acesso em: 10 abr. 2019.

MARIN, H. F. Terminologia de referência em enfermagem: a norma ISO 18104. **Acta Paulista de Enfermagem**, São Paulo, v.22, n.4, p.445-448, 2009. Disponível em:< <http://www.scielo.br/pdf/ape/v22n4/a16v22n4.pdf>> Acesso em: 10 abr. 2019.

FIOCRUZ. **Rede Brasileira de Bancos de Leite Humano (Redeblh)**. Rio de Janeiro: Fiocruz. Disponível em: <http://www.redeblh.fiocruz.br/>. Acesso em: 10 abr. 2019.

VICTORA, C. G. et al. Breastfeeding in the 21st century: epidemiology, mechanisms, and lifelong effect. **The Lancet**, v.387, n.10017, p. 475-489, 2016.

MAPEAMENTO DA OCORRÊNCIA DE VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA NA CIDADE DE MANAUS ENTRE JULHO DE 2015 A OUTUBRO DE 2017

Bianca Pires dos Santos

Hospital Universitário Getúlio Vargas (HUGV)
Universidade Federal do Amazonas (UFAM)
Manaus – Amazonas

Munike Therense Costa de Moraes Pontes

Universidade do Estado do Amazonas (UEA)
Manaus – Amazonas

RESUMO: A presente pesquisa teve como objetivo analisar a ocorrência de violência obstétrica na cidade de Manaus – AM, em partos ocorridos entre julho de 2015 a outubro de 2017. Trata-se de um estudo exploratório-descritivo com abordagem quantitativa, realizado em locais públicos da cidade de Manaus, com uma amostra de 86 mulheres. Os dados foram coletados por meio da aplicação de um formulário elaborado pelas pesquisadoras. Buscou-se analisar o perfil sociodemográfico, dados obstétricos e assistência ao parto. Submeteu-se à análise estatística pelo software *Epi Info*. Das entrevistadas, 41,9% tinham 18-24 anos de idade, 73,3% eram pardas, 47,7% casadas, 52,3% tinham renda mensal de 1 a 2 salários mínimos, 47,7% eram primíparas, 52,3% tiveram partos cesáreos e 66,3% realizaram em serviço de saúde público. A violência foi relatada em 22,1% dos casos. As práticas mais comuns de violência no parto foram: proibição de acompanhante (15,1%);

falta de consentimento na realização de toque vaginal (30,2%) e episiotomia (4,7%), manobras para acelerar o parto como kristeller (18,6%), ocitocina (34,9), amniotomia (14%). Embora décadas de estudos sobre as intervenções prejudiciais no parto ainda se observa que muitas mulheres sofrem violência obstétrica, portanto, é necessário mudanças no cenário atual do parto e nascimento.

PALAVRAS-CHAVE: Parto Obstétrico; Violência contra a Mulher; Humanização da Assistência; Direitos da Mulher; Cesárea.

MAPPING THE OCCURRENCE OF OBSTETRIC VIOLENCE IN THE CITY OF MANAUS BETWEEN JULY 2015 TO OCTOBER 2017

ABSTRACT: The present study aimed to analyze the occurrence of obstetric violence in the city of Manaus - AM, in births between July 2015 and October 2017. This is an exploratory-descriptive study with a quantitative approach, carried out in public places in the city of Manaus, with a sample of 86 women. The data were collected through the application of a form elaborated by the researchers. The aim was to analyze the sociodemographic profile, obstetric data and delivery care. It was subjected to statistical analysis by *Epi Info* software. Of the interviewees, 41.9% were 18-24 years of age, 73.3% were brown, 47.7% married, 52.3% had

monthly income of 1 to 2 minimum wages, 47.7% were primiparous, 52, 3% had cesarean deliveries and 66.3% had public health services. The violence was reported in 22.1% of the cases. The most common practices of violence in childbirth were: prohibition of accompanying persons (15.1%); (30.2%) and episiotomy (4.7%), maneuvers to accelerate labor such as kristeller (18.6%), oxytocin (34.9), and amniotomy (14%). Although decades of studies on harmful interventions at childbirth still show that many women experience obstetric violence, therefore, changes in the current setting of birth and delivery are needed.

KEYWORDS: Obstetric Delivery; Violence against Women; Humanization of Assistance; Women rights; Cesarean section.

1 | INTRODUÇÃO

A arte de partejar por muitos milênios foi considerada uma atividade feminina, tradicionalmente realizada por parteiras que detinham um saber popular, mas que eram reconhecidas pela sua experiência ou competência. Com o surgimento da medicina moderna, a profissão de parteira começou a sofrer declínio, ao passo, cada vez mais, o conhecimento científico consolidou-se, e a medicalização do corpo feminino se inseriu, transformando eventos fisiológicos, como a gravidez e o parto, em doença e procedimento cirúrgico, respectivamente (BRASIL, 2012 a).

Em 2017, foi publicada uma lei no Estado de Santa Catarina que visa a implantação de medidas de proteção à mulher em seu ciclo gravídico contra violência obstétrica. A lei traz uma definição agora então brasileira sobre o termo “violência obstétrica” como todo ato realizado seja por um profissional de saúde ou por um familiar que cause danos à mulher desde o pré-natal até o período puerperal (BRASIL, 2017). Apesar de o termo “violência obstétrica” ser recente, o sofrimento das mulheres na assistência ao parto é de longas décadas, sendo registrado em diferentes momentos históricos e tendo um impacto na busca de mudanças nas práticas de cuidado em todo o ciclo gravídico-puerperal (DINIZ et al., 2015).

Uma pesquisa realizada pela Fundação Perseu Abramo e SESC verificou que uma em cada quatro mulheres brasileiras sofreu algum tipo de violência durante o atendimento ao parto (VENTURE et al., 2016). Segundo o Dossiê da Violência Obstétrica “Parirás com dor”, a violência contra a mulher constitui um grave problema de saúde pública. A violência obstétrica pode ser física, sexual, e psicológica (CIELLO et al., 2012).

O parto está relacionado com a parte da vida psicossocial da mulher, portanto, quando é vivenciado com dor, medo e angústia podem acarretar distúrbios psicológicos e emocionais, afetando no vínculo mãe-filho e também na sua vida conjugal (BRASIL, 2001).

O estudo é pertinente, pois refletirá aspectos referentes ao atendimento nas maternidades, à capacitação dos profissionais de saúde e à (in)visibilidade de condutas

prejudiciais no parto. Diante do exposto, este estudo pretendeu analisar a ocorrência de violência obstétrica na cidade de Manaus – AM, em partos ocorridos no período de julho de 2015 a outubro de 2017. Os objetivos específicos foram identificar as práticas obstétricas violentas às quais as mulheres foram submetidas e detectar possíveis transtornos de saúde nas mulheres, surgidos no pós-parto, referentes à assistência prestada pelos profissionais de saúde.

2 | METODOLOGIA

Trata-se de um estudo exploratório-descritivo, com abordagem quantitativa realizado em locais públicos como praças e parques da cidade de Manaus, os quais foram: Espaço cultural Largo de São Sebastião; Complexo de lazer da Ponta Negra; e Parque Senador Jefferson Péres. A justificativa para a escolha desses locais se deve ao fato de serem espaços públicos bastantes visitados pela população no geral, ou seja, constituiu-se de pontos estratégicos amplos e adequados para a coleta de dados.

O DATASUS disponibiliza informações quanto ao número de nascidos vivos de todo o Brasil, porém 2015 foi o último ano de registros. Pelo fato de não haver como estimar a população de mulheres que pariram em Manaus no período estudado, recorreu-se à amostra não probabilística por conveniência, na qual o pesquisador não sabe a probabilidade dos participantes pertencerem à amostra. Portanto, a amostra do estudo constituiu-se de todas as mulheres que no momento da coleta estavam em praças e outros locais públicos e que aceitaram ser entrevistadas conforme os seguintes critérios de inclusão: Mulheres residentes em Manaus com idade acima de 18 anos, que tiveram partos vaginais ou cesáreos em instituição hospitalar pública ou privada entre julho de 2015 a outubro de 2017.

Foram excluídas do estudo participantes autodeclaradas indígenas e que no momento do parto apresentaram transtornos psicológicos. A coleta de dados foi realizada de maio a novembro de 2017. Os dados foram coletados por meio de entrevista estruturada através de um formulário elaborado pelas pesquisadoras, baseado em informações do documento intitulado Dossiê Violência Obstétrica “Parirás com dor”. O formulário foi organizado em dados sociodemográficos, obstétricos e condutas relacionadas à assistência ao parto. A fim de detectar a violência obstétrica, considerou-se a presença de pelo menos umas das práticas evidentemente desnecessárias.

Os dados gerados foram tratados e submetidos à análise estatística pelo software *Epi Info 3.5.3*™ (versão de 26 de janeiro de 2011), sendo apresentados sob a forma de gráficos e tabelas em planilha do *Microsoft Office Excel*, e expressos em porcentagem e números. A coleta de dados foi iniciada após aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade do Estado do Amazonas, sob o parecer nº 2.006.509 e CAAE: 66307417.9.0000.516.

As participantes enquadradas conforme os critérios de inclusão foram abordadas

individualmente informando-as sobre os objetivos, possíveis riscos e benefícios da pesquisa, enfatizando o anonimato das entrevistadas, assim como a apresentação do termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) e autorização através de assinatura.

3 | RESULTADOS E DISCUSSÃO

A idade média das participantes no momento da entrevista foi de 28,5 (DP = 5,4) anos. A faixa etária mais prevalente (41,9%) foi de 18 a 24 anos, seguida por 26 a 33 anos (40,7%). A maioria encontrava-se casada (47,7%) e em união estável (34,9%); 73,3% (n=63) das mulheres autodeclararam serem pardas. Em relação à escolaridade 41,9% (n=36) possuíam ensino médio completo, apenas 12,8% (n=11) possuíam ensino superior completo; Além disso, 52,3% (n=45) tinham renda familiar mensal de 1 a 2 salários mínimos.

Observou-se maior participação de primíparas no estudo (47,7%). Em relação ao tipo de parto, o parto cesáreo foi o mais prevalente com 52,3% (n=45) das participantes; 66,3% dos partos ocorreram no âmbito público. Segundo dados da Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS, realizam-se no Brasil, aproximadamente 1,6 milhão de cesarianas por ano, tornando-se uma verdadeira epidemia. É o modo mais comum de nascimento com cerca de 56% de taxa de operação cesariana, sendo mais predominante em serviços privados (85%) em relação aos serviços públicos de saúde (40%). Estudos recentes da OMS sugerem que a taxa populacional de cesariana não deve ultrapassar 10 % (CONITEC, 2015).

Ressalta-se que todas as entrevistadas (100%) realizaram pré-natal no período gravídico e compareceram para mais de sete consultas (81,4%), seguido por seis consultas (8,1%), cinco (5,8%), quatro (3,5%) e uma entrevistada com duas consultas. Observou-se que as mulheres têm dado importância ao pré-natal, visto que o acompanhamento permite um desenvolvimento da gestação e mais chances de um parto e recém-nascido saudáveis. Ainda, está de acordo como preconiza a Organização Mundial da Saúde (OMS), que recomenda um pré-natal com consultas igual ou superior a seis (BRASIL, 2012 b).

Variáveis	Sim n(%)	Não n(%)	N/A* n(%)	Não sabe n(%)
Proibida de ter acompanhante	13(15,1)	73(84,9)		
Exames de toque realizados em sequência por diferentes profissionais	35(40,7)	40(46,5)	11(12,8)	
Consentimento antes da realização dos toques vaginais	49(57)	26(30,2)	11(12,8)	
Soro com ocitocina	30(34,9)	56(65,1)		
Manobra de kristeller	16(18,6)	68(79,1)		
Puxos dirigidos	17(19,8)	28(32,6)		2(2,3)
Rompimento artificial da bolsa	12(14)	28(32,6)	46(53,5)	
Restrição à escolha de posição e movimento durante o parto	10(11,6)	30(34,9)	46(53,5)	
Restrição da escolha do local do parto	12(14)	74(86)		
Episiotomia	14(16,5)	26(30,6)	45(52,9)	
Consentimento antes da realização da episiotomia	4(4,7)	10(11,8)	71(83,5)	
Cirurgia cesárea agendada antecipadamente	15(17,4)	33(38,4)	38(44,2)	
Peregrinação após início do trabalho de parto	16(18,8)	69(81,2)		
Abandonar/deixar a parturiente sozinha na sala	17(19,9)	69(80,2)		
Sofreu algum tipo de humilhação	11(12,8)	75(87,2)		
Sofreu algum tipo de discriminação	4(4,7)	73(84,9)		
Impedida de gritar	13(15,1)	73(84,9)		
Falta de informação e esclarecimento	22(25,6)	64(74,4)		

*Não se aplica – Resposta destinada a procedimentos exclusivos para parto vaginal ou cesáreo

Tabela - Condutas consideradas prejudiciais e/ou violentas durante o parto

Na tabela, encontram-se as condutas consideradas prejudiciais e/ou violentas durante o parto. Sobre a presença do acompanhante, em 15,1 % dos partos este direito foi negado durante algum momento ou em todos os momentos (pré-parto, parto e pós-parto). Segundo a Lei nº 11.108 de 7 de abril de 2005, é permitido o direito à parturiente de um acompanhante de sua escolha, em todo o período de trabalho de parto, parto e pós-parto imediato seja em serviço de saúde do Sistema Único de Saúde (SUS), da rede própria ou conveniada (BRASIL, 2005).

Embora o Ministério da Saúde preconize a presença de um acompanhante, como se observou no estudo em questão, há ainda o descumprimento dessa lei. Muitas pesquisas apontam que a presença de um acompanhante durante todo o processo parturitivo traz benefícios para a mãe e o bebê, tais como diminuição do tempo de trabalho de parto, menor necessidade de analgesia, diminuição de ansiedade, sentimento de confiança, auxílio na primeira mamada e aumento da amamentação (CIELLO et al., 2012).

Com relação à episiotomia, foi realizada em 16,5 % dos partos vaginais; Dos quais apenas quatro mulheres (4,7%) foram informadas e consentidas antes do procedimento. Estes resultados são semelhantes em outras pesquisas (PALMA et

al, 2017; POMPEU et al., 2017). No Brasil a taxa de episiotomia chegou a 94,2 % (ALTHABE et al., 2002). No passado, acreditava-se que o uso rotineiro da episiotomia prevenia lacerações do períneo e assoalho pélvico, bem como protegia o feto das lesões do parto. Todavia, este procedimento tem sido considerado por alguns autores como desnecessário e ineficaz, pois além de não proteger o assoalho pélvico, aumenta dores perineais, dispareunia, hemorragia, distúrbios como incontinência anal e urinária, e lesões retais e anais (AMORIM et al., 2008).

Dos 76 partos submetidos aos exames de toque vaginal, 40,7% (n=35) foram realizados em um intervalo de tempo curto (em sequência) por diferentes pessoas (profissionais de saúde), além disso, em 30,2% não houve o consentimento da parturiente. A literatura aponta que é bastante comum em hospitais escola, pessoas aglomeradas para realizar o toque vaginal em sequência com finalidades “didáticas” de aprendizado, todavia a mulher é submetida a procedimentos desnecessários e dolorosos, aumentando os riscos de complicação (CIELLO et al., 2012). Outros procedimentos considerados prejudiciais com finalidade para acelerar o trabalho de parto, como o uso de ocitocina sintética, manobra de Kristeller, puxos dirigidos e rompimento artificial da bolsa (amniotomia) estiveram presente no estudo, e são frequentes em outras pesquisas como a de Andrade que evidenciou a infusão de ocitocina e a realização da amniotomia em 41% e 31% dos partos, respectivamente (ANDRADE et al., 2016). Sabe-se que essas intervenções rotineiras podem ocasionar complicações tanto para mãe e bebê, pois além de levar riscos desnecessários aos dois, não refletem a real necessidade de cada indivíduo, ou seja, não consideram a fisiologia do parto e nascimento (CIELLO et al., 2012).

Conforme apresentadas nos resultados, seis variáveis foram consideradas como atendimento desumanizador: Peregrinação após início do trabalho de parto, abandonar/deixar a parturiente sozinha na sala; humilhação, discriminação, proibição de gritar e falta de informação e esclarecimento. Ciello et al. (2012), declaram que em muitos casos, por serem tão comuns essas condutas, as mulheres acabam não vendo como maus-tratos e desrespeito.

Em se tratando do que seria violência obstétrica, 70,9% (n=61) das entrevistadas sabiam do que se referia, e 29,1% (n=25) não sabiam o que era violência obstétrica. Além disso, apenas 22,1% (n=19) consideraram ter sofrido violência obstétrica no parto. Ademais nem todas as mulheres sabiam o conceito de violência obstétrica, podendo ter contribuído para a invisibilidade da questão em estudo.

Para saber se realmente as mulheres foram submetidas às condutas prejudiciais e violentas em todo o processo de parturição conforme as evidências científicas listadas na tabela considerou-se pelo menos a ocorrência de uma das intervenções relatadas pelas entrevistadas. Logo, em 88,3% (n=76) dos partos as mulheres sofreram violência obstétrica.

Andrade et al. (2016), mostraram que aproximadamente 87% das mulheres sofreram algum tipo de violência obstétrica durante o trabalho de parto e parto,

conforme o uso de intervenções desnecessárias. Ainda se nota o não reconhecimento enquanto ato violento, pois a mulher vivencia ao mesmo tempo fortes emoções no nascimento que as fazem se calar diante da situação (OLIVEIRA et al., 2017). Outro autor diz ser um tipo de violência de gênero presente na construção da sociedade e que esta está tão perpetuada ao ponto de as mulheres nem a perceberem (MARIANI et al., 2016).

Dentre as entrevistadas, 19 (22,1%) afirmaram ter ficado com algum trauma/dano psicológico após o parto. As principais causas pelo surgimento de transtornos psicológicos foram devido à assistência ao parto, evolução do parto, puerpério e procedimentos. Fica claro que a forma como a parturiente vivência o parto afeta aspectos psicológicos e emocionais, acarreta em prejuízos no cuidado mãe e filho e até na sua vida conjugal. Toque vaginal, ausência de acompanhante durante o parto, falta de privacidade e episiorrafia, mostram-se como fatores estressantes no processo de parturição (BRASIL, 2001).

Foi possível detectar o surgimento de transtornos físicos após o parto (24,4%), principalmente devido aos procedimentos, como exemplo anestesia, manobra de kristeller e episiotomia, sendo as duas intervenções discutidas anteriormente quanto às consequências.

4 | CONCLUSÃO

Através desse estudo, foi possível detectar a ocorrência de práticas evidentemente prejudiciais à mãe e ao bebê e consideradas como violência obstétrica, as quais ocorreram tanto em serviços de saúde público como privado, em partos vaginais e cesáreos, na cidade de Manaus. Destacam-se dentre as intervenções violentas submetidas pelas mulheres, a falta de informação e consentimento antes de realizar procedimentos, proibição de acompanhante, manobras para verificação e aceleração do parto sem indicação, episiotomia, sem consentimento, restrição de posição e movimento durante o parto, cesáreas eletivas e tratamento desrespeitoso.

Além do mais, foi possível identificar após o parto o aparecimento de transtornos psicológicos e físicos nas mulheres e por sua vez estão ligados diretamente à assistência prestada pelos profissionais de saúde. A maneira como a parturiente é tratada, quando seus direitos são violados, a realização de procedimentos invasivos sem real indicação, a perda da autonomia da protagonista são vivenciados de forma negativa e serão perpetuados não apenas durante o parto, mas marcará o resto da vida dessa mulher e de todos aqueles que a cercam.

A violência obstétrica é uma violação dos direitos das mulheres desde o momento em que descobre estar grávida até depois do nascimento do seu filho. Embora o termo seja novo, sempre esteve enraizado no mundo, e através desse estudo observou-se a invisibilidade de muitas das práticas prejudiciais tanto por aquelas que receberam

os cuidados no parto quanto para os profissionais de saúde. Apesar de haver estudos mostrando as consequências e abandono dessas práticas, há ainda resistência em qualificar a assistência.

Logo, deve-se investir em ações que estimulem e promovam a autonomia das mulheres. Uma vez empoderada ao ser informada sobre possíveis alternativas e direitos, supõe-se que lutarão por uma assistência obstétrica pautada na humanização com garantia de integridade física e emocional a fim de impedir ou denunciar a violência.

REFERÊNCIAS

ALTHABE, F.; BELIZÁN, J.; BERGEL, E. Episiotomy rates in primiparous women in Latin America: hospital based descriptive study. *BMJ* 2002; 324:945-46. Acesso em 28 nov. 2016.

AMORIM M.R.; KATZ, L. O papel da episiotomia na obstetrícia moderna. *Femina*. 2008 jan; 36(1): 47-54. Disponível em: http://institutonascerc.com.br/wp-content/uploads/2014/03/episio_femina.pdf. Acesso em 28 nov. 2016.

ANDRADE, P.O.N., et al. Fatores associados à violência obstétrica na assistência ao parto vaginal em uma maternidade de alta complexidade em Recife, Pernambuco. *Rev. Bras. Saúde Matern. Infant.*, Recife, V. 16 n.1. p. 29-37, jan./mar. 2016. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/1806-93042016000100004>. Acesso em: 07 nov. 2016

BRASIL, Ministério da Saúde. Atenção ao pré-natal de baixo risco / Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. – Brasília : Editora do Ministério da Saúde, 2012 b.

BRASIL, Ministério da Saúde. Lei n. 11.108, de 7 de abril de 2005. Altera a Lei nº8.080, de 19 de setembro de 1990, para garantir às parturientes o direito à presença de acompanhante durante o trabalho de parto, parto e pós-parto imediato, no âmbito do Sistema Único de Saúde – SUS. Presidência da República Casa Civil, Brasília. 2005.

BRASIL, Ministério da Saúde. Lei nº 17.097, de 17 de Janeiro de 2017. Dispõe sobre a implantação de medidas de informação e proteção à gestante e parturiente contra a violência obstétrica no Estado de Santa Catarina. 17 jan, 2017. Disponível em: http://leis.alesc.sc.gov.br/html/2017/17097_2017_Lei.html. Acesso em: 18 set 2017.

BRASIL, Ministério da Saúde. Parto e nascimento domiciliar assistidos por parteiras tradicionais: O programa Trabalhando com Parteiras Tradicionais e Experiências Exemplares. Ministério da Saúde, Secretária de Atenção à Saúde. Brasília: Ministério da Saúde; 2012 a.

BRASIL, Ministério da Saúde. Parto, aborto e puerpério: assistência humanizada à mulher. Brasília: Ministério da Saúde; 2001. Disponível em: http://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cd04_13.pdf. Acesso em: 31 ago. 2016.

CIELLO, C., et al. Violência obstétrica - “Parirás com dor”. Dossiê elaborado pela Rede Parto do Princípio para a CPMI da violência contra as mulheres. 2012. Disponível em: www.senado.gov.br/comissoes/socumentos/ Acesso em: 12 out. 2016.

CONITEC. Diretrizes de Atenção à Gestante: a operação cesariana. Brasília: Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos Esplanada dos Ministérios. 2015. Disponível em: http://conitec.gov.br/images/Consultas/Relatorios/2015/Relatorio_PCDTCesariana_CP.pdf. Acesso em: 20 nov. 2017.

DINIZ, S.G.; SALGADO, H.O.; ANDREZZO, H.F.A., et al. Violência obstétrica como questão para a

saúde pública no Brasil: Origens, definições, tipologia, impactos sobre a saúde materna, e propostas para sua prevenção. *Journal of Human Growth and Development*. 2015; 25(3): 377-6. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.7322/jhgd.106080>. Acesso em: 06 nov. 2016.

MARIANI, A.C; DO NASCIMENTO NETO, J.O. Violência obstétrica como violência de gênero e violência institucionalizada: breves considerações a partir dos direitos humanos e do respeito às mulheres. *Cad esc dir rel int (unibrasil)*. 2016 jul/dez; 2(25): 48-60. Acesso em: 23 nov. 2017.

OLIVEIRA, V.J; PENNA, C.M.M. O discurso da violência obstétrica na voz das mulheres e dos profissionais de saúde. *Texto Contexto Enferm*, 2017; 26(2):e06500015. <http://dx.doi.org/10.1590/0104-07072017006500015>. Acesso em: 21 nov. 2017.

PALMA, C. C.; DONELLI, T. M. S. Violência obstétrica em mulheres brasileiras. Porto Alegre, 2017; 48(3), 216-230. <http://dx.doi.org/10.15448/1980-8623.2017.3.25161>. Acesso em: 21 nov. 2017.

POMPEU, K.C.; SCARTON J.; CREMONESE, L., et al. Prática da episiotomia no parto: Desafios para a enfermagem. *Revista de Enfermagem do Centro-Oeste Mineiro*. 2017;7:e1142. Doi: <http://dx.doi.org/10.19175/recom.v7i0.1142>. Acesso em: 21 nov. 2017.

VENTURI, G.; BOKANY, V.; DIAS, R.. Mulheres brasileiras e gênero nos espaços público e privado. São Paulo: Fundação Perseu Abramo/Sesc, 2010. Disponível em: <http://library.fes.de/pdf-files/bueros/brasilien/05629-introd.pdf>. Acesso em: 31 ago. 2016.

PERFIL DA MORBIMORTALIDADE MATERNA NO BRASIL

Ivaldo Dantas de França

Universidade Federal de Pernambuco, Programa de Pós-graduação em Gestão e Economia da Saúde Recife – Pernambuco

Ana Claudia Galvão Matos

Centro de Formação, Aperfeiçoamento Profissional e Pesquisa, Pós-graduada em Saúde Coletiva Recife - Pernambuco

Elizabeth Cabral Gomes da Silva

Centro de Formação, Aperfeiçoamento Profissional e Pesquisa, Pós-graduada em Saúde Coletiva Recife - Pernambuco

Amanda Fernanda de Oliveira Guilhermino

Universidade Federal de Pernambuco, Graduação em Saúde Coletiva Vitória de Santo Antão - Pernambuco

Josefa Ferreira da Silva

Universidade Federal de Pernambuco, Graduação em Saúde Coletiva Vitória de Santo Antão - Pernambuco

RESUMO: A Mortalidade materna é considerada uma das problemáticas preocupantes para a saúde pública. Estruturada como um dos indicadores da saúde, vinculados à preocupação com a saúde da mulher. O presente estudo tem como objetivo geral realizar um panorama de morbimortalidade notificados de mulheres em idade fértil no Brasil entre 2008 a 2016. A pesquisa, de abordagem quantitativa e características de cunho epidemiológico,

utilizaram bases de dados secundários de domínio público. Os dados se referem aos anos de 2008 a 2016 para cada uma das cinco regiões brasileiras e foram estruturados segundo os critérios de um estudo observacional e retrospectivo. Pode-se observar que a região Sudeste notificou 248.297 (43,36%) óbitos de mulheres em idade fértil em âmbito Nacional, com decréscimo percentual de 184,32%. Ao avaliar por raça/cor, as mulheres brancas e pardas foram as de maiores notificações, em relação a faixa etária, as mulheres entre 40 a 49 anos contabilizaram 49% dos óbitos, tendo a hipertensão como o principal fator. Reforça-se a necessidade de esforço político para um atendimento equânime, íntegro, universal e humanizado as mulheres em idade fértil, um grupo de risco que cuidados essenciais podem reduzir às taxas de morbimortalidade materna associado ao cuidado integral a saúde da mulher em todo seu ciclo vital.

PALAVRAS-CHAVE: Saúde da Mulher, Vigilância Epidemiológica, Hospitalização.

PROFILE OF MATERNAL MORBIDITY IN BRAZIL

ABSTRACT: Maternal mortality is considered a worrying problem for public health. Structured as one of the health indicators, linked to the concern for women's health. The present study

has as general objective to perform a panorama of reported morbidity and mortality of women of childbearing age in Brazil from 2008 to 2016. The research, with a quantitative approach and epidemiological characteristics, used secondary databases of public domain. The data refer to the years 2008 to 2016 for each of the five Brazilian regions and were structured according to the criteria of an observational and retrospective study. It can be observed that the Southeast region reported 248,297 (43.36%) deaths of women of childbearing age at the National level, with a percentage decrease of 184.32%. When evaluating by race / color, white and brown women were the ones with the highest notifications; in relation to age group, women between 40 and 49 years old accounted for 49% of deaths, with hypertension as the main factor. It reinforces the need for a political effort to provide fair, universal, and humanized care to women of childbearing age, a risk group that essential care can reduce to maternal morbidity and mortality rates associated with comprehensive health care for women throughout the world. its life cycle.

KEYWORDS: Women's Health, Epidemiological Surveillance, Hospitalization.

1 | INTRODUÇÃO

A Mortalidade materna é considerada uma das problemáticas preocupantes para a saúde pública. Estruturada como um dos indicadores de saúde, vinculados à preocupação com a saúde da mulher, determinada pelas ocorrências de fatores vinculados a agravos associado à gravidez, parto e puerpério. Em si, tende a progredir ao óbito caso não acompanhado adequadamente. Destaca-se ser de suma importância a compreensão dos determinantes sociais da saúde, envolvidos aos fatores dos óbitos da mulher, desde a concepção de seu filho até quarenta e dois (42) dias pós- parto (DIAS *et al.*, 2015).

A gravidez é uma questão saudável a vida da mulher, vinculada a sua vida reprodutiva, entretanto, pode evoluir para algum tipo de agravo como eclampsia ou diabetes gestacional, caso não se tenha um pré-natal adequado. A preocupação ativa de acompanhamento por profissionais capacitados e qualificados a atuarem em obstetrícia tende a favorecer a um caminho para uma gravidez saudável de boa qualidade na atenção assistencial. Uma estrutura sólida, associado a uma equipe multifatorial adequada como: psicólogos, assistentes sociais, enfermeiros e médicos fomentam uma equipe para guiar uma conduta a um pré-natal saudável (BUNA *et al.*, 2014).

Os fatores mais associados à mortalidade materna estariam centrados nas complicações ligas a complicações referentes à gravidez, parto e puerpério, seguido por eclampsia, hipertensão interligada a proteinúria durante a gestação e hemorragias, tendo predominância no ambiente hospitalar (FERRAZ & BORDIGNON 2012).

A lei Orgânica 8.080/1990 afirma em suas entrelinhas que a mortalidade materna está associada a uma conjuntura de fatores evitáveis, indo de encontro ao cuidado

integral a saúde da mulher de forma equânime e igualitária, independentemente de sua posição socioeconômica, educacional, raça/cor. Os determinantes sociais influenciam ao cerne dos óbitos, dentre as quais, englobam questões associadas a problemáticas sociais (como a violência doméstica), econômicas (desemprego), ambientais (falta de saneamento básico) e culturais, podem ser reduzidos com ações e planejamento dos gestores públicos, norteados com uma atenção humanizada a atenção a saúde da mulher, associado a uma equipe multiprofissional que compreenda os desejos e medos de uma paciente em período gestacional (BRASIL, 1990).

Segundo Cardoso (2010), o luto decorrente do óbito materno carrega muitas fragilidades para a família, além das informações referentes aos fatores de riscos e as questões da morbidade são perdidas com a principal informante “mulher”. As necessidades da participação com elos norteadores da interface entre família e equipe de saúde. Neste processo ver-se a estrutura do serviço social, dentro de uma equipe multiprofissional como elo de suma importância a um atendimento humano e equânime na atenção à saúde da mulher (CARDOSO, SOUZA & GUIMARÃES, 2010).

Políticas Públicas em Saúde (PPS) como o Programa de Assistência integral à Saúde da Mulher (PAISM) proporciona um reforço a esta estrutura do cuidado a saúde, fortalecendo a preocupação a grupos de riscos como gestantes. Preparando-as para uma atenção humanizada, com uma estrutura guiada pelas diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS) (BRASIL, 2004).

Os objetivos do PAISM:

“Promover a melhor das condições de vida das mulheres brasileiras, mediante a garantia de direitos legalmente constituídos e ampliação do acesso aos meios e serviços da promoção, prevenção, assistência e recuperação da saúde em todo o território brasileiro” (BRASIL, 2004).

Os questionamentos dos determinantes sociais sempre estão em pauta na Agenda da Saúde, ao correlacionar com a morbidade materna. Os fatores resultantes de falhas na utilização dos serviços de saúde pelas gestantes, prática excessiva e abusiva do aborto e medo do período gestacional pela mulher, carrega em si uma cultura dos determinantes sociais, econômicos e culturais tendem a ter papel de suma importância nas interfaces que proporcionam indicadores na qualidade de vida de uma população. Interligado tem-se além de moldar e ter ciência dos atendimentos realizados nas unidades hospitalares que proporcionam atendimento à saúde da mulher em seu período gravídico puerperal (CARDOSO, SOUZA & GUIMARÃES, 2010).

Refutando que o óbito materno é considerado o falecimento da mulher durante o período gravídico puerperal, sendo analisado desde a concepção da gestação até os quarenta e dois dias após o nascimento de seu conceito, com ruptura da fase vital da mulher neste período, o que resulta na preocupação do impacto que um cuidado adequadamente não fornecido poderá acarretar ao óbito de mulher e a seu conceito. Proporcionando um cuidado adicional a sua família, com participação ativa de psicólogos e assistentes sociais para guiar a uma atenção integral (DIAS *et al.*,

2015).

O presente estudo tem como objetivo geral realizar um panorama de morbimortalidade notificados de mulheres em idade fértil no Brasil. Tendo como objetivos específicos: avaliar o quantitativo de óbitos entre as regiões; analisar o quantitativo de óbitos em relação ao grupo etário; analisar quanto à raça e cor e analisar a morbidade mais prevalente associado a mortalidade materna no Brasil.

O interesse pelo estudo advém dos pesquisadores em analisar o panorama da mortalidade materna no Brasil após a implementação da tabela de Procedimentos, Medicamentos, Órteses e Próteses e Materiais Especiais do Sistema Único de Saúde-SUS, instituída pela Portaria GM/MS n.º 321 de 08 de fevereiro de 2007. Advém salientar ser de importância pública, conhecer o quantitativo de óbitos notificados em âmbito Nacional e regional, visto que, tende a nortear a visão dos gestores em Saúde, auxiliando no planejamento e na gestão em saúde, permitindo realizar ações em saúde e investimentos adequados.

Além de demonstrar como estão à necessidade de se investir em saúde a um grupo de risco que antes eram valorizadas para a reprodução, fornecendo qualidade aos serviços prestados, assim como, proporcionar um atendimento humanizado, resolutivo e com uma internação digna e de ótima qualidade as mulheres que buscam por uma resposta referente à sua procura pelo seu agravo de saúde durante seu período gestacional.

Assim, diante do proposto estudo, é relevante responder a seguinte pergunta condutora referente à pesquisa: Como foi o panorama de morbimortalidade notificados de mulheres em idade fértil entre 2008 a 2016 no Brasil, em âmbito regional?

2 | CONSIDERAÇÕES METODOLÓGICAS

A pesquisa, de abordagem quantitativa e características de cunho epidemiológico, utilizaram bases de dados secundários de domínio público. Os dados se referem aos anos de 2008 a 2016 para cada uma das cinco regiões brasileiras e foram estruturados segundo os critérios de um estudo observacional e retrospectivo.

A base de dado utilizada foi o Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM). Esta base foi selecionada por conter informações adequadas ao estudo, a saber: quantitativo de óbitos de mulheres em idade fértil notificados em âmbito Nacional e por regiões; quantitativo por grupo etário; quantitativo por raça/cor e morbidade mais prevalente.

Foram incluídos todos os dados que constam nos bancos de dados a partir do ano de 2008, período inicial da implantação da tabela de Procedimentos, Medicamentos, Órteses e Próteses e Materiais Especiais do SUS (SIGTAP) estabelecida pela Portaria GM / MS nº 321 de 08 de fevereiro de 2007. Dados informados pelo banco de dado - como anos anteriores a 2008 - não foram contemplados por estabelecer como

parâmetro o ano de implementação do SIGTAP, além de informações de registros que não estaria relacionada ao quantitativo de óbitos de mulheres em idade fértil.

Os dados são oriundos do Sistema de Informações sobre Mortalidade sobre a gestão do Ministério da Saúde e processado pelo Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (DATASUS). As informações coletadas para este estudo podem ser encontradas pelo endereço eletrônico <http://svs.aids.gov.br/dashboard/mortalidade/materna.show.mtw>, ou podendo ser encontrado pelo www.datasus.gov.br. Sendo, portanto, dados de um sistema de domínio público, qualquer usuário poderá ter acesso. Diante deste aspecto, o estudo não necessitou submeter a um conselho de ética para dar andamento, visto que, a pesquisa não se trata com envolvimento com seres humanos e sim dados brutos fornecidos pelo sistema do SIM referente a informações disponíveis pelos gestores de cada região.

Os dados brutos foram selecionados e transportados para o Microsoft Excel 2010, a partir do programa, os dados foram tabulados e gerados gráficos, utilizando como apoio o Software OriginPro 9 para auxílio da análise estatística e construção de gráficos.

As informações são coletadas pelas secretarias de saúde estaduais e municipais de cada região e geridas pelo gestor em saúde, sendo dados referenciados de unidades de saúde tanto do regime público quanto privado que atendem pacientes oriundos do SUS.

Os artigos elencados referentes ao tema proposto foram selecionados mediante a base de dados da Medilene, Scielo e LILACS correspondendo a partir do ano de 2009 até 2016. Sendo, assim, selecionados artigos os quais estavam na íntegra, em português e abordavam a temática proposta ao estudo. Fazem parte da inclusão artigos com ano de publicação inferior a 2009, em resumo, aos que não contemplavam ao tema abordado e estavam em outro idioma.

Como descritores foram utilizados os seguintes: Saúde da Mulher, Vigilância Epidemiológica, Hospitalização.

3 | RESULTADOS E DISCUSSÃO

Foi possível realizar um levantamento de morbimortalidade notificados de mulheres em idade fértil no Brasil, assim como relacionar por cada região, grupo etário e raça/cor.

O quantitativo total de óbitos de mulheres em idade fértil em âmbito Nacional e por regiões brasileiras é descrita no gráfico 1.

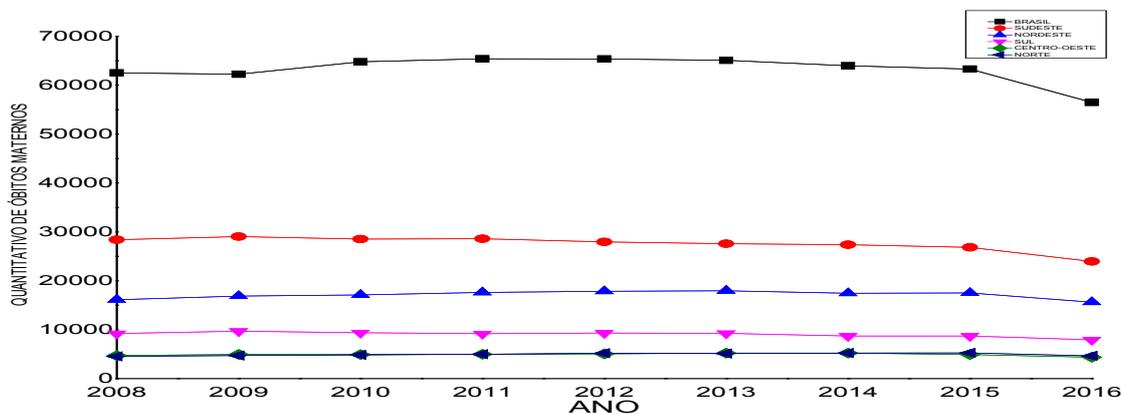


Gráfico 1: Números de óbitos de mulheres em idade fértil notificados em âmbito Nacional e por regiões brasileiras entre 2008 a 2016

Fonte: SIM - Sistema de Informações sobre Mortalidade

O gráfico 1 representa o quantitativo de óbitos de mulheres em idade férteis notificados no Brasil e por regiões entre os anos de 2008 a 2016. Em âmbito Nacional a média total chegou a 63.236 casos notificados ao ano, tendo valor mínimo de 56.477 (2016) e máximo de 65.398 (2011), além de ter ocorrido uma redução de 190,36% de casos notificados ao longo da série histórica e o quantitativo total entre o período de estudo abordado chegou a 569.127 óbitos.

Ao realizar a contextualização por regiões, é visto que a região Sudeste chegou a 27.589 casos notificados ao ano, tendo valor mínimo de 23.941 (2016) e máximo de 29.051 (2009), além de ter ocorrido uma redução de 184,32% de casos notificados ao longo da série histórica e o quantitativo total entre o período de estudo abordado chegou a 248.297 óbitos.

A região Nordeste chegou a 17.124 casos notificados ao ano, tendo valor mínimo de 15.605 (2016) e máximo de 17.944 (2013); redução de 196,8% de casos notificados e o quantitativo total de 154.112 óbitos. A região Sul chegou a 9.450 casos notificados ao ano, tendo valor mínimo de 7.923 (2016) e máximo de 9.700 (2009); redução de 186,94% de casos notificados e o quantitativo total de 81.406 óbitos.

A região Centro-Oeste chegou a 4.923 casos notificados ao ano, tendo valor mínimo de 4.379 (2016) e máximo de 5.206 (2014); redução de 196,2% de casos notificados e o quantitativo total de 44.307 óbitos. A região Norte chegou a 4.943 casos notificados ao ano, tendo valor mínimo de 4.535 (2008) e máximo de 5.264 (2015); redução de 207,05% de casos notificados e o quantitativo total de 44.488 óbitos.

Segundo Silva *et al.* (2016) foram revelados que no ano de 2009 a maior taxa de mortalidade materna estaria compreendida entre 77 por cada 100 mil nascidos vivos em âmbito Nacional e em 2012 os de menor taxa com 65 por 100 mil nascidos vivos. Quando se restringe por regiões, entre 2001 a 2007, Nordeste e Sul com as maiores taxas, já entre 2008 a 2012 foram às regiões Nordeste e Centro-Oeste. Avaliando o período em estudo dos pesquisadores, em 2005 a região Nordeste aparece com uma

taxa de 118 por 100 mil nascidos vivos e em 2011 a região Sul com 49 por 100 mil nascidos vivos, sendo ambos os de maior taxa e de menor taxa respectivamente.

O quantitativo total de óbitos de mulheres em idade fértil em âmbito Nacional e por faixa etária é descrita no gráfico 2.

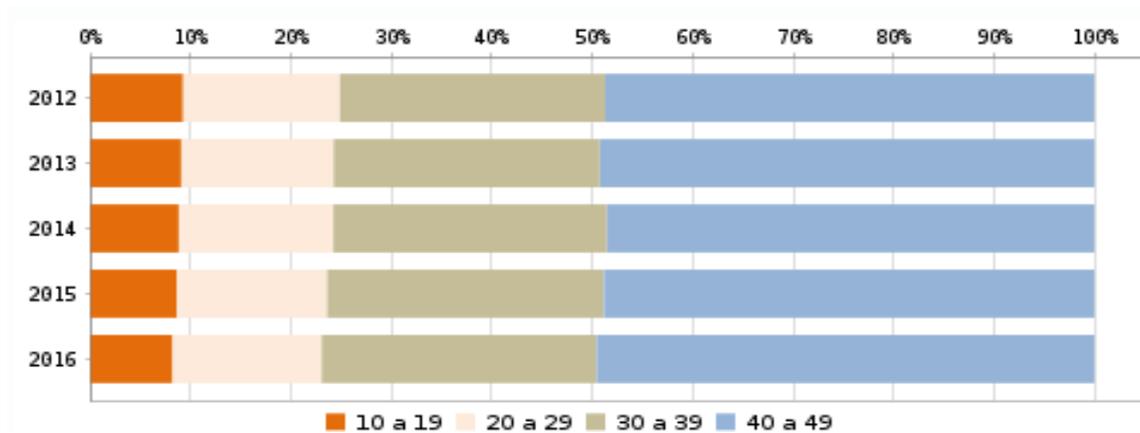


Gráfico 2: Números de óbitos de mulheres em idade fértil notificados no Brasil por mês de ocorrência entre de 2012 e 2016 segundo grupo etário.

Fonte: SIM - Sistema de Informações sobre Mortalidade

O gráfico 2 indica que 49% dos Óbitos de Mulheres em Idade Fértil (OMIF) notificados correspondiam a uma faixa etária entre 40 a 49 anos de idade seguida por 27% entre a faixa etária compreendida entre 30 a 39 anos, 15% entre 20 a 29 anos e 9% entre 10 a 19 anos.

Os OMIF foram mais frequentes na faixa etária entre 40 a 49 anos com 349 (40,6%), com maior ocorrência no ano de 2012 com 75 (43,9%) óbitos, seguido da faixa etária 30 a 39 anos 243 (28,3%). Os resultados mostraram que a frequência de mortalidade foi quatro vezes maior na faixa etária de 40 a 49 anos em relação à de 10 a 19 anos. O Estudo sobre Mortalidade de Mulheres em Idade Fértil de 2002 a 2011 em São Luís (MA) apresentou resultados semelhantes, sendo possível observar que o número de mortes aumentou progressivamente conforme o aumento da faixa etária. Este evento pode ter associação com o aumento da expectativa de vida da população brasileira, principalmente entre as mulheres acima dos 40 anos (MARTINS *et al.*, 2014).

O quantitativo total de óbitos de mulheres em idade fértil em âmbito Nacional e por raça/cor é descrita no gráfico 3.

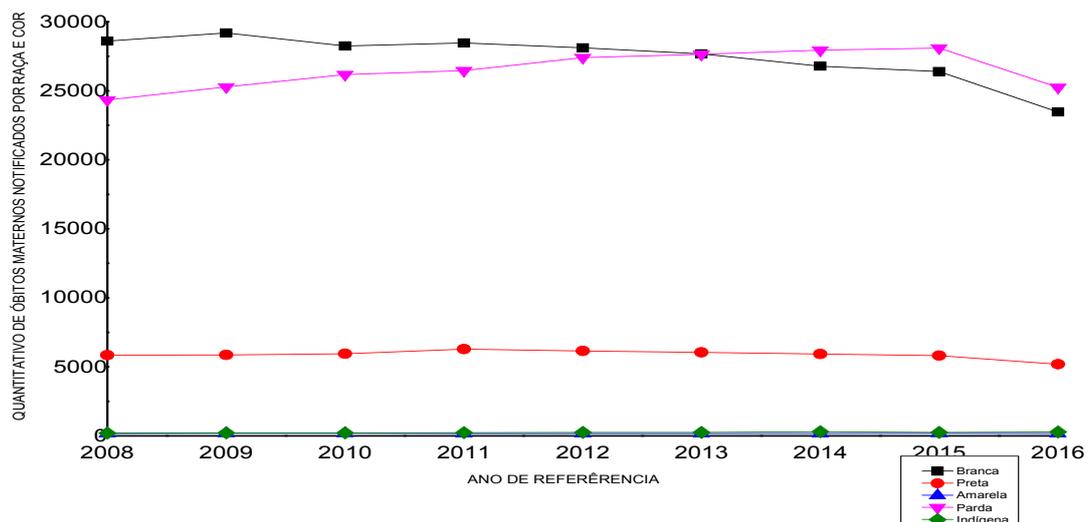


Gráfico 3: Números de óbitos de mulheres em idade fértil notificados no Brasil segundo a raça/cor.

Fonte: SIM - Sistema de Informações sobre Mortalidade

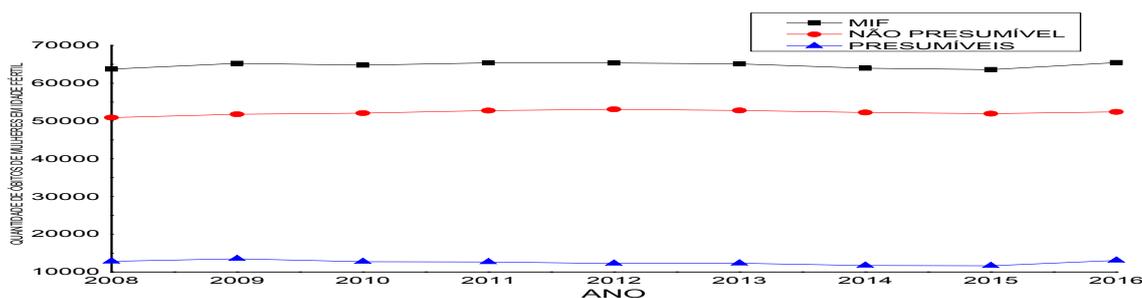
O gráfico 3 revela que as raças brancas e pardas demonstram como sendo as raças mais predominantes no Brasil relacionado a óbitos notificados por mulheres em idade fértil. O mesmo indica que ao longo do período histórico a raça branca predominou entre os anos de 2008 a 2013, com inversão para a raça parda entre 2013 a 2016. Ademais é visto uma redução no quantitativo de óbitos na raça branca de 182,04%, preta de 188,69% e amarela de 196,47%, entretanto a raça parda obteve um crescimento de 3,77% e indígena com 35,92%.

Segundo Lima *et al.*, (2016) em um estudo referente a fatores associados a mortalidade materna na região Sul. As mulheres, em relação à raça/cor, possuem a maiores percentagens de óbitos maternos associados à cor/raça branca com 74%, seguindo por negras com 16% e pardas com 10%. Ademias, o estudo enfoca que o quantitativo de mulheres brancas é mais acentuado em relação a mulheres negras. Salientando que, coexistem dificuldades quanto ao acesso das mulheres negras as unidades de saúde, a não busca pelos serviços, baixa escolaridade e financeira dificultam sua ida aos hospitais e porventura procurar um atendimento humanizado e adequado a sua fase gestacional (LIMA *et al.*, 2016).

Em relação à distribuição por regiões por cor/raça, Guimarães *et al.* (2017) refutam que as mulheres de cor/raça preta e parda possuem uma concentração maior nas regiões Norte e Nordeste, na região Sul a cor/raça branca como referenciado no estudo de Lima *et al.*, (2016) coexistem em maiores quantidades. Em si, podendo existir um viés de informação ao correlacionar em âmbito Nacional que os maiores óbitos estariam associados à cor/raça branca, visto que, nas diferentes regiões do Brasil a concentrações distintas quanto à cor/raça (LIMA *et al.*, 2016; GUIMARÃES *et al.*, 2017).

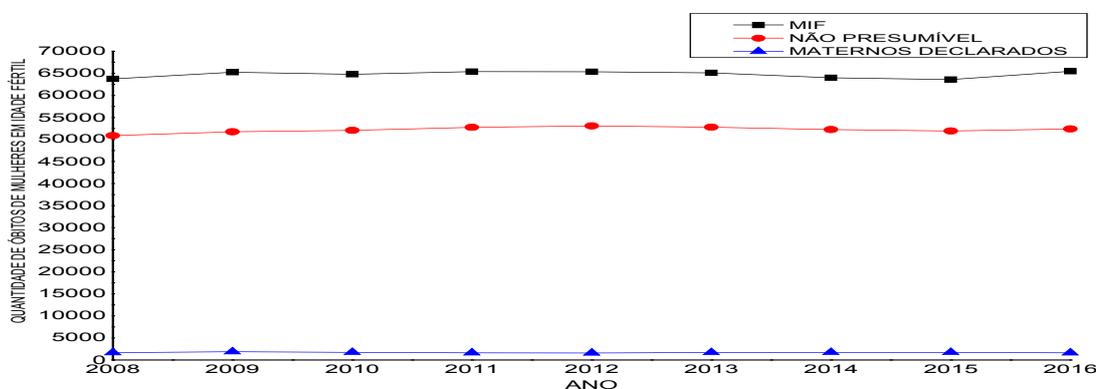
O quantitativo total de óbitos de mulheres em idade fértil em âmbito Nacional

segundo a causa presumível e não presumível é descrita no gráfico 4.



A

Gráfico 4: Quantitativo de óbitos de mulheres em idade fértil notificados no Brasil segundo a causa presumível e não presumíveis.



B

Fonte: SIM - Sistema de Informações sobre Mortalidade

O gráfico 4A representa o quantitativo de óbitos de mulheres em idade férteis notificados no Brasil entre os anos de 2008 a 2016. Em âmbito Nacional o total chegou a 582.633 casos notificados e em média 64.737 óbitos ao ano, tendo valor mínimo de 63.590 (2015) e máximo de 65.460 (2016), além de ter ocorrido um aumento de 2.73% de casos notificados ao longo da série histórica.

Dentre os casos de óbitos de Mulheres em Idade Fértil (MIF), as de notificação com causas presumíveis (são as causas que foram atestadas, mais não consta da Declaração de Óbitos (DO) a relação da causa com o estado gravídico-puerperal, não sendo, portanto, como identificar a causa do óbito como sendo materno) chegaram a alcançar 19,36%, já os sem causas presumíveis que são ligados ao óbito materno 80,64 %.

O Gráfico 4B revela 3% dos casos notificados sem causas presumíveis, estão interligados aos óbitos maternos declarados.

As causas prevalentes de óbitos maternos estão associadas às questões socioeconômicas de um país. Neste, as causas diretas possuem uma maior demanda de notificações em relação às causas indiretas. Entretanto, as mesmas são consideradas

as de maiores impactos. Um estudo realizado por Dias *et al.*, (2015) consta que 66,7% dos óbitos são de formas diretas, dentre as quais as patologias mais marcantes são: hipertensão, aborto e hemorragias. Ademais, as causas de óbitos maternos direto são as consideradas as mais evitáveis.

Levantado atenção as causas de óbitos de MIF por causas presumíveis, mais há também um questionamento a pensar, visto que, as informações de mortalidade estão nas DO, caso as mesmas não sejam coerentemente notificadas, poderá ocorrer subnotificações de casos existentes e serem direcionadas para casos presumíveis, em que, não há o registro das informações que possam identificar a causa da morte associada ao óbito materno (VEGAS *et al.*, 2017).

O quantitativo total de óbitos de mulheres em idade fértil em âmbito Nacional segundo as causas diretas, indiretas e inespecíficas são descritas no gráfico 5.

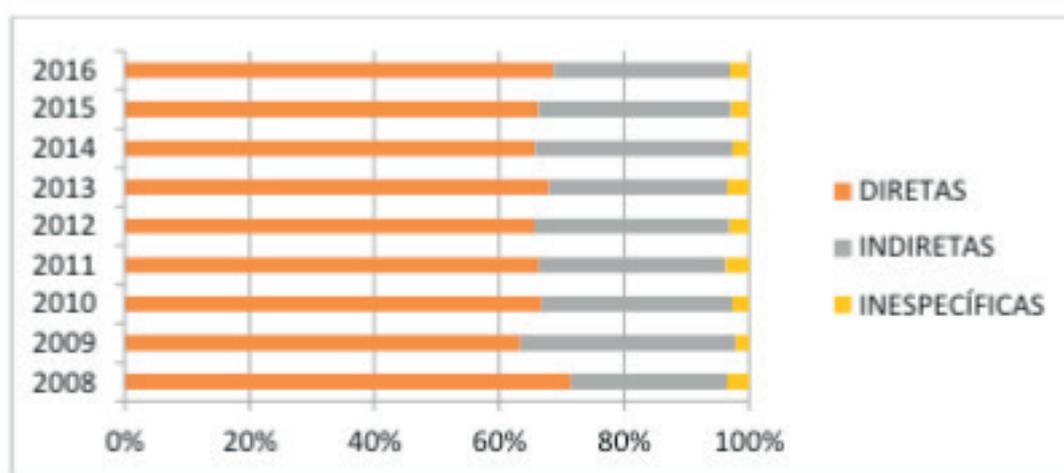


Gráfico 5: Quantitativo percentual de óbitos de mulheres em idade fértil notificados no Brasil segundo as causas diretas, indiretas e inespecíficas.

Fonte: SIM - Sistema de Informações sobre Mortalidade

Dentre os casos de óbitos declarados, as com causas obstétricas diretas chegam a alcançar 66,9% dos casos notificados, como é visto no gráfico 5, das quais estão ligadas com complicações obstétricas na gravidez, já as causas indiretas com 30,13% e 2,97% de causas não específicas. Segundo um estudo realizado por Carvalho *et al.*, (2016), referente a mortalidade de mulheres em idade férteis entre 1998 e 2012 na Macrorregião de Barbacena, Minas Gerais, refutou a indagação referente as causas obstétricas diretas como sendo a principal causa de óbitos existentes, chegando a 82,75%. Apontando ao estudo, tal fato de relevância para se avaliar as reais situações Hospitalares no atendimento ao parto, gravidez e puerperal da mulher (CARVALHO *et al.*, 2016).

O quantitativo total de óbitos de mulheres em idade fértil em âmbito Nacional segundo as causas diretas é descrito no gráfico 6.

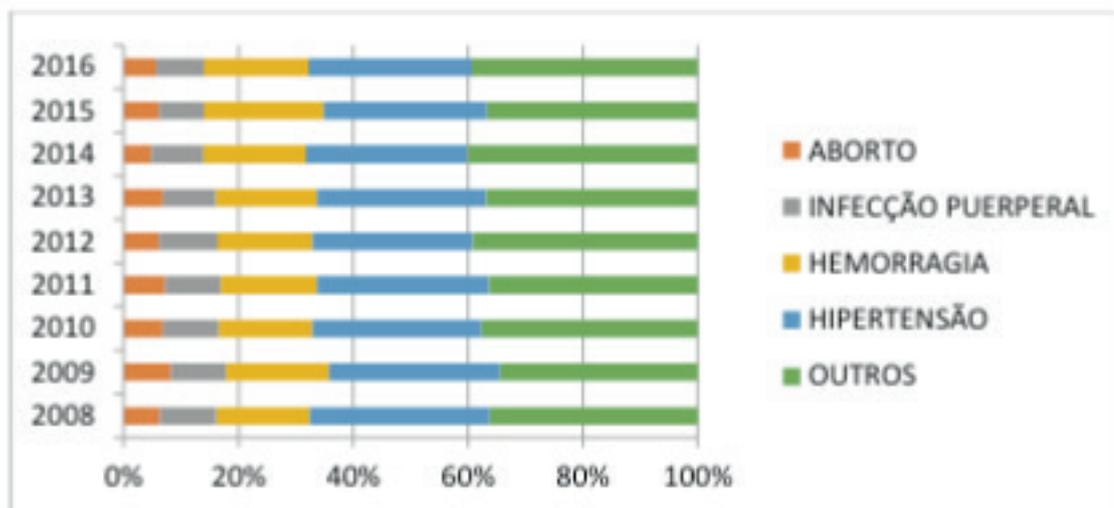


Gráfico 6: Quantitativo percentual de óbitos de mulheres em idade fértil notificados no Brasil segundo as causas diretas.

Fonte: SIM - Sistema de Informações sobre Mortalidade

O gráfico 6 representa o quantitativo de óbitos por causas diretas, as quais foram identificadas, 7% os óbitos notificados estaria ligadas ao Aborto, 9% a infecções puerperal, 18% hemorragias, 29% Hipertensão e outras com 38% como: gravidez ectópica, diabetes Mellitus gestacional, ruptura prematura de membranas, deslocamento prematura da placenta, obstrução do trabalho de parto, ruptura do útero e neoplasias de placenta.

Salientando, que o próprio banco de dados não fornece as informações correlacionadas e redistributiva dos quantitativos que possam destrinchar as informações para os óbitos direcionados a outros, podendo, neste caso inferir um viés de informação. Estudos refutam que o Aborto é considerado uma das causas de óbitos maternos declarados entre mulheres em idades férteis, entretanto a hipertensão é configurada a principal causa de notificação, além do que estudos indicam que as mulheres pardas e negras possuem mais pré-disposição a Hipertensão arterial Sistêmica (HAS), as quais são pré-dispostas a terem com maiores facilidades síndromes metabólicas levando ao sobrepeso e obesidade, contribuindo para a diabetes Mellitus (GUIMARÃES et al., 2017; MARTINS et al., 2017; JANTSCH et al., 2017; YAMAMOTO, ARAÚJO & LIMA, 2017).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Diante dos resultados obtidos, pode-se observar que a região Sudeste notificou 248.297 (43,36%) óbitos de mulheres em idade fértil em âmbito Nacional, seguido pela região Nordeste com 154.112 (26,91%); Sul com 81.406 (14,22%); Norte com 44.448 (7,77%); Centro-Oeste com 44.307 (7,74%). Salientando que a dimensão territorial brasileira favorece uma desigualdade socioeconômica, demográfica e populacional distintas entre as regiões, favorecendo que uns possuam uma quantidade de notificação

superior a outras regiões.

Em relação ao crescimento percentual a região sudeste teve um decréscimo de 184,32%; Nordeste 196,8%; Sul 186,94%; Norte 207,05%; Centro-oeste 196,2%. Demonstrando que a preocupação com a saúde das mulheres em idade fértil é uma questão de saúde pública e necessita-se cada vez mais de uma atenção humanizada e redobrada para que haja a redução nos casos de óbitos maternos por causas evitáveis e com um pré-natal adequado e bem assistido.

Dentre as faixas etárias, 49% dos óbitos estariam associados a mulheres entre 40 a 49 anos, seguidos por 27% entre 30 a 39 anos. A raça/cor das mulheres brancas e pardas são as de maiores quantidades de notificações. Ao referenciar o tipo de causa, 80,64% estariam associados sem causas presumíveis, óbitos declarados nas Declarações de Óbitos ligados ao óbito materno. A hipertensão com 29% das causas notificadas é configurada a principal causa de óbitos maternos no Brasil.

Salientam-se a importância de estudos mais aprofundados para se avaliar a real situação dos óbitos maternos não notificados envolvidos com as Declarações de óbitos preenchidas incorretamente e por subnotificações deste agravo de saúde pública. Reforça-se a necessidade de esforço político para um atendimento equânime, íntegro, universal e humanizado as mulheres em idade fértil, um grupo de risco em que cuidados essenciais podem reduzir às taxas de morbimortalidade materna associado ao cuidado integral a saúde da mulher em todo seu ciclo vital.

REFERENCIAS

Brasil. Presidência da República. Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos. Lei Nº 8.080, de 19 de Setembro de 1990. **Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências;**

Brasil. Ministério da Saúde. Secretária de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Política nacional de atenção integral à saúde da mulher: princípios e diretrizes** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. – Brasília: Ministério da Saúde, 82 p.: i 2004;

Buna Camila Maria Santana Costa, Sampaio Simone Losekann Pereira, Sousa Maria Elza Lima, Fonseca Lena Maria Barros, Caldas Arlene de Jesus Mendes, Aquino Dorlene Maria Cardoso de. **Caracterização da mortalidade materna ocorrida no município de São Luís no período de 2001-2011.** Rev. Pesq. Saúde v. 15, n. 2 (2014);

Carvalho Laís Rayana de Oliveira, Fonseca Leda Marília Lucinda, Coelho Marco Túlio Castro, Machado Marcela Gonçalves de Souza, Carvalho Marina Bartolomeu, Vidal Carlos Eduardo Leal. **Mortalidade de mulheres em idade fértil entre 1998 e 2012 na Macrorregião de Barbacena.** Revista Interdisciplinar de Estudos Experimentais, v.8, n. único, p. 15-22, 2016;

Cardoso Luzia Magalhães, Souza Mirian Moura Costantin Félix de, Guimarães Roberto Ubirajara Cavalcante. **Morte materna: uma expressão da “questão social”.** Serv. Soc. Soc., São Paulo, n. 102, p. 244-268, June 2010;

Dias Maria Gonçalves, Oliveira Ana Patrícia Santos, Cicolotti Rosana, Monteiro Bruna Karoline Santos Melo, Pereira Raísa Oliveira. Mortalidade materna. Rev Med Gerais 2015; 25(2): 173-179;

Dias Júlia Maria Gonçalves, Oliveira Ana Patrícia Santos, Cipolotti Rosana, Monteiro Bruna Karoline Santos Melo, Pereira Raisia de Oliveira. **Mortalidade Materna**. Rev. Med Minas Gerais. 25(2): 168-174. 2015;

Ferraz Lucimare, Bordignon Maiara. **Mortalidade materna no Brasil: uma realidade que precisa melhorar**. Revista Baiana de Saúde Pública v.36, n.2, p.527-538 abr./jun. 2012 527;

Guimarães Thaíse Almeida, Rocha Andréia de Jesus Sá Costa, Rodrigues Wanderson Baroos, Pasklan Amanda Namibia Pereira. **Mortalidade materna no Brasil entre 2009 e 2013**. Rev Pesq Saúde, 18(2): 81-85, mai-ago, 2017;

Jantsch Paula Fernanda, Correnoloná., Pozzobon Adriane, Adami Fernanda Scherer, Leal Carolina de Souza, Mathias TicianeCodevila da Silva, Ludwig Amanda Savaris, Bergo Pedro Henrique Fernandes. **Principais características das gestantes de alto risco da Região Central do Rio Grande do Sul**. Destaques Acadêmicos, Lajedo, v. 9, n. 3, p. 272-282, 2017;

Lima Debora Rodriguez, Ribeiro Carla Llima, Garzon Adriana Marcela Monroy, Henrique Tatiane RezendePetronilho, Souza Kleyde Ventura. Análise dos fatores intervenientes da mortalidade materna. Enfermagem Obstétrica, Rio de Janeiro, 2016;

Martins Eunice Francisca, Almeida Pollyana Ferraz Botelho, Paixão Cilene de Oliveira, Bicalho Paula Gonçalves, Erico Livia de Souza Pancrácio. **Causas múltiplas de mortalidade materna relacionada ao aborto no Estado de Minas Gerais, Brasil, 2000-2011**. Cad. Saúde Pública. 33(1). 2017;

Martins Vicenilda de Andrade, Costa Herikson Araujo, Batista Rosângela Fernandes Lucena, Rodrigues Livia dos Santos, Costa Luciana Cavalcante, Silva Raimunda Nonata Vieira, Sousa Ana Cleide Vasconcelos de, Rêgo Adriana Sousa. **Mortalidade de mulheres em idade fértil de 2002 a 2011 em São Luís, Maranhão**. Rev Pesq Saúde, 15(1): 235-239.jan-abr, 2014;

Silva Bruna Gonçalves, Lima Natália Peixoto, Silva ShanaGinar, Antúnez Simone Farías, SeerngLenise Menezes, Restrepo-MéndezMaría Clara, WehrmeisterFernando César. **Mortalidade materna no Brasil no período de 2001 a 2012: tendência temporal e diferenças regionais**. Rev Bras Epidemio. Luj-setr 2016: 19(3): 484-493;

Vega Carlos Eduardo Pereira, Soares Vânia Muniz Néquer, Nasr Acácia Maria Lourenço Francisco. **Mortalidade materna tardia: comparação de dois comitês de mortalidade materna no Brasil**. Cad. Saúde Pública. 33(3), 20 abr. 2017;

Yamamoto Heloisa Harumi, Araujo Jacqueline Montalvão, Lima Sônia Maria Rolim Rosa. **Síndrome metabólica após a menopausa: prevalência da hipertensão arterial em mulheres com sobrepeso e obesidade**. Arq Med Hosp Fac Cienc Med Santa Casa São Paulo. 62(1); 1-6. 2017.

CAPÍTULO 8

ROTURA UTERINA: UMA EMERGÊNCIA OBSTÉTRICA

Emília Ghislene de Asevedo

Faculdade São Miguel
Recife – PE

Naftali Gomes do Carmo

Faculdade São Miguel
Recife – PE

Thalita Cardoso de Lira

Faculdade São Miguel
Recife – PE

Lúcio Petterson Tôrres da Silva

Centro Universitário do Vale do Ipojuca
Ipojuca – PE

Geyslane Pereira de Melo

Universidade de Pernambuco
Recife – PE

Aurélio Molina da Costa

Universidade de Pernambuco – Faculdade de
Ciências Médicas/ UPE – FCM
Recife – PE

PALAVRAS-CHAVE: Emergência, Gravidez, Útero

1 | INTRODUÇÃO

Rotura uterina é definida pela ruptura de espessura total ou parcial da parede uterina com protusão da placenta e do feto para a cavidade abdominal, podendo ocorrer desde a gestação até o período expulsivo. Possui como principais fatores de risco: alterações uterinas

congenitas, multiparidade, miomectomia, macrosomia fetal, cesariana prévia e trabalho de parto induzido.

2 | OBJETIVO

Analisar as produções científicas referentes a rotura uterina diante das conduta de atendimento.

3 | MÉTODOS

Trata-se de um estudo de revisão bibliográfica, através do levantamento de dados encontrados na literatura, no período de maio de 2017. Foram analisados 12 artigos com publicações em português e na íntegra, referente ao período de 2010 a 2016, a busca deu-se na base de dados Google Acadêmico dos quais foram utilizados 6 artigos para elaboração deste trabalho.

4 | RESULTADOS

A rotura uterina depende significativamente do tipo e localização da cicatriz uterina prévia, número, data, técnica cirúrgica e circunstâncias em que ocorreram as cesarianas anteriores, forma de início de

trabalho de parto (espontâneo ou induzido) e agentes utilizados na indução e condução. Para que assim sejam analisados os riscos e vantagens na condução do trabalho de parto seguro para o binômio mãe-filho. Confirmando o diagnóstico e identificando a extensão e localização da ruptura, a cirurgia deve ser realizada imediatamente, sendo a prioridade a retirada do feto da cavidade peritoneal e controle da hemorragia, após a retirada da placenta, proceder com a análise da necessidade ou não de uma histerectomia ou de apenas um reparo na ruptura preservando o útero.

5 | CONCLUSÃO

Pautados em um conhecimento técnico e científico, os profissionais de saúde são capazes de identificar fatores de risco, além dos sinais e sintomas desta intercorrência. A rápida decisão de intervir cirurgicamente ainda é a maneira mais adequada de tentar salvar a vida do binômio mãe e filho, garantindo um melhor prognóstico.

REFERÊNCIAS

FERNANDES, Emídio Vale *et al.* **Rotura Uterina às 18 Semanas de Gravidez no Contexto de Útero Malformado.** Revista Científica da Ordem dos Médicos.V. 29, n. 10, p. 667-670, 2016.

MENDES, Neuza *et al.* **Rotura Uterina em Mulheres com Cesariana Anterior em Prova de Trabalho de Parto.** Revista Brasileira Ginecologia e Obstetria. V. 8, n. 4, p. 377-384, 2014.

OKIDO, Marcos Masaru *et al.* **Rotura e Deiscência de Cicatriz Uterina:** Estudo e casos em uma maternidade de baixo risco do sudeste brasileiro. Revista Brasileira Ginecologia e Obstetria, V. 36, n. 9, p. 387-92, 2014.

PERFIL DOS ENFERMEIROS DE UM TIME DE MEDICAÇÃO NA UNIDADE NEONATAL

Viviane Saraiva de Almeida

Universidade do Estado do Rio de Janeiro,
Hospital Universitário Pedro Ernesto, Serviço
de Enfermagem da Mulher e da Criança, Rio de
janeiro, RJ

Marilda Andrade

Universidade Federal Fluminense, Escola de
Enfermagem Aurora Afonso Costa, Niterói, RJ

Danielle Lemos Querido

Universidade do Estado do Rio de Janeiro,
Hospital Universitário Pedro Ernesto, Serviço
de Enfermagem da Mulher e da Criança, Rio de
janeiro, RJ

Mariaida Moreira Christoffel

Universidade Federal do Rio de Janeiro, Escola
de Enfermagem Anna Nery, Rio de janeiro, RJ

Helder Camilo Leite

Universidade Federal do Rio de Janeiro
Maternidade Escola, Rio de janeiro, RJ

Ana Paula Vieira dos Santos Esteves

Universidade Federal do Rio de Janeiro
Maternidade Escola, Rio de janeiro, RJ

Jorge Leandro do Souto Monteiro

Instituto Nacional do Câncer, Rio de Janeiro, RJ

Juliana Melo Jennings

Universidade Federal do Rio de Janeiro
Maternidade Escola, Rio de janeiro, RJ

Micheli Marinho Melo

Universidade Federal do Rio de Janeiro
Maternidade Escola, Rio de janeiro, RJ

Priscila Oliveira de Souza

Universidade Federal do Rio de Janeiro,

Maternidade Escola, Rio de janeiro, RJ

Bruna Nunes Magesti

Universidade Federal do Rio de Janeiro, Escola
de Enfermagem Anna Nery, Rio de janeiro, RJ

Ana Letícia Monteiro Gomes

Universidade Federal do Rio de Janeiro, Escola
de Enfermagem Anna Nery, Rio de janeiro, RJ

RESUMO: o time de medicação constitui-se como um grupo de trabalho formado por enfermeiros que se dedicam a etapas do sistema de medicação, desde a elaboração de protocolos e rotinas até o preparo de medicamentos. Criado com foco na mitigação de erros de medicação e com vistas a implantação de um novo processo de trabalho relacionado a terapia medicamentosa na unidade neonatal. Objetivos: caracterizar o perfil dos enfermeiros de um time de medicação de uma unidade neonatal. Método: estudo descritivo e quantitativo, com a utilização de um formulário semi-estruturado para coleta de dados, que foi realizada no período de outubro de 2013 a janeiro de 2014. Os dados foram tabulados a partir do programa de *Exce*[®] 2003 e apresentados sob a forma de tabela com frequência simples e relativa. Resultados: os dados revelaram que 93% enfermeiros do time de medicação são do sexo feminino; 40% têm entre 41 e 50 anos; 27% entre 11 e 15 anos

tempo de formação profissional; 53% trabalham na instituição entre 1 a 5 anos; 40% trabalham de 1 a 5 anos em terapia intensiva neonatal; 67% participaram de algum evento da classe; 80% dos enfermeiros realizaram cursos de aperfeiçoamento ou atualização na área de atuação; 60% possuem título de especialista obtidos em cursos de Lato Sensu e 13% concluíram curso de Stricto Sensu. Conclusão: os dados demonstraram que os enfermeiros do time de medicação têm iniciativa em aperfeiçoar o conhecimento, apesar de terem muito tempo de formação profissional e pouco tempo de trabalho na área de neonatologia.

PALAVRAS-CHAVE Segurança do Paciente; Sistemas de Medicação; Terapia Intensiva Neonatal; Perfil de enfermeiros; Processo de trabalho.

PROFILE OF NURSES FROM A MEDICATION TEAM IN THE NEONATAL

ABSTRACT: The medication team is composed of a work group formed by nurses who are dedicated to every step of the medication system, from the elaboration of protocols and routines to the preparation of medicines. The medication team was created to focus on the mitigation of medication errors and aims at implementing a new work process related to drug therapy in the neonatal unit. Objectives: to portray the profile of the nurses who are part of a medication team in a neonatal unit. Method: a descriptive and quantitative study, using a semi-structured form for data collection, which was carried out from October 2013 to January 2014. Data was tabulated using the Excel 2003 platform and presented in a table format in simple and relative frequency. Results: Data revealed that 93% of nurses on the medication team are female; 40% are aged between 41 and 50; 27% have between 11 and 15 years of professional training; 53% work from 1 to 5 years in the institution; 40% work from 1 to 5 years in neonatal intensive care; 67% participated in a class event; 80% of the nurses took part in refresher courses; 60% have a specialist degree obtained in Lato Sensu courses and 13% have completed a Stricto Sensu course. Conclusion: the data showed that the nurses on the medication team are eager to further their knowledge, in spite of their many years of professional formation but fairly short time working in the field of neonatology

KEYWORDS: Patient Safety; Medication Systems; Neonatal Intensive Therapy; Profile of nurses; Work process.

1 | INTRODUÇÃO

O sistema de medicação é constituído de várias etapas que vão desde a prescrição e distribuição até a ação de administrar o medicamento ao cliente (CASSIANI et al, 2005).

O enfermeiro é responsável pelo preparo, administração e prescrição dos cuidados de enfermagem no uso das soluções parenterais, podendo a fase de preparo ser realizada individualmente ou em conjunto com o farmacêutico (BRASIL, 2003).

Seguindo esta normatização, todo enfermeiro é habilitado para preparo de

soluções parenterais. Na instituição do estudo, inicialmente, esta prática era realizada pelo enfermeiro do plantão, segundo uma escala de rodízio. Não havia nas equipes um membro destinado exclusivamente ao exercício de tal função, ou grupos de discussão destinados a melhoria da qualidade da assistência prestada nesse processo, embora ocorressem treinamentos isolados para essa prática.

Além disso, com a observação da chefia de enfermagem da unidade neonatal, que ainda ocorriam erros neste processo, foi possível perceber que o cuidado e a qualidade na terapia medicamentosa não restringia-se apenas a etapa de prescrição e administração de medicamentos; o sistema de medicação é mais amplo e possui nuances que devem ser trabalhadas para embasar todas as etapas da terapia medicamentosa e não apenas as etapas de prescrição e administração de medicamentos, vistas por muitos como as principais ou únicas de todo processo.

As bases do sistema de medicação, portanto, estão pautadas no trabalho em equipe, que transcende a etapa prescrição e administração, incluindo um processo de trabalho contínuo que envolve a construção de protocolos clínicos de trabalho, discussões e sensibilização de toda equipe (ALMEIDA et al, 2013).

A unidade neonatal onde foi realizado o estudo já contava com protocolos elaborados e atualizados pelos enfermeiros, Procedimentos Operacionais Padrão (POPs), embora ainda não totalmente implantados por problemas administrativos e operacionais que dificultaram a sua efetivação na unidade. Portanto, a partir de maio de 2011, com o objetivo de ampliar e como tentativa de aprimoramento deste processo, para discussão e revisão do sistema de medicação, formou-se um grupo de trabalho composto por enfermeiros, denominado “Time da Medicação”.

Este grupo foi formado por: 19 enfermeiros plantonistas exclusivos para o preparo de medicamentos, 2 enfermeiros da rotina e a chefe de enfermagem do setor, que ocupa a posição de coordenadora do grupo.

Os enfermeiros foram selecionados pela chefia e enfermeiros líderes do plantão (enfermeiro indicado pela chefia para liderar o grupo de enfermagem no turno de 12 horas) (ALMEIDA et al, 2018, no prelo); e segundo critérios de participação efetiva em discussões relacionadas ao sistema de medicação, construção e envolvimento com os POPs do setor e, principalmente, por interesse em compor esse grupo.

Além da composição permanente do time de medicação do HUPE, são convidados a manifestar seu parecer em questões específicas, outros profissionais convidados como membros temporários e que pertencem a outros serviços, tais como Serviço de Enfermagem Materno-Infantil, Comissão de Controle Hospitalar (CCIH), Serviço de Farmácia, Almoxarifado, Banco de Sangue, entre outros.

Considerando a realidade da unidade, tecnologia, insumos e equipamentos disponíveis, o time da medicação atua como uma espécie de “juiz” baseado nas boas práticas e na literatura, julgando e tomando decisões relacionadas a todo o processo de terapia medicamentosa. A prática clínica do grupo é mandatória, sempre pautados na legislação vigente.

As diretrizes para a prática da enfermagem clínica são meios potenciais para a incorporação das evidências disponíveis, ainda que, muitas delas, estejam baseadas apenas em consensos e careçam de estudos experimentais e observacionais que possam ser demonstrados através de rigor metodológico, que se constitui na melhor alternativa para o cliente (LIMA, 2007).

O Center of Diseases Control (CDC) and Prevention no seu guideline de prevenção de Cateter (2011), preconiza que equipes de terapia intravenosa denominadas “IV Team”, especializadas são eficazes na redução da incidência de infecções relacionadas a cateter e de complicações e custos associados. Além disso, ainda informa que, o risco de infecção aumenta com a redução de pessoal de enfermagem especializado.

Durante o primeiro semestre, após a implantação do time de medicação, em 2011, foram estabelecidas reuniões mensais para construção e revisão de rotinas e POPs, e após esse período, o grupo passou a reunir-se para discutir questões específicas emergentes do cotidiano da prática, relacionadas tanto à questões sobre erros de medicação, quanto para atualização e revisão de normas e rotinas do sistema de medicação da unidade.

Entretanto, mesmo após o início da construção deste grupo de trabalho e com todos os POPs confeccionados e atualizados pelo time da medicação, não foi construída qualquer padronização do seu processo de trabalho. Embora, todos os componentes do grupo apresentem uma certa uniformidade na realização de suas atividades, a forma de realizar muitas das atividades relacionadas a terapia medicamentosa fica a cargo da expertise do enfermeiro que compõe o time a cada turno de 12 horas.

O enfermeiro deve, regularmente, construir e atualizar os procedimentos escritos relativos aos cuidados com o paciente sob sua responsabilidade, promovendo atividades de treinamento operacional e de educação continuada, com intuito de atualizar a equipe de enfermagem. O treinamento deve ser construído para atender as necessidades do serviço, com os devidos registros (BRASIL, 2003).

Os enfermeiros que compõem o time são agentes ativos deste processo, pois determinam todas as etapas de trabalho e protocolos de atividades relacionadas a terapia medicamentosa.

Baseado no que foi exposto e com o intuito de analisar como ocorrem as atividades desempenhadas pelo time de medicação foi delimitado como objetivo do estudo descrever o perfil dos enfermeiros de um time de medicação de uma unidade neonatal

2 | MÉTODO

Estudo descritivo e quantitativo, com a utilização de um formulário semi-estruturado para coleta de dados, que foi realizada no período de outubro de 2013

a janeiro de 2014. Os dados foram tabulados a partir do programa de *Excel*[®] 2003 e apresentados sob a forma de tabela com frequência simples e relativa.

Os participantes do estudo foram delimitados previamente e foram constituídos por enfermeiros que compõem o time de medicação de uma unidade neonatal.

Foi determinado que os participantes do estudo são enfermeiros do time de medicação que trabalham ativamente no setor e que fazem parte do quadro de funcionários da unidade, podendo ser enfermeiros de contrato temporário ou efetivos da instituição.

Foi construído um instrumento de coleta de dados em prontuário, contendo informações de dados socioprofissionais dos enfermeiros participantes.

Foi garantida a confidencialidade dos dados e preservação do anonimato das pacientes e a pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética e Pesquisa do Hospital Universitário Pedro Ernesto da Universidade do Estado do Rio de Janeiro com o número CAAE: 10209312.5.0000.5259.

3 | RESULTADOS

Dos 22 enfermeiros que compõem o time de medicação, 6 enfermeiros encontravam-se de licença médica prolongada durante a coleta de dados e 15 enfermeiros aceitaram participar do estudo, dentre eles, 13 eram plantonistas, 1 da rotina e 1 da chefia de enfermagem da unidade neonatal do HUPE.

Para a caracterização dos sujeitos do estudo foram compilados dados obtidos pelo questionário do perfil socioprofissional dos enfermeiros do time de medicação (Apêndice 7) e apresentados na tabela 1.

Os dados revelaram que: 14 (93%) enfermeiros do time de medicação são do sexo feminino e 1 (7%) do sexo masculino; 1 (7%) profissional encontra-se na faixa etária entre 20-30 anos, 5 (33%) entre 31-40 anos, 6 (40%) entre 41 e 50 anos e 3 (20%) na faixa de 51 e 60 anos.

Com relação ao tempo de formação profissional, 1(7%) enfermeiro encontra-se na faixa de 1 a 5 anos de formação na graduação, 2 (13%) estão entre 06 e 10 anos, 4 (27%) entre 11 e 15 anos, 3 (20%) entre 16 e 20 anos, 2 (13%) entre 21 e 25 anos e 3 (20%) estão entre 26 e 30 anos de formado.

Os enfermeiros do time de medicação são, predominantemente, do sexo feminino e tem mais de 40 anos de idade, caracterizando uma equipe com mais tempo de formado na profissão, este dado é confirmado quando observamos o tempo de formação na graduação, onde um pouco mais da metade dos entrevistados tem mais de 16 anos de formado.

Com relação ao tempo de atuação na instituição os dados identificam que: 8 (53%) dos enfermeiros do time de medicação trabalham na instituição entre 1 a 5 anos, 3 (20%) entre 6 a 10 anos, 1 (7%) entre 16 a 20 anos e 3 (20%) enfermeiros

entre 21 a 25 anos; 6 (40%) enfermeiros trabalham de 1 a 5 anos em terapia intensiva neonatal, 3 (20%) entre 6 e 10 anos, 4 (27%) entre 11 a 15 anos e 2 (13%) enfermeiros atuam entre 21 e 25 anos.

Embora os dados anteriores revelem que o tempo de formação não é compatível com o tempo de atuação na instituição, isto pode estar relacionado ao longo período em que não foram realizados concursos com admissão na instituição. Em 2008, o HUPE recebeu enfermeiros efetivos do concurso e a unidade neonatal foi contemplada com 50 enfermeiros efetivos e estatutários, podendo este dado ter contribuído para o grande percentual de enfermeiros com experiência em terapia intensiva neonatal, alguns com até 5 anos de experiência.

Quanto ao tempo de atuação no time de medicação apenas 4 (27%) estão no time por um período entre 12 e 24 meses e 11 (73%) enfermeiros entre 25 e 30 meses. A maioria expressiva dos enfermeiros está desde o início da criação do time de medicação, revelando que não ocorrem substituições frequentes no grupo, o que pode refletir positivamente para sistematização do processo de trabalho.

Todos os entrevistados (100%) realizam uma carga horária semanal de 30 horas na unidade neonatal do HUPE. Com relação ao número de vínculos empregatícios, 4 (27%) enfermeiros têm 1 vínculo empregatício, 9 (60%) têm 2 vínculos empregatícios e 2 (13%) têm 3 vínculos empregatícios; 3 (20%) são enfermeiros de contrato temporário e 12 (80%) são enfermeiros estatutários e efetivos da instituição.

A presença maciça de enfermeiros estatutários e efetivos no time de medicação, reflete a escolha para participação, em sua maioria, de enfermeiros que permaneçam no grupo efetivamente, diminuindo a possibilidade de substituição com frequência.

Quanto a participação em eventos de classe nos últimos 5 anos, 10 (67%) enfermeiros participaram de algum evento da classe e 5 (33%) enfermeiros não participaram de eventos de classe; 12 (80%) dos enfermeiros realizaram cursos de aperfeiçoamento ou atualização na área de atuação, 9 (60%) enfermeiros possuem título de especialista obtidos em cursos de Lato Sensu e 2 (13%) concluíram curso de Stricto Sensu.

Foram considerados todos eventos de classe, cursos de aperfeiçoamento e atualização relacionados a área de atuação em neonatologia. Quanto aos cursos de Lato e Stricto Sensu, foram considerados cursos realizados em qualquer área de atuação.

Para eventos de classe, a unidade neonatal oferece liberação para participação de funcionários estatutários ou temporários em eventos da área de neonatologia e redução em até 50% da carga horária mensal, para os cursos de Lato e Stricto Sensu dos funcionários estatutários.

DADOS SOCIOPROFISSIONAIS

SEXO	N	%
Feminino	14	93
Masculino	1	7
FAIXA ETÁRIA	N	%
20 a 30 anos	1	7
31 a 40 anos	5	33
41 a 50 anos	6	40
51 a 60 anos	3	20
TEMPO DE FORMAÇÃO PROFISSIONAL	N	%
01 a 05 anos	1	7
06 a 10 anos	2	13
11 a 15 anos	4	27
16 a 20 anos	3	20
21 a 25 anos	2	13
26 a 30 anos	3	20
TEMPO DE ATUAÇÃO NA INSTITUIÇÃO	N	%
01 a 05 anos	8	53
06 a 10 anos	3	20
11 a 15 anos	0	0
16 a 20 anos	1	7
21 a 25 anos	3	20
TEMPO DE ATUAÇÃO NA TERAPIA INTENSIVA NEONATAL	N	%
01 a 05 anos	6	40
06 a 10 anos	3	20
11 a 15 anos	4	27
16 a 20 anos	0	0
21 a 25 anos	2	13

		continua	
TEMPO NO TIME DA MEDICAÇÃO		N	%
12 meses à 24 meses		4	27
25 meses a 30 meses		11	73
REGIME DE TRABALHO NA INSTITUIÇÃO		N	%
30 horas semanais		15	100
NÚMERO DE VÍNCULOS GATÍCIOS		N	EMPRE- %
1		4	27
2		9	60
3		2	13
TIPO DE VÍNCULO		N	%
Efetivo		12	80
Contrato Temporário		3	20
PARTICIPAÇÃO EM EVENTOS DE CLASSE		N	%
Sim		10	67
Não		5	33
TOTAL		15	100
CURSOS NA ÁREA DE ATUAÇÃO		N	%
Aperfeiçoamento/atualização		12	80
Lato Sensu		9	60
Stricto Sensu		2	13

Tabela 1 – Perfil Socioprofissional dos Enfermeiros do Time de Medicação:

Fonte: pelo autor conclusão

4 | DISCUSSÃO

Apesar do crescimento, a defasagem de pesquisas publicadas continua dificultando a implementação das práticas de evidências nos processos de trabalho e na prática profissional de enfermeiros. Conseqüentemente deve-se usar a melhor evidência disponível no lugar da melhor possível (DANSKI et al, 2017).

O uso de evidências nos processos de trabalho de profissionais da saúde causa reações tanto positivas quanto negativas nos meios clínicos e acadêmicos. As reações

positivas referem-se ao alcance de melhores resultados, principalmente clínicos; já as limitações encontram-se na dificuldade de extrapolação da evidência para o cuidado individual dos pacientes, na necessidade de conhecimentos básicos de metodologia, na dificuldade de acesso à evidência, e na escassez de tempo dos profissionais. Esta prática dinâmica de adaptação ao desafio tende a qualificar os serviços e melhorar a relação profissional-paciente (BORK, 2005).

Desta maneira, após a observação de evidência de que havia erros de medicação de uma unidade neonatal, este time foi criado na tentativa de reduzi-los uma vez que esta clientela está mais suscetível a erros de medicação.

Os recém-nascidos (RNs) prematuros são os mais suscetíveis devido a gravidade do quadro, onde o tempo de internação é mais prolongado e são necessárias inúmeras intervenções para seu tratamento (RUIZ et al, 2016; CAMPINO et al, 2016; JAIN, GUGLANI, 2016).

Além disso, a dosagem influencia diretamente na necessidade de execução de maior quantidade de processos na manipulação, diluições e fracionamentos (LANZILLOTTI et al, 2015).

Os processos de trabalho apresentam-se como uma tecnologia em saúde importante voltada para a segurança do paciente (BRASIL, 2013). Entretanto, ocorre uma lacuna na literatura que não descreve o trabalho de times voltados para terapia medicamentosa. A busca nas bases de dados registra a ocorrência de outros times, porém nenhum deles ligado à área (TAGUTI et al, 2013; CARRIER et al, 2016).

Uma revisão integrativa recente indica a carência de estudos com fortes níveis de evidência no cenário brasileiro em relação a esta temática (GOMES et al, 2016).

Assim, é importante conhecer o perfil destes profissionais que trabalham no time desta natureza, onde a literatura aponta a importância de conhecer o perfil de profissionais e sua especialização na área que atua.

Ressalta-se ainda importância na prática do discernimento e especialização do enfermeiro; evidência de pesquisa válida e relevante; preferências e circunstâncias do paciente; e recursos disponíveis (CULLUM, HAYNES, MARKS, 2010).

Estudos apontam que enfermeiros buscam conhecimento por meio de especialização em áreas específicas. Entretanto, a participação nas reuniões científicas ou discussões de casos clínicos com outros profissionais é pouco efetivada (SOUZA et al, 2017).

A prática da enfermagem necessita estar fundamentada em conceitos e reflexões científicas que instiguem o progresso teórico e prático da profissão, de forma que o saber leve à eficiência no fazer. No entanto, nem todos os enfermeiros que vivenciam a prática do cuidar buscam uma formação especializada. E, nesse sentido, é importante enfatizar que para alcançar a eficiência plena do fazer, necessita-se integrar educação e trabalho, estimulando raciocínio crítico que leve ao processo de construção e reconstrução do conhecimento em sua rotina profissional (AMADOR et al, 2010).

Com relação a outras características socioprofissionais outro estudo que objetivou

verificar o perfil dos profissionais e capacitação que atuam na área de medicação identificou que em relação ao perfil dos profissionais entrevistados, todos são do sexo feminino, a idade variou de 24 anos a 39 anos, o tempo de atuação como enfermeiro variou de 1 a 20 anos. Sete enfermeiros possuem especialização em áreas variadas. Os profissionais em sua maioria possuem capacitação sobre medicação (MANGILLI et al, 2017).

Outro estudo que também teve por objetivo analisar o perfil dos profissionais de enfermagem atuantes na UTI em relação ao sexo observou-se que a maioria era do sexo feminino (79%), onde a maioria (50%) tinha idade variando entre 28 e 37 anos, com tempo de formação em enfermagem variando na sua maioria entre 1 a 4 anos (46%) (DIAS et al, 2017). Este último resultado bem diferente deste estudo talvez pela característica de ser um hospital público com servidores estatutários mais antigos, diferente do estudo referendado que se apresenta como uma instituição fundação pública regida por normas de direito privado. Com escalas de 40 horas (turnos de 12x36 h ou 6 por 36 h) onde caracteriza-se por profissionais mais recém-formados.

No que concerne ao perfil socioprofissional de enfermeiros que atuam na área de medicação também predominaram enfermeiros do sexo feminino, sendo que 55,9% enfermeiros eram especialistas; 29,4% possuíam mestrado; 5,9% fizeram residência em enfermagem; e 8,8% possuíam apenas a graduação em enfermagem. Referindo-se ao tempo de serviço, este variou de menos de um ano até 36 anos, com destaque ao período de 10 a 18 anos de serviço, correspondendo a 32,3% profissionais.

5 | CONCLUSÃO

O estudo apontou para o sexo feminino como predominante no time de medicação, onde os enfermeiros apresentam iniciativa em aperfeiçoar o conhecimento, apesar de terem muito tempo de formação profissional e pouco tempo de trabalho na área de neonatologia. Predomina a especialização em lato sensu com grande parte dos profissionais em busca de cursos de aperfeiçoamento e atualização.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA, V. S. et al. O preparo de medicamentos realizado por um time de medicação: estudo descritivo. **OBJN**. No prelo.

ALMEIDA, V. S. et al. The work process of a medication team at the neonatal intensive care unit. **Journal of Nursing UPFE**, v. 7, n. 5, p. 4299-4303, feb. 2013. Disponível em: <<https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/view/11663/13818>>. Acesso em: 10 abr. 2019.

AMADOR D. D. et al. A vivência do cuidado em oncologia pediátrica e a busca pela produção do conhecimento. **Rev enferm UFPE on line**, v. 4, n. 2, p. 666-672, 2010. Disponível em: <<http://www.revista.ufpe.br/revistaenfermagem/index.php/revista/article/view/851>>. Acesso em: 09 abr. 2019.

BORK, A. M. T. **Enfermagem Baseada em Evidências**. 1ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara-Koogan;

2005.

BRASIL. Resolução de Diretoria Colegiada (RDC) nº 36 de 25 de julho de 2013. Institui ações para a segurança do paciente em serviços de saúde e dá outras providências. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 25 jul. 2013. Disponível em: < http://portal.anvisa.gov.br/documents/10181/2871504/RDC_36_2013_COMP.pdf/36d809a4-e5ed-4835-a375-3b3e93d74d5e>. Acesso em: 08 jul. 2018.

BRASIL. Resolução RDC 45 de 12 de março de 2003. Dispõe sobre o regulamento técnico de boas práticas de utilização das soluções parenterais e serviços de saúde. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 13 mar. 2003. Disponível em: <https://www20.anvisa.gov.br/segurancadopaciente/index.php/legislacao/item/resolucao-rdc-n-45-de-12-de-marco-de-2003>. Acesso em: 12 abr. 2019.

CAMPINO A. et al. Medicine preparation errors in ten Spanish neonatal intensive care units. **Eur J Pediatr [internet]**, v. 175, n. 2, p. 203-210, 2016. Disponível em:< <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26311566>>. Acesso em: 09 dez 2018.

CARRIER, M. et al. Outcomes in a nurse-led peripherally inserted central catheter program: a retrospective cohort study. **CMAJ open [Internet]**, v. 5, n. 3, p. E53-E539, jun. 2016. Disponível em:< <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28676535>>. Acesso em: 11 jul 2018.

CASSIANI, S. H. B. et al. O sistema de medicação nos hospitais e sua avaliação por um grupo de profissionais. **Revista da Escola de Enfermagem USP**, v. 39, n. 3, p.280-7, set. 2005. Disponível em: <<https://www.revistas.usp.br/reeusp/article/view/41464/45053>>. Acesso em: 10 abr. 2019.

CENTER FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION. **Guidelines for the prevention of intravascular catheter-related infections**. 2011. Disponível em: <http://www.cdc.gov/hicpac/BSI/references-BSI-guidelines-2011.html>. Acesso em: 20 de nov. 2011.

CULLUM, N.; HAYNES, R. B.; MARKS, S. **Enfermagem baseada em evidências: uma introdução**. 1ª ed. Porto Alegre: Artmed; 2010.

DANSKI, M. T. R. et al. Importância da prática baseada em evidências nos processos de trabalho do enfermeiro. **Cienc Cuid Saude**. v. 16, n. 2, p.1-6, abr/jun. 2017. Disponível em:< <http://www.periodicos.uem.br/ojs/index.php/CiencCuidSaude/article/view/36304/20831>>. Acesso em: 12 abr 2019.

DIAS, E. G. et al. Perfil e atividades desempenhadas pelos profissionais de Enfermagem na inserção e manutenção do Cateter Venoso Central na Unidade de Terapia Intensiva. **Revista Saúde e Desenvolvimento**, v.11, n.7, p. 146- 157, abr/jun, 2017. Disponível em:< <https://www.uninter.com/revistasauade/index.php/saudeDesenvolvimento/article/view/691>>. Acesso em: 10 abr. 2019.

GOMES, A. T. L. et al. Medication administration errors: evidences and implications for patient safety. **Cogitare Enferm**. v. 21. n. 3, p. 1-11, jun/set. 2016. Disponível em: <https://revistas.ufpr.br/cogitare/article/view/44472>. Acesso em: 09 dez 2018

JAIN, S.; GUGLANI V. Patient safety in paediatrics and neonatal medication. **J MedResearch [internet]**, v.2, n. 1, p.16-19, jan/fev. 2016. Disponível em: <http://www.medicinearticle.com/JMR_201621_05.pdf>. Acesso em: 09 dez 2018.

LANZILLOTTI L. S. et al. Adverse events and other incidents in neonatal intensive care units. **Cienc. Saúde Colet [Internet]**, v. 20, n. 3, p. 937-946, mar. 2015. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232015000300937&lng=en. Acesso em: 01 jul. 2018.

LIMA, G. O. P. **Cuidando do cliente com distúrbio respiratório agudo: proposta de um protocolo assistencial para tomar decisões em enfermagem**. 2007. 76 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2007.

MANGILLI, D. C. et al. Atuação ética do enfermeiro frente aos erros de medicação. **Enfermagem em Foco**, v. 8, n.1, p.62-6, abr. 2017. Disponível em: <<http://revista.cofen.gov.br/index.php/enfermagem/article/view/878/360>>. Acesso em: 09 abr. 2019.

RUIZ M. T. E. et al. Los errores de tratamiento en una unidad neonatal, uno de los principales acontecimientos adversos. **AnPediatri [internet]**, v. 84, n. 4, p. 211-217, abr. 2016. Disponível em: <<http://www.analesdepediatria.org/es-linkresolver-los-errores-tratamiento-una-unidad-S1695403315003707>>. Acesso em: 09 dez. 2018.

SOUZA, A. M. L. et al. Perfil dos enfermeiros no serviço de oncologia e a importância da qualificação profissional. **Nursing (São Paulo)**, v. 20, n. 233, p.1883-1888, out. 2017.

TAGUTI, P. S. et al. The performance of a rapid response team in the management of code yellow events at a university hospital. **Rev. bras. ter. Intensive**. v. 25, n. 2, p.99-105, maio 2013. Disponível em:<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-507X2013000200007&lng=em>. Acesso em: 11 jul 2018.

A FAMÍLIA E AS VIVÊNCIAS COM O TRANSTORNO DO ESPECTRO AUTISTA

Alex Devyson Sampaio Ferro Moreira

Associação de Pais e Amigos dos Excepcionais (APAE) Palmeira dos Índios –AL e Núcleo de Apoio a Saúde da Família (NASF) Maribondo-AL

Marília Vieira Cavalcante

Universidade Federal de Alagoas, Escola de Enfermagem, Maceió - AL

Ivanise Gomes de Souza Bittencourt

Universidade Federal de Alagoas, Escola de Enfermagem, Maceió - AL

Larissa de Moraes Teixeira

Universidade Federal de Alagoas, Escola de Enfermagem, Maceió – AL

Jéssica da Silva Melo

Universidade Federal de Alagoas, Escola de Enfermagem, Maceió – AL

Camila Moureira Costa Silva

Universidade Federal de Alagoas, Escola de Enfermagem, Maceió – AL

Marina Bina Omena Farias

Universidade Federal de Alagoas, Escola de Enfermagem, Maceió – AL

Deborah Moura Novaes Acioli

Universidade Federal de Alagoas, Escola de Enfermagem, Maceió – AL

RESUMO: Este estudo teve como objetivo discutir as vivências da família com os seus filhos com Transtorno do Espectro Autista (TEA). Trata-se de uma pesquisa descritiva, exploratória com abordagem qualitativa. Os

dados foram coletados através de entrevistas semiestruturadas com 20 pais de crianças com TEA em tratamento no Espaço TRATE localizado no município de Arapiraca – AL, no período de outubro a novembro de 2014. Realizou-se a análise de conteúdo dos dados coletados de acordo com as seguintes unidades temáticas: a descoberta e a compreensão do TEA pelos pais; o enfrentamento do diagnóstico; os caminhos do tratamento do filho; o cotidiano da família frente ao TEA; o processo de inclusão/exclusão escolar; e a relação com a sociedade. Os resultados apontaram quanto a percepção precoce, pelos pais, das primeiras alterações no desenvolvimento dos filhos e suas mobilizações na busca por profissionais para o estabelecimento do diagnóstico. Evidenciou-se a preocupação dos pais frente a incompreensão quanto ao TEA, a insegurança quanto ao enfrentamento para o tratamento e que a rotina familiar que se modifica para o atendimento das necessidades do filho. Bem como as dificuldades do sistema escolar quanto as estratégias pedagógicas para a sua inclusão e aprendizagem, além do preconceito/discriminação pela sociedade. Assim, reforça-se a relevância de contínuas investigações pela enfermagem nesse campo para a ampliação do conhecimento quanto as necessidades de indivíduos com TEA, visando contribuir na compreensão das dificuldades familiares, do

sistema escolar e da sociedade para intervenções que colaborem na melhoria da qualidade de vida deles e de sua família.

PALAVRAS-CHAVE: Família; Transtorno do Espectro Autista; Enfermagem.

THE FAMILY AND THEIR EXPERIENCES WITH AUTISM SPECTRUM DISORDER

ABSTRACT: This study discusses the family's experiences with the natural world of autism through the design of parents who have children in treatment in TRATE Area, located in the city of Arapiraca - AL. Displays the parents' knowledge of autism; their feelings about the diagnosis and treatment of autism son; and describes the routine of families with a child with autism as reported by parents. This is a descriptive, exploratory qualitative research. Data were collected through semi-structured interviews with 20 parents of autistic children being cared for DEAL in the period from October to November 2014. Information analysis was performed through content analysis of the data collected according to categories such as: the discovery and understanding of autism by parents; coping with the diagnosis of Autism Spectrum Disorder (TEA); the son of treatment paths with TEA; the routine of families with TEA; the process of inclusion and exclusion from school and society and the TEA in view of the parents. The results show the discovery, by the parents, the unusual behavior exhibited by children with TEA, the impact of the diagnosis, as well as the importance of early diagnosis, the path taken during treatment, the family who owned daily autistic child, the difficulties presented at the time of school inclusion as well as the prejudice suffered by the company. This study reinforces the need for both emotional support in the training of autistic children of parents aiming to improve care, contributing to improve the quality of life for themselves, their parents and the whole family.

KEYWORDS: Family; Autism Spectrum Disorder; Nursing.

1 | INTRODUÇÃO

Os pais anseiam que seus filhos cresçam e se tornem independentes na fase adulta. Ao receber um diagnóstico de Transtorno do Espectro Autista (TEA), a família tende a se desestruturar, afetando-os ao longo do ciclo vital (CORNEL, 2013). Segundo Silva; Gaiato e Reveles (2012), não é simples ter uma pessoa com TEA na família, isso exige que os pais pratiquem diariamente seu zelo, sua paciência e persistência, para a estruturação familiar. A mãe abdica de viver a sua própria vida e a sua rotina para viver a vida e a rotina de seu filho, abandonando assim, sua própria identidade passando a viver o mundo do filho.

Para compreender o TEA é imprescindível entender o seu contexto, e, principalmente, as suas características singulares de modo que cada criança, adolescente ou adulto com TEA apresenta comportamentos próprios, além da necessidade de compreender não apenas o indivíduo com TEA, mas o cotidiano e as vivências de todos que o rodeiam.

Os primeiros sintomas do TEA manifestam-se, “necessariamente, antes dos 3 anos de idade, o que faz com que os profissionais da área da saúde busquem incessantemente o diagnóstico precoce” (SILVA; GAIATO; REVELES, 2012, p. 9).

Existem ainda outras manifestações que caracterizam o autismo como comportamentos ritualistas, crise de birra, auto agressividade, alterações no sono e alimentação, ausência de noções de perigo, hipo ou hiperreações a estímulos sensoriais como luz ou sons, bem como apego a datas e itinerários e ainda demonstração de predileção por objetos rígidos e incomuns e geralmente apresenta medo e fobia inespecíficos. A criança com esta síndrome não estabelece contatos físicos, visuais ou auditivos e nem tão pouco afetivos (p.331).

O TEA é um distúrbio de desenvolvimento complexo, definido de um ponto de vista comportamental e graus variados de comprometimento (WEHMUTH; ANTONIUK 2013).

A manifestação do TEA afeta três áreas bem definidas e particulares da criança, acarretando assim, prejuízo no seu desenvolvimento, comportamento e socialização. Silva, Gaiato e Reveles (2012, p. 10) afirmam que “a principal área prejudicada e a mais evidente, é a da habilidade social. A segunda área comprometida é a da comunicação verbal e não verbal. A terceira é a das inadequações comportamentais”.

Para Santos e Fernandes (2012) o grau de dificuldade apresentado na comunicação verbal e não verbal ocorre de maneira variada de uma criança com TEA para outra, além do que, essas dificuldades na comunicação tendem a permanecer durante a vida adulta.

De acordo com Wehmuth e Antoniuk (2013) a pessoa com TEA necessita de um acompanhamento multidisciplinar sendo necessários psicólogo, fonoaudiólogo, terapeuta ocupacional, pedagogo, fisioterapeuta entre outros, além de acompanhamento na escola e no âmbito familiar.

Torna-se necessário também que as necessidades e os direitos das pessoas com TEA sejam atendidos E para que isso lhes fossem garantidos, instituíram-se as leis que os amparam e que posteriormente foram ampliadas.

Como previsto na Constituição Federal de 1988 e nas leis específicas, todos são iguais e sem distinção de qualquer natureza. Diante disto, as pessoas com TEA também estão incluídas nesses exemplos, tendo seus direitos assegurados. Inclusive, os direitos das pessoas com deficiência também são utilizados para ampararem os indivíduos com TEA.

Conforme o artigo 54 do Estatuto da Criança e do Adolescente, é obrigação do Estado garantir atendimento educacional especializado às pessoas com deficiência. E a lei 12.764/12, que foi sancionada no dia 27 de dezembro de 2012, estabelece a Política Nacional de proteção dos direitos da pessoa com TEA (BRASIL, 2012).

As leis que amparam a criança com TEA, buscando garantir seu direito e atender suas necessidades não minimizam o turbilhão de sentimentos que surgem nas famílias ao receberem o diagnóstico, tornado, assim, esse momento inicial bastante doloroso e confuso.

De acordo com Silva, Gaiato e Reveles (2012, p.139) “percebe-se que alguns pais não conseguem aceitar o diagnóstico de seus filhos e fazem dispendiosas peregrinações médicas em busca de outras opiniões ou diagnósticos”. Enfrentar essas novas situações, conforme relata Cornel (2013, p. 70), “pode causar sentimentos de desamparo e fragilidade por certos membros da família com possível perturbação na estrutura familiar. Essa situação pode influenciar direta ou indiretamente a vida profissional, social, familiar e pessoal de cada membro”.

Deste modo, é necessário que haja um acompanhamento não somente da pessoa com TEA, mas também de sua família, contudo, o enfermeiro pode exercer papel primordial no auxílio a essas famílias, pois o mesmo é a porta de entrada no sistema básico de saúde.

Monteiro *et al* (2008) apontam que quando se trata do contato entre profissionais da área da enfermagem e mães de crianças com TEA, a enfermagem necessita levar em conta que essas mães muitas vezes guardam para si as suas angústias, então, assim como seus filhos, elas também precisam de acompanhamento e cuidados para que possam minimizar as chances de adoecimento, para que além de cuidarem de seus filhos, possam também cuidar de si.

Ressalta-se que, de acordo com Carniel, Saldanha e Frensterseifer (2010), é papel do enfermeiro informar aos pais as dúvidas acerca do TEA, como também avaliar o grau de compreensão desses pais em torno da desordem, bem como o enfrentamento deles diante dessa inesperada realidade que se apresenta.

“Diante dessa complexidade, é necessária uma preparação da equipe de enfermagem para melhor atender essa criança e sua família” (CARNIEL; SALDANHA; FRENSTERSEIFER, 2011, p. 05).

2 | OBJETIVO

Este estudo teve como objetivo discutir as vivências da família com os seus filhos com TEA.

3 | METODOLOGIA

Trata-se de uma pesquisa descritiva, exploratória com abordagem qualitativa, que, de acordo com Minayo (2017, p. 2), busca a intensidade dos fenômenos investigados, abordando atentamente “[...] a dimensão sociocultural que se expressa por meio de crenças, valores, opiniões, representações, formas de relação, simbologias, usos, costumes, comportamentos e práticas [...]”.

Foi realizada de outubro a novembro de 2014 no Espaço TRATE, local situado na cidade de Arapiraca, no agreste do estado de Alagoas, que é referência não somente para a cidade citada, mas também para toda a região circunvizinha. O espaço é composto por uma equipe multidisciplinar composta por (2) terapeutas ocupacionais,

(1) fisioterapeuta, (3) fonoaudiólogos, (4) psicólogos, (1) assistente social, (1) psicopedagogo, (3) agentes administrativos e (1) serviço geral.

O Espaço TRATE presta assistência à crianças que possuem diagnóstico de TEA, assim como também presta assistência às famílias dessas crianças.

O atendimento para as crianças é realizado pela equipe através de horário previamente agendado, uma ou duas vezes na semana. São realizados também grupos de pais uma vez por semana, através do qual se presta atendimento às famílias, assim como também são realizadas orientações após cada atendimento aos filhos. Os pais são inseridos diretamente no tratamento de seus filhos, pois estes exercem um papel crucial na efetivação e progresso da criança, se tornando um extensor do cuidado ao filho em sua residência.

A escolha do local como cenário de estudo se deu pelo fator de o TRATE ser o único espaço na cidade de Arapiraca dedicado exclusivamente ao atendimento de pessoas com TEA.

A pesquisa foi realizada com 20 pais voluntários, sendo 17 mães e 03 pais. O critério utilizado para a inclusão foi que seus filhos estivessem em acompanhamento no TRATE no momento da entrevista. A dificuldade de realizar as entrevistas com os pais aconteceu quando os mesmos eram informados de que as falas seriam gravadas. Escolheu-se 20 participantes pelo fato de não existir uma grande rotatividade de crianças em tratamento na instituição.

A realização deste estudo foi precedida pelo encaminhamento do seu projeto ao Comitê de Ética e Pesquisa da Universidade Federal de Alagoas, tendo sido obtido parecer favorável sob protocolo nº 770.590 . Foram respeitados os procedimentos éticos, estabelecidos na Resolução 466/12, tendo sido apresentado o Termo de Ciência e Autorização da Instituição) e o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) para os participantes.

A coleta de dados foi realizada por meio de entrevistas semiestruturadas composta de duas partes: a primeira com os dados de identificação e a segunda englobando as questões norteadoras deste estudo.

Os dados foram analisados através da análise de conteúdo das entrevistas, compreendendo as etapas de pré-análise, análise e interpretação dos resultados, tendo como foco o objetivo da pesquisa. A análise de conteúdo é, segundo Bardin (2011, p. 44), “um conjunto de técnicas de análise das comunicações que utiliza procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens”. A autora ainda afirma que é uma busca de outras realidades através das mensagens, pois procura conhecer aquilo que está por trás das palavras sobre as quais se debruça, podendo ser uma análise dos “significados”.

4 | RESULTADOS E DISCUSSÕES

De acordo com os dados obtidos através da primeira parte da entrevista, onde foram abordados os dados de identificação dos sujeitos da pesquisa, observou-se que, a maioria dos participantes eram casados (n=16), sobreviviam com cerca de 1 a 3 salários mínimos (n=16). Em relação a escolaridade predominavam aqueles que possuíam ensino médio completo (n=6) e o quantitativo de filhos predominavam 2 por família (n=10)

Para a apresentação e discussão dos resultados, o conteúdo foi dividido em três categorias de análise: a descoberta, a compreensão e o enfrentamento do diagnóstico de TEA pelos pais; os caminhos para o tratamento do filho, o cotidiano da família e a visão dos pais sobre a sociedade e o TEA e; o processo de inclusão e exclusão escolar.

1. A descoberta, a compreensão e o enfrentamento do diagnóstico de TEA pelos pais.

O amor ao filho e a íntima relação cotidiana permitem que os pais estejam atentos ao desenvolvimento de seus filhos, assim como também possam perceber o surgimento de características incomuns ao que se é esperado para o desenvolvimento da criança, o que muitas vezes desperta um sinal de alerta nas famílias, levando-os a investigar e buscar respostas para o que se apresenta como um comportamento incomum ou um atraso no desenvolvimento, antes mesmo de uma avaliação por um profissional de saúde:

[...] primeiro eu sentia que tinha algo diferente, na questão do atraso da linguagem, quando ele era bebê ele falou, aí depois que ele foi crescendo ele parou de falar (M4).

[...] a partir dos dois anos e meio ela começou a falar e quando chegava alguém em casa, ela se escondia embaixo da cama, aí a gente foi percebendo que havia alguma coisa diferente (M6).

De acordo com Zanon, Backes e Bosa (2014), devido à convivência diária, envolvendo diferentes contextos e ocasiões, reconhece-se que, na maioria das vezes, são os pais, e não os profissionais, os primeiros a suspeitarem de problemas no desenvolvimento da criança.

[...] eu fiquei muito preocupada, porque não entendi assim, o que era essa doença, se era uma coisa que tinha cura ou não, aí fiquei, me apavorei muito (M13).

[...] no início pra mim era um desconhecido, eu não tinha noção do era, aí depois que eu procurei informação (M12).

A possibilidade da existência do TEA preenche os pais com um turbilhão de emoções, o medo do desconhecido traz insegurança e dúvidas sobre o futuro e as possíveis limitações que acometerão seus filhos. A falta de informação sobre o que é o TEA aguça esses sentimentos e prejudica a compreensão, como pode ser observado nas narrativas.

Deparar-se com as limitações do filho, em qualquer família, é sempre um encontro com o desconhecido. Enfrentar essa nova e inesperada realidade causa sofrimento, confusão, frustrações e medo (BUSCAGLIA, 2006).

O diagnóstico precoce e o início rápido do tratamento trazem benefícios às pessoas com TEA. Porém, para o diagnóstico e o tratamento, é necessário que haja a identificação dos sinais e sintomas característicos:

A fala, a não interação social na escola e movimentos circulares, ele sempre alinhava muito os brinquedos, sempre em uma linha reta [...] (M8).

Nesse contexto, a identificação dos sinais iniciais possibilita a instauração imediata de intervenções extremamente importantes, uma vez que os resultados positivos em resposta a terapias são mais significativos quanto mais precocemente instituídos (BRASIL, 2013b):

Para se obter o diagnóstico de TEA é necessário que haja uma investigação minuciosa, levando em conta os sinais apresentados e a avaliação de exames específicos, de forma que o diagnóstico pode ser obtido ainda no início da infância. Apesar de se reconhecer que algumas dificuldades que caracterizam o TEA se manifestam na primeira infância, a maioria das crianças somente são diagnosticadas em idade escolar, o que dificulta uma intervenção precoce e a oferta adequada de informação às famílias, trazendo danos ao desenvolvimento da criança (ZANON; BACKES; BOSA, 2017).

Obter o diagnóstico de TEA é sempre um momento extremamente delicado e muito doloroso para a família, mesmo que as características já tenham sido percebidas e investigadas, pois essa é uma notícia que nenhum pai espera receber:

Foi o fim, para mim naquele momento foi mesmo que a morte, até porque eu nunca tinha ouvido falar sobre o autismo [...] (M3).

Eu senti [...] (momento de choro), é muito difícil, você lembrar de tudo que passamos no começo, não foi fácil (P2).

O momento do diagnóstico é permeado por sentimentos negativos, a família sente-se mal pela adversidade e a contradição de sentimentos se torna visível (SILVA et al., 2017). Porém, após o momento desesperador ocasionado pelo diagnóstico, os pais se impulsionam a buscar o que estiver ao seu alcance para proporcionar ao seu filho as condutas e intervenções que venham proporcionar o melhor aproveitamento em seu desenvolvimento.

2. Os caminhos para o programa de intervenção, o cotidiano da família e a visão dos pais sobre a sociedade e o TEA.

Após o diagnóstico de TEA, as intervenções devem iniciar o mais precocemente possível, pois, o quanto antes a criança receber os estímulos, maiores são as chances de se obter evoluções e promover a qualidade de vida.

A detecção precoce para o TEA é um dever do Estado, pois, em consonância com os Princípios da Atenção Básica, contempla a prevenção de agravos, promoção

e proteção à saúde, propiciando a atenção integral, impactando na qualidade de vida das pessoas e de suas famílias (BRASIL, 2013b).

O atraso em se obter um diagnóstico, é um fator que interfere de forma direta na evolução da pessoa com TEA. Através das narrativas foi possível observar que por falta de conhecimento, medo ou fatores diversos, esse diagnóstico acaba sendo tardio, o que vai interferir diretamente na evolução do indivíduo:

[...] ele começou o tratamento aqui, com oito anos (M12).

Sete anos (M7).

Segundo o que afirma Visani e Rabele (2012), quando as intervenções são iniciadas precocemente, aumentam-se as possibilidades para as pessoas com TEA, porém, uma parte da população entrevistada, não conseguiu iniciar esse tratamento precocemente, assim, as chances de um agravamento dos sintomas são bem maiores se comparados aos que obtiveram um diagnóstico precoce e acesso às intervenções adequadas:

Foi possível observar também que, o conhecimento de centros de referência especializados, como é o caso do TRATE, se deu através de indicações de profissionais da saúde, familiares e pessoas próximas, levando as famílias buscarem pelo programa de intervenção.

Quanto ao estabelecimento de processos de cuidado, alguns usuários necessitaram de acompanhamento contínuo e prolongado. Ao mesmo tempo, no âmbito da atenção especializada, que visa responder às especificidades clínicas, é importante ressaltar que os serviços de saúde devem funcionar em rede, estando preparados para acolher e responder às necessidades gerais de saúde das pessoas com TEA, o que inclui o acompanhamento básico e especializado da equipe de habilitação e reabilitação (SILVA; GAIATO; REVELES, 2012).

Ao inserir a criança com TEA em um programa de intervenção, esta passa a receber estímulos específicos para suas necessidades. Entende-se como essencial uma parceria entre equipe multidisciplinar e família, visto que se faz necessário uma extensão desse cuidado para o domicílio, para que assim exista uma continuidade do mesmo, promovendo um cuidado efetivo, eficaz e promovedor de resultados positivos.

Olhe, para falar a verdade, eu observei melhora nele desde que eu comecei a participar do grupo de pais, que eu comecei a ter orientação, aí o que eu aprendia aqui, eu fazia em casa. O comportamento dele tá muito melhor, ele era muito agitado, não ficava no canto quieto, depois ele tá mais tranquilo como você viu lá, ele não era daquele jeito (M12).

Ela começou a falar, que ela não falava, foi melhorando cada vez, mais e o resto das coisas foram aparecendo, começou pedir a comida, quando tem dor ela já fala onde é, e com o tempo foi melhorando e hoje ela fala muita coisa, ela precisa apenas melhorar mais a linguagem (P1).

Ter um filho com TEA é iniciar uma rotina particular, que tem como prioridade

atender as necessidades de seu filho. Muitas vezes as necessidades pessoais e de outros membros da família são negligenciadas, porque a criança com TEA passa a ser o núcleo da família. Segundo os relatos, os pais dizem possuir um cotidiano comum, assim como qualquer outra família, porém, ao mesmo tempo, observa-se que a rotina familiar está em torno do atendimento às necessidades do filho com TEA:

Corrido e agitado, é muita agitação, mas é bom (M7).

Hoje tá tranquilo, porque assim, até você descobrir, assim, antes de eu descobrir é um desespero, porque ele fazia as coisas e a gente não sabia o porquê, mas a partir do momento que a gente consegue saber, a gente começa entender que tudo que ele faz tem o propósito, se torna mais fácil (M11).

Em geral, as mães, no decorrer do processo, vão se despersonalizando, perdendo características do seu cotidiano e assumindo o cotidiano do filho. Na maioria das vezes as mães costumam paralisar a sua vida profissional e passam a viver em função do filho com TEA (SILVA et al., 2017).

As famílias ainda vivenciam os preconceitos derivados pela sociedade. O preconceito e exclusão sofrida pela criança com TEA refletem de forma direta em seus pais, sendo alvos de muitas críticas pelo fato de seus filhos apresentarem comportamento, tido por uma parte da população, como não aceitável.

A falta de conhecimento é um dos maiores fatores que levam a exclusão de crianças com TEA e sua família, havendo a necessidade de ampliar as informações, bem como a capacitação dos profissionais, para que esse quadro seja invertido em inclusão, e para que as pessoas possam compreender que, como relata (M12) “*o autismo não é um problema contagioso*”, e que o contato e interação só trazem benefícios para ambas as partes.

3. O processo de inclusão e exclusão escolar.

Matricular um filho com TEA em uma escola, ainda é uma das maiores dificuldades relatadas por seus pais, de forma que para atender uma criança com TEA é necessário que a escola seja capacitada e possua uma dinâmica de interação bem estruturada e acompanhamento constante e específico para as necessidades de cada criança:

Foi difícil, porque a escola não tava preparada, não tinha professores capacitados e só depois que ele entrou, que eles começaram a buscar capacitação, eles melhoraram, mas ainda não é o que deveria ser (M3).

Foi normal, porque na época, ela ainda não tinha o diagnóstico, e quando descobrimos ela já tava matriculada, aí as professoras falaram que ela tinha uma diferença, mais foi aprendendo as necessidades dela e mudando (P1).

A interação social é considerada um fator relevante para o desenvolvimento da criança com TEA e a inserção escolar é uma das formas de iniciar essa interação. Porém, como se percebeu nas narrativas, a maioria das escolas não estava preparada para receber esse público, envolvendo questões pedagógicas e adaptativas para as necessidades da criança, pois a criança com TEA não precisa apenas interagir, mas

também adquirir conhecimento educativo e científico.

Ao se tratar de educação inclusiva, as políticas públicas brasileiras que tratam sobre esta temática, asseguram aos alunos currículo, métodos e recursos específicos para atender às suas necessidades (BRASIL, 2008), sendo importante salientar a importância da participação dos pais na vida escolar da criança, promovendo a melhoria no rendimento escolar, além de ser promovedor da forma como a criança percebe o ambiente escolar e constrói suas perspectivas (COELHO; CAMPOS; BENITEZ, 2017).

A interdisciplinaridade, enfatizando nesse caso a fusão entre a terapia e a educação, é fundamental para a obtenção de resultados cada vez mais favoráveis do processo de desenvolvimento da criança com TEA. Ao integrar a abordagem pedagógica com a psicológica no âmbito das intervenções terapêuticas, aponta-se uma melhor socialização e desenvolvimento geral da criança (LEMOS; SALOMÃO; AGRIPINO-RAMOS, 2014).

O ambiente escolar é um espaço que favorece o desenvolvimento infantil, tanto na sua capacidade de oportunizar a convivência entre as crianças, quanto pelo relevante papel do educador que irá mediar e oportunizar a aquisição de habilidades diversas pelas crianças. Este ambiente possibilita o desenvolvimento da criança com TEA, bem como o das demais crianças que são oportunizadas a conviver e aprender com as diferenças (LEMOS; SALOMÃO; AGRIPINO-RAMOS, 2014).

Em seus estudos sobre a defectologia Vygotsky (2007), ressaltava sobre a importância da inserção de crianças com deficiência mental em grupos análogos, podendo as demais crianças, consideradas mais capazes mediar o processo de aprendizagem. Essa mediação remete as trocas realizadas pelas crianças com outras crianças e com adultos, tendo estas papel fundamental, pois assumem funções importantes para o desenvolvimento e aprendizagem.

5 | CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este estudo evidenciou que os pais são os primeiros a perceberem as mudanças e a não evolução no desenvolvimento de seus filhos, devido à convivência diária. Receber a confirmação de que seu filho tem TEA foi um momento bastante difícil e doloroso, visto que na maioria dos casos, os pais não tinham o conhecimento do que era o TEA e suas consequências. Porém, foram os sinais apresentados por seus filhos, que levaram aos pais entrevistados a procurarem um auxílio em saúde e posteriormente, um tratamento rápido que influencia de forma direta na evolução dos sintomas.

As dificuldades apresentadas, por uma família que tem crianças com TEA, são inúmeras. Mas como foi observado nesse estudo, a maioria das famílias buscava manter uma rotina comum como as demais família, mesmo sabendo que sua rotina precisava estar direcionada em atender as necessidades do filho com TEA.

Entre as dificuldades relatadas pelos pais, destaca-se a inserção e manutenção de seu filho na escola, pelo fato; da maioria das escolas não estarem preparadas para receberem essas crianças.

A exclusão é outra dificuldade a ser superada, sendo relatado, que por falta de conhecimento, a população trata essas crianças como deficientes mentais ou julgam seus pais por não terem dado uma boa educação aos filhos.

Assim, esse trabalho reforça a importância de se conhecer os sentimentos dos pais de filhos com TEA, para que a intervenção em saúde possa ser realizada de forma eficaz e não apenas à criança, mas como também aos seus familiares. Além disso, é importante a disseminação desses sentimentos aos profissionais da área de enfermagem, para que os mesmos possam orientar de forma qualificada essas famílias, auxiliando no enfrentamento desse momento de maneira segura e consciente, e assim, permitindo a obtenção de resultados eficazes, como a evolução da criança com TEA.

REFERÊNCIAS

BARDIN, Laurence. **Análise de conteúdo**. São Paulo: Edições 70, 2011.

BRASIL. **Política nacional de educação especial na perspectiva da educação inclusiva**. Brasília: Ministério da Educação, Secretaria de Educação Especial. 2008. Disponível em: <http://portal.mec.gov.br/seesp/arquivos/pdf/politica.pdf>. Acesso em: 10 de abril de 2019.

_____. **Lei nº 12.764**, de 27 de dezembro de 2012. Política Nacional de Proteção dos Direitos da Pessoa com Transtorno do Espectro Autista. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 28 de Dez de 2012, p.2. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2012/lei/l12764.htm>. Acesso: 10 de abr de 2019.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Linha de cuidado para a atenção às pessoas com Transtornos do Espectro do Autismo e suas famílias na Rede de Atenção Psicossocial do SUS**. Brasília: Ministério da Saúde, 2013b.

BUSCAGLIA, L. F. **Os deficientes e seus pais**: um desafio ao aconselhamento. 5. ed. R. Mendes, Trad. 2006. Rio de Janeiro: Record.

CARNIEL, E. L.; SALDANHA, L. B.; FRENSTERSEIFER, L. M. **A atuação do enfermeiro frente à criança autista**. *Pediatria*. São Paulo: USP, 2010, v. 32 n. 4. p. 255-60.

_____. **Proposta de um plano de cuidados para crianças autistas**. *Pediatria*. São Paulo: USP, 2011, v. 33 n. 1. p. 4-8.

COELHO, G. B.; CAMPOS, J. P. P.; BENITEZ, P. **Relatos de pais sobre a inclusão e a trajetória escolar de filhos com deficiência intelectual**. *Psicologia em Revista*. v. 23, n. 1, p. 22-41, 2017.

CORNEL, A. E. Impacto do Diagnostico. In: **Autismo**: perspectivas no dia a dia. Orgs. Claudia Omairi, Marcia Regina Machado Santos Valiati, Mariane Wehmuth e Sergio Antonio Antoniuk. Curitiba: Íthala, 2013, p. 67.

LEMOS, E. L. M. D.; SALOMÃO, N. M. R.; AGRIPINO-RAMOS, C. S. **Inclusão de crianças autistas: um estudo sobre interações sociais no contexto escolar**. *Rev. Bras. Ed. Esp.* v. 20, n. 1, p. 117-130, 2014.

MINAYO, M. C. S. **Amostragem e saturação em pesquisa qualitativa: consensos e controvérsias**. Revista Pesquisa Qualitativa. v. 5, n. 7, p. 01-12, 2017.

MONTEIRO, C. F de S.; BATISTA, D. O. N. de M.; MORAES, E. G de C.; et al. **Vivência maternas na realidade de ter um filho autista: uma compreensão pela enfermagem**. Rev. Bras..Enferm., Brasília, jun. 2008.

SANTOS, T. H. F; FERNANDES, F. D. M. Functional Communication Profile – **Revised: uma proposta de caracterização objetiva de crianças e adolescentes do espectro do autismo**. Rev. Soc. Bras.Fonoaudiol., v. 17 n. 4. p. 454-8. 2012.

SILVA, A. B. B; GAIATO. M. B; REVELES, L. T. **Mundo singular**: entenda o autismo. Fontanar, 2012, 190 p.

SILVA, D. C. R. et al. **Percepção de mães com filhos diagnosticados com autismo**. Revista Pesquisa em Fisioterapia. v. 7, n. 3, p. 377-383, 2017.

VYGOTSKY, L. S. **Formação social da mente**. 7. ed. São Paulo: Martins Fontes, 2007.

VISANI, P.; RABELLO, S. **Considerações sobre o diagnóstico precoce na clínica do autismo e das psicoses infantis**. Rev. Latino am. Psicopat. Fund. v. 15, n. 2, p. 293-308, 2012.

WEHMUTH, M e ANTONIUK. S. A. Transtorno do Espectro Autista: Aspectos Gerais e Critérios Diagnóstico. In: **Autismo**: perspectivas no dia a dia. Orgs. **Claudia Omairi, Marcia Regina Machado Santos Valiati, Mariane Wehmuth e Sergio Antonio Antoniuk**. Curitiba: Ithala, 2013.p. 25.

ZANON, R. B.; BACKES, B.; BOSA, C. A. **Diagnóstico do autismo**: relação entre fatores contextuais, familiares e da criança. Revista Psicologia: Teoria e Prática. v. 19, n. 1, p. 152-163, 2017.

_____. **Identificação dos Primeiros Sintomas do Autismo pelos Pais**. Psicologia: teoria e pesquisa. Brasília, v. 30, n.1, p. 25-33, jan./mar. 2014

ATIVIDADES REALIZADAS EM UM CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL INFANTO-JUVENIL: UM RELATO DE EXPERIÊNCIA

Marina Bina Omena Farias

Universidade Federal de Alagoas, Escola de Enfermagem Maceió - AL

Yanna Cristina Moraes Lira Nascimento

Universidade Federal de Alagoas, Escola de Enfermagem Maceió - AL

Marília Vieira Cavalcante

Universidade Federal de Alagoas, Escola de Enfermagem Maceió - AL

Larissa de Moraes Teixeira

Universidade Federal de Alagoas, Escola de Enfermagem Maceió - AL

Maria das Graças Bina Omena Farias

Universidade Federal de Alagoas, Escola de Enfermagem Maceió - AL

Deborah Moura Novaes Acioli

Universidade Federal de Alagoas, Escola de Enfermagem Maceió - AL

RESUMO: O cuidado relacionado à Saúde Mental da Criança e do Adolescente, no Brasil, é bastante recente, somente em 2002, através da portaria 336/2002, que torna obrigatório o atendimento a criança e ao adolescente com transtornos mentais nos dispositivos de atenção psicossocial. Trata-se de um relato de experiência, que tem por objetivo descrever as vivências de estudantes de enfermagem da Universidade Federal de Alagoas durante estágio curricular da disciplina de Saúde Mental.

Durante o estágio foi possível realizar sete atividades terapêuticas com usuários e mães do Centro de Atenção Psicossocial do município de Maceió. A partir das ações realizadas, foi possível conhecer as características, o modo de vida e as relações interpessoais de cada usuário, além de proporcionar para eles momentos de autoconhecimento e superação. As estudantes puderam perceber que a luta pelos direitos da criança e do adolescente devem ser constantes. E que se deve ter um olhar único para cada usuário, respeitando suas diferenças e singularidades.

PALAVRAS-CHAVE: Cuidado da Criança, Saúde do Adolescente, Saúde Mental.

DESCRIPTION OF ACTIVITIES DEVELOPED IN THE CENTER FOR PSYCHOSOCIAL ATTENTION OF THE CHILDHOOD: A REPORT OF EXPERIENCE

ABSTRACT: The care related to the Mental Health of Children and Adolescents in Brazil is very recent, only 2002, the decree 336/2002 made it mandatory to provide care for children and adolescents with mental disorders in psychosocial care devices. This study is an experience report with the purpose of describing the experiences of nursing students of the Federal University of Alagoas during the curricular stage of the Mental Health discipline. During the academic internship, seven

therapeutic activities were carried out with users and mothers of the Psychosocial Care Center of the municipality of Maceio. In the therapeutic actions carried out, it was possible to know the characteristics, the way of life and the interpersonal relations of each user, besides providing for them moments of self-knowledge and overcoming. The students realized that the struggle for the rights of children and adolescents must be constant. It is necessary to have a singular look for each user, respecting their differences and singularities.

KEYWORDS: Child Care, Adolescent Health, Mental Health.

1 | INTRODUÇÃO

O cuidado relacionado à Saúde Mental da Criança e do Adolescente (SMCA), no Brasil, é bastante recente. Até o final do século XX não haviam ações organizadas de cuidado em SMCA. Os serviços de proteção e cuidado à criança eram de responsabilidade dos setores da educação e da assistência social (COUTO E DELGADO, 2015; MARTINS E SILVEIRA, 2019). Entretanto, essas intervenções não eram realizadas para cuidar do sofrimento mental na infância e adolescência, mas para responder aos problemas da pobreza e do abandono, que eram considerados produtores de efeitos incapacitantes (COUTO E DELGADO, 2015).

No ano de 2001, a Lei 10.216 e a III Conferência Nacional de Saúde Mental (CNSM) constituíram um divisor de águas na história da SMCA, pois, tornaram possível a construção de bases éticas, políticas e clínicas para seu desenvolvimento como política pública. De modo inédito, a III CNSM priorizou o tema da SMCA e convocou o Estado brasileiro a ser responsável pelo cuidado e tratamento de crianças e adolescentes com problemas mentais, reconhecendo-as como sujeitos psíquicos e de direitos (COUTO E DELGADO, 2015).

É apenas em 2002, através da portaria 336/2002, que torna obrigatório o atendimento a criança e ao adolescente com transtornos mentais nos dispositivos de atenção psicossocial. O Centro de Atenção Psicossocial infantil (CAPSi) é estabelecido como serviço direcionado à atenção da população infantil acometida por transtornos mentais (BRASIL, 2002; MARTINS E SILVEIRA, 2019).

A lógica do Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) que era regulamentada apenas para o atendimento de adultos, deveria ser estendida ao cuidado de crianças e adolescentes com problemas mentais, promovendo ações contrárias à medicalização e institucionalização do sofrimento mental em crianças e adolescentes, pois, reduziam os problemas advindos da precariedade social a transtornos mentais. Além disso, as práticas de atenção deveriam se opor à finalidade de controle e ajustamento de conduta (COUTO E DELGADO, 2015).

Segundo a Portaria nº 336 de 2002, o CAPSi é um serviço de média complexidade, de portas abertas e livre demanda, referenciado para o atendimento de transtornos

mentais graves e persistentes a crianças e adolescentes. Atua como um serviço de base territorial e comunitária, estimulando a reabilitação psicossocial deste público.

A assistência prestada ao paciente no CAPSi deve incluir atendimento individual, atendimento em grupos, atendimento em oficinas terapêuticas executadas por profissional de nível superior ou nível médio, visitas e atendimentos domiciliares, atendimento à família, atividades comunitárias enfocando a inserção social e o desenvolvimento de ações intersetoriais (BRASIL, 2002).

O CAPS surge com o objetivo de minimizar a exclusão das pessoas com transtornos mentais, principalmente de crianças e adolescentes. Seu trabalho é voltado para um determinado território, que vai além das áreas geográficas, garantindo a interação dessas pessoas com a comunidade, com serviços e com a família (VECHIATTO E ALVES, 2019).

Em 2011, portaria nº 3.088 institui a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), ampliando e articulando os pontos de atenção para o atendimento de pessoas com problemas mentais. A RAPS é importante para a infância e adolescência uma vez que ela enfatiza o cuidado a grupos mais vulneráveis. (MARTINS E SILVEIRA, 2019; BRASIL, 2011). A portaria configura ainda o CAPSi como um dispositivo de saúde comunitário que assiste crianças e adolescentes com transtornos mentais graves e persistentes e os que fazem uso de crack, álcool e outras drogas (BRASIL, 2011).

O CAPSi vem se constituindo em serviço substitutivo aos hospitais psiquiátricos, cumprindo, assim, as propostas da reforma psiquiátrica (NASCIMENTO et al, 2014).

O município de Maceió possui um CAPSi para atendimento a população infanto-juvenil em todo o Estado. Em sua dinâmica, são realizadas oficinas, acompanhadas por profissionais da saúde de nível superior, com crianças e adolescentes (geralmente de seis a dezoito anos) com transtornos mentais, oficinas de geração de renda com as mães dos usuários, bem como acolhimento, consultas individualizadas e apoio farmacêutico. A equipe do CAPSi é composta por farmacêutico, assistente social, médico, enfermeiro, psicólogo, fonoaudiólogo, nutricionista, terapeuta ocupacional, educador físico, técnico de enfermagem, segurança, guarda municipal, auxiliar administrativo, agente social, auxiliar de serviços gerais, oficinheiros, entre outros.

Tendo em vista o contingente populacional do município e as exigências da portaria ministerial 3088/2011, verifica-se que somente na cidade de Maceió deveriam existir mais de 14 CAPSi. Assim, mesmo sendo um serviço municipal, por ser único no Estado, acaba atendendo a população advinda do interior de Alagoas, não em sua totalidade, tendo em vista a elevada procura e inviabilidade de deslocamento diário de alguns usuários à capital e a existência de CAPS I nos municípios de menor contingente populacional que atendem a demanda infanto-juvenil (NASCIMENTO et al, 2014).

O objetivo deste trabalho é descrever, através de um relato de experiência, atividades práticas desenvolvidas por acadêmicas de enfermagem no CAPSi da cidade de Maceió, Alagoas.

2 | METODOLOGIA

Trata-se de um relato de experiência vivenciado por estudantes de Enfermagem da Universidade Federal de Alagoas durante atividades práticas da disciplina de saúde mental. As atividades foram realizadas em um CAPSi que fica localizado do município de Maceió, no período de abril a junho de 2017.

As estudantes facilitaram sete oficinas terapêuticas em um grupo de funcionamento permanente na instituição, o qual possuía encontros semanais com o intuito de oferecer terapias não farmacológicas para o cuidado de crianças e adolescentes em adoecimento mental. Em cada encontro compareceu uma média de cinco a sete indivíduos com idades entre seis e quatorze anos. Além disso, foram realizadas oficinas de geração de renda com mães de usuários do CAPSi, comparecendo uma média de dez mães por encontro.

Vale ressaltar que antes do início das facilitações de oficinas, as estudantes foram inseridas e apresentadas ao grupo para que desenvolvessem vínculo com os usuários.

A partir disso, as propostas de atividades eram planejadas pelas alunas de acordo com as principais necessidades do grupo ao qual estavam inseridas, após avaliação da coordenadora do estágio e da equipe, era feita a implementação da atividade. Tratavam-se de atividades lúdicas, manuais e cognitivas com abordagens terapêuticas comportamentais específicas que estimulavam a expressão de sentimentos, o autoconhecimento e a convivência social.

Na primeira atividade, foi realizada com as crianças uma oficina para quebrar as barreiras através do autoconhecimento. A atividade iniciou com a distribuição de papéis e lápis de cor aos participantes. Um facilitador explicou que cada um teria que responder através de desenhos a seguinte pergunta: “quem sou eu?”. Os participantes tiveram 10 minutos para desenhar sua resposta. Ao término da atividade cada criança expressou sobre sua própria resposta.

Na segunda, com as crianças elaboramos uma atividade com o objetivo de despertar o autoconhecimento através da percepção das qualidades e defeitos de cada um e aprendendo a respeitar as diferenças. A atividade iniciou com a distribuição de papéis e giz cera aos participantes. Um facilitador pediu que os participantes desenhasssem a mão direita e a mão esquerda. Em cada dedo da mão direita escreveu-se uma qualidade e em cada dedo da mão esquerda uma característica à melhorar. Ao final discutiu-se de acordo com o que cada um escreveu.

Na terceira, elaboramos uma atividade de confecção de porta-retratos, mostrando como deveria ser realizada a colagem dos palitos de picolé para que chegassem ao objetivo e deixando a ornamentação livre para que pudessem inserir características próprias.

Na Quarta, em comemoração à páscoa, foi realizada uma oficina de confecção

de ovos de chocolate. Foram utilizados chocolates, fôrmas plásticas e granulados. As crianças ficaram livres para estimular a criatividade.

Reservamos a quinta atividade para realizar uma oficina com as mães dos usuários do grupo. Inicialmente, lemos um texto sobre felicidade para que pudessemos promover interação entre as participantes. Após isso, explicamos que iríamos construir um porta-lápis e deixamos-as livres para expressar sua criatividade. Pedimos para elas inserirem características próprias durante a confecção, decorarem da sua maneira, ressaltando a importância de construírem o porta-lápis como algo característico seu.

A sexta atividade, realizamos uma visita à uma reserva ecológica do município. Contamos com a participação das crianças, suas mães e funcionários do CAPSi.

Por fim, como encerramento das nossas vivências no CAPSi, realizamos uma oficina de brincadeiras entre mães e usuários, incentivando a importância do trabalho em equipe. Além disso, oferecemos um momento para que cada um pudesse demonstrar o seu amor pelo outro.

3 | RESULTADOS

A criação de vínculo com os usuários antes do início das atividades foi de grande valia para que pudesse haver confiança entre as crianças e as alunas, além de permitir que as estudantes conhecessem as características e necessidades das crianças para que pudessem realizar o planejamento das atividades.

A primeira atividade trouxe a possibilidade de despertar a imaginação e a comunicação dos integrantes, quebrando barreiras através do autoconhecimento. Através dos desenhos, as crianças conseguiram expressar seus sentimentos e, assim, as estudantes iam colhendo informações sobre o contexto de vida de cada um.

Na segunda atividade, percebeu-se que os usuários puderam compreender suas qualidades e defeitos. Entretanto, observou-se que é mais fácil falar de características dos outros do que de nós mesmos. Esse processo de autoconhecimento criou oportunidades para que eles pudessem reconhecer seus erros e tentar melhorá-los para se tornarem pessoas melhores, além disso, aprenderam a respeitar as diferenças dos outros, pois, todos nós possuímos qualidades e defeitos.

Na terceira atividade, através da confecção de porta-retratos, foi possível extrair características próprias das crianças e fortalecer ainda mais o vínculo entre eles e as facilitadoras. Pôde-se também trabalhar aspectos como coordenação motora, criatividade, atenção e capacidade cognitiva das crianças.

Na quarta atividade, foi possível promover um espaço de descontração entre as crianças assistidas no CAPSi, estreitando ainda mais os vínculos sociais. Também pudemos trabalhar a sensopercepção, a capacidade de obedecer a comandos, atenção e memória.

A quinta atividade, com oficina das mães para a confecção de porta-lápis, foi

importante para que elas pudessem se conhecer melhor, além de mostrar que elas são capazes de fazer algo bom e de modo simples e fácil. Durante a oficina também foi possível conhecer uma visão diferente à respeito de cada usuário, a visão de suas cuidadoras. O espaço permitiu que as pessoas expressassem suas ansiedades e angústias referentes as questões que envolvem o indivíduo em adoecimento mental, sejam referentes ao diagnóstico, tratamento ou relações familiares, sendo um momento de troca de experiências entre pessoas que vivenciam o adoecimento mental.

Na sexta atividade, com o passeio, foi possível mostrar aos usuários e seus cuidadores sobre a possibilidade de utilizar outros locais da rede, saindo do CAPSi e reinserindo-os no território e na sociedade. Também conseguimos facilitar a convivência em grupo, estimular o comportamento social, além de oferecer um momento de descontração às mães e crianças.

Por fim, na última atividade, foi possível demonstrar a importância de mães e usuários trabalharem juntos. Além disso, o espaço oportunizou um momento de demonstração de afeto entre mãe e filho, algo que fica esquecido em meio às dificuldades na convivência.

O contato e a criação de um vínculo com os usuários e mães e o acolhimento da equipe contribuíram para que as atividades alcançassem o objetivo planejado.

Enquanto estudantes, as alunas de enfermagem puderam aplicar conceitos aprendidos em sala de aula, planejar atividades, elaborar estratégias para o cuidado da SMCA, além de promover a construção e consolidação de novos aprendizados através de uma visão diferenciada de cada indivíduo.

Já enquanto pessoas, as alunas puderam finalizar as atividades práticas transformadas e energizadas. As atividades realizadas e as relações construídas impactaram em uma forma mais leve de ver o mundo, em dar oportunidade de conhecer o outro sem preconceitos, a se doar ao que estiver fazendo, a cuidar de si para cuidar do outro. As relações entre as próprias alunas também foram modificadas e ressignificadas, o que antes eram pessoas com vidas opostas e separadas, deu lugar a um laço profundo de cuidado, produtividade e convivência.

É possível afirmar a importância do enfermeiro nos centros de atenção psicossocial, como um profissional em potencial para promover a interação entre a equipe, família e usuários e assim contribuir para a melhoria da qualidade da assistência a SMCA.

Durante o desenvolvimento dessas atividades, também percebeu-se a importância do cuidado da criança e do adolescente em adoecimento mental. A luta pelos direitos da SMCA é imprescindível, sempre reafirmando que a luta antimanicomial não deve caminhar na tentativa de normatização desses usuários e sim por uma infância e juventude livre, com possibilidade de existir, resistir e ser cuidada (MARTINS E SILVEIRA, 2019).

4 | CONCLUSÃO

Este estudo abordou a descrição de atividades realizadas por estudantes de enfermagem em um CAPSi da cidade de Maceió.

A atividade prática realizada foi muito proveitosa e satisfatória, visto que foi possível externar conteúdos aprendidos em sala de aula como comunicação terapêutica, relação interpessoal, relação de ajuda, matriciamento, clínica ampliada, projeto terapêutico singular, atenção à pessoa na crise, entre outros.

O contato e a criação de vínculo com os usuários e as mães contribuíram bastante para que as atividades conseguissem chegar ao nosso objetivo e sempre deixando situações em que nos pudéssemos refletir sobre como conduzir melhor e como saber lidar com situações as quais não estávamos acostumadas.

A principal contribuição desse relato foi a descrição de como são realizadas as atividades terapêuticas com crianças e adolescentes de um CAPSi da cidade de Maceió, bem como a sua importância.

Assim, mais estudos são necessários para que se possa conhecer como funciona o cuidado a crianças e adolescentes em adoecimento mental por todo o país. A fim de trocar experiências e promover cada vez mais um cuidado eficaz, íntegro e de qualidade para esse público.

Acredita-se ser de fundamental importância oferecer na rede pública um trabalho com uma equipe interdisciplinar de saúde que oportunize a construção de espaços terapêuticos para o cuidado da SMCA; contribuindo de modo significativo para que estes sujeitos descubram seus valores como seres integrantes da sociedade, ajudando-os no seu processo de reintegração e reinserção social.

Pudemos nos despedir do CAPSi com a sensação de dever cumprido, sabendo que fizemos tudo o que estava ao nosso alcance para vivenciar essa experiência única de maneira surpreendente. Sentimos que conseguimos transformar pessoas e nos transformar. Não somos e não seremos mais os mesmos. Criamos laços com a equipe, com os usuários e entre nós que vamos carregar para sempre em nossos corações.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria n. 3088, de 23 de Dezembro de 2011. Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria n. 336, de 19 de Fevereiro de 2002. Define as normas e diretrizes para a organização dos serviços que prestam assistência em saúde mental.

COUTO, M. C. V.; DELGADO, P. G. G. Crianças e adolescentes na agenda política da saúde mental brasileira: Inclusão tardia, desafios atuais. **Revista Psicologia clínica**. Rio de Janeiro: v.27, n.1, p.17-40, 2015.

MARTINS, R. W. A; SILVEIRA, L. da. Internação de crianças e adolescentes usuárias de drogas:

Um desafio para o campo da saúde mental infanto-juvenil. **Revista Episteme transversalis**. Volta Redonda, Rio de Janeiro: v.10, n.1, p.213-227, 2019.

NASCIMENTO, Y. C. M. L.; et al. Perfil de adolescentes acompanhados por um Centro de Atenção Psicossocial Infanto-Juvenil. **Revista de Enfermagem UFPE online**. Recife: v.8, n.5, p.1261-1272, 2014.

VECHIATTO, L.; ALVES, AMP. A saúde mental infanto-juvenil e o CAPS-I: uma revisão integrativa. **Emancipação**. Ponta Grossa: v.12, n.1, p.1-12, 2019.

AVALIAÇÃO DO CRESCIMENTO E DESENVOLVIMENTO EM PRÉ-ESCOLARES COM DIABETES MELLITUS TIPO 1

Luzcena de Barros

Mestrado em enfermagem, Docente no Centro
Universitário ENIAC

Ana Llonch Sabatés

Doutora - professora titular da Universidade
Guarulhos

RESUMO: Na criança, o DM tipo 1 além de ser responsável por alterações orgânicas como a cetoacidose diabética, crises de hipo/hiperglicemia, está associado ao desenvolvimento tardio de complicações oftálmicas, vasculares, renais e neuropatias, pode também afetar o crescimento linear e o desenvolvimento, dependendo da faixa etária, sexo, idade de início do diabetes, duração da doença, e do controle metabólico. Trata-se de um estudo exploratório, descritivo, transversal e de campo, com abordagem quantitativa que teve como objetivos avaliar o crescimento de crianças com DM tipo 1 entre 1-6 anos de idade, por meio de dados antropométricos e o desenvolvimento dessas crianças por meio do Denver II. Participaram do estudo 14 crianças cadastradas em um ambulatório do município de Guarulhos. Os resultados mostraram que 28,6% das crianças apresentaram risco de sobrepeso, 21,4% sobrepeso e 7,2% obesidade. Em relação ao desenvolvimento o teste Denver II foi “Normal” (nenhum item de atraso e no

máximo um item de cautela) para 64,0% das crianças e “Questionável” (dois ou mais itens de cautela e/ou um ou mais itens de atraso) para 36,0%. A associação entre as variáveis independentes e clínicas mostrou que somente existiu diferença estatisticamente significativa do Score-Z Estatura/Idade para crise de hiperglicemia, (p -valor = 0,096). Conclui-se que os resultados deste estudo apontam para a necessidade de vigilância sistemática do crescimento e desenvolvimento de crianças portadoras de DM tipo 1 para detectar possíveis alterações e estabelecer medidas preventivas para a promoção à saúde nessas crianças. **PALAVRAS-CHAVE:** desenvolvimento infantil; diabetes mellitus tipo 1; saúde da criança.

INTRODUÇÃO

O diabetes *mellitus* tipo 1 (DM1) é uma das mais importantes doenças endócrino-metabólica, diagnosticada na idade infantil (WHO,1990), causada pela destruição progressiva das células- β das ilhotas pancreáticas, levando à insulinopenia e à hiperglicemia. A sua incidência varia muito entre os diversos países.

No ano de 2013, a *International Diabetes Federation* (IDF) publicou um levantamento da estimativa da incidência da DM1 na faixa etária

menor de 15 anos onde a maior taxa de incidência permanece com a Escandinávia 57,6/100.000 e o Brasil apresenta a maior taxa de incidência 10,4/100.000 quando comparado aos países da América do Sul (AGUIREE,2013).

Estudo multicêntrico que verificou a tendência da incidência da DM1 em 15 anos nos centros europeus mostrou que as taxas de diabetes tipo 1 em crianças menores de 5 anos estão previstas para dobrar entre 2005 e 2020, e das crianças com menos de 15 anos irão subir em 70% (PATTERSON,2009).

Esses dados permitem perceber a dimensão da repercussão do DM1 na população infantil e suas consequências, bem como a necessidade de medidas preventivas e de promoção à saúde da criança com DM1.

Na criança, o DM1 além de ser responsável por alterações orgânicas como a cetoacidose diabética, crises de hipoglicemia ou hiperglicemia, esta associadas ao desenvolvimento tardio de complicações oftálmicas, vasculares, renais e neuropatias, pode também afetar negativamente o crescimento linear e o desenvolvimento, dependendo da faixa etária, sexo, idade de início do diabetes, duração da doença, e do seu controle metabólico (CUNHA,1999).

Estudos mostram que o déficit no crescimento de crianças com DM1 está associado ao tempo, ao tipo de controle da doença, ao ajuste da insulina e à necessidade nutricional da criança e os autores asseguram que quando o controle glicêmico não está estável podem ocorrer alterações na velocidade do crescimento (déficit de estatura) bem como do peso (obesidade) (CUNHA, 1999, PAULINO,2006).

Assim, a criança diabética, a partir do diagnóstico, necessita de controle glicêmico o mais próximo da normalidade, a fim de prevenir desvios da evolução da estatura para níveis fora da faixa de normalidade (CUNHA,1999).

Quanto ao desenvolvimento, as suas alterações são decorrentes dos efeitos prejudiciais da hipoglicemia e hiperglicemia e do controle metabólico, principalmente em crianças abaixo de cinco anos de idade, por ser este um período de maior susceptibilidade cerebral (SOMMERFIELD,2003) devido à dependência no fornecimento contínuo de glicose e ao lento desenvolvimento do sistema nervoso cerebral (GESCHWIND,1985).

As áreas do desenvolvimento mais afetadas pelo diabetes são as áreas cognitiva (processamento de informação, atenção, memória, leitura, percepção visual), motora (velocidade e força) e linguagem (SOMMERFIELD,2003; KODL,2008).

Os estudos aqui apresentados mostram a repercussão do controle metabólico, tempo e início DM1 no crescimento e desenvolvimento da criança. Por ser relevante a influência que as condições de saúde (incluindo as doenças) exercem sobre o crescimento e desenvolvimento é que a OMS e o Ministério da Saúde (MS) preconizam a vigilância do crescimento e desenvolvimento como atividade sistemática na atenção à criança (FIGUEIRAS,2005).

Para este estudo foi escolhido o Denver II (FRANKENBURG,1990,1992), por ser um dos testes mais conhecidos e utilizados no Brasil e recomendado pela Sociedade Brasileira de Pediatria (SBP,2018); é um instrumento de “*screening*” ou triagem

do desenvolvimento reconhecido pela Academia Americana de Pediatria; não foi encontrado na literatura nenhum outro estudo que avaliou o desenvolvimento do pré-escolar com DM1 por meio do Denver II; a orientadora deste estudo tem no Brasil a autorização do autor para a tradução, adaptação cultural e validação, que foi finalizado junto aos pesquisadores do Grupo Interdisciplinar de Estudos do Desenvolvimento GREDEN (SABATÉS,2017).

Desta forma, considerando a importância do acompanhamento do crescimento e desenvolvimento de crianças com DM1, os objetivos deste estudos foram: Avaliar o crescimento de crianças com Diabetes Mellitus tipo 1 entre um e seis anos de idade, por meio de dados antropométricos, avaliar o desenvolvimento dessas crianças por meio do Denver II, Associar as variáveis independentes e clínicas com o os resultados do crescimento e o Denver II.

MÉTODO

Trata-se de um estudo exploratório, descritivo, transversal e de campo, com abordagem quantitativa, desenvolvido no Ambulatório da Criança (AC) localizado no município de Guarulhos que atende diferentes especialidades médicas pediátricas, entre elas a endocrinologia pediátrica. A amostra foi constituída por 14 crianças na faixa etária entre zero e seis anos de idade. A escolha dessa faixa etária está relacionada com o instrumento de avaliação do desenvolvimento, Denver II, específico para criança entre zero e seis anos de idade. Os critérios de inclusão foram: ter informações sobre o curso da doença; estar acompanhadas pela mãe, pai ou familiar e ter o aceite deles para a sua participação no estudo; concordar em participar do estudo segundo sua capacidade de escolha. Os Critérios de exclusão foram apresentar sinais de sono ou fadiga.

As variáveis independentes de estudo foram: idade, sexo, idade, Idade gestacional no nascimento ((FRANKENBURG,1992), Renda familiar (HALPERN, 2002).

E as variáveis clínicas foram: Tempo do início do diabetes, Crises de hipo e hiperglicemia, Hemoglobina glicada – para conhecer o grau de controle metabólico da criança com DM1(ADA, 2011).

Para a coleta de dados foi elaborado um formulário estruturado em quatro partes: caracterização da amostra, variáveis clínicas, avaliação do crescimento e registro dos resultados da aplicação do Denver II.

Para a avaliação do crescimento foram realizadas medidas do peso, e do comprimento/estatura, em centímetros. Os dados do peso e da estatura foram inseridos no programa *AnthroPlus* da OMS (WHO,2014) por meio do qual foi calculado o escore-Z de estatura e IMC-para a idade.

Para a avaliação do desenvolvimento foi utilizado o Denver composto por 125 itens, subdivididos em quatro áreas do desenvolvimento: a) pessoal-social que

contempla aspectos da socialização da criança dentro e fora do ambiente familiar; b) motor fino-adaptativo que avalia a coordenação olho/mão, manipulação de pequenos objetos; c) linguagem cujos itens estão relacionados à produção de som, capacidade de reconhecer, entender e usar a linguagem; d) motor grosso representado pelos seguintes itens: controle motor corporal, sentar, caminhar, pular e todos os demais movimentos realizados por meio da musculatura ampla (FRANKENBURG 1990,1992).

A aplicação do Denver II requer domínio de conhecimentos e habilidades para assegurar resultados fidedignos obtidos por meio de um treinamento proposto pelos autores (FRANKENBURG, 1990).

Além disso, faz-se necessário a utilização do formulário próprio, do manual de administração e do “kit de teste” composto pelos seguintes materiais: 10 cubos de madeira coloridos medindo 2,5 cm nas cores verdes, laranja, azul, amarelo e vermelho, um sino, uma caneca, uma boneca pequena de plástico com mamadeira, uma bola de tênis, um chocalho, um pompom vermelho, um vidro pequeno transparente sem tampa, uva passas ou cereal e um lápis e uma régua.

Cada item do Denver II selecionado é testado e codificado conforme orientação do manual de treinamento (FRANKENBURG,1992) colocando-se os “escores” correspondentes.

- **P (passou)** - quando realiza o item com sucesso ou quem cuida da criança afirma que o realiza bem. **F (falhou)** – quando não realiza o item com sucesso ou quem cuida informa que a criança não o realizava bem. **SO (sem oportunidade)** – quando a criança não tem a oportunidade de realizar o item. **R (recusa)** - quando a criança recusa realizar o item.

Os “escores” obtidos permitem classificar os itens testados da seguinte forma:

- **Item avançado** – passa em um item totalmente à direita da linha da idade. **Item normal** – realiza um item que está intersectado pela linha de sua idade ou quando falha ou recusa realizar um item que está totalmente à direita da linha de idade. **Item cautela** – quando a criança falha ou recusa realizar itens entre o percentil 75 e 90% na linha da idade. **Item atraso** – falha ou recusa realizar um item que está totalmente à esquerda da linha da idade.

A partir dessa avaliação o teste Denver II é interpretado como (FRANKENBURG,1992): **Normal** - nenhum item de atraso e no máximo um item de cautela; **Questionável** - dois ou mais itens de cautela e/ou um ou mais itens de atraso; **Não aplicável** - recusa um ou mais itens totalmente à esquerda da linha da idade ou um ou mais itens que intersectam a linha da idade entre o percentil 75 e 90.

Em cumprimento à Resolução 466/12/CNS, o presente estudo foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Guarulhos (CEP/UnG) tendo sido aprovada sob o nº 377.774.

Os dados foram armazenados e analisados por meio do programa SPSS (*Statistical Package for the Social Sciences*) versão 17, *Minitab* 16 e *Excel Office* 2010. A análise estatística dos dados foi através de testes estatísticos paramétricos: Correlação de *Spearman*; teste de *Mann-Whitney* e Teste Exato de *Fisher*. Para este

trabalho um nível de significância de 0,10 (10%), um pouco acima do usualmente utilizado (5%), devido à baixa amostragem. Todos os intervalos de confiança foram construídos com 95% de confiança estatística.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Variáveis Independentes

As variáveis independentes selecionadas para fins deste estudo foram: idade; sexo; prematuridade; escolaridade da criança e renda familiar.

Variáveis independentes	Crianças (n=14)	
	N	%
Idade		
Menores de 60 meses		
> 36 meses	1	7,2
37 a 48 meses	1	7,2
49 a ≤ 60 meses	3	21,4
Maiores de 60 meses		
≥61 a 81 meses	9	64,2
Sexo		
Masculino	4	28,6
Feminino	10	71,4
Pré-termo		
Sim	1	7,2
Não	13	92,8
Escolaridade		
Frequente	10	71,4
Não frequente	4	28,6

Renda familiar		
1 a 3 sm	11	78,6
4 a 7 sm	2	14,2
10 sm	1	7,2

Tabela 1 - Distribuição das crianças pré-escolares com DM1 tipo 1 segundo a idade, sexo e escolaridade, prematuridade e renda familiar. Guarulhos, 2013.

Legenda: sm = salário mínimo (valor do R\$ 640,00)

A média de idade das crianças foi de 64,2(DP±15,6) meses sendo que a maioria era de crianças entre cinco e seis anos com predomínio do sexo feminino (71,4%) (Tabelas 1). Quanto à escolaridade a maioria (71,4%) já frequentava a escola, mas apenas 35,7% haviam iniciado o ensino fundamental (Tabela 1). Essa situação está relacionada com o modelo de ensino no Brasil, onde aos seis anos de idade tem início o Ensino Fundamental. Em relação a renda familiar a maioria dos pais das crianças (78,6%) recebiam 2,2 (DP± 0,6) salários mínimos. A renda familiar estudada assemelha-se e a de outros estudos de base populacional (HALPERN,2000).

Em relação à idade são poucos os estudos desenvolvidos com crianças na faixa etária de zero a seis anos. Estudo que buscou caracterizar a criança diabética antes dos cinco anos de idade mostrou maior frequência de crianças entre quatro e cinco anos (42,5%) seguido da idade entre dois a três anos (27,5%) (DALL'ANTONIA, ZANETTI, 2000).

Quanto ao sexo, o percentual de meninas (71,4%) da amostra estudada não difere da apresentada na literatura que aponta o sexo feminino como dominante (DALL'ANTONIA, ZANETTI,2000, SILVEIRA, 2001). Essa constatação não encontra explicação plausível entre os pesquisadores.

Corroborando estudo de Forga (2013) que revela maior incidência do sexo feminino em crianças diabéticas entre zero e nove anos de idade. No entanto, a partir de 10 anos o estudo mostra um aumento da prevalência do sexo masculino (p=0,011).

VARIÁVEIS CLÍNICAS

Na avaliação das variáveis clínicas, os dados revelam que o tempo médio de início da doença nas crianças foi de 21,5(DP±13,0) meses, sendo que uma delas estava com um mês de início do DM1. Não foi possível comparar o início do DM1, deste estudo com outros, uma vez que a idade dos participantes difere muito, como pode ser visto em dois estudos onde, a idade dos participantes da amostra era menor que 18 anos e menor que 15, respectivamente (CUNHA, 1999, PAULINO, 2006).

Em relação à idade são poucos os estudos que relatam as alterações do

crescimento e desenvolvimento em pré-escolares com DM1, uma vez que foi a partir de 1999 que o DM1 está sendo diagnosticado com maior frequência em crianças de baixa idade (SILVA JUNIOR,2012).

O grupo etário predominante nos estudos publicados é o adolescente cuja doença foi diagnosticada em idade anterior, uma vez que o “tempo e início da doença”, é um dos fatores de risco para o crescimento e desenvolvimento (NYLANDER,2013).

Entre as crianças da amostra, a média da HbA1C foi de 8,2(DP±1,3). Pode-se perceber que apenas duas crianças apresentaram HbA1C ≤6,5 (Tabela 3). Quanto aos valores da HbA1C, referidos na literatura, apesar da idade das crianças não ser a mesma verificou-se que em crianças com idade abaixo de 15 anos os valores oscilavam entre 5,4 a 13,9% (PAULINO,2007).

A média de crises hipoglicêmicas nos pré-escolares foi de 16,4(DP±52,8) e hiperglicêmicas 30,4(DP±78,9). Não estão disponibilizados estudos prévios na literatura para poder comparar esses dados.

Para a avaliação do crescimento foram adotados dois índices antropométricos, a estatura-para-idade, que pode sofrer alterações na criança com DM1, ao longo do tempo (GUNCZLER,1996, DANNE,1997) e o IMC-para a idade, por ser o mais recomendado para a avaliação do excesso de peso entre crianças (OMS, 2006).

Na avaliação do crescimento, todas as crianças apresentaram estatura adequada para a idade, contrariando o estudo que mostra alterações na estatura de crianças com DM1 nos primeiros cinco anos de evolução da doença ao evidenciar que três crianças (7,5%) apresentaram percentil crítico (3-10 p) no início da doença, 5% no primeiro ano da doença, 12,5% no segundo, 32,5% no terceiro, 25% no quarto e 20% no quinto ano. O referido estudo destaca a presença de uma criança abaixo do percentil 3 (3p) no quarto e quinto ano de evolução da doença (ALÍ,2010).

Entretanto, o resultado do presente estudo pode estar relacionado com o tempo da doença inferior a cinco anos como mostra o estudo de Cunha (1999) que detectou correlação ($p=0,008$) entre a o tempo de DM1 e a estatura para a idade (CUNHA, 1999).

Valores críticos Z do IMC Diagnóstico Nutricional*	Crianças (n=14)	
	N	%
≤ de 5 anos*		
Eutrofia	-	-
Risco de sobrepeso	4	28,6
Sobrepeso	1	7,2

< de 5 anos		
Eutrofia	6	42,8
Sobrepeso	2	14,2
Obesidade	1	7,2

Tabela 2 - Distribuição das crianças com DM1 segundo o IMC-para idade.

Guarulhos, 2013.

*OMS (2006)

Os resultados da Tabela 2 mostram que a maioria das crianças, menores e maiores de cinco anos de idade, apresentou alteração no IMC-para a idade (peso) constatado pelo percentual de crianças com de risco de sobrepeso 4(28,6%), sobrepeso 3(21,4%) e obesidade 1(7,2%). Os resultados do IMC por idade foram que as crianças em sua grande maioria apresentaram estar eutróficas (SILVA,2018).

Estudos realizados no Brasil e exterior, mostraram dados semelhantes associados ao tempo, tipo de controle do DM1, ajuste da insulina e à necessidade nutricional (HERBER,1988, PAULINO,2006). Estudo realizado por Silva (TIMÓTEO, 2012) encontrou 26,6% de crianças com sobrepeso. Os autores comentam que esse percentual é maior do que o encontrado na literatura que é de 4,0 a 4,8%.

Avaliação do Desenvolvimento das Crianças da Amostra;

O teste foi “Normal” (nenhum item de atraso e no máximo um item de cautela, FRANKENBURG,1992) para 64,0% das crianças e “Questionável” (dois ou mais itens de cautela e/ou um ou mais itens de atraso, FRANKENBURG,1992) para 36,0%. Não tivemos nenhum teste “Não aplicável” (recusa um ou mais itens totalmente à esquerda da linha da idade ou um ou mais itens que intersectam a linha da idade entre o percentil 75 e 90, FRANKENBURG,1992).

Devido às divergências de nomenclatura e análise incorreta da interpretação do Denver II, nos estudos apresentados na literatura, decorrente de traduções sem rigor científica, a comparação dos dados sobre a classificação do teste ficou limitada (BRITO,2011, SOUZA,2003).

Os autores atribuem diferentes denominações para os “escores”, como por exemplo, o escore “cautela” que foi traduzido como cuidado ou risco e a interpretação do Denver II, que pode ser “Normal”, “Questionável” e “Não aplicável” aparece denominado como anormal, suspeito e duvidoso. Além disso, alguns dos autores utilizam essa classificação para se referir ao desenvolvimento da criança e não do teste.

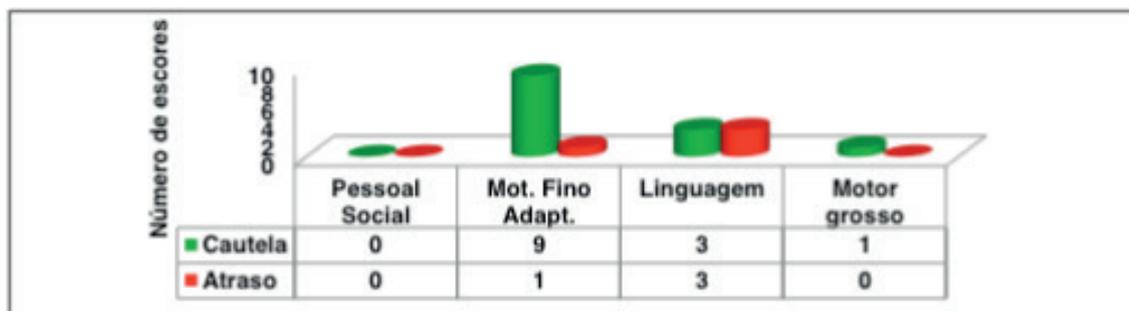


Figura 1 – Distribuição dos “escores”, cautela e atraso, obtidos pelas crianças com DM1 segundo a área do desenvolvimento. Guarulhos, 2013.

A Figura 1 ilustra o comprometimento do desenvolvimento das crianças desse estudo. Observa-se nitidamente que as “cautelas” e os “atrasos” estão concentrados na área motora (fina e grossa) e na linguagem.

Apesar de não haver estudos que avaliem o desenvolvimento de crianças com DM1 por meio do Denver II, estudos de revisão sistemática comprovam a existência de deficits em varios domínios cognitivos. Nesses estudos os autores encontraram associações entre o início e tempo do diabetes, episódios de hipo e hiperglicemia e uma série de déficits cognitivos no motor e atenção visual e memória (NAGUIB,2009, BADE-WHITE,2009).

Episódios de hipoglicemia constituem um problema, não só pela sua grande e inevitável incidência, como também pelo potencial prejuízo que provocam sobre o sistema nervoso central (SNC), cujo desenvolvimento e maturação se completam aproximadamente aos cinco anos de idade. Assim crianças com idade abaixo de cinco anos são as mais vulneráveis para prejuízos no SNC (GONZALEZ,2003).

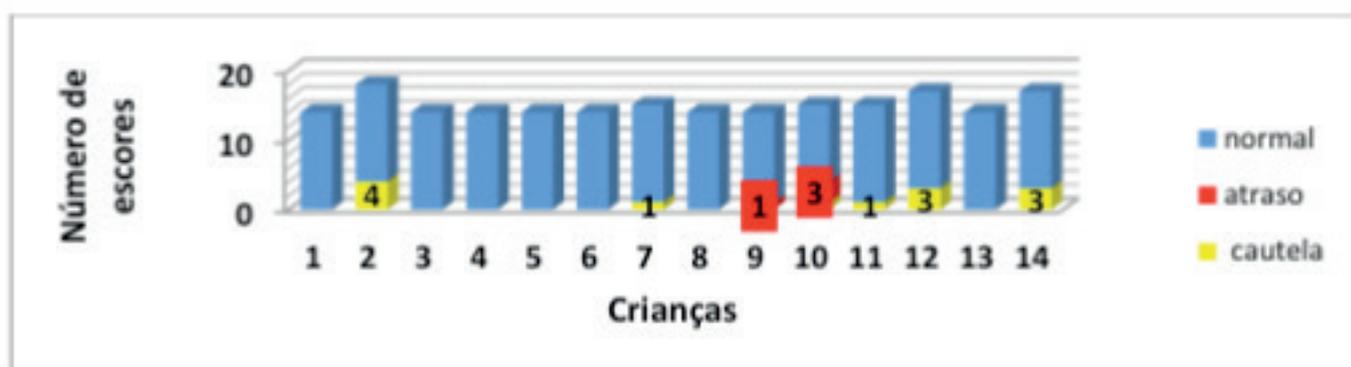


Figura 2 – Distribuição dos “escores”, cautela e atraso, obtidos pelas crianças com DM1 segundo a área do desenvolvimento. Guarulhos, 2013.

Os dados da Figura 2 mostram a distribuição dos “escores”, cautela, atraso e normal em cada uma das 14 crianças, ressalta-se que os três “atrasos” detectados na área da linguagem (criança número 10) e o “atraso” detectado na área do motor-fino- adaptativo (criança número nove) tiveram o teste Denver II “Questionável”

(FRANKENBURG,1992).

Vale ressaltar que, nessa mesma comparação, o desempenho da criança número dois que apresentou três cautelas na área motora, (três no motor fino adaptativo e uma no motor grosso); o desempenho da criança número 12 que apresentou três cautelas no motor fino adaptativo e uma na linguagem e o teste da criança numeram 14 com três cautelas no motor fino adaptativo tiveram o teste “Questionável” (FRANKENBURG,1992).

Quanto às variáveis independentes, a media de idade foi de 61,8 (mediana 61 e DP 10,6), a maioria não frequentava escola, era do sexo feminino e apresentaram renda familiar de dois salários mínimos. Em relação às variáveis clínicas a média da hemoglobina glicada das crianças foi de 8,8 (mediana 9,2 DP 1,2), a maioria apresentou crises de hipoglicemia e hiperglicemia, o tempo médio da doença foi de 25 meses(Mediana 24 DP 12,7).

Estudo de revisão sistemática aponta que a incidência de retardo neuropsicomotor varia entre 10 e 70% nas crianças com DM1 dependendo da idade do aparecimento dos sintomas (OLIVEIRA,2007).

Associação das Variáveis Independentes E Clínicas Com o Crescimento e o Denver Ii das Crianças Com Dm1

A correlação de IMC e Score-Z Estatura/idade com tempo DM1 e hemoglobina glicada permitem afirmar que não existe relação entre o valor do IMC e Score-z estatura/idade com a idade da criança, o tempo de DM1 e a hemoglobina glicada. Assim, pode-se concluir que estes resultados são estatisticamente independentes.

Segundo a comparação do Score-Z Estatura/idade com variáveis independentes (sexo, pré-termo, escolaridade) e clínicas (hipoglicemia e hiperglicemia), conclui-se que somente existe diferença estatisticamente significativa do Score-Z Estatura/idade para crise de hiperglicemia, (p-valor = 0,096).

Associação do Denver Ii Segundo as Variáveis Independentes e Clínicas Denver Ii Segundo as Variáveis Independentes e Clínicas

Verifica-se que não existe diferença estatística da classificação do Denver II para: Idade, Tempo DM1 ou Hemoglobina Glicada.

Conclui-se que não existe relação estatisticamente significativa do Denver II com Crise de hipoglicemia e hiperglicemia, Escolaridade, Pré-Termo, Renda e Sexo, ou seja, são resultados estatisticamente independentes.

Visualização das variáveis independentes e segundo o Denver II estão nas Figuras 3.

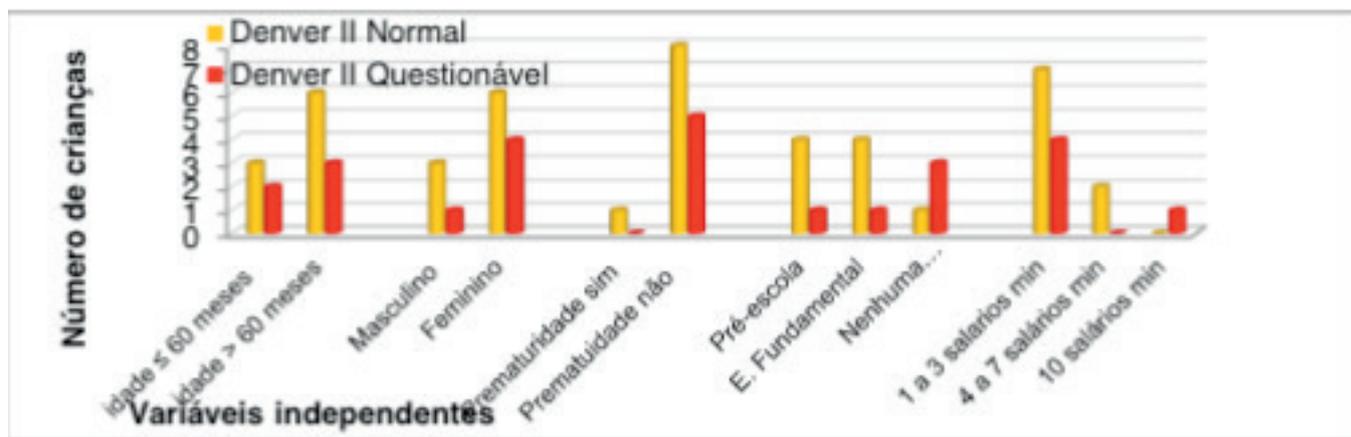


Figura 3 – Distribuição das variáveis independentes e o Denver II. Guarulhos, 2013.

CONCLUSÕES

Os resultados desse estudo que teve como objetivos avaliar o crescimento e desenvolvimento de criança com DM1 mostraram que:

- Em relação ao crescimento não houve alterações na estatura das crianças, no entanto, 28,6% das crianças apresentaram risco de sobrepeso, 21,4% sobrepeso e 7,2% obesidade;

- Em relação ao desenvolvimento o teste Denver II foi “Normal” (nenhum item de atraso e no máximo um item de cautela) para 64,0% das crianças e “Questionável” (dois ou mais itens de cautela e/ou um ou mais itens de atraso) para 36,0%.

- Quanto à associação entre as variáveis independentes e clínicas somente existiu diferença estatisticamente significativa do Score-Z Estatura/Idade para crise de hiperglicemia (p -valor = 0,096).

Os resultados deste estudo apontam para a necessidade de vigilância sistemática do crescimento e desenvolvimento de crianças portadoras de Diabetes Mellitus tipo 1 para detectar possíveis alterações e estabelecer medidas preventivas para a promoção à saúde nessas crianças.

REFERÊNCIAS

ALÍ, Frank Ernesto Medina et al. **Diabetes Mellitus en el Niño Antes de los 5 Años de Edad: Caracterización**. Ciencias Holguín, v. 10, n. 4, 2010.

AMERICAN DIABETES ASSOCIATION et al. Diagnosis and classification of diabetes mellitus. Diabetes care, v. 37, n. Supplement 1, p. S81-S90, 2014.

BADE-WHITE, Priscilla A.; OBRZUT, John E. **The neurocognitive effects of type 1 diabetes mellitus in children and young adults with and without hypoglycemia**. Journal of Developmental and Physical Disabilities, v. 21, n. 5, p. 425-440, 2009.

BRITO, Cileide Mascarenhas Lopes et al. **Desenvolvimento neuropsicomotor: o teste de Denver na triagem dos atrasos cognitivos e neuromotores de pré-escolares**. Cadernos de Saúde

Pública, v. 27, p. 1403-1414, 2011.

CAON, Giane; RIES, Lílian Gerdi Kittel. **Suspeita de atraso no desenvolvimento neuropsicomotor em idade precoce: uma abordagem em creches públicas.** Temas desenvolv, p. 11-17, 2003.

CUNHA, Edna F. et al. **Crescimento de crianças diabéticas em controle ambulatorial em hospital universitário.** Arquivos Brasileiros de Endocrinologia & Metabologia, v. 43, n. 5, p. 344-350, 1999.

DALL'ANTONIA, Cristina; ZANETTI, Maria Lúcia. **Auto-aplicação de insulina em crianças portadoras de diabetes mellitus tipo 1.** Rev. Latino-Am. Enfermagem, Ribeirão Preto, v. 8, n. 3, p. 51-58, July 2000.

DANNE, Thomas et al. **Factors influencing height and weight development in children with diabetes: results of the Berlin Retinopathy Study.** Diabetes Care, v. 20, n. 3, p. 281-285, 1997.

DOMARGÅRD, Anita et al. **Increased prevalence of overweight in adolescent girls with type 1 diabetes mellitus.** Acta paediatrica, v. 88, n. 11, p. 1223-1228, 1999.

FIGUEIRAS, Almira Consuelo et al. **Manual para vigilância do desenvolvimento infantil no contexto da AIDPI.** 2005.

FORGA, Luis et al. **Diferencias por edad y sexo en la incidencia de diabetes tipo 1 en Navarra (2009-2011).** Gaceta Sanitaria, v. 27, n. 6, p. 537-540, 2013.

FRANKENBURGW. K. et al. **Denver II screening manual.** Denver: Denver Developmental Materials, 1990.

FRANKENBURG, W. K. et al. **Denver II training manual.** Denver: Denver Developmental Materials, 1992.

GAUDIERI, Patricia A. et al. **Cognitive function in children with type 1 diabetes: a meta-analysis.** Diabetes care, v. 31, n. 9, p. 1892-1897, 2008.

GESCHWIND, Norman; GALABURDA, Albert M. **Cerebral lateralization: Biological mechanisms, associations, and pathology: I. A hypothesis and a program for research.** Archives of neurology, v. 42, n. 5, p. 428-459, 1985.

GONZÁLEZ FERNÁNDEZ, Pedro et al. **Hallazgos electroencefalográficos e hipoglicemia severa en niños con diabetes mellitus tipo 1.** Revista Cubana de Endocrinología, v. 14, n. 2, p. 0-0, 2003.

GUNCZLER, Peter et al. **Effect of glycemic control on the growth velocity and several metabolic parameters of conventionally treated children with insulin dependent diabetes mellitus.** Journal of Pediatric Endocrinology and Metabolism, v. 9, n. 6, p. 569-576, 1996.

HALPERN, Ricardo et al. **Fatores de risco para suspeita de atraso no desenvolvimento neuropsicomotor aos 12 meses de vida.** Revista chilena de pediatría, v. 73, n. 5, p. 529-539, 2002.

KODL, Christopher T.; SEAQUIST, Elizabeth R. **Cognitive dysfunction and diabetes mellitus.** Endocrine reviews, v. 29, n. 4, p. 494-511, 2008.

LAPORTE, R. E. **WHO multinational project for childhood diabetes.** Diabetes Care, v. 13, n. 10, p. 1062-1068, 1990.

MEIRA, Sheila de Oliveira et al. **Crescimento puberal e altura final em 40 pacientes com diabetes mellitus tipo 1.** Arq. bras. endocrinol. metab, v. 49, n. 3, p. 396-402, 2005.

- NAGUIB, Justine M. et al. **Neuro-cognitive performance in children with type 1 diabetes—a meta-analysis**. Journal of Pediatric Psychology, v. 34, n. 3, p. 271-282, 2008.
- NETTO, Augusto Pimazoni et al. **Atualização sobre hemoglobina glicada (HbA1C) para avaliação do controle glicêmico e para o diagnóstico do diabetes: aspectos clínicos e laboratoriais**. Jornal Brasileiro de Patologia e Medicina Laboratorial, v. 45, n. 1, p. 31-48, 2009.
- NORTHAM, E. **Hypoglycemia-part villain, but not the only one: Inv22**. Pediatric Diabetes, v. 9, p. 8, 2008.
- NYLANDER, Charlotte et al. **Children and adolescents with type 1 diabetes and high HbA1c—a neurodevelopmental perspective**. Acta paediatrica, v. 102, n. 4, p. 410-415, 2013.
- OLIVEIRA, Cláudio Flauzino; FALCÃO, Mário Cícero. **Pronóstico de hipoglicemia hiperinsulinêmica persistente de la infancia: una revisión sistemática**. Rev paul pediatri, v. 25, n. 3, p. 271-5, 2007.
- PATTERSON, Christopher C. et al. **Incidence trends for childhood type 1 diabetes in Europe during 1989–2003 and predicted new cases 2005–20: a multicentre prospective registration study**. The Lancet, v. 373, n. 9680, p. 2027-2033, 2009.
- PAULINO, Maria Fernanda Vanti Macedo et al. **Crescimento e composição corporal de crianças com diabetes mellitus tipo 1**. 2006.
- RODRIGUES, Tânia Maria Barreto; SILVA, Ivani N. **Estatura final de pacientes com diabetes mellitus do tipo 1**. Arquivos Brasileiros de Endocrinologia & Metabologia, v. 45, n. 1, p. 108-114, 2001.
- SABATÉS, Ana Llonch. **Denver II: teste de triagem do desenvolvimento: manual de treinamento - 1. ed.** - São Paulo: Hogrefe. 2017.
- SACKER, Amanda; QUIGLEY, Maria A.; KELLY, Yvonne J. **Breastfeeding and developmental delay: findings from the millennium cohort study**. Pediatrics, v. 118, n. 3, p. e682-e689, 2006.
- SILVA, Jean Carl et al. **Impactos dos hipoglicemiantes orais no desenvolvimento neuropsicomotor e pondero-estatural em recém-nascidos**. Arq Catarin Med, v. 41, n. 3, p. 38-43, 2012.
- SILVA, Larissa Ferreira; COSTA, Adriana Barbosa. **Prevalência de sobrepeso e obesidade em crianças de diferentes condições socioeconômicas. 2018**. <http://repositorio.uniceub.br/handle/235/12589>
- SILVA JUNIOR, Gildásio R. et al. **Inter-relação de variáveis demográficas, terapêutica insulínica e controle glicêmico em pacientes com diabetes mellitus do tipo 1 atendidos em um hospital universitário**. Arq Bras Endocrinol Metab, São Paulo, v. 43, n. 2, p. 114-120, Mar. 1999.
- SILVEIRA, Vera Maria Freitas da et al. **Uma amostra de pacientes com diabetes tipo 1 no sul do Brasil**. Arquivos Brasileiros de Endocrinologia & Metabologia, v. 45, n. 5, p. 433-440, 2001.
- SOCIEDADE BRASILEIRA DE PEDIATRIA. **Puericultura**. Disponível em: Disponível em: <<https://http://www.sbp.com.br/>>. Acesso em: 15 de nov. de 2018.
- SOMMERFIELD, Andrew J. et al. **Moderate hypoglycemia impairs multiple memory functions in healthy adults**. Neuropsychology, v. 17, n. 1, p. 125, 2003.
- SOUZA, A. B. G.; SIQUEIRA, C. N. **Avaliação do desenvolvimento de um grupo de crianças**

assistidas em creche, usando o teste de triagem de Denver II. *Enferm Brasil*, v. 2, n. 2, p. 96-103, 2003.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO) et al. **Who Growth reference data for 5-19 years**, 2007. [internet] 2014 [updated 2014 aug23]. Available from: Disponível em <http://www.who.int/growthref/en>.

O USO DA LUDOTERAPIA E DA RISOTERAPIA COMO AUXÍLIO PARA A RECUPERAÇÃO DE PACIENTES PEDIÁTRICOS DE UM HOSPITAL PÚBLICO

Marina Bina Omena Farias

Universidade Federal de Alagoas
Maceió – Alagoas

Larissa de Moraes Teixeira

Universidade Federal de Alagoas
Maceió – Alagoas

Marília Vieira Cavalcante

Universidade Federal de Alagoas
Maceió – Alagoas

Maria das Graças Bina Omena Farias

Universidade Federal de Alagoas
Maceió – Alagoas

Deborah Moura Novaes Acioli

Universidade Federal de Alagoas
Maceió – Alagoas

RESUMO: A internação hospitalar é sempre um processo delicado, com procedimentos dolorosos, expondo a criança sensações de medo e insegurança. A ludoterapia e risoterapia são terapias alternativas e complementares que auxiliam na melhora psicológica e física do enfermo. Em um trabalho exitoso de humanização por meio da risoterapia e ludoterapia, desenvolvido durante seis meses na pediatria do Hospital Geral do Estado de Alagoas (HGE), em visitas quinzenais, o Projeto Resgatar realizou práticas com crianças internadas na pediatria do HGE e seus acompanhantes. Os

integrantes do projeto abordavam um tema de educação em saúde, previamente escolhido e discutido pelo grupo. Para isso, foram utilizados jogos, peças teatrais, músicas, brincadeiras, pinturas, fantasias, presentes, e, acima de tudo, carinho e acolhimento. O uso do lúdico foi uma estratégia eficaz encontrada para facilitar a interação, a construção do conhecimento e a troca de experiências. O resultado pôde ser observado durante as ações, comparando o comportamento da criança que após as atividades apresentava-se mais disposta, comunicativa e, por vezes, aceitando melhor o seu tratamento. Diante disso, observou-se que o uso das terapias alternativas ameniza o sofrimento do paciente e torna o ambiente mais descontraído, além de levar conteúdo educativo para melhorar a qualidade de vida da criança e de seus familiares. Já os estudantes integrantes do projeto, puderam perceber a importância do cuidado humanizado, contribuindo para uma prática profissional diferenciada e crítica diante do sofrimento do outro.

PALAVRAS-CHAVE: Saúde da Criança; Ludoterapia; Humanização da Assistência.

PLAY THERAPY AND LAUGHTER THERAPY FOR RECOVERING PEDIATRIC PATIENTS FROM A PUBLIC HOSPITAL

ABSTRACT: Hospitalization is always a delicate

process, with painful procedures, exposing the child to feelings of fear and insecurity. The play therapy and laughter therapy are alternative and complementary therapies that aid in the psychological and physical improvement of the patient. In a successful work of humanization through laughter therapy and play therapy, developed during six months in the pediatrics of the General Hospital of the State of Alagoas (HGE), during biweekly visits, the Project Rescue visited children hospitalized in the pediatric HGE and their companions. In these meetings were used games, plays, songs, games, paintings, costumes, gifts and affection. The ludic was an effective strategy found to facilitate interaction, knowledge building and exchange of experiences. The result could be observed during the actions comparing the behavior of the child who after the activities was more willing, communicative and sometimes accepting their treatment better. It was observed that the use of alternative therapies softens the patient's suffering and makes the environment more relaxed, as well as bringing educational content to improve the quality of life of the child and their family. The students, however, were able to perceive the importance of humanized care, contributing to a different and critical professional practice in the face of the suffering of the other.

KEYWORDS: Child Health; Play Therapy; Humanization of Assistance.

1 | INTRODUÇÃO

A infância é um período importante na vida de qualquer indivíduo. É nesta fase que o indivíduo constrói sua relação com o próprio corpo e com o mundo externo por meio de suas vivências pessoais, familiares e sociais. Marcada pelas atividades físicas intensas, sendo que estas são necessárias para que a criança possa explorar e conhecer o ambiente a sua volta e assim, conseqüentemente, crescer e aprimorar seu conhecimento sobre o mundo (OLIVEIRA, 2007).

A hospitalização é uma experiência estressante para a criança, pois envolve profundas adaptações às mudanças que ocorrem no seu cotidiano. O processo de hospitalização para a criança e o adolescente, em muitos casos representa a perda de sua vida social, de seus brinquedos e de suas fantasias (FIORETE, 2016; FERNANDES, 2011).

As crianças submetidas a uma rotina hospitalar vivenciam diversas condutas terapêuticas que incluem procedimentos dolorosos, ingestão de medicamentos com sabores desagradáveis, além de se depararem com situações variadas como a presença constante de pessoas estranhas ao seu convívio habitual como profissionais de saúde de diversas áreas, outros pacientes internados e seus acompanhantes (FIORETE, 2016).

A ludoterapia é uma alternativa terapêutica que possibilita na criança e no adolescente um momento de regaste a sociabilidade que ficou em segundo plano devido ao processo de hospitalização que as enfermidades demandam. Esta técnica faz uso da brincadeira, da utilização de espaços e de comportamentos diferenciados

por parte de toda equipe multidisciplinar da assistência hospitalar, para resgatarm a fantasia no paciente, e a partir da fantasia, amenizar os sofrimentos psíquicos e angústias que as enfermidades podem acarretar (FERNANDES, 2011).

O brincar e o jogar são experiências indispensáveis à saúde física, emocional e intelectual, principalmente para o público infantil. Através deles, a criança potencializa seu processo de aprendizagem assim também como desenvolve a linguagem, o pensamento, a socialização, a iniciativa e a autoestima, constituindo-se enquanto sujeito ativo, capaz de lidar melhor frente aos distintos desafios que surgirão em diferentes contextos de seu processo de desenvolvimento (CAMPOS, 2005).

Os jogos, os desenhos e brincadeiras de faz-de-conta, sem dúvida são meios facilitadores na descoberta da leitura e escrita: profissionais da área educacional, comprometidos com a qualidade da sua prática pedagógica e/ou psicopedagógica, reconhecem a importância dos jogos como veículo para o desenvolvimento social, emocional e intelectual dos alunos. Através da brincadeira o indivíduo pode testar hipóteses, explorar toda a sua espontaneidade criativa. (KISHIMOTO, 2002; CAMPOS, 2005).

Os jogos não são apenas uma forma de divertimento: são meios que contribuem e enriquecem o desenvolvimento intelectual. Para manter seu equilíbrio com o mundo a criança precisa brincar, criar e inventar (KISHIMOTO, 2002).

Uma hospitalização para a criança significa a separação da família dos brinquedos, da escola, dos professores, dos colegas, limitação, desconfiança e ter que confiar em quem não se conhece. Tais limitações provocam uma desordem subjetiva que desencadeiam distúrbios de comportamentos, fobias, agitação psicomotora, suscetibilidade às infecções, anorexia, vômitos, insônia, depressão e regressões, que são diagnosticadas e tratadas erroneamente como problemas orgânicos (FERNANDES, 2011).

Ao brincar a criança mostra o que sente, libera tensões provocadas pela internação e favorece a adesão ao tratamento, além de ser extremamente importante para elas dentro do seu convívio social (para a promoção da socialização/viver em sociedade), escolar (no processo de aprendizado) e na elaboração de seus sofrimentos em decorrência de algum trauma, doença, hospitalização, e é uma ferramenta extremamente valiosa para o psicólogo fazer uso - balizado por técnicas científicas – durante o processo terapêutico (FERNANDES, 2011).

O objetivo deste artigo é relatar o emprego da técnica de ludoterapia e risoterapia, pelo Projeto Resgatar na pediatria do Hospital Geral do Estado (HGE), na cidade de Maceió, Alagoas, durante seis meses, focando a intervenção utilizada.

Para fazê-lo, foi realizada uma revisão literária com material bibliográfico sobre Ludoterapia, Risoterapia, Brinquedoteca Hospitalar, Humanização da assistência e várias referências de textos e artigos especializados.

2 | MÉTODOS

Cada ciclo do projeto tem duração de seis meses. Todo ciclo se inicia com entrevistas e avaliações dos currículos de novos candidatos, realizadas pela coordenadora e pelos integrantes que continuam a fazer parte do projeto. A última etapa de seleção ocorre no próprio HGE para que se possa avaliar a espontaneidade, caracterização, interação e reação dos futuros integrantes do projeto com as crianças e acompanhantes que estejam presentes. Após o processo de seleção os novos integrantes são acolhidos e inseridos no Projeto.

O projeto é composto por 40 estudantes, de diferentes áreas da saúde. A participação no projeto compreende que todos os integrantes sigam um cronograma, sendo normalmente, um encontro para planejamento da ação ou oficinas e outro encontro para a ação na pediatria do hospital. O projeto também oferece aos seus integrantes oficinas de acolhimento, técnicas teatrais, construção de origamis e contação de histórias, com intuito de qualificar os integrantes do projeto, nas ações e temáticas abordadas com o público do hospital.

Durante os seis meses que resultaram neste relato, em visitas quinzenais ao HGE, o Projeto Resgatar realizou essas práticas com crianças internadas na pediatria do HGE e seus acompanhantes. No período de janeiro a julho de 2017 o projeto trabalhou diversos temas como: carnaval, alimentação saudável, dengue, câncer do colo do útero e câncer de mama, direito dos usuários do SUS e Páscoa.

Especialmente nos meses de maio e junho, o projeto prioriza sempre o desenvolvimento de atividades lúdicas e prevenção de acidentes e primeiros socorros envolvendo queimaduras, em decorrência das características e tradições nordestinas dos fogos e fogueiras. Neste período o hospital registra o aumento de entrada de pacientes adultos e crianças vítimas de acidentes com fogos e queimaduras. Estratégias pedagógicas como: rodas de conversas, teatro com fantoches, gincanas e brincadeiras diversas, são aplicadas para alertar as crianças e os acompanhantes dos riscos dos fogos, e como proceder em casos de queimaduras, sempre usando o componente lúdico agregado ao componente educativo.

3 | RESULTADOS E DISCUSSÃO

As atividades realizadas durante os seis meses de projeto que resultaram neste artigo, conseguiram alcançar cerca de 300 crianças internadas e acompanhantes, que relataram os diversos benefícios da utilização do brincar na hospitalização, referindo que a utilização da ludoterapia e da risoterapia auxilia na minimização das tensões geradas pela hospitalização, promovendo alívio e os impactos negativos da experiência.

Estudos demonstram que o brincar possibilita a redução da ansiedade, estresse e angústias infantis causadas por experiências atípicas, como a hospitalização.

Ademais, auxilia a criança hospitalizada a compreender melhor o momento específico que ela vive e promover a continuidade do seu desenvolvimento (SOUZA, 2012).

O brincar também pode ser considerado a atividade mais importante da vida de uma criança, pois é por meio deste que se comunica com o meio onde vive e expressa sentimentos das mais variadas ordens, bem como suas críticas quanto ao meio e à família, promovendo, assim, o desenvolvimento harmonioso de sua personalidade. Há influência positiva deste no restabelecimento físico e emocional da criança, o que acelera sua recuperação (FROTA, 2007; SILVA JÚNIOR, 2014).

Sabe-se que o próprio processo de hospitalização, atrelado às mudanças na rotina da criança, pode ser um momento de estresse, evidenciado por medo, irritabilidade, ansiedade, isolamento social, tempo ocioso, entre outros. Os estudos mostram que o brincar no ambiente hospitalar auxilia no diagnóstico, estimula a recuperação, transforma o ambiente e favorece o cuidar da criança numa atmosfera de amparo e reconhecimento de suas necessidades, podendo aliar o cuidado a uma brincadeira. Por meio do brincar, a criança se distrai, expressa sentimentos e esquece a realidade na qual está inserida (SOUZA, 2012).

Observou-se que as mães se sentem mais calmas ao perceberem a utilização do brincar com seus filhos, os quais expressam sinais de distração, alegria e superação quanto à situação de hospitalização, pois enquanto as crianças brincam, elas se distraem e parecem se esquecer do ambiente em que estão, o que minimiza o estresse da internação.

As atividades lúdicas no ambiente hospitalar pode proporcionar a sua transformação, visto muitas vezes como um ambiente de dor, punição e sofrimento, em um lugar mais prazeroso no qual a criança consiga se adaptar mais facilmente, diminuindo a tensão e os impactos negativos da hospitalização (LIMA, 2014).

Os acompanhantes (em sua grande maioria as mães e os pais das crianças internadas) reconhecem que as atividades de ludoterapia e risoterapia são eficazes na distração da dor, na redução de sentimentos negativos e das queixas, fazendo com que, muitas vezes, a criança não sofra demasiadamente devido a essa condição.

Para a criança, a hospitalização representa uma situação diferente de todas as já vivenciadas, pois ela se encontra em um ambiente impessoal, diferente do seu dia a dia, distante de seus familiares e amigos e está cercada de pessoas estranhas que a todo o momento a tocam e realizam procedimentos que, muitas vezes, lhe causam dor, desconforto, angústia e ansiedade. Em nossa experiência na pediatria do HGE, as atividades de ludoterapia e risoterapia desviam o foco de atenção da criança do procedimento propriamente dito e do ambiente hospitalar, diminuindo a ansiedade, a dor, o desconforto e o sofrimento diante da situação vivenciada.

Os acompanhantes participam das atividades lúdicas ofertadas e, além de incentivarem seus filhos a brincar com outras crianças, brincam com eles, estreitam o vínculo e com o auxílio das brincadeiras trocam experiências e enfrentam juntos aquele período estressante. Percebe-se também que essas atividades dão suporte emocional

aos acompanhantes, pois muitos relataram que ver os filhos se divertindo no contexto da hospitalização permite que eles se sintam menos angustiados e ansiosos.

Estudos demonstram que, entre as diversas vantagens apresentadas pelo uso de brincadeiras no hospital, está a capacidade de conduzir as crianças a experiências que as façam sentirem-se vivas, mesmo em situações estressantes. Essa experiência mantém a evolução do seu processo de desenvolvimento. O brincar favorece a socialização da criança, ao permitir que ela vivencie papéis sociais e aprenda a se relacionar com os demais; quando lhe possibilita dramatizar papéis e conflitos que está enfrentando, aliviando a tensão emocional (SILVA JÚNIOR, 2014; RIBEIRO, 2009; SILVA, 2005).

4 | CONCLUSÃO

Por meio deste estudo foi possível perceber, com base na observação e relato das crianças, acompanhantes e integrantes do projeto, que as atividades de ludoterapia e risoterapia desenvolvidas pelo Projeto Resgatar são muito eficazes no tratamento da criança hospitalizada, pois facilita a comunicação, participação e motivação da criança em todo o seu processo de hospitalização, o que o torna o cuidado mais integral e humano.

A estratégia do brincar proporcionou melhora tanto no aspecto emocional quanto clínico da criança hospitalizada, além de servir para promover uma relação de confiança entre familiares e criança. Como benefícios da utilização dessa ferramenta, pode-se ressaltar a maior aproximação dos pais, melhor compreensão das crianças quanto aos cuidados a serem realizados no hospital e diminuição do estresse causado pela hospitalização.

Diante disso, espera-se que este relato incentive a implantação de atividades lúdicas em mais hospitais do Brasil, para promover um tratamento cada vez mais humanizado e menos doloroso, e que desperte um olhar diferenciado nos profissionais de saúde, para que atuem de forma mais humana na redução dos impactos provocados pela hospitalização na criança, visando sempre ao seu bem-estar.

Ressalta-se que esta pesquisa foi realizada em uma unidade de internação pediátrica pública, o que limita a generalidade dos resultados obtidos. Portanto, recomenda-se a produção de novas investigações que explorem cada vez mais o uso do brincar na assistência a essas crianças.

Em conclusão, observou-se que a ludoterapia e a risoterapia são modalidades eficazes no que diz respeito ao benefício terapêutico para pacientes em processo de hospitalização, pois propicia a criança hospitalizada e seu acompanhante, uma possibilidade de se comunicar, expressar seus sentimentos e desejos que a enfermidade os privou.

REFERÊNCIAS

- CAMPOS, M. C. R. M. **A importância do jogo na aprendizagem.** (artigo publicado). 2005.
- FERNANDES, C. **A ludoterapia dentro do contexto hospitalar.** Psicologia.pt- O portal dos psicólogos, 2011.
- FIORETI, F. C. C. F.; MANZO, B. F.; REGINO, A. E. F. **A Ludoterapia e a criança hospitalizada na perspectiva dos pais.** REME – Rev Min Enferm. 2016.
- FROTA, M. A. et al. O lúdico como instrumento facilitador na humanização do cuidado de crianças hospitalizadas. **Cogitare Enferm**, v.12, n.1, p.69-75, 2007.
- KISHIMOTO, T. **Jogo e a educação infantil.** São Paulo: Pioneira Thonason Learning, 2002.
- LIMA, K. Y. N. et al. **Atividade lúdica como ferramenta para o cuidado de enfermagem às crianças hospitalizadas.** REME - Rev Min Enferm, 2014.
- OLIVEIRA, L. B. **A brinquedoteca hospitalar como fator de promoção no desenvolvimento infantil: relato de experiência.** Revista brasileira de crescimento e desenvolvimento humano. v.19, n.2. p.306-312, 2009.
- RIBEIRO, C. A.; BORBA, R. I.; REZENDE, M. A. **O brinquedo na assistência à saúde da criança.** In: Fujimori E, Ohara CV, organizadores. Enfermagem e a saúde da criança na atenção básica. São Paulo: Manole, 2009.
- SILVA JÚNIOR, R. F. et al. **O brinquedo terapêutico como prática de enfermagem pediátrica.** Rev Digital EFDeportes.com, 2014.
- SILVA, P. H.; OMURA, P.M. Utilização da risoterapia durante a hospitalização: um tema sério e eficaz. **Rev Enferm UNISA**, v.6, n.1, p. 70-73, 2005.
- SOUZA, L. P. S. et al. **O brinquedo Terapêutico e o lúdico na visão da equipe de enfermagem.** J Health Sci Inst, 2012.

JEJUM PRÉ-OPERATÓRIO DE CRIANÇAS EM SITUAÇÃO CIRÚRGICA: UMA REVISÃO DA LITERATURA

Marcelle Cristine da Fonseca Simas
Ariane da Silva Pires
Giselle Barcellos Oliveira Koeppe
Priscila Padronoff Oliveira
Carlos Eduardo Peres Sampaio

RESUMO: **Introdução:** O período pré-operatório de uma cirurgia pediátrica, é um momento de bastante tensão tanto para o acompanhante quanto para a criança. O período de jejum pré-operatório solicitado é o que mais pode causar incômodos, reduzindo assim a tolerância da criança à esse período, favorecendo o desenvolvimento de alterações metabólicas, resistência à insulina, hiperglicemia, entre outras consequências geradoras desse período. **OBJETIVO:** Identificar de acordo com a revisão da literatura o tempo adequado e as consequências do jejum pré-operatório de crianças em situação cirúrgica. **MÉTODO:** Utilizou-se revisão sistemática da literatura, com busca de dados realizada nas bases: LILACS, MEDLINE e SCIELO. Considerou-se o período decorrente de 2009 a 2019. Na busca com palavras chaves: “Assistência pré-operatória”; “jejum em crianças”, obteve-se 130.204 textos. Operou-se com filtros como: texto estar inteiramente disponível online, no idioma português, limite: criança; criança; tipo de documento: artigos. Obteve-se assim 54

textos, no qual após a realização de uma leitura profunda, foram-se utilizados 10 textos que por fim responderam às necessidades propostas nesse estudo. Utilizou-se a análise de conteúdo temática. **RESULTADOS:** Evidenciou-se com a revisão sistemática que o tempo de jejum pré-operatório pode ser reduzido, ao invés das crianças passarem por um jejum de 8 horas, causando desconforto, os estudos atuais descrevem que um jejum pré-operatório pode ocorrer no período de 2 horas após a ingestão de um líquido sem resíduos. **CONCLUSÃO:** Percebe-se através desse estudo que a redução do período de jejum pré-operatório busca amenizar a ansiedade, desconforto às crianças, além de futuras complicações metabólicas, no pós-operatório. Dessa forma, a prática do jejum tradicional tem sido questionada, sugerindo-se sua redução por meio da implementação de novos protocolos multiprofissionais institucionais, com o objetivo de diminuir o tempo de privação de alimentos, obtendo consequente melhora na recuperação pós-operatória

PALAVRAS-CHAVE: PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS, OPERATÓRIOS, ENFERMAGEM PEDIÁTRICA, JEJUM

INTRODUÇÃO

O processo de hospitalização envolve

uma série de sentimentos como medo, angústia, aflição, ansiedade, curiosidade e a esperança de uma cura ou melhora do estado de saúde do indivíduo. Na maioria das vezes, esse momento costuma ser uma experiência bastante traumática para as pessoas envolvidas, principalmente quando esse cliente é uma criança, o que torna esse momento mais delicado, pois a mesma se afasta do seu ambiente de origem que é o seu lar, além de seus familiares, amigos e seus hábitos diários (WEBER, 2010).

Todos esses pensamentos aflorados em torno da hospitalização, tornam-se mais notórios e intensificados quando a internação ocorre para um objetivo específico, como a realização de um procedimento cirúrgico. A criança hospitalizada principalmente nos seus primeiros anos de vida, onde ficam mais vulneráveis a esses eventos, acabam criando em si um sentimento de ansiedade decorrente do afastamento do seu cotidiano, da perda do controle diante de um lugar desconhecido como o hospital, além do medo da lesão corporal e da dor que acentuam-se frente a realização de um procedimento cirúrgico invasivo, como ocorre na cirurgia (WEBER, 2010).

Experiências negativas podem ser desenvolvidas na criança durante todo o período perioperatório, principalmente no pré-operatório, que é o período que antecede a cirurgia, podendo ocasionar alguns distúrbios, como os alimentares, de ansiedade, de personalidade e sono da criança. Esses distúrbios podem gerar desconfortos e resultados não propícios para a melhora no pós-operatório do cliente infantil (WEBER, 2010).

Pensando nos cuidados e em uma melhor recuperação no pós-operatório imediato e mediato, faz-se necessário a busca por melhorias no atendimento pré-operatório e na individualização de cada paciente em sua estadia no hospital. Isso porque a satisfação do cliente representa um importante fator contribuinte para sua melhor adesão a todo o tratamento que cerca o processo cirúrgico a que será submetido, o que favorecerá um resultado futuro mais satisfatório aos envolvidos (IMBELLONI; POMBO; FILHO, 2015).

Em busca de se alcançar ao máximo a satisfação do cliente no percurso do perioperatório, é válido a procura de estratégias e investigações que permitam determinar as melhores táticas para amenizar, ou até anular experiências negativas relativas à intervenção cirúrgica. Neste contexto, muitos estudos, apresentam como um dos procedimentos que geram mais desconforto, ansiedade, tensão e possíveis alterações metabólicas no paciente infantil, o período determinado como “nada pela boca”, que representa o período de jejum pré-operatório (IMBELLONI; POMBO; FILHO, 2015).

Por ser o jejum um importante influenciador da aceitação, satisfação e recuperação no pós-operatório, diversos estudos ao decorrer dos anos buscam descrever e delimitar o período exato de jejum absoluto em um indivíduo, uma vez que, várias pesquisas ratificam os malefícios que um jejum perioperatório prolongado pode desencadear. Dentre os possíveis danos podem-se citar os prejuízos ao estado nutricional, o aumento da resistência à insulina, o aumento ao risco de infecção, o

detrimento da integridade intestinal e o comprometimento do processo de cicatrização, resultando, portanto no prolongamento do período de internação (FRANCISCO; BATISTA; PENA, 2015).

De acordo com Francisco; Batista e Pena (2015), a definição do tempo do jejum pré-operatório de 8 a 12 horas foi instituída por Mendelson em 1946 e é praticado em muitos lugares até os dias de hoje, mesmo com a nova era na qual utilizam-se uma medicina baseada em evidências. Uma das preocupações primordiais para que essa duração do período de jejum ocorra, é o risco de aspiração associada à anestesia.

A American Society of Anesthesiologists (ASA), em seus estudos e relatos recentes, evidenciou que não há risco eminente de aspiração, caso o tempo de jejum pré-operatório seja reduzido. Além disso, a ASA recomenda desde o ano de 2011, em seu guia destinado para a prática clínica, que o jejum pré-operatório antes de procedimentos eletivos que exigem anestesia geral, local ou sedação/analgesia, seja de 2 h para líquidos sem resíduos, com ou sem conteúdo nutricional, como água, chá, café, sucos de fruta sem polpa e bebidas ricas em carboidrato. A recomendação para alimentos sólidos inclui o jejum de 6 horas para refeições leves e de 8 horas para refeições que contenham mais substâncias (FRANCISCO; BATISTA; PENA, 2015).

Diversas pesquisas revelam que o uso de bebidas ricas em carboidratos em até 2 horas antes da realização do procedimento cirúrgico, como é recomendado pela ASA, pode beneficiar o paciente infantil envolvido, através, da prevenção da imunodepressão; da redução do risco de complicações infecciosas; do retorno da normalidade da função intestinal; da diminuição da sensação de sede, fome, náuseas e vômitos; além da atenuação da resistência à insulina. Todos estes aspectos resultam em uma melhor resposta da criança a esse período tão traumático para ela e seus familiares (CUMINO et al., 2013).

O público infantil que necessita de jejum pré-operatório pode não compreender a importância deste procedimento, o que pode dificultar sua adesão a este cuidado, refletindo em todo o período perioperatório, que passa a não ocorrer de forma tranquila e espontânea. Dessa forma, se faz necessário a realização de estudos que promovam a ampliação do conhecimento acerca do manejo de cuidado relativo ao jejum pré-operatório, apontando considerações acerca de seu tempo hábil e de seu impacto no enfrentamento da criança hospitalizada ao processo cirúrgico (CAMPANA et al., 2015).

OBJETIVO

Identificar de acordo com a revisão da literatura o tempo adequado e as consequências do jejum pré-operatório de crianças em situação cirúrgica.

METODOLOGIA:

Neste estudo, utilizou-se uma revisão sistemática da literatura, com busca de

dados realizada nas bases: LILACS, MEDLINE e SCIELO. Considerou-se o período decorrente de 2009 a 2019. Na busca com palavras chaves: “Assistência pré-operatória”; “jejum em crianças”, obteve-se 130.204 textos. Operou-se com filtros como: texto estar inteiramente disponível online, no idioma português, limite: criança; criança; tipo de documento: artigos. Obteve-se assim 54 textos, no qual após a realização de uma leitura profunda, foram-se utilizados 10 textos que por fim responderam às necessidades propostas nesse estudo. Utilizou-se a análise de conteúdo temática.

AUTOR/ ANO	BASE DE DADOS	OBJETIVO	ACHADOS IMPORTANTES
BEZERRA <i>et al.</i> , (2009)	MEDLINE	Avaliar o surgimento de possíveis complicações anestésicas relacionadas à abreviação do jejum pré-operatório para duas horas.	Identificou-se que a adoção das medidas multidisciplinares perioperatórias do projeto ACERTO não trouxe nenhuma complicação relacionada ao jejum pré-operatório.
Christóforo; Carvalho. (2009)	SCIELO	Caracterizar os cuidados de enfermagem prestados a pacientes em período pré-operatório de cirurgias eletivas.	Identificou-se fragilidades no cuidado do paciente cirúrgico, no sentido de contribuir para a reflexão sobre a necessidade de mudança nas práticas da enfermagem no ambiente hospitalar.
WEBER. (2010)	LILACS	Verificar a influência das atividades lúdicas realizadas durante o pré-operatório sobre a ansiedade de crianças.	Os resultados mostraram que, logo ao entrar no CCA, os pacientes não apresentaram diferenças significativas com relação à ansiedade, sendo os valores elevados.
FEGURI. (2012)	LILACS	Avaliar variáveis clínicas, segurança do método e efeitos no metabolismo de pacientes submetidos à abreviação do jejum na cirurgia de revascularização do miocárdio.	Abreviação do jejum pré-operatório com oferta de CHO na CRVM foi segura, melhorou o controle glicêmico na UTI, diminuiu tempo de uso de dobutamina, e de internação hospitalar e na UTI.

<p>IMBELONNI; POMBO; FILHO. (2015)</p>	<p>MEDLINE</p>	<p>Avaliar se a ingestão de 200 mL oral pré-operatória de uma bebida de carboidratos pode melhorar o conforto e a satisfação com a anestesia no paciente idoso com fratura de quadril.</p>	<p>O tempo de jejum diminuiu significativamente no grupo de estudo. Pacientes beberam 200 mL 2:59 h antes da cirurgia e não apresentaram fome ($p < 0,00$) e sede na chegada à SO ($p < 0,00$), resultando em aumento da satisfação com o cuidado perioperatório anestesia ($p < 0,00$).</p>
<p>FRANCISCO; BASTISTA; PENA. (2015)</p>	<p>SCIELO</p>	<p>Investigar se o tempo de jejum perioperatório prescrito e praticado pelos pacientes se encontra em conformidade com os protocolos multimodais atuais e identificar os principais fatores associados.</p>	<p>Os pacientes permaneceram em jejum por tempo prolongando, ainda maior que o tempo prescrito e a intensidade dos sinais de desconforto como fome e sede aumentaram ao longo do tempo.</p>
<p>CAMPANA <i>et al.</i>, (2015)</p>	<p>LILACS- EXPRESS</p>	<p>Compreender como o cuidador vivencia o jejum da criança cirúrgica e percebe sua sede no período perioperatório</p>	<p>O manejo da sede amenizaria o sofrimento da criança e dos familiares. Por conseguinte, é necessário desenvolver estratégias de manejo da sede na criança.</p>
<p>MARTINS <i>et al.</i> (2016)</p>	<p>LILACS- EXPRESS</p>	<p>Verificar a ocorrência de complicações intraoperatórias e pós-operatórias em pacientes submetidos a procedimentos, como o tempo de jejum.</p>	<p>Identificou-se que as complicações intraoperatórias e pós-operatórias estiveram associadas às condições clínicas dos pacientes e não ao tempo de jejum.</p>
<p>VELHOTE; BOHOMOL; PRIETO. (2016)</p>	<p>LILACS- EXPRESS</p>	<p>Identificar as reações dos acompanhantes de crianças submetidas à cirurgia ambulatorial.</p>	<p>A orientação médica aos procedimentos pré-operatórios foi de grande importância, não somente para o cuidado da criança, mas também do acompanhante, visando diminuir ao máximo o estresse vivenciado por eles.</p>

CARVALHO <i>et al.</i> , (2017)	SCIELO	Avaliar a segurança de um protocolo de abreviação do jejum pré-operatório, com o uso de bebida contendo carboidratos, e realimentação precoce.	Identificou-se que a abreviação de jejum pré-operatório para 2 h com uso de bebida contendo carboidratos, em operações eletivas de crianças, é seguro e não está associado ao maior risco de broncoaspiração pulmonar.
------------------------------------	--------	--	--

RESULTADOS E DISCUSSÃO

- O jejum como um processo não facilitador da hospitalização: sentimentos ocasionados.

No contexto hospitalar, as crianças ficam expostas à probabilidade de serem submetidas a procedimentos invasivos e traumáticos e, por isso, a situação de internação é considerada um fator estressor para o desenvolvimento infantil. Dentre os procedimentos invasivos, encontram-se as experiências cirúrgicas, as quais, vivenciadas por crianças, estão atreladas ao desconhecido e incontrolável e, sendo assim, causadoras de impacto, uma vez que permeiam a imprevisibilidade. Além disto, estão circundadas por fantasias, medos e reações negativas, tornando-se algo a ser temido, o que pode promover elevados níveis de stress e potencializar suas reações (CARVALHO *et al.*, 2006; MORO; MÓDOLO, 2004).

O fato de a criança ter vivenciado poucas experiências e ter uma imaturidade biopsicológica dificulta o enfrentamento da situação cirúrgica, uma vez que tal situação a expõe a vários estressores com os quais tem dificuldade de manejo, tornando-a mais complexa que quando experienciada por um adulto (BROERING; CREPALDI, 2008; CARVALHO *et al.*, 2006).

De acordo com Sebastiani e Maia (2005), apesar dos avanços técnicos e científicos da Medicina, proporcionando técnicas cada vez mais sofisticadas de cirurgia e de anestesia, o paciente cirúrgico nunca se sente totalmente seguro. É comum o paciente cirúrgico apresentar sentimento de impotência, isolamento, medo da morte, da dor, da mutilação, da incapacitação, além das dificuldades de adaptação frente às mudanças na imagem corporal. Para estes autores, a intervenção psicológica é necessária nessa situação, buscando minimizar a angústia e ansiedade do paciente. Tal intervenção pode ser, dividida didaticamente, em três momentos específicos: no pré-operatório, no transoperatório e no pós-operatório (imediate e mediato). Cada uma dessas fases é caracterizada por experiências e vivências distintas e, conseqüentemente, as emoções, reações psicológicas e comportamentais são diferenciadas.

O paciente infantil tem dificuldade em compreender o período de jejum. Algumas crianças apresentam comportamentos negativos, ficam irritadas, agitadas, chorosas e insistem em querer comer e beber água durante o jejum. Oferecer à criança explicações e orientações a respeito das rotinas perioperatórias e da necessidade de determinados procedimentos pode resultar-lhe em menos sofrimento e comportamento mais calmo (COSTA, 2010).

O preparo psicoemocional da criança é fundamental para tornar a vivência dos procedimentos hospitalares menos estressante e menos traumática. Intervenções lúdicas, essenciais neste processo, possibilitam um ambiente menos hostil para o paciente, pois aproxima o hospital da realidade infantil, facilitando a comunicação e o cuidado. Além disso, torna-se um importante meio de enfrentamento, que gera maior tranquilidade e coragem para superar as dificuldades da hospitalização (CUNHA; SILVA, 2012).

Não se encontram, porém, estudos específicos sobre o lúdico no manejo do estresse causado pelo jejum e pela sede em tal população. A sede é um sintoma que intensifica o desconforto e o sofrimento vivenciados pela criança cirúrgica. Em adultos, constata-se a sede no período perioperatório como incômodo real e de alta incidência. Durante o pós-operatório, a incidência chega a 75% (n=128) e a média de intensidade (em escala de 1 a 10) chega a 6,1(11) e até a 8,17(12). Mas pouco se sabe sobre a incidência da sede perioperatória especificamente em crianças. As crianças enfrentam, muitas vezes, tempos excessivos de jejum, tanto para sólidos quanto para líquidos, o que pode intensificar seu desconforto (YOON; MIN, 2012).

A sede é um sintoma pouco valorizado pela equipe de enfermagem. Mesmo havendo comprovação científica quanto à segurança do menor tempo de jejum para líquidos, os profissionais, segundo relato dos familiares, agem baseando-se no antigo mito de que não se deve quebrar o jejum. Observa-se pouca iniciativa deles diante da sede da criança e, quando decidem empregar alguma estratégia para amenizar o sintoma, agem empiricamente, sem utilizar métodos padronizados. Sendo o enfermeiro um profissional de grande importância neste contexto, é fundamental realizar pesquisas sobre métodos eficazes de alívio da sede em crianças para, assim, possibilitar a educação da equipe quanto ao manejo adequado desse sintoma (CAMPANA *et al.*, 2015).

- Os benefícios metabólicos resultantes do tempo de jejum pré-operatório.

Com o procedimento cirúrgico, ocorre alteração do metabolismo basal, que é medida por citocinas pró-inflamatórias, hormônios contrarreguladores, tais como glucagon, catecolaminas, cortisol, entre outros mediadores, chamada de resposta metabólica ao trauma cirúrgico. Esta resposta é potencializada pelo jejum pré-operatório prolongado (NASCIMENTO *et al.*, 2011).

Após algumas horas de jejum, ocorre a diminuição dos níveis de

insulina e, em contrapartida, há aumento dos níveis de glucagon, determinando uma utilização rápida da pequena reserva de glicogênio (cerca de 400g em um indivíduo adulto), que se encontra em maior parte no fígado; além de uma maior produção de mediadores inflamatórios.

Em menos de 24 horas de jejum, o glicogênio hepático é totalmente consumido. Porém, a gliconeogênese é ativada e a proteína muscular passa a ser utilizada, provendo glicose para os tecidos que dependem exclusivamente dela como fonte de energia (NYGREN, 2006).

No procedimento cirúrgico, o jejum noturno pré-operatório foi instituído quando técnicas anestésicas tinham o objetivo de garantir o esvaziamento do estômago e evitar broncoaspiração no momento da indução, prevenindo as complicações pulmonares associadas a aspirações do conteúdo gástrico (OLIVEIRA *et al.*, 2009).

Atualmente, as recomendações para o jejum pré-operatório vêm sendo modificadas pelas principais sociedades de anestesia do mundo, que recomendam a ingestão de solução oral enriquecida com carboidratos (CHO), duas a três horas antes do procedimento cirúrgico (MERCHANT *et al.*, 2014; SMITH *et al.*, 2011). Esta técnica está sendo vista como um dos fatores benéficos para diminuir a resposta orgânica, a resistência insulínica, o estresse cirúrgico e, ainda, melhorar o bem estar do paciente, demonstrando ser segura e essencial para a recuperação mais rápida do trauma cirúrgico (PIMENTA; AGUILAR, 2014).

Além disso, no atual momento existem projetos que foram implementados com o objetivo de diminuir as complicações cirúrgicas e melhorar as técnicas perioperatórias, minimizando o estresse imposto pela operação (IMBELONNI; POMBO; FILHO, 2015).

O Enhanced Recovery After Surgery (ERAS) é um projeto multicêntrico que foi recentemente desenvolvido e implementado em países europeus, sendo criado com base em muitos estudos apoiados pela prática da medicina em evidências (CARVALHO *et al.*, 2017).

No Brasil, em 2005, foi implantado um projeto inspirado nas condutas do ERAS, chamado de ACERTO, ou Aceleração da Recuperação Total Pós-Operatória. Consiste em um programa multidisciplinar que envolve os serviços de cirurgia geral, anestesia, nutrição, enfermagem e fisioterapia e que estabelece um conjunto de cuidados perioperatórios visando melhorar a recuperação do paciente cirúrgico. Dentre as principais condutas preconizadas pelo projeto ACERTO estão: avaliação e terapia nutricional perioperatórias, abreviação do jejum pré-operatório com oferta de líquidos contendo carboidratos, restrição de fluidos intravenosos, do uso de sondas e drenos, realimentação e mobilização precoce no pós-operatório (AGUILAR-NASCIMENTO *et al.*, 2006).

- Protocolos relacionados ao jejum pré-operatório versus sua aplicabilidade.

Recentes protocolos de cuidados perioperatórios à população infantil, têm favorecido a redução do tempo de jejum antes e após o procedimento cirúrgico. Apesar de ainda serem incipientes os estudos nacionais sobre a utilização destes protocolos de abreviação de jejum, pesquisa realizada aponta que a redução do tempo de jejum, bem como a realimentação precoce de pacientes pediátricos em situação cirúrgica é de grande relevância, à medida que proporciona uma série de benefícios clínicos e metabólicos a esta clientela (CARVALHO, CARVALHO, NOGUEIRA, AGUILAR-NASCIMENTO, 2017).

Embora, seja indispensável o emprego do jejum pré-operatório para garantir o esvaziamento gástrico e o risco de eventos respiratórios adversos, na prática clínica o período de jejum geralmente excede o recomendado por protocolos firmemente estabelecidos. Neste contexto, faz-se necessário que os serviços de saúde dirijam suas ações tendo como base os protocolos mais atualizados, executando prescrições individualizadas para jejum de alimentos sólidos e líquidos (PIEROTTI, NAKAYA, GARCIA, NASCIMENTO, CONCHON, FONSECA, 2018).

O tempo de jejum considerado nos protocolos recentes, especialmente em clientela pediátrica, deve ser devidamente respeitado, pois o jejum prolongado na criança representa um forte motivo de sofrimento, tanto para ela, como para seu familiar. Além do cumprimento do período estipulado nos protocolos, o profissional de saúde deve ainda manter uma comunicação efetiva com os pacientes e familiares, a fim de amenizar toda a angústia provocada por esta limitação imposta pelo procedimento cirúrgico (CAMPANA, FONSECA, LOPES, MARTINS, 2015).

Manter um paciente em jejum por um tempo prolongado, além de estar em desacordo com os protocolos atualmente preconizados, favorece sinais de desconforto e impede as vantagens advindas da abreviação do período de jejum operatório. Dessa forma, é fundamental a implementação efetiva dos protocolos seja valorizada e incentivada, a fim de garantir uma melhor recuperação para a clientela assistida (FRANCISCO, BATISTA, PENA, 2015).

- Malefícios que podem ser gerados como consequência do período de jejum no pré-operatório.

O jejum pré-operatório de líquidos e alimentos sólidos durante períodos de oito a doze horas, ainda frequentemente praticado, tem por propósito assegurar o esvaziamento gástrico, evitando a broncoaspiração do paciente durante cirurgias (OLIVEIRA *et al.*, 2009).

O jejum pré-operatório é uma prática amplamente aceita entre médicos-cirurgiões e anestesistas e que segue dominante entre as instituições hospitalares que realizam procedimentos cirúrgicos, os quais, em algumas situações, chegam a períodos superiores a 12 horas devido ao atraso na programação cirúrgica e/ou suspensão de cirurgias, por exemplo (FEGURI *et al.*, 2012).

Assim, o jejum gera ansiedade e desconforto aos pacientes e pode estar relacionado a complicações metabólicas, como o surgimento de resistência insulínica (RI) associada à hiperglicemia pós-operatória pela diminuição da

disponibilidade de insulina para os tecidos periféricos e dificuldade de captação da glicose. Este processo ocorre, principalmente, nos primeiros dias de pós-operatório e é causado por vários fatores fisiológicos ligados ao jejum pré-operatório prolongado e redução da ingestão de carboidratos, afetando negativamente os resultados da recuperação cirúrgica, aumentando os riscos infecciosos e retardando a cicatrização (FEGURI *et al.*, 2012; FRANCISCO; BATISTA; PENA, 2015).

A preconização do jejum prolongado (6 a 12 horas) para realizações de cirurgias implica em queixas como sede, fome, ansiedade, fraqueza, além de riscos de desequilíbrio hidroeletrólítico, metabólico e nutricional. Em paciente internados, o efeito deletério do jejum prolongado é potencialmente maior, já que o organismo se encontra mais fragilizado e susceptível às complicações (KOEPE *et al.*, 2013).

Dessa forma, a prática do jejum tradicional tem sido questionada, sugerindo-se sua redução por meio da implementação de novos protocolos multiprofissionais institucionais, com o objetivo de diminuir o tempo de privação de alimentos, obtendo consequente melhora na recuperação pós-operatória (MARTINS *et al.*, 2016).

CONCLUSÃO

Percebe-se através desse estudo que o jejum apesar de essencial no período perioperatório para a prevenção de complicações anestésicas, representa uma situação amplamente desconfortante para a clientela pediátrica, sendo, portanto indispensável o seguimento dos protocolos vigentes de abreviação do tempo de jejum.

A redução do período de jejum pré-operatório busca amenizar a ansiedade, desconforto as crianças, além de futuras complicações metabólicas, como o surgimento de resistência insulínica associada à hiperglicemia pós-operatória. Dessa forma, a prática do jejum tradicional tem sido questionada, sugerindo-se sua redução por meio da implementação de novos protocolos multiprofissionais institucionais, com o objetivo de diminuir o tempo de privação de alimentos, obtendo consequente melhora na recuperação pós-operatória.

Esta pesquisa sirva de base para outras investigações sobre a temática, a fim de ampliar as discussões acerca da implantação e implementação de ações de saúde voltadas para o tempo de jejum operatório. Tais discussões perpassem a especificidade das questões relacionadas ao jejum e atinjam outros focos de atenção à criança nas mais variadas situações cirúrgicas, tornando o cuidado mais efetivo e abrangente neste cenário de atuação.

REFERÊNCIAS

BROERING, Camilla Volpato; CREPALDI, Maria Aparecida. Preparação psicológica para a cirurgia em pediatria: importância, técnicas e limitações. **Paidéia (Ribeirão Preto)**, v. 18, n. 39, p. 61-72, 2008.

CAMPANA, Mariana Campos et al. . Percepção dos cuidadores quanto à sede da criança cirúrgica.

Rev. Rene, Fortaleza , v. 16, n. 6, p. 799-808, dez. 2015. Disponível em:<http://www.revenf.bvs.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1517-38522015000600799&lng=pt&nrm=iso>. acessos em 18 abr., 2019.

CARVALHO, Carlos Augusto Leite de Barros et al . mudando paradigmas em jejum pré-operatório: resultados de um mutirão em cirurgia pediátrica. **ABCD, arq. bras. cir. dig.**, São Paulo , v. 30, n. 1, p.7-10,Mar. 2017. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-67202017000100007&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 14 Abr., 2019.

CARVALHO, Lucimeire Santos et al. A criança lidando com estressores pré-cirúrgicos. Estudo exploratório. *Online Brazilian Journal of Nursing*, vol 5, no 3, 2006. Disponível em:< <http://www.objnursing.uff.br/index.php/nursing/article/view/508/117>>. Acesso em: 14 abr. 2010.

CHRISTOFORO, Berendina Elsin Bouwman; CARVALHO, Denise Siqueira. Cuidados de enfermagem realizados ao paciente cirúrgico no período pré-operatório. **Rev. esc. enferm. USP**, São Paulo , v. 43, n. 1, p. 14-22, Mar. 2009. Disponível em:<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342009000100002&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 15 Abr., 2019.

FEGURI, Gibran Roder et al . Resultados clínicos e metabólicos da abreviação do jejum com carboidratos na revascularização cirúrgica do miocárdio. **Rev Bras Cir Cardiovasc**, São José do Rio Preto , v. 27, n. 1, p. 7-17, Mar. 2012. Disponível em:<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-76382012000100004&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 14 Abr., 2019.

DE AGUILAR-NASCIMENTO, José E. et al. Actual preoperative fasting time in Brazilian hospitals: the BIGFAST multicenter study. **Therapeutics and clinical risk management**, v. 10, p. 107, 2014. Disponível em:< <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3931636/>>. Acesso em: 13 abr., 2019.

FRANCISCO, Saionara Cristina; BATISTA, Sandra Teixeira; PENA, Geórgia das Graças. Jejum em pacientes cirúrgicos eletivos: comparação entre o tempo prescrito, praticado e o indicado em protocolos de cuidados perioperatórios. **ABCD, arq. bras. cir. dig.**, São Paulo , v. 28, n. 4, p. 250-254, Dec. 2015 . Disponível em:<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-67202015000400250&lng=en&nrm=iso>. acesso em 12 abr., 2019.

IMBELLONI, Luiz Eduardo; POMBO, Illova Anaya Nasiane; MORAIS FILHO, Geraldo Borges de. A diminuição do tempo de jejum melhora o conforto e satisfação com anestesia em pacientes idosos com fratura de quadril. **Rev. Bras. Anesthesiol.**, Campinas , v. 65, n. 2, p. 117-123, abr. 2015 .Disponível em :<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-70942015000200117&lng=pt&nrm=iso>. acesso em 15 abr., 2019.

KOEPPE, Angélica Terezinha et al. Comforty, Safety and of upper gastrointestinal endoscopy after 2 hours fasting: a randomized controlled trial. **BMC Gastroenterology**. Vol.13, Nº158, Pág. 2-6, 2013.

LOPES DA CUNHA, Gabriela; FARIA DA SILVA, Liliane. Lúdico como recurso para o cuidado de enfermagem pediátrica na punção venosa. **Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste**, v. 13, n. 5, 2012. Disponível em:< <https://www.redalyc.org/html/3240/324027984010/>>. Acesso em: 12 abr., 2019.

MARTINS, Adelita de Jesus Carvalho et al . Jejum inferior a oito horas em cirurgias de urgência e emergência versus complicações. **Rev. Bras. Enferm.**, Brasília , v. 69, n. 4, p. 712-717, Aug. 2016 . Disponível em:< http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672016000400712&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 14 abr.,. 2019.

MERCHANT, R. et al. Canadian Anesthesiologists' Society. Guidelines to the practice of anesthesia revised. **Can J Anaesth**, v. 62, n. 1, p. 54-67, 2015.

MORO, Eduardo Toshiyuki; MÓDOLO, Norma Sueli Pinheiro. Ansiedade, a criança e os pais. **Revista Brasileira de Anestesiologia**, p. 728-738, 2004. Disponível em:< <http://www.scielo.br/pdf/%0D/rba/v54n5/v54n5a15.pdf>>. Acesso em 14 abr., 2019.

- OLIVEIRA, Kátia Gomes Bezerra de et al . A abreviação do jejum pré-operatório para duas horas com carboidratos aumenta o risco anestésico?. **Rev. Bras. Anesthesiol.**, Campinas , v. 59, n. 5, p. 577-584, out. 2009. Disponível em:<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-70942009000500006&lng=pt&nrm=iso>. acessos em 16 abr., 2019.
- PIEROTTI, Isadora et al. Avaliação do tempo de jejum e sede no paciente cirúrgico. *Rev Baiana enferm.* V.31, e27679, p. 1-9, 2018. Disponível em:< <https://rigs.ufba.br/index.php/enfermagem/article/view/27679>>. Acesso em 12 abr., 2019.
- SEBASTIANI, Ricardo Werner; MAIA, Eulália Maria Chaves. Contribuições da psicologia da saúde-hospitalar na atenção ao paciente cirúrgico. *Acta Cir. Bras.*, São Paulo, v. 20, n. 1, p. 50-5, 2005 . Disponível em:http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102-86502005000700010&script=sci_arttext&lng=pt . Acesso em: 13 abr., 2019.
- SMITH, Ian et al. Perioperative fasting in adults and children: guidelines from the European Society of Anaesthesiology. **European Journal of Anaesthesiology (EJA)**, v. 28, n. 8, p. 556-569, 2011. Disponível em:< https://journals.lww.com/ejanaesthesiology/Fulltext/2011/08000/Perioperative_fasting_in_adults_and_children_4.aspx>. Acesso em: 15 abr., 2019.
- VELHOTE, André Bohomol; BOHOMOL, Elena; VELHOTE, Manoel Carlos Prieto. Caregivers' reactions to preoperative procedures in outpatient pediatric surgery. **Einstein (São Paulo)**, São Paulo , v. 14, n. 3, p. 403-407, Sept. 2016. Disponível em:<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1679-45082016000300403&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 17 Abr., 2019.
- WEBER, Fernanda Seganfredo. A influência da atividade lúdica sobre a ansiedade da criança durante o período pré-operatório no centro cirúrgico ambulatorial. **J. Pediatr. (Rio J.)**, Porto Alegre , v. 86, n. 3, p. 209-214, June 2010. Disponível em:< http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0021-75572010000300008&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 16 abr., 2019.
- YOON, Seo-Young; MIN, Hye-Sook. The effects of cold water gargling on thirst, oral cavity condition, and sore throat in orthopedics surgery patients. **The Korean Journal of Rehabilitation Nursing**, v. 14, n. 2, p. 136-144, 2011. Disponível em:< www.koreascience.or.kr/article/JAKO201113742753131.page>. Acesso em 10 abr., 2019.

O CUIDADO DE ENFERMAGEM À CRIANÇA COM CÂNCER SUBMETIDA À RADIOTERAPIA

Ilza Iris dos Santos

Professora na Faculdade de Ensino Integrados ASLIM - Faslim; Especialista em UTI Neonato Pediátrica e em UTI Geral pela Faculdade Metropolitana de Ciência e Tecnologia - CENPEX - Enfermagem pela Universidade Potiguar- UNP Mossoró/RN

Fabília Rodrigues da Silva

Enfermagem pela Universidade

Rodrigo Jacob Moreira de Freitas

Doutorando em Cuidados Clínicos em Enfermagem e Saúde pela Universidade Estadual do Ceará - PPCCLIS/UECE. Mestre pela Universidade Estadual do Ceará - PPCCLIS/UECE. Foi Professor Substituto da Universidade Estadual do Ceará - UECE; Professor Adjunto da Faculdade de Ensino Superior do Ceará - FAECE e, docente na Universidade Potiguar – UNP. Fortaleza/CE

Juce Ally Lopes de Melo

Doutoranda no curso de Cuidados Clínicos em Enfermagem e Saúde (Acadêmico) pela Universidade Estadual do Ceará - UECE. Mestre em Cuidados Clínicos em Enfermagem e Saúde pela UECE. Licenciatura/Bacharelado em Enfermagem pela Universidade do Estado do Rio Grande do Norte-Mossoró/RN; Especialista na área de Urgência e Emergência pela Faculdade de Ciências Médicas de Campina Grande/PB

Rúbia Mara Maia Feitosa

Mestre em Cuidados Clínicos em Enfermagem e Saúde pela Universidade Estadual do Ceará – UECE. Membro do grupo de pesquisa: Clínica do Sujeito: saber, saúde e laço social (LACSU).

Especialista em Ativação de Processos de Mudança na Formação Superior de Profissionais de Saúde pela Escola Nacional de Saúde Pública (ESNP/FIOCRUZ). Fortaleza/CE

Natana Abreu de Moura

Doutoranda do Programa de Pós-Graduação Cuidados Clínicos em Enfermagem e Saúde - PPCCLIS/UECE. Mestre em Cuidados Clínicos em Enfermagem e Saúde/UECE. Enfermeira pela Universidade Estadual do Ceará e substituta do Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Estadual do Ceará (UECE) Fortaleza/CE

Kalyane Kelly Duarte de Oliveira

Dra. Em Enfermagem pela Universidade Federal do Rio Grande do Norte - UFRN. Mestra em Enfermagem pela Universidade Federal do Rio Grande do Norte – UFRN. Especialista em: Urgência e Emergência pela Faculdade de Ciências Médicas de Campina Grande- FCM Enfermagem do Trabalho pela Universidade Potiguar- UNP- Mossoró/RN

Sibele Lima Costa Dantas

Doutoranda em Cuidados Clínicos em Enfermagem e Saúde - Universidade Estadual do Ceará-UECE. Bolsista da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (Capes). Mestre em Cuidados Clínicos em Enfermagem e Saúde-UECE. Membro do grupo de Pesquisa em Saúde da Mulher e Enfermagem/ GRUPESME/UECE. Graduada em Enfermagem (Licenciatura e Bacharelado) pela Universidade do Estado do Rio Grande do Norte- UERN. Fortaleza/CE.

RESUMO: O estudo objetiva identificar o cuidado de enfermagem à criança com câncer submetida à radioterapia. Para construção desta revisão foi desenvolvido um formulário de coleta de dados, que tinha como objetivo o direcionamento da leitura e extração das informações pertinentes. Após a organização dos dados a apresentação foi feita de forma descritiva. Os resultados encontrados apontam que o cuidado de enfermagem à criança com câncer submetida à radioterapia podem ser agrupados em dois blocos de discussão: um primeiro grupo de artigos que discutem a necessidade de um cuidado integral, holístico, pautado na clínica ampliada, bem como na necessidade do sujeito; e um segundo grupo de artigos que abordam os principais efeitos colaterais (radiodermatite e mucosite), e as possíveis perturbações providas da doença e do tratamento (depressão, as emoções vivenciadas, alterações na imagem corporal e os eventos estressores), trazendo a necessidade de um cuidado que possibilite a prevenção de complicações e o autocuidado do sujeito doente. Evidencia-se a necessidade de abordar a clínica ampliada e a teoria do autocuidado para intensificar a proposta do cuidado almejado no estudo.

PALAVRAS-CHAVE: Enfermagem. Cuidado. Criança. Radioterapia.

CARE OF NURSING THE CHILD WITH CANCER SUBMITTED TO RADIOTHERAPY

ABSTRACT: The study aims to: Identify nursing care for children with cancer undergoing radiation therapy. In order to construct this review and characterization of the articles, a data collection form was developed, with the objective of directing the reading and extraction of pertinent information. After the organization of the extracted data, the presentation was made in a descriptive way. The results show that nursing care for children with cancer undergoing radiotherapy can be grouped into two discussion groups: a first group of articles that discuss the need for integral, holistic care, based on the expanded clinical practice, as well as on the need of the subject; and a second group of articles that address the main side effects (radiodermatitis and mucositis), and possible illness and treatment disorders (depression, emotions experienced, changes in body image and stressors), bringing the need for a care that allows the prevention of complications and self-care of the patient. It is noticed the need to approach the extended clinic and the self-care theory to intensify the proposal of the care sought in the study.

KEYWORDS: Nursing. Caution. Kid. Radiotherapy.

INTRODUÇÃO

Para compreendermos como se dá o cuidado de enfermagem à criança com câncer durante o processo de radioterapia, torna-se indispensável estudarmos a doença, o tratamento e suas consequências e, principalmente, as necessidades deste público durante essa fase.

De grande importância epidemiológica e magnitude social, o câncer representa uma das principais causas de morbimortalidade no Brasil e no mundo (BRASIL, 2011). Dentre os conceitos estudados a fim de entender a doença, Castro (2010) traz de forma sucinta a definição de câncer: caracterizam-se como uma formação desordenada de células que atinge várias partes do organismo. O que permite compreender tamanha agressividade da doença e suas consequências.

Vale ressaltar que na infância, o câncer é considerado uma doença rara, com uma incidência de 150 casos para cada 1.000.000 de crianças abaixo de 18 anos, representando entre 1% e 3% de todos os cânceres (DIAS et al., 2013). Em contraponto, estas neoplasias causam efeitos destrutivos no organismo em virtude de seu caráter invasivo e metastático. Ainda não está totalmente estabelecida a associação entre câncer na infância, fatores de risco e origem da doença. (SILVA et al., 2012).

Assim, segundo o entendimento de Dias et al. (2013), o câncer infantil era considerado uma doença crônica e potencialmente fatal, dado que seu diagnóstico representava sentença de morte. Felizmente, nos últimos anos as pesquisas mostram que em 70 a 80% dos casos obtém-se sucesso no processo de cura devido às novas terapias oferecidas. Podemos dizer que, nos tempos atuais a doença oncológica é considerada uma patologia crônica totalmente tratável e, em inúmeras situações pode até mesmo ser curada, sobretudo quando o diagnóstico é dado de forma precoce (SALES et al., 2012).

Nessa perspectiva, o aumento da sobrevida desses pacientes se dá devido ao avanço biotecnológico, as descobertas e o aprimoramento acerca do diagnóstico (rastreamento da doença), novas técnicas cirúrgicas, tratamento (medicamentos mais eficazes, controle e estadiamento da doença), entre estas técnicas para tratamento, destaca-se a radioterapia e os centros especializados (BRASIL, 2008; BRASIL, 2011). Em meio às muitas alternativas para o tratamento do câncer, a radioterapia se mostra eficiente e bastante requisitada. No caso do público infantil, existe uma série de fatores avaliativos, que têm como objetivo de eliminar qualquer alteração que venha prejudicar seu quadro clínico.

Em suma, o enfermeiro é integrante desta equipe multiprofissional, este se faz presente nas diferentes etapas do cuidado, desde a prevenção, diagnóstico e tratamento. O comprometimento da equipe de enfermagem frente à complexidade do cuidado a essas crianças compreende a necessidade de empenho de toda equipe de saúde, por meio do trabalho interdisciplinar (MUTTI et al., 2012). É importante ressaltar que o cuidar envolve uma dimensão prática que requer a dialética da compreensão

interpretação-aplicação, além disso, envolve vínculo com o usuário e responsabilização profissional (AMADOR et al., 2013).

No entanto, o ato de cuidar em oncologia pediátrica sugere uma abordagem capacitada em todo seu desenvolvimento. O que exige dos profissionais competências técnicas, científicas e humanas, principalmente no assistir/intervir aos menores. As ações devem ser individualizadas, específicas e estratégicas, com um olhar humanístico e sensível a perceber o que é inerente diante do sofrimento de cada criança. Diante da literatura, surge a questão/problema deste estudo: Quais os cuidados de enfermagem à criança com câncer submetida à radioterapia?

Par fim, conhecer o impacto da doença e do tratamento na vida dos portadores de câncer é fundamental para o planejamento de ações que visem ao adequado atendimento de suas necessidades (GOMES et al., 2013). Trata-se de um público infantil que apresenta temor ao tratamento, que possui particularidades e maior fragilidade perante a doença. Frente a estas informações, o estudo apresenta o seguinte objetivo: Identificar o cuidado de enfermagem à criança com câncer submetida à radioterapia.

1 | METODOLOGIA

Trata-se de uma Revisão Integrativa cuja metodologia tem a finalidade de sintetizar um assunto ou referencial teórico para promover compreensão e incorporação das evidências na prática clínica. (MONTEIRO et al. 2015)

Para a elaboração da atual revisão integrativa foram adotados os seguintes passos: identificação do tema (O cuidado de enfermagem à criança submetida à radioterapia) e questão de pesquisa (Quais os cuidados de enfermagem à criança submetida à radioterapia?); em seguida, realizamos a busca de dados no Portal de Pesquisa BVS – Biblioteca Virtual em Saúde (BIREME), seguida pelos descritores (DECS): Radioterapia; Enfermagem; Criança; Cuidados de enfermagem.

Utilizamos como critérios de inclusão: artigos publicados no portal selecionado, disponíveis na íntegra (online) que atendam aos descritores do estudo, publicados no período entre 2005-2015 em português e inglês. Os critérios de exclusão foram: publicações duplicadas, artigos que não atenderam aos tópicos do estudo, não contribuindo com objetivo e não respondendo à pergunta desta revisão. A coleta das informações foi realizada no período de junho a dezembro de 2015.

Usando os descritores citados na metodologia, estabelecemos as seguintes combinações: Radioterapia AND Enfermagem; Radioterapia AND Criança AND Enfermagem; Radioterapia AND Cuidados de Enfermagem. As referências encontradas foram filtradas de acordo com os critérios de inclusão. A seleção por título resultou em 352 referências.

Em seguida foi realizada a leitura dos resumos, as referências que não contribuíam para o estudo foram isoladas assim dos 352, restaram 47 artigos nessa fase de seleção por resumo. Do material previamente selecionado, estabelecemos a

avaliação das 47 referências na íntegra, foram excluídos trinta e dois artigos que não respondiam o objetivo e problema do estudo, assim, tem-se 15 artigos enquanto escopo do estudo em questão, encontrados nas coleções internacionais e especializadas.

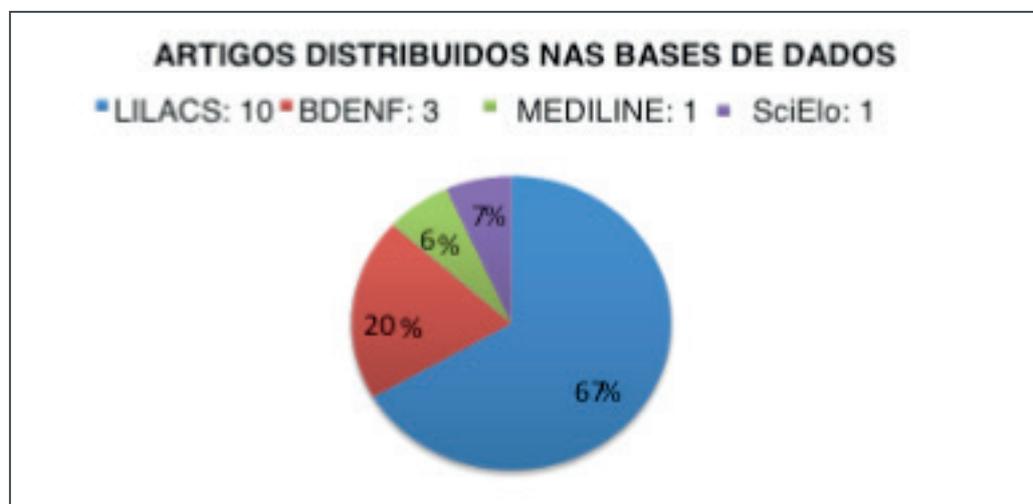


Figura 1.

2 | RESULTADOS

2.1 Caracterização Dos Artigos

No Quadro 1, as referências selecionadas para análise apresentam dados sobre: identificação do artigo e autores; Ano, revista e base de dados; objetivo do estudo; características metodológicas.

Os artigos classificados foram separados e lidos de acordo com suas contribuições, tanto para enfermagem, como para o estudo em questão. Do total foram contabilizados 15 artigos aos quais foram analisados na discussão a seguir.

Identificação de artigo e autores	Ano, revista e base de dados.	Objetivo do estudo	Características metodológicas
ARTIGO 1: Desenvolvimento de instrumento de coleta de dados de enfermagem para pacientes com câncer de pulmão em quimioterapia ambulatória. SALVADORI, Anita Motta; LAMAS, José Luiz Teleglio; PANON, Cláudia	Rev. Arns Núm Rev. Enferm 2008 mar; 12 (1):130-6. Base de dados: BCCNF	Foi feito um instrumento de coleta de dados para pacientes com câncer de pulmão em quimioterapia ambulatória e avaliar a validade de seus conteúdos e sua confiabilidade	Teve como guia a teoria da serotonina de Dorthea Orem. Para sua validação, o instrumento foi preliminarmente avaliado por juízes após isso, foram realizados o pré-teste e o teste de confiabilidade pelo método da equivalência entre observações
ARTIGO 2: As estratégias de enfrentamento de pacientes durante o tratamento de radioterapia. LORENZETTI, Ariana; SIMONETTI, Janete Pizzotto	Rev Latino Am Enfermagem 2005 nov-dez; 13(6):944-50. Base de dados: BCCNF	Identificar as formas de enfrentamento utilizadas diante dessa doença e do tratamento.	Realizou-se estudo qualitativo, através da Análise de Conteúdo de Bardin. O método de análise foi de coding. Foram entrevistados 16 pacientes em tratamento radioterápico, sendo a amostra constituída por conveniência.
ARTIGO 3: A enfermagem em radioterapia: enfoque nas necessidades de ajuda dos clientes. OLIVEIRA, Aldina Cristina Ferreira de; MOREIRA, Marilda Cláudia	Rev Enferm. UERJ, Rio de Jan, 2009 out-dez; 17(4):527-32. Base de dados: BCCNF.	O estudo visou subsidiar o planejamento da assistência de enfermagem a clientes com CA de cabeça submetidos a radioterapia	O método foi o estudo de caso representativo, longitudinal, descritivo, com 24 clientes em tratamento no Serviço de Medicina Nuclear do Instituto Nacional de Câncer – Rio de Janeiro, no período de julho a setembro de 2006
ARTIGO 4: Interdisciplinaridade e integralidade e Atendimento da Assistência Social e do Enfermeiro na INDA. ALCANTARA, Luciana da Silva; OLIVEIRA, Ana Colina Alves Muniz de; GUEDES, Maria Teresa dos Santos et al.	Revista Brasileira de Cancerologia 2014; 60(2): 139-118. Base de dados: LILACS	Demonstrar a importância da concepção da Clínica Ampliada no processo saúde-doença, a partir da experiência do assistente social e do Enfermeiro com esses pacientes	Estudo seccional utilizando dados secundários de prontuários de pacientes brônquicos, com análise estatística descritiva e inferencial.
ARTIGO 5: Prevenção e tratamento de radiodermatite: Uma revisão integrativa. SCHNEIDER, Francineia; PEDROLO, Edvane; LIND, Joline et al.	Cogitare Enferm 2013 Jul/Set; 18(3): 579-86 Base de dados: LILACS	Objetivou-se levantar tecnologias para prevenção e/ou tratamento de radiodermatites em pacientes com câncer de cabeça e pescoço.	Desenvolveu-se uma revisão integrativa de literatura no mês de julho de 2011 nas bases de dados Biblioteca Nacional de Medicina dos Estados Unidos e Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde, utilizando-se a estratégia PICU (população, intervenção, comparação, desfecho ou outcomes) para a busca de artigos que respondessem a questão norteadora, estando-se cientes de que
ARTIGO 6: A temática da imagem corporal na produção científica nacional de enfermagem: um destaque para pacientes com câncer. BITENCOURT, Aline Rodrigues Alves; Dantas Yokoyama; LUZ, Nilziara de Souza et al.	Revista Brasileira de Cancerologia 2009; 55(3): 271-276. Base de dados: LILACS	Este estudo objetiva verificar, na produção científica nacional de Enfermagem, as publicações sobre imagem corporal e analisar as tendências dessa subárea	Trata-se de um estudo na modalidade de revisão narrativa
ARTIGO 7: Mucosite oral: psicologia, prevenção e tratamento. ALBUQUERQUE, Ana Carolina Lyra de; COARES, Maria Sueli Macedo; SILVA, Daniel Furlado	Com. Ciências Saúde, 2010; 21(2): 135-136 Base de dados: LILACS.	Vários subtemas têm sido testados para aliviar a sintomatologia e reduzir os quadros desta inflamação com resultados diversos, havendo necessidade de investigação mais profunda para institucionalização de protocolos seguros	Foi realizada uma busca ativa pelos principais referências especializadas na área. Os autores pesquisaram a fisiopatologia da mucosite e as principais medidas terapêuticas e preventivas adotadas pela comunidade científica.
ARTIGO 8: A experiência da radioterapia oncológica para os pacientes: Um remédio-veneno. MUNIZ, Rosani Manfrin; ZAGO, Marcia Maria Fontão.	Rev Latino-am Enfermagem 2008 novembro dezembro; 16(6). Base de dados: LILACS.	O estudo objetivou compreender a experiência da radioterapia oncológica para os pacientes.	A abordagem da antropologia interpretativa e o método etnográfico nortearam a investigação. Foram informantes dez pacientes de ambos os sexos, na faixa etária de 34 a 80 anos, acompanhados durante o tratamento radioterápico. Os dados foram coletados por entrevistas semiestruturadas, observação participante e levantamento em prontuários. A análise dos discursos.
ARTIGO 9: O paciente oncológico com mucosite oral.	Rev. Latino-Am. Enfermagem mar.-abr. 2015; 23(2): 267-74. Base de dados: LILACS	Objetivo: analisar o cuidado de enfermagem ao	Método: estudo exploratório descritivo, transversal e quantitativo,
Desafios para o cuidado de enfermagem. ARAÚJO, Sarah Nilkece Mesquita; LUZ, Maria Helena Barros Araújo; SILVA, Grazielle Roberta Freitas da et al.	23(2): 267-74. Base de dados: LILACS	Paciente oncológico com mucosite oral, pautado no Processo de Enfermagem (PE).	Realizado com 213 pacientes submetidos à quimioterapia e/ou radioterapia em dois serviços de oncologia, um filantrópico e outro privado.

<p>ARTIGO 10: Prevenção e tratamento da mucosite oral induzida por radioterapia: revisão de literatura. ALBUQUERQUE, André; SOARES, de Souza, CAMARÃO, Teresa Caldas.</p>	<p>Revista Brasileira de Oncologia 2007; 53(2): 195-209. Base de dados: LILACS.</p>	<p>O estudo tem como objetivo: identificar na literatura científica as medidas para prevenção e tratamento da mucosite oral em pacientes com câncer submetidos a tratamento radioterápico.</p>	<p>Trata-se de uma revisão sistemática de literatura, com meta-análise, que utilizou as seguintes bases de dados: Bireme, Medline, Cancert, Scirus, Periódicos Capes, Free Medline Journal, HighWire Press, ScELO, Medscape, no recorte temporal de 2000 a 2008.</p>
<p>ARTIGO 11: A consulta de enfermagem para clientes e seus cuidadores no setor de radioterapia de hospital universitário. ARAÚJO, Cláudia Regina Gomes de; ROSAS, Ana Mary Maciel; Tavares, Fátima</p>	<p>Rev. enferm. UERJ, Rio de Janeiro, 2008 [jul set.]; 16(3): 364-9. Base de dados: LILACS.</p>	<p>O objetivo é compreender o significado da consulta de enfermagem para o cliente e seu cuidador, visando otimizar o cuidado de enfermagem, adequando-o às necessidades dos usuários desse setor.</p>	<p>Foi utilizado como referência teórico-metodológica a Fenomenologia Sociológica de Schütz. A abordagem é qualitativa. Os sujeitos são nove clientes adultos e nove cuidadores. Para a coleta de dados, foram realizadas entrevistas gravadas, com as devidas autorizações, de julho a outubro de 2008.</p>
<p>ARTIGO 12: Consulta de Enfermagem: avaliação da adesão de auto-cuidado dos pacientes submetidos à radioterapia. ANDRADE, Karla Biancha Silva de; FRANCOZ, Ana Cláudia Lima; GRIFFI MANN, Marianne dos Santos et al</p>	<p>Revista enferm UERJ, Rio de Janeiro, 2014 set/out; 22(b): 622-8. Base de dados: LILACS.</p>	<p>A pesquisa objetiva avaliar a adesão dos pacientes às orientações fornecidas na consulta de enfermagem em radioterapia.</p>	<p>Trata-se de um estudo descritivo, com abordagem quantitativa, realizado em um Centro Universitário do Control de Câncer no Estado do Rio de Janeiro. Foram avaliados 37 pacientes submetidos a radioterapia através de questionário próprio, contendo 18 itens relacionados ao perfil e adesão dos pacientes aos cuidados orientados aplicado em maio de 2012.</p>
<p>ARTIGO 13: Atuação da enfermagem em um Centro de Diagnóstico por Imagem. SALES, Orólia Pereira; OLIVEIRA, Cezinha Coelho do Couto; SPITANDELLI, Maria de Fátima.</p>	<p>J Health Sci Anal. 2010; 28(4): 325-9. Base de dados: LILACS.</p>	<p>Buscou-se conhecer a atuação das enfermeiras que trabalham no Centro de Diagnóstico por Imagem.</p>	<p>Estudo descritivo de abordagem qualitativa.</p>
<p>ARTIGO 14: Putting Evidence into Practice: Evidence Based Interventions for Radiation dermatitis. (Colocando evidência na prática: As intervenções baseadas em evidências para dermatite por radiação). FIDG IT Deborah; HANEY, Tara; BRUCE, Susan et al</p>	<p>Clinical Journal of Oncology Nursing, Volume 15, Number 5, 2011 Oncology Nursing Society. Base de dados: MEDLINE.</p>	<p>A Sociedade de Oncologia e Enfermagem coordenou uma evidência baseada em prática. Uma equipe (PEP) para desenvolver um projeto atual, resumindo recursos e evidências para o tratamento de pacientes com acrademático. Avaliação de evidências.</p>	<p>Equipe composta por cinco enfermeiras e três funcionários enfermeiros com experiência no área da oncologia de radiação. A equipe usou o problema, intervenção, comparação e resultado, processo para a determinação de tópicos adequados para pesquisas na literatura. A busca foi limitada a estudos feitos nos últimos 10 anos.</p>
<p>ARTIGO 15: Sintomas de depressão nos pacientes com câncer da cabeça e pescoço em tratamento ambulatorial: Aplicações em estudo prospectivo. PAULA, Juliana Maria de; SNOBE, Helena Moquni; NICOLUSSI, Adriana Cristina.</p>	<p>Rev. Latino-Am. Enfermagem maio-ago. 2012; 20(5): [07 links]. Base de dados: SCIELO.</p>	<p>Este estudo teve como objetivo identificar a frequência dos sintomas de depressão nos pacientes com câncer de cabeça e pescoço, em tratamento radioterápico, no início, meio e final do tratamento.</p>	<p>Trata-se de estudo exploratório prospectivo, com abordagem quantitativa de 41 pacientes com câncer de cabeça e pescoço, em tratamento ambulatorial. Os dados foram coletados por meio do instrumento inventário de depressão de Beck e analisados do modo quantitativo, por meio do programa Statistical Package of Social Science.</p>

Quadro 1. Síntese dos artigos. Mossoró, RN, Brasil. 2019

3 | ANÁLISE E DISCUSSÃO

3.1 Integralidade Nas Ações

Dos 15 artigos trabalhados, três assemelham-se no quesito integralidade, envolvendo o conceito de clínica ampliada no serviço e uma visão mais aprofundada do ser doente. Neste contexto, para que se realize um cuidado integral baseado nas considerações da criança é preciso saber que todo sujeito possui singularidades, que podem se apresentar como um conjunto de sinais e sintomas que somente nele se expressam de determinado modo, são princípios contidos na Política da Clínica Ampliada para se traçar um Plano Terapêutico Singular (BRASIL, 2009).

Um cuidado holístico implica em entender o ser em sua totalidade, uma dimensão maior e mais abrangente, compreende além das necessidades biológicas, as necessidades emocionais, psicológicas, sociais e espirituais (LENOS et al., 2010). Já o princípio da integralidade, apresenta o ser humano em sua multidimensionalidade, considerando suas necessidades, desejos, vontades e capacidade de interferir em seu processo de vida e adoecimento (MATOS; PIRES, 2009).

No caso da radioterapia, o profissional tem a possibilidade de apresentar os possíveis riscos, de modo que o usuário possa compreender e negociar com a equipe os caminhos a seguir, neste contexto, esta negociação deve ser juntamente com a família, já que a pesquisa aborda um público que possui sua autonomia limitada. Neste sentido, a Clínica ampliada valoriza uma abordagem multidisciplinar e o protagonismo do sujeito no projeto de sua cura (BRASIL, 2009).

Sobre a atuação do enfermeiro e sua contribuição no acompanhamento do paciente oncológico, Alcantara et al. (2014), aponta a identificação das condições de vida e dos determinantes sociais que interferem no processo saúde-doença, é uma alternativa que visa mobilizar os usuários e a família quanto aos recursos internos e externos à unidade de saúde. Para os autores, uma intervenção interdisciplinar e multidisciplinar abre espaço para um trabalho que depende essencialmente da articulação entre os diferentes saberes. O paciente, a família, o cuidador e os profissionais devem estar interligados, todos contribuem efetivamente no processo de cura e na qualidade de vida desse paciente.

No setor radioterápico, é necessário um planejamento adequado da assistência de enfermagem, onde o enfermeiro deve estar habilitado cientificamente para reconhecer e prevenir agravos decorrentes da terapêutica. Para Gomes et al. (2013), o profissional que atua na área oncológica deve envolver o ambiente construído ao redor da criança. É na execução do cuidado que a enfermagem se relaciona com seu cliente, dispendo de discernimento e conhecimento suficiente para identificar precocemente alterações físicas e psicológicas.

De acordo com a proposta da clínica ampliada, as ações integradas proporcionam

uma articulação dos diversos saberes, que resultam em conhecimento e ferramenta que contribuem para a construção do processo de cuidar, por conseguinte eleva a qualidade do serviço prestado.

3.2 A Assistência Baseada no Autocuidado

Nesta nova abordagem, os demais artigos, compreendendo 12 destes 15, apontam a importância do autocuidado na assistência ao paciente em tratamento antineoplásico. Compreendemos que as ações devem estar centradas no cliente, onde devemos refletir quão importante é sua participação nesse processo de cura. É imprescindível que todo profissional conheça as consequências da terapia de radiação, para que se possa oferecer uma assistência baseada nas necessidades do paciente, prevenindo assim possíveis complicações.

A teoria do autocuidado foi desenvolvida por Dorothea Orem na década de 1950, o modelo proposto está baseado no entendimento de que os indivíduos podem cuidar de si próprios. É uma atividade desenvolvida pelo indivíduo, apreendida pelo mesmo e orientada para um objetivo. O indivíduo dirige para si mesmo visando regular os fatores que afetam sua qualidade de vida, atividades em benefício da vida, saúde e bem estar (SILVA et al., 2009; VITOR et al., 2010).

O enfermeiro é mediador no segmento do processo de aprendizagem e estímulo do autocuidado. A educação em saúde é um processo de ensino aprendizagem que visa à promoção da saúde, e os profissionais que compõem a enfermagem são intermediários para que isso ocorra. No contexto da prática educativa em saúde, encontramos uma ferramenta importante para a estimulação dos princípios que regem a noção de autocuidado (SOUZA et al. 2007).

Entende-se que, uma assistência de enfermagem que identifica problemas relacionados ao estado físico, espiritual, mental e psicossocial dos pacientes pode oferecer esperança para alívio dos sintomas por meio de um programa de intervenção assistencial bem estruturado (SALVADORI et al., 2008). Pois, de acordo com os autores Lorencetti; Simonetti, (2005), o câncer e o tratamento podem gerar traumas emocionais, detectados sob a forma de depressão, melancolia, solidão, retraimento, desesperança, revolta, ideias de suicídio, entre outros. Os autores ressaltam a técnica de coping, entendido como um método de enfrentamento para tal situação, uma estratégia de adaptação do indivíduo com a realidade, viver enfrentando as fontes estressoras ou reduzindo tais eventos.

Para Muniz e Zago (2008), a pessoa que passa a conviver com o câncer e o tratamento, pode necessitar de ajustes à sua nova identidade de paciente oncológico, precisa lidar com os efeitos colaterais da radioterapia, que podem levá-lo a se sentir impotente frente à sua nova condição. O que nos permite entender o termo remédio-veneno utilizado no estudo, significa dizer que a radioterapia pode causar temor e consequências, mas que se torna necessária quando a meta é almejar a cura ou

mesmo a sobrevivência ao câncer.

Outro efeito colateral encontrado na literatura foi a mucosite oral, os autores relatam que as intervenções antimicrobianas podem reduzir a biomassa bucal ajudando a controlar a cascata de eventos que dão origem à mucosite (ALBUQUERQUE et al., 2010). Considera-se que a solução está em compreender o perfil do paciente suscetível aos principais fatores etiológicos, as condutas preventivas e terapêuticas da mucosite (ARAÚJO et al., 2015).

Uma assistência de enfermagem que compreende o processo radioterápico permite identificar precocemente manifestações indesejadas, são efeitos colaterais que se apresentam com maior ou menor intensidade. No decorrer da revisão percebe-se que a mucosite está entre os efeitos colaterais mais citados na literatura. Albuquerque e Camargo (2007) discutem prevenção e tratamento da mucosite oral, para os autores, cabe ao enfermeiro o trabalho efetivo, através de implantação e supervisão dos cuidados orais, sempre considerando como prioridade a educação do paciente.

Segundo os Autores Araújo e Rosas (2008), durante o tratamento radioterápico, o cliente pode ser tomado por sentimentos de angústia e desamparo, independentemente da fase na qual se encontre na terapia. As consultas de enfermagem realizadas no setor de radioterapia tendem a minimizar estes problemas, por conta das orientações e dos cuidados de enfermagem ministrados durante o atendimento.

A consulta deve ser adaptada para o que impera a situação e voltada para as queixas do paciente. A pesquisa abordou questões que perpassam por alguns aspectos em relação à adesão às orientações realizadas durante a consulta de enfermagem. Os critérios postos no estudo abrangem o envolvimento do paciente com o tratamento e o seu entendimento sobre a real necessidade da realização de práticas de autocuidado, para assim reduzir danos causados pela radioterapia (ARAUJO; ROSAS, 2008).

Para se traçar um plano de cuidados aos pacientes nessa condição, é imprescindível que o enfermeiro leve em consideração como eles e seus cuidadores estão vivenciando o fenômeno estar doente. Para tal, é indispensável que haja integração entre paciente, cuidadores e enfermeiros (ARAÚJO E ROSAS, 2008; ANDRADE et al., 2014).

A associação estabelece uma aproximação das temáticas e da situação-problema apontada em cada estudo. Alguns artigos evidenciam as consequências do tratamento, e mostram que, apesar de sua eficácia os pacientes submetidos à radioterapia encontram-se expostos a uma situação de risco. Entendemos que a diversidade dos tratamentos antineoplásicos trouxe aos pacientes uma chance maior de cura, porém, este progresso não está isento de custos.

É importante que os profissionais no setor de radioterapia compreendam a fisiopatologia do câncer infantil, as dificuldades e consequências que o tratamento ocasiona à criança, isso inclui os possíveis efeitos colaterais mencionados no estudo, as emoções vivenciadas e os eventos estressores em que o infante está submetido.

4 | CONCLUSÃO

Os resultados encontrados apontam que o cuidado de enfermagem à criança com câncer submetida à radioterapia podem ser agrupados em dois blocos de discussão: um primeiro grupo de artigos que discutem a necessidade de um cuidado integral, holístico, pautado na clínica ampliada bem como na necessidade do sujeito; e um segundo grupo de artigos que abordam os principais efeitos colaterais (radiodermatite e mucosite), e as possíveis perturbações providas da doença e do tratamento (depressão, as emoções vivenciadas, alterações na imagem corporal e os eventos estressores), trazendo a necessidade de um cuidado que possibilite a prevenção de complicações e o autocuidado do sujeito doente.

A associação do cuidado de enfermagem com a radioterapia no estudo mostrou que as pesquisas raramente abrangem a temática quando o público é infantil. Os resultados demonstraram que não existe um cuidado específico à criança, apontando a necessidade de conhecimento científico e qualificação/especialização na área, bem como novas produções científicas que retratem o cuidar de enfermagem à criança em processo radioterápico.

Evidencia-se a necessidade de abordar a clínica ampliada e a teoria do autocuidado para intensificar a proposta do cuidado almejado no estudo. Esse cuidado deve ser individualizado e multidisciplinar, baseada na efetiva participação do paciente no processo de cuidar de si, e no envolvimento direto do familiar ou cuidador. Novamente, o modelo de assistência à criança deve ser capaz de responder e atender adequadamente às necessidades deste público. Por fim, a discussão é considerada inédita e de grande relevância para a Enfermagem, estudantes da área da saúde, profissionais atuantes e pesquisadores.

REFERÊNCIAS

ALBUQUERQUE, ACL; SOARES, MSM; SILVA, DF. **Mucosite oral: Pato biologia, prevenção e tratamento.** Com. Ciências Saúde. 2010;21(2):133-138.

ALBUQUERQUE, ILS; CAMARGO, TC. **Prevenção e tratamento da mucosite oral induzida por radioterapia: Revisão de literatura.** Revista Brasileira de Cancerologia 2007; 53(2): 195-209.

ALCANTARA, LS; OLIVEIRA, ACA; GUEDES, MTS. **Interdisciplinaridade e Integralidade: Abordagem do Assistente Social e do Enfermeiro no INCA.** Revista Brasileira de Cancerologia 2014; 60(2): 109-118.

AMADOR, DD; GOMES, IP; REICHERT, APS; COLLET, N. **Repercussões do câncer infantil para o cuidador familiar: revisão integrativa.** Rev. bras. enferm. [online]. 2013, vol.66, n.2, pp. 267-270. ISSN 0034-7167.

ANDRADE, KBS; FRAN CZ, ACL; GRELLMANN; MS. **Consulta de enfermagem: avaliação da adesão ao autocuidado dos pacientes submetidos à radioterapia.** Rev enferm UERJ, Rio de Janeiro, 2014 set/out; 22(5):622-8.

ARAÚJO, CRG; ROSAS, AMM. **A consulta de enfermagem para clientes e seus cuidadores no setor de radioterapia de hospital Universitário.** Rev. enferm. UERJ, Rio de Janeiro, 2008 jul/set; 16(3):364-9.

ARAÚJO, SNM; LUZ, MHB; SILVA, GRF; ANDRADE, EML; NUNES, LCC; MOURA, RO. **O paciente oncológico com mucosite oral: desafios para o cuidado de enfermagem.** Rev. Latino-Am. Enfermagem mar.-abr. 2015;23(2):267-74.

BITTENCOURT, ER; ALVES, Y; LUZIA, NS; MENESES, NSL; SÓRIA, DAC. **A Temática da Imagem Corporal na Produção Científica Nacional da Enfermagem: um Destaque para os Pacientes com Câncer.** Revista Brasileira de Cancerologia 2009; 55(3): 271-278.

BRASIL. **Diagnóstico precoce do câncer na criança e no adolescente.** Instituto Nacional de Câncer, Instituto Ronald Mcdonald. – RJ: INCA, 2009.

_____. **Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Assistência de Média e Alta Complexidade no SUS / CONASS, 2011.** 223 p. (Coleção Para Entender a Gestão do SUS 2011, 4).

_____. **Câncer da criança e adolescente no Brasil: dados dos registros de base populacional e de mortalidade.** Instituto Nacional de Câncer. – Rio de Janeiro: INCA, 2001. 220 p.

CASTRO, EHB. **A experiência do câncer infantil: repercussões familiares, pessoais e sociais.** Rev. Mal-Estar Subj. [online]. 2010, vol.10, n.3, pp. 971-994. ISSN 1518-6148.

DIAS, JJD; SILVA, APC; FREIRE, RLS; ANDRADE, ASA. **A experiência de crianças com câncer no processo de hospitalização e no brincar.** REME • Rev Min Enferm. 2013 j DOI: 10.5935/1415-2762.20130045 jul/set; 17(3): 608-613

GOMES, IP; LIMA, KA; RODRIGUÊS, LV; LIMA, RAG; COLLET, N. **Do diagnóstico à sobrevivência do câncer infantil: perspectiva de crianças.** Texto Contexto Enferm. Florianópolis, 2013 Jul/Set; 22(3): 671-9.

LEMONS, RCA; JORGE, LLR; ALMEIDA, LS. **Visão dos enfermeiros sobre a assistência holística ao cliente hospitalizado.** Rev. Eletr. Enf. [Internet]. 2010;12(2):354-9.

LORENCETTI, A; SIMONETTI, JP. **As estratégias de enfrentamento de pacientes durante o tratamento de radioterapia.** Rev. Latinoam Enfermagem 2005 novembro- dezembro; 13(6):944-50.

MATOS, E; PIRES, DEP. **Práticas de cuidado na perspectiva interdisciplinar: um caminho promissor.** Enfermagem em Foco 2011; 2(2):137-140.

MONTEIRO, CM; AVELAR, AFM; PEDREIRA, MLG. **Interrupções de atividades de enfermeiros e a segurança do paciente: revisão integrativa da literatura.** Rev. Latino-Am. Enfermagem jan.-fev 2015;23(1):169-179.

MUNIZ, RM; ZAGO, MMF. **A experiência da radioterapia oncológica para os pacientes: Um remédio-veneno.** Rev Latino-am Enfermagem 2008 novembro-dezembro; 16(6).

OLIVEIRA, ACF; MOREIRA, MC. **A enfermagem em radioiodoterapia: enfoque nas necessidades de ajuda dos clientes.** Rev. Enferm. UERJ, Rio de Janeiro, 2009 out/dez; 17(4):527-32.

PAULA, JM; SONOBE, HM; NICOLUSSI, AC. **Sintomas de depressão nos pacientes com câncer de cabeça e pescoço em tratamento radioterápico: um estudo prospectivo.** Rev. Latino-Am. Enfermagem mar.-abr. 2012;20(2):[07 telas].

SALES, CA; SANTOS, CM; SANTOS, JA; MARCON, SS. **O impacto do diagnóstico do câncer infantil no ambiente familiar e o cuidado recebido.** Rev. Eletr. Enf. [online]. 2012, vol.14, n.4, pp. 841-849. ISSN 1518-1944.

SALVADORI, AM; LAMAS, JLT; ZANON, C. **Desenvolvimento de instrumento de coleta de dados de enfermagem para pacientes com câncer de pulmão em quimioterapia ambulatorial.** Esc. Anna Nery Rev. Enferm, 2008 mar; 12 (1): 130 - 5.

SCHNEIDER, F; PEDROLO, E; LIND, J; SCHWANKE, AA; DANSKI, MTR. **Prevenção e tratamento de radiodermatite: Uma revisão integrativa.** Cogitare Enferm. 2013 Jul/Set; 18(3):579-86.

SILVA, JKO; FILHO, DCM; MAHAYIRI, N; FERRAZ; RO; FRIESTINO, FS. **Câncer Infantil: Monitoramento da Informação através dos Registros de Câncer de Base Populacional.** Revista Brasileira de Cancerologia 2012; 58(4): 681-686 681.

SOUZA, LM; WEGNER, WG; COELHO, MIP. **Educação em saúde: uma estratégia de cuidado ao cuidador leigo.** Rev. LatinoAm. Enfermagem [online]. 2007, vol.15, n.2, pp. 337-343. ISSN 1518-8345.

VITOR, AF; LOPES, MVO; ARAUJO, TL. **Teoria do déficit de autocuidado: Análise da sua Importância e aplicabilidade na prática de enfermagem.** Esc Anna Nery(impr.)2010 jul-set; 14 (3):611-616.

SEMELHANÇA ENTRE DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM E PROBLEMAS ADAPTATIVOS DE CRIANÇAS EM HEMODIÁLISE

Hannar Angélica de Melo Alverga

Universidade do Estado do Pará – UEPA
Belém – Pará

Maria Gillyana Souto Pereira Lima

Universidade do Estado do Pará – UEPA
Belém – Pará

Paula Sousa da Silva Rocha

Universidade Federal do Pará – UFPA
Belém – Pará

Maria de Nazaré da Silva Cruz

Universidade do Estado do Pará – UEPA
Belém – Pará

Thalyta Mariany Rêgo Lopes

Universidade Estadual do Pará - UEPA
Belém – Pará

Thainara Braga Soares

Centro Universitário Metropolitano da Amazônia
UNIFAMAZ. Belém – Pará

RESUMO: Em apoio aos sistemas de classificação da NANDA-I, diversas teorias vêm contribuindo para o desenvolvimento do conhecimento de enfermagem e para o fortalecimento da prática. O modelo teórico da adaptação, proposto pela teórica americana Callista Roy, considera o indivíduo como um sistema holístico adaptativo, que emite respostas adaptativas ou ineficientes. Assim, o objetivo desse estudo foi identificar as semelhanças entre os diagnósticos de enfermagem da NANDA-I

e os problemas adaptativos propostos por Callista Roy em crianças com doença renal em hemodiálise. Trata-se de um estudo transversal e descritivo, realizado com 16 pacientes, em um centro de referência em terapia renal pediátrica de uma cidade do Norte do Brasil. Para a coleta foi utilizado um formulário de entrevista e levantamento de dados presentes em prontuários, nos meses de janeiro a março de 2016, onde houve semelhança entre 12 diagnósticos de enfermagem e 10 problemas adaptativos. Conclusão: Há semelhança entre as duas tipologias estudadas. O uso do processo de enfermagem, sob o contexto de uma teoria própria da área, subsidia a assistência e fortalece o conhecimento científico da profissão.

PALAVRAS-CHAVE: Diagnóstico de enfermagem; Saúde da criança; Hemodiálise.

SIMILARITY BETWEEN NURSING DIAGNOSES AND ADAPTIVE PROBLEMS OF CHILDREN IN HEMODIALYSIS

ABSTRACT: In support of NANDA-I classification systems, several theories have contributed to the development of nursing knowledge and to the strengthening of practice. The theoretical model of adaptation, proposed by the American theorist Callista Roy, considers the individual as an adaptive holistic system that emits adaptive or inefficient responses. Thus,

the objective of this study was to identify the similarities between NANDA-I nursing diagnoses and the adaptive problems proposed by Callista Roy in children with renal disease on hemodialysis. This is a cross-sectional and descriptive study, conducted with 16 patients, at a referral center in pediatric renal therapy in a city in the north of Brazil. An interview form and data collection were used to collect data from January to March 2016, where there were similarities between 12 nursing diagnoses and 10 adaptive problems. Conclusion: There is similarity between the two typologies studied. The use of the nursing process, under the context of a theory of the area, subsidizes care and strengthens the scientific knowledge of the profession.

KEYWORDS: Nursing diagnosis; Child health; Hemodialysis.

1 | INTRODUÇÃO

Caracteriza-se a doença renal crônica (DRC) por redução progressiva e irreversível da função renal. A doença é classificada em 5 estágios, no último, o paciente inicia o Tratamento Renal Substitutivo (TRS), indicando-se pelo médico a partir das condições e critério do paciente a hemodiálise, diálise peritoneal ou transplante renal (DUARTE; HARTMANN, 2018).

Destaca-se a hemodiálise, principal tratamento mencionado no presente estudo, um tratamento substitutivo extracorpóreo, em que o sangue é bombeado por meio de um acesso vascular temporário ou permanente para o dialisador, que extrai toxinas, resíduos nitrogenados e água em excesso, devolvendo ao paciente o sangue filtrado (CLEMENTINO, et al., 2018).

Pontua-se a DRC em crianças um importante distúrbio que leva à sobrecarga do sistema de saúde e representa um desafio, principalmente nos países em desenvolvimento, nesse público, a doença está associada à desnutrição, o que dificulta e retarda o desenvolvimento, resultando em um comprometimento da qualidade de vida e redução da expectativa de vida (NOGUEIRA, et al., 2019).

As crianças em TRS ficarão o resto de suas vidas dependentes desse tratamento, por essa razão, uma atenção estrita para fortalecer cuidados é primordial para que elas tenham uma vida prolongada e produtiva. O transplante renal é a principal escolha para crianças devido à superior sobrevida e qualidade de vida. Entretanto, se o transplante não for viável, opta-se pela diálise peritoneal ou pela hemodiálise (REES, et al., 2017).

Compreende-se que preparar o paciente para a hemodiálise é um desafio para o enfermeiro, devendo este profissional estabelecer uma relação de confiança e sensibilizar os pacientes quanto às suas restrições e atribuições, tornando-os sujeitos ativos no tratamento, estimulando mudanças comportamentais para prevenir potenciais complicações. (NOLETO, et al. 2015)

Propõe-se do modelo teórico das Necessidades Humanas Básicas de Wanda de Aguiar Horta o Processo de Enfermagem, mais conhecido e seguido no Brasil, sendo desenvolvido em seis fases ou etapas: histórico de enfermagem, diagnóstico de

enfermagem, plano assistencial, prescrição de enfermagem, evolução de enfermagem e prognóstico de enfermagem. (BENEDET, et al., 2016)

A equipe de enfermagem é essencial diante das complicações durante a hemodiálise, como hipotensão, náuseas, cefaleias, febre entre outras, devendo-se observar continuamente a sessão para identificar essas complicações ao fazer o diagnóstico de enfermagem (DE) precoce (GOMES; NASCIMENTO, 2018).

O termo DE ainda é recente. O sistema de classificação diagnóstica North American Nursing Diagnoses Association (NANDA) foi criado em 1982, conhecida mundialmente, a NANDA Internacional (NANDA-I) é utilizada no Brasil, associada à teoria das Necessidades Humanas Básicas (UBALDO et al., 2017). A taxonomia da NANDA –I é estruturada em três níveis: domínios, classes e o diagnóstico (NANDA, 2015).

Corroborando os sistemas de classificação, diversas teorias surgiram para o desenvolvimento do conhecimento de enfermagem e para a potencialização do processo de enfermagem. O modelo teórico da adaptação, proposto pela teórica americana Callista Roy, considera o indivíduo como um sistema holístico adaptativo, que emite respostas adaptativas ou ineficientes, observadas em quatro modos: modo fisiológico, modo autoconceito, modo desempenho de papéis e modo interdependência (ROY; ANDREWS, 1999).

Dessa forma, o objetivo deste estudo foi identificar as semelhanças entre os diagnósticos de enfermagem da NANDA-I e os problemas adaptativos propostos por Callista Roy em crianças com doença renal em hemodiálise

2 | METODOLOGIA

Trata-se de estudo descritivo, transversal, com abordagem quantitativa e qualitativa, através da entrevista com responsáveis por crianças atendidas em um centro de terapia renal de um hospital público da cidade de Belém, Estado do Pará e pelo levantamento de dados presentes nos prontuários destas crianças, realizado no período de janeiro a março de 2016. Utilizou-se a amostragem não probabilística por conveniência.

Incluíram-se para coleta de dados os prontuários de crianças cadastradas e submetidas à hemodiálise na referida unidade de terapia renal, que estavam sob tratamento na unidade há pelo menos 6 meses e possuíam idade entre 0 e 12 anos. Excluíram-se os prontuários de crianças com deficiência mental e com diagnóstico de HIV e hepatite B. Para a entrevista com os responsáveis pelas crianças, os critérios de inclusão foram: ser responsável legal de criança inclusa e possuir idade maior que 18 anos. Os de exclusão foram: responsáveis que possuíam doença mental e que não se comunicasse através da fala.

A amostra total da pesquisa foi composta por 16 crianças com diagnóstico de doença renal e que estavam realizando tratamento de hemodiálise no centro de terapia

renal no período da pesquisa.

Utilizou-se para a coleta de dados quantitativos, um instrumento dividido em 3 núcleos, o primeiro para caracterização socioeconômica, o segundo referiu-se aos aspectos clínicos e o terceiro relacionado aos problemas adaptativos de Calistta Roy. A coleta foi realizada em uma sala reservada, antes do início da sessão de hemodiálise da criança sob responsabilidade do adulto.

Tabulou-se os dados em um banco de dados no aplicativo Microsoft Excel, onde foram geradas as estatísticas para a análise dos dados. Esse processo resultou na elaboração de quadros contendo os diagnósticos de enfermagem, problemas adaptativos, domínios e modos adaptativos.

Obedeceram-se aos aspectos éticos de acordo com a Resolução N° 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde (BRASIL, 2012), esta pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade do Estado do Pará e da Fundação Santa Casa de Misericórdia do Pará, sob pareceres de número 1.384.495 e 1.035.923, respectivamente. Os responsáveis pelas crianças assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e a chefia do Centro de Terapia Renal assinou autorização para acesso aos prontuários.

3 | RESULTADOS E DISCUSSÃO

Evidenciou-se que das 16 crianças participantes da pesquisa, 50% (N=8) eram do sexo masculino e 50% (N=8) do sexo feminino. A média de idade foi de 08 anos. Assinalou-se que em relação aos dados de hemodiálise, o tempo de realização da terapia variou de 12 a 96 meses, sendo a média de 31,68 meses, ou seja, média de 02 anos e 08 meses. O acesso vascular predominante nas crianças foi o cateter venoso central e/ou duplo lumen.

Para os DEs estabelecidos, a média por criança foi de 7,8; mediana de 8; desvio padrão de $\pm 2,32$; valor máximo de 12 e mínimo de 5 diagnósticos de enfermagem por criança. Foram identificados 21 DEs da NANDA internacional, exibidos na figura 1.



Figura 1- diagnósticos de enfermagem encontrados nas crianças em hemodiálise. Belém, (PA), Brasil. 2016.

A utilização de taxonomias para definir o problema de enfermagem podem exprimir a variedade de intervenções compatíveis com a prática de enfermagem internacional, e nortear a avaliação das intervenções implementadas. Tratam-se de estratégias utilizadas com o objetivo de padronizar a linguagem de determinados termos dos componentes do processo de Enfermagem (GARCIA; NOBREGA, 2009);

Percebeu-se alguns diagnósticos encontrados de valores iguais após tabulação em gráfico: risco de infecção e risco de trauma vascular (100%); disposição para autoconceito melhorada, disposição para processos familiares melhorada e dor aguda (43,75%); disposição para enfrentamento melhorada, intolerância à atividade e baixa autoestima situacional (37,50%); ansiedade e risco de resposta alérgica (31,25%);

risco de desequilíbrio eletrolítico, fadiga, disposição para relacionamentos melhorada e medo (18,75%); risco de volume de líquidos deficiente, nutrição desequilibrada: menos do que as necessidades corporais, mobilidade física prejudicada, padrão de sono prejudicado e privação do sono (12,50%). Os DEs volume de líquido excessivo (68,75) e troca de gases prejudicada (28%) apresentaram percentagem que não se repetiu em outros diagnósticos.

Os diagnósticos de maior valor foram risco de infecção e risco de trauma vascular. O acesso vascular e o cateter podem apresentar complicações graves, apresentando risco considerável de morbimortalidade, destaca-se o enfermeiro como essencial no monitoramento, detecção e intervenção em complicações no procedimento hemodiálítico (SOUSA, et al., 2013).

Em relação aos DEs ansiedade e medo infere-se que a equipe de enfermagem deve estabelecer uma relação de confiança com os pacientes em hemodiálise, pois é através de uma boa relação com os profissionais, que os clientes procuram conforto, já que estes encontram-se debilitados e com emoções frágeis (PEREIRA; PEREIRA; SILVA, 2018).

Para os problemas adaptativos, a média por criança foi de 3,75; mediana de 3,5; valor máximo de 7 e mínimo de 1 por criança. Foram identificados 11 problemas adaptativos (Figura 2).

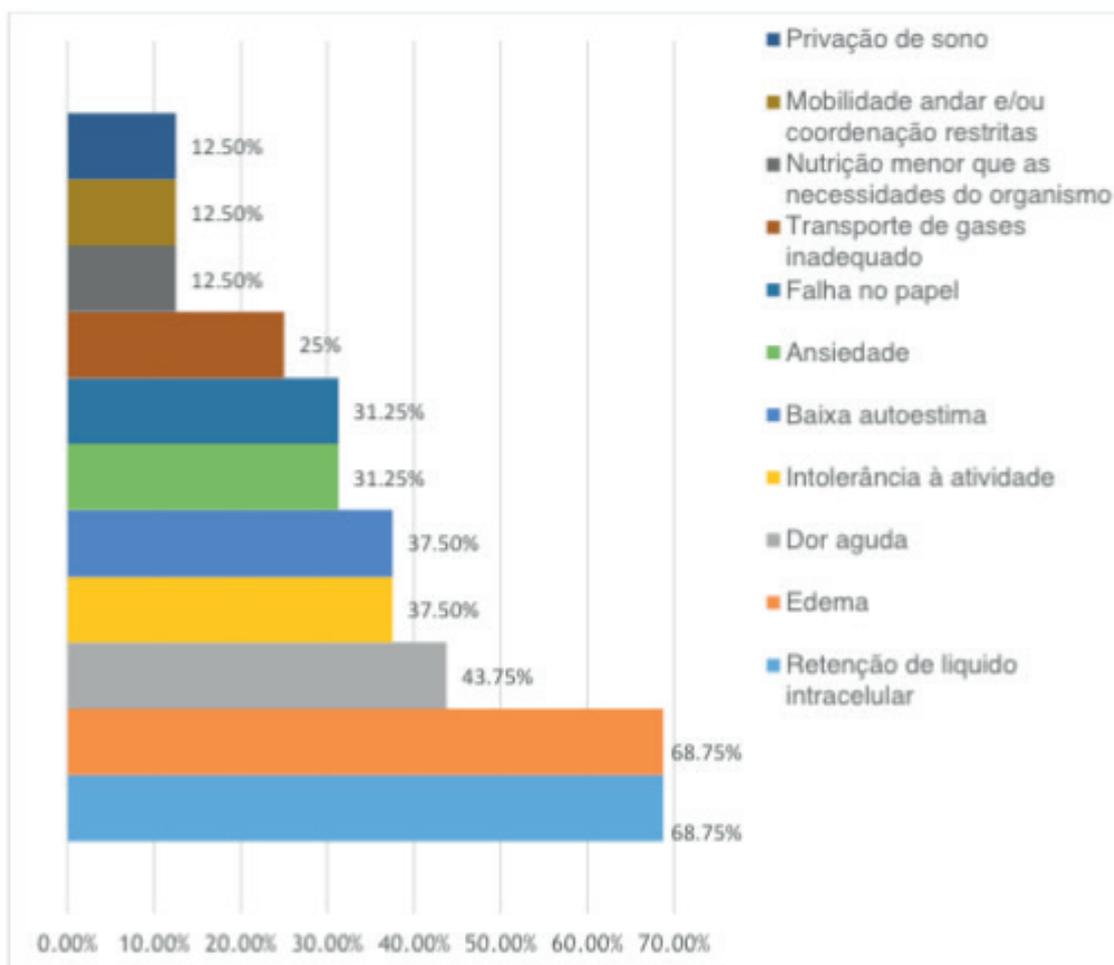


Figura 2 - problemas adaptativos encontrados nas crianças em hemodiálise. Belém, (PA), Brasil. 2016.

A respeito da relação entre a taxonomia II da NANDA-I e o modelo teórico de adaptação, identificou-se uma semelhança entre 12 diagnósticos de enfermagem e 10 problemas adaptativos, restando 09 diagnósticos de enfermagem (risco de infecção; risco de trauma vascular; disposição para autoconceito melhorada; disposição para processos familiares melhorada; disposição para enfrentamento melhorada; risco de resposta alérgica; risco de desequilíbrio eletrolítico; disposição para relacionamentos melhorada e risco de volume de líquidos deficiente) que não estabeleceram relação com os problemas adaptativos de Calista Roy.

A maior semelhança que se observa é entre o domínio atividade repouso e o modo adaptativo Fisiológico. Apesar de alguns DEs e problemas adaptativos apresentarem título diferente, foi verificado uma semelhança entre os termos e sentido.

Construiu-se uma tabela com os domínios da NANDA Internacional, DEs que se assemelharam aos problemas adaptativos e os modos adaptativos segundo o modelo de Calista Roy.

Domínios da NANDA Internacional	Diagnóstico de enfermagem da NANDA-I	Problemas adaptativos de Calistta Roy	Modos adaptativos de segundo Calistta Roy
Nutrição	Nutrição desequilibrada: menos que as necessidades corporais.	Nutrição menor que as necessidades do organismo.	Fisiológico
	Volume de líquidos excessivos.	Edema	
			Retenção de líquido intracelular
	Eliminação e troca	Troca de gases prejudicada	Transporte de gases inadequado
Atividade/Repouso	Intolerância à atividade	Intolerância à atividade	Fisiológico
	Fadiga		
	Mobilidade física prejudicada	Mobilidade de andar e/ou coordenação restritos	
	Padrão de sono prejudicado Privação do sono	Padrão de sono inadequado	
Auto percepção	Baixa autoestima situacional	Baixa autoestima	Auto conceito
Enfrentamento/Tolerância ao estresse	Ansiedade	Ansiedade	Auto conceito
	Medo		

Conforto	Dor aguda	Dor aguda	Fisiológico
-----------------	-----------	-----------	-------------

Tabela 1 - Domínios da NANDA Internacional, diagnósticos de enfermagem que se assemelharam aos problemas adaptativos e modos adaptativos de Calista Roy. Belém (PA), Brasil, 2016.

Fonte: dados dos autores, Belém (PA), Brasil, 2016.

4 | CONCLUSÃO

Observou-se uma semelhança entre os DEs estipulados pela NANDA Internacional e os problemas adaptativos de Roy para crianças em hemodiálise. O item com maiores semelhanças foi entre o domínio Atividade e repouso e Modos Adaptativos Fisiológicos. A dor aguda, ansiedade e intolerância à atividade foram os termos encontrados com o mesmo título nos dois sistemas de classificação, os demais apresentam sinônimos e assim, o mesmo sentido.

A enfermagem precisa se fortalecer, pautando-se em modelos teóricos e classificações que sejam efetivamente utilizadas pelos profissionais.

5 | REFERÊNCIAS

- BRASIL. **Diretrizes e Normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos.** Conselho Nacional de Saúde. Comitê Nacional de Ética em Pesquisa em Seres Humanos. Resolução nº. 196, de 10 de outubro de 1996. Brasília: Ministério da Saúde; 2012.
- BENEDET, S. A., et al. Processo de Enfermagem: instrumento da Sistematização da Assistência de enfermagem na percepção dos enfermeiros. **Revista de Pesquisa: Cuidado é Fundamental Online**, v. 8, n. 3, p.1-14, 15 jul. 2016.
- CLEMENTINO, D. C., et al. Hemodialysis patients: the importance of self-care with the arteriovenous fistula. **J Nurs UFPE online.**, Recife, v. 12, n. 7, p. 1841-52, 2018.
- DUARTE, L.; HARTMANN, S.P. A autonomia do paciente com doença renal crônica: percepções do paciente e da equipe de saúde. **Soc Bras Psicol Hosp**, v. 21, n. 1, p.92–111, 2018.
- GARCIA, T. R.; NOBREGA, M. M. L. da. Processo de enfermagem: da teoria à prática assistencial e de pesquisa. **Esc. Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 13, n. 1, p. 816-818, Mar. 2009
- GOMES, E. T; NASCIMENTO, M. J. S. dos S. Assistência de enfermagem nas complicações durante as sessões de hemodiálise. **Enfermagem Brasil**, v. 17, n. 2, p. 10-17, 2018.
- NOGUEIRA, P. C. K., et al. Development of a risk score for earlier diagnosis of chronic kidney disease in children. **PLoS ONE**, v. 14, n. 4, p.1-11, 2019.
- NOLETO, L.C., et al. O papel dos profissionais de enfermagem no cuidado ao paciente em tratamento hemodialítico: revisão integrativa. **Rev enferm UFPE on line.**, Recife, v. 9, (Supl. 10), p.1580-6, dez., 2015.

NANDA International, North American Nursing Diagnosis Association. **Diagnósticos de enfermagem da NANDA: definições e classificação 2015- 2017**. Porto Alegre: Artmed; 2015.

REES, L. Chronic dialysis in children and adolescents: challenges and outcomes. **Lancet Child Adolesc Health**, v. 1, p. 68–77, 2017.

ROY, C.; ANDREWS, H.A. **The Roy Adaptation Model**. 2ed. Norwalk: Appleton e Lange; 1999.

SOUSA, M. R. G. de et al . Eventos adversos em hemodiálise: relatos de profissionais de enfermagem. **Rev. esc. enferm. USP, São Paulo** , v. 47, n. 1, p. 76-83, Feb. 2013 .

UBALDO, Isabela et al. NANDA International nursing diagnoses in patients admitted to a medical clinic unit. **Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste**, v. 18, n. 1, p.68-75, 12 jun. 2017.

A EDUCAÇÃO PERMANENTE E AS AÇÕES NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

Caroline Terrazas

Universidade Federal de São Paulo
São Paulo – SP

RESUMO: O objetivo dessa pesquisa é conhecer e analisar as propostas de educação permanente em saúde (EPS) oferecida aos profissionais atuantes na Estratégia Saúde da Família (ESF), de acordo com a parceria estabelecida entre Organizações Sociais de Saúde (OSS) e Secretaria Municipal de Saúde, no município de São de Paulo. Trata-se de um estudo qualitativo, onde foram realizadas 14 entrevistas individuais semiestruturadas: entre os entrevistados, 13 são funcionários de OSS's – desses, 6 desenvolvem ações de EPS e 7 são profissionais que participaram dessas ações – e 1 é funcionário público da Secretaria Municipal de Saúde – responsável pela EPS na ESF do município. A interpretação dos dados foi feita pela análise de conteúdo segundo Bardin, com as intersecções teóricas entre educação e saúde – com base em Schön, Ceccim e no Manual da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS). Evidenciou-se que as práticas predominantes de EPS, oferecida aos trabalhadores da ESF, são ações baseadas nos conceitos da Educação Continuada e Educação em Serviço, por meio de metodologias tradicionais,

com pouca participação dos trabalhadores no planejamento e no desenvolvimento das práticas educacionais.

PALAVRAS-CHAVE: Atenção Primária à Saúde. Saúde Coletiva. Educação Permanente em Saúde. Estratégia Saúde da Família.

CONTINUING EDUCATION AND ACTIONS IN PRIMARY HEALTH CARE

ABSTRACT: The objective of this research is to analyze the offers of permanent health education (PEH) offered to professionals working in the Family Health Strategy (FHS) in the city of São Paulo. In the qualitative perspective, 14 semi-structured interviews were carried out. Being 13 with employees from 6 Social Health Organizations (SHO), 6 subjects develop PEH actions and 7 subjects are professionals who had already participated in PEH actions and finally the last subject is a public employee of the Municipal Health Department, responsible for PEH in the FHS of the municipality. The interpretation of the data was by content analysis according to Bardim, by the theoretical intersection between education and health as: Schön and Ceccim and by the Manual of the National Policy of Permanent Education in Health (NPPEH). He pointed out that PEH practices offered to workers are actions based on the concepts of continuing education and in-

service education, using traditional methodologies, without the participation of workers in the planning and development of PEH practices.

KEYWORDS: Primary attention of health. Collective health. Permanent education in health. Family health strategy.

1 | INTRODUÇÃO

A educação e a saúde estão presentes na vida das pessoas. Na sociedade contemporânea, muitos foram os avanços no campo da educação e da saúde, com o advento da globalização e dos avanços tecnológicos, resultando em muitas transformações na forma de educar e de se ter saúde. Diante deste cenário de mudanças, as ações educativas integradas à saúde coletiva podem ser uma possibilidade de aumentar a participação dos sujeitos nessas transformações na sociedade atual.

As práticas de saúde que norteiam as ações da atenção primária colocam os profissionais em constantes desafios para o cuidado integral da saúde. Ao considerar o sujeito em sua singularidade, inserido no seu contexto sociocultural, existe um descompasso entre as características dos usuários, suas necessidades e as ofertas dos serviços prestados, nas percepções dos trabalhadores, como também, a falta de profissionais e de tempo para todas as atividades a serem desenvolvidas. (VILELA et al, 2009).

Com a reorganização da atenção primária pela Estratégia Saúde da Família (ESF), surge a necessidade de se pensar nas práticas de saúde desenvolvidas pelos profissionais de acordo com o modo de vida das pessoas e das sociedades, tendo a saúde como tema central. Em vista disso, em 13 de fevereiro de 2004, por meio da Portaria Ministerial nº 198, foi instituída a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS), como estratégia para a formação e a qualificação de trabalhadores para o setor de saúde para todos os níveis do sistema (BRASIL, 2004).

As ações educativas sempre estiveram presentes nas atividades laborais da saúde. Transformações na educação profissional ocorreram nos últimos anos, referentes ao desenvolvimento técnico, como um processo reflexivo e contínuo, baseado em necessidades apontadas pelo trabalhador, para uma aprendizagem ao longo de toda a carreira e à formação contínua. Sendo assim, o objeto de estudo desta pesquisa é a Educação Permanente em Saúde (EPS) como um caminho para as melhorias nas ações de saúde desenvolvidas na Atenção Primária à Saúde (APS).

A proposta da Educação Permanente (EP) baseia-se em uma aprendizagem realizada no trabalho, onde o aprender e o ensinar se incorporam ao cotidiano das organizações e ao trabalho. Esse processo tem como objetivo a transformação das práticas profissionais e da própria organização do trabalho (BRASIL, 2009).

A Educação Permanente em Saúde, inserida no contexto do trabalho da ESF, está carregando, então, a definição pedagógica para o processo educativo, que coloca

o cotidiano do trabalho ou da formação em saúde em análise, que se permeabiliza pelas relações concretas que operam realidades e que possibilita construir espaços coletivos para a reflexão e avaliação de sentido dos atos produzidos no cotidiano.

Na atenção primária, após a implantação da ESF, a Educação Permanente em Saúde é uma ação constante para a atualização cotidiana das práticas, segundo os mais recentes aportes teóricos, metodológicos, científicos e tecnológicos disponíveis e, também, pela necessidade de construção de relações e processos, que vão do interior das equipes, em atuação conjunta, implicando seus agentes às práticas organizacionais, implicando a instituição e/ou o setor da saúde às práticas interinstitucionais e/ou intersetoriais, e implicando as políticas nas quais se inscrevem os atos de saúde (CECCIM, 2005). Porém, a organização dos serviços de saúde e da assistência prestada está baseada em metas quantitativas de atendimentos, descritas no contrato de gestão estabelecido pela parceria entre a Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo (SMS-SP) e as Organizações Sociais de Saúde (OSS). E, nesse contrato, foi instituído que é de responsabilidade das OSS, junto à SMS, desenvolver atividades de EPS aos funcionários contratados pela organização e que atuam na ESF.

A atividade profissional da pesquisadora como enfermeira e, posteriormente, por 11 anos, contratada por uma OSS, como gestora de Unidade Básica de Saúde (UBS) com a ESF, na periferia da zona sul do município de São Paulo, a levou a testemunhar, na prática diária, que as propostas de atividades de educação permanente, que tinham como objetivo provocar uma mudança de atitudes e comportamentos, a partir da construção coletiva de novos saberes e conceitos, como um meio de transformar as práticas de saúde, não foram bem sucedidas. Observou que o tipo de atendimento que é prestado ao usuário é pouco satisfatório e, ao refletir sobre os cuidados de saúde prestados, baseado nos programas municipais de saúde, percebeu uma insatisfação por parte dos trabalhadores e, também, por parte dos usuários. Nessa perspectiva de cuidado, evidenciou-se o questionamento: por que as propostas dos programas de educação permanente não transformam as práticas profissionais para a melhoria nas ações de saúde da atenção básica? A escolha desse tema de pesquisa faz parte, portanto, da construção pessoal e profissional da pesquisadora, problematizando a “educação permanente” como uma possibilidade de o trabalhador de saúde melhorar suas ações nos processos de atendimentos na Estratégia Saúde da Família, como política atual da atenção básica de saúde. Deste modo, investiga-se, sob a ótica do trabalhador da saúde atuante no serviço da ESF, se a educação permanente que hoje é realizada tem sido capaz de melhorar as ações de saúde da atenção primária.

Por tudo isso, este estudo teve como objetivo conhecer e analisar os processos da educação permanente oferecida aos trabalhadores de saúde que atuam na atenção primária, por meio da Estratégia Saúde da Família, no município de São Paulo.

2 | METODOLOGIA

Tratou-se de estudo qualitativo realizado no município de São Paulo, com 6 OSS e 6 UBS, ambas escolhidas aleatoriamente. Foram feitas 14 entrevistas semiestruturadas, sendo:

- 06 entrevistas com funcionários que realizam atividades de EPS aos trabalhadores da ESF;
- 07 entrevistas com profissionais atuantes da ESF que participaram de algum processo de EPS, sendo todos esses sujeitos contratados por OSS; e
- 1 entrevista com o profissional responsável pela EPS da Atenção Primária à Saúde do Gabinete da SMS-SP.

As categorias profissionais que participaram das entrevistas e as respectivas siglas para identificação são apresentadas a seguir:

- psicólogo (PSC);
- enfermeiro (ENF);
- auxiliar de enfermagem (AE);
- agente comunitário de saúde (ACS); e
- funcionário público (F).

O tratamento das entrevistas se deu pela análise do conteúdo de acordo com Bardin (1977).

Os procedimentos éticos foram tratados antes, durante e depois do desenvolvimento do estudo, com base na Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde- CNS (Brasil, 2012).

3 | RESULTADOS

Os resultados dessa pesquisa foram agrupados em 3 categorias, sendo: a primeira, os resultados coletados juntos aos responsáveis pela EPS nas OSS; em seguida, os resultados coletados junto aos trabalhadores das UBS e; por fim, os resultados coletados junto ao profissional da SMS-SP.

3.1 O Que Dizem os Profissionais Que Desenvolvem Eps Para os Trabalhadores Da Esf

Observou-se que todas as OSS que participaram da pesquisa realizam atividades voltadas para a educação profissional com os trabalhadores atuantes da ESF.

Por meio das análises do conteúdo das entrevistas, identificou-se que a EPS desenvolvida pela OSS é baseada na perspectiva da Educação Continuada, pois partem de uma metodologia restrita e tradicional, voltados para atualizações de informações e transmissão de conhecimentos técnico-operacionais.

A maioria são slides, professor, aquela coisa de 'você fala e eu recebo, eu escuto'. É até uma crítica: eu acho que isso também tinha que mudar um pouco, essa forma. Trabalhar com a metodologia problematizadora. (ENF.5)

(...) a gente tem de oferta... E tem ações pontuais, que são esses cursos 'pacotão': curso de eletrocardiograma, curso de primeiros socorros, o ABLIS (...) primeiros socorros, curso de curativo, curso de bota de una, curso de vacina, curso de BCG – são os cursos, são os pacotes prontos. (ENF.4)

Os cursos oferecidos são aulas de capacitação e treinamentos baseados nos conhecimentos e habilidades clínico-assistenciais, elaborados pelas OSS e ofertados conforme as necessidades institucionais. E os trabalhadores são convocados a participar.

(...) a EP ela se configura sim em ofertas técnicas fechadas, em pacotes necessários. (ENF.4)

As capacitações e treinamentos são ferramentas importantes para o desenvolvimento profissional. Porém, é de extrema importância que ela seja de acordo com as demandas de saúde e doença que surgem no município e que impactem na forma de “produzir” saúde, como:

O que, em saúde, que você planeja por um ano que permanece com o mesmo planejamento? Saúde sempre surpreende. Do nada, você tem o H1N1 (...), sífilis agora, enfim. Então, saúde.... Ela pode tentar se dar ao luxo de ser totalmente programática... (PSC.3)

Segundo Schön (1992), trata-se de uma concepção objetivista na relação do prático com a realidade, a qual está sendo aplicada para produzir conhecimento aos trabalhadores da ESF.

(...) a EP do formato de treinamento e curso é de forma fragmentada (...) trabalha categoria. (ENF.4)

Os processos de EPS são planejados e desenvolvidos de acordo com as diretrizes da APS do município, baseados nos SUS e pactuados no contrato de gestão com as OSS, que é o Plano Municipal de Educação Permanente da Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo- PLAMEP.

(...) esse PLAMEP está no contrato de gestão, essa meta de EP é um item do contrato de gestão, então a gente tem que cumprir 100% do PLAMEP(...). (ENF.5)

A prática da EPS, que está contemplada no planejamento anual, está associada a uma tarefa – semelhante à gestão empresarial, onde se têm metas a cumprir e cursos que devem ser executados.

(...) o PLAMEP é algo de indicador de qualidade de gestão da OSS (...) a gente é obrigado a executar. (ENF. 6)

3.2 O Que Dizem os Trabalhadores das Equipes da Esf

Tornou-se evidente que os cursos oferecidos no período do trabalho, com temas determinados, partem da perspectiva dos conceitos da Formação em Serviço, Educação em Serviço ou Educação Continuada.

Para Ferraz (2005), ocorre uma variedade de nomes que são destinados aos processos educativos oferecidos aos profissionais da saúde, sendo as mais frequentes: treinamento em serviço, educação no trabalho, educação em serviço, Educação Continuada e Educação Permanente. Estes conceitos foram se apresentando na área da saúde, mas mantendo significados semelhantes: foram sendo tratados como sinônimos, podendo ser atribuídos tanto aos programas pontuais de capacitação inicial para o trabalho ou atualização científica e tecnológica – logo, transitórios – como para serviços incluídos nos organogramas oficiais das instituições de saúde.

(...) a gente tem as reuniões (...) reunião técnica costuma ter uma parte disso... Busca Ativa de Sintomáticos Respiratórios, Tuberculose, Urgência e Emergência, Acolhimento. Então, mensalmente, a gente tem um cronograma que a gente executa. (E.1)

Quanto ao conceito da EPS, entre seus aspectos técnicos, faz parte, também, uma aprendizagem significativa e a problematização a partir das necessidades apresentadas pelas profissionais de saúde. A PNEPS, que foi construída com a finalidade de abranger processos educativos em saúde e com o intuito de melhorar a qualidade dos serviços, não é realizada para e com os trabalhadores da saúde, de acordo com os discursos apresentados:

Já fiz curso de Hanseníase, fiz também o Momento 1 (...) depois tem os outros cursos (...) tem Educação na Saúde, teve também um curso de TB, acho que só... (ACS.2)

Quanto à atividade da EPS, normalmente temas assim são mais expositivas, são mais de apresentação de Power Point... (E.5)

Segundo Ceccim (2005b), a temática da educação permanente em saúde deve fazer uma ruptura da didática geral, subvertendo as normas exigentes da pedagogia tradicional. A partir do reconhecimento dos diferentes valores, saberes e desejos das equipes, será possível entender o cotidiano como um espaço aberto à criação de dispositivos de escuta, de decodificação do processo de trabalho e de revisão permanente.

A aula era sempre com slides – todas. O aprendizado foi bom, mas a educação continuada, no meu ponto de vista, realmente ela parte de uma demanda do dia a dia, daquilo que a gente precisa ter no nosso dia a dia... (E.6)

A importância e valorização da EPS, pelos profissionais da saúde, é a mesma importância dada ao saber e ao conhecimento técnico clínico-assistencial – pois, uma vez que se tem uma boa formação inicial, são bons profissionais. Parte-se do princípio

que um bom curso de saúde poderá proporcionar uma boa execução da assistência à saúde – sendo esta entendida na perspectiva da racionalização do cuidado, apenas pela técnica do trabalho em saúde: o importante é realizar um bom procedimento em saúde, muitas vezes desconsiderando-se os aspectos relacionais e humanos, que são as singularidades e subjetividades existentes nos desafios que envolvem o cuidado e o tratamento da saúde humana.

...porque é através do conhecimento que você vai estar levando uma informação para o paciente, você vai está fazendo o procedimento mais correto, é....se você tem atualização se corre menos risco de errar. (A.E. 3)

Há o reconhecimento, por parte das trabalhadoras, que novos saberes e novas práticas são muito importantes. Porém, as práticas profissionais realizadas no serviço, que serão revistas e executadas nos cursos, resultam em sentimentos de tensão e angústia, em alguns casos, pela dificuldade que é instalada após o término dos cursos.

A reflexão é tanto para o positivo quanto para o negativo. Então a gente fica feliz: 'poxa, algo diferente!', 'poxa, algo que acrescenta!'. E muitas vezes eu, particularmente, fico mal, porque eu vejo que eu não consigo fazer. (E.5)

3.3 O que diz o profissional da SMS-SP

Na Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo, existem profissionais responsáveis pelos processos de EPS. A entrevistada, que foi indicada pelo Gabinete da Atenção Primária a participar da entrevista, é responsável por cuidar dos processos de qualificação de profissionais, na perspectiva da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde. Observa-se que há um grande desafio em avançar as propostas e as práticas de EPS junto aos trabalhadores, baseado no conceito e metodologia que norteia a PNEPS.

(...) é importante nós discutirmos esse conceito da EPS, que nós ainda não conseguimos avançar do conceito pleno da EPS. Porque quando a gente fala de EPS, as pessoas até atrelam muito a cursos de capacitação... F.1

(...) a questão da EPS (...) é justamente extrapolar esse conceito dos cursinhos estruturados, daquele que você tira o profissional (...) de fazer uma discussão dentro dos processos de trabalho. Então a coisa principal da EPS é que as questões educativas (...) sejam discutidas dentro das unidades. (...) F.1

Está imposto, por meio do contrato de gestão adotado pela PMSP, via SMS-SP, que as OSS devem cumprir suas metas quantitativas de consultas e atendimentos para o recebimento dos recursos financeiros que serão, também, destinados aos pagamentos de salários aos trabalhadores da ESF. Além disso, como consta nesse mesmo contrato, a produtividade é acompanhada mensalmente pelas Coordenadorias Regionais de Saúde (CRS) e Supervisões Técnicas de Saúde (STS), frente às metas estabelecidas previamente e trimestralmente. A produtividade será avaliada pelo Comissão Técnica de Acompanhamento (CTA) e, nos casos de não atingimento de,

no mínimo, 85%, a OSS terá um desconto proporcional, no mês subsequente.

(...) nós fazemos uma carta para o núcleo que é responsável pelo contrato de gestão, junto à OSS, para que eles saibam que, naquele mês, determinados profissionais tiveram uma produtividade reduzida porque estão passando por um processo de capacitação. Então isso faz com que a OSS seja não penalizada. (F.1)

Para CAMPOS et al. (2006), os desafios derivados das reformas e da consolidação do SUS no Brasil destacam diferentes demandas em diferentes cenários. No cenário do trabalho, a gestão complexa de múltiplos sistemas de contratação, o imperativo da gestão descentralizada, o incentivo para incrementar a qualidade e a produtividade, a relevância do trabalho em equipe e a gestão empreendedora orientada torna visível a importância de conceber, implementar e institucionalizar alternativas de educação permanente, tanto para a formação de profissionais quanto para o seu aprimoramento em serviço.

As questões adotadas e impostas pelo contrato de gestão, centrado na produtividade da assistência, tornam-se, novamente, um desafio para colocar em prática outras diretrizes, também adotadas pelo município, como a Política Municipal de Humanização da Atenção e da Gestão do SUS da SMS-SP e a Política Municipal de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora, por exemplo – todas implantadas pela mesma gestão municipal.

... Buscar levar as diretrizes da secretaria para que as OSS, elas tenham, efetivamente, a mesma lógica que a gente está colocando, e não a sua lógica – talvez empresarial..., mas assim, a gente acha que precisa fazer esse balanceamento, né? Entre a produtividade, para que o profissional não seja lesado. Porque os processos de capacitação, não são considerados como produtividade... (F.1)

Segundo MENDONÇA e NUNES (2011), nessa perspectiva, é preciso fortalecer a ideia de que a EPS se aprende na prática, com o apoio da gestão e no enfrentamento dos problemas diários dos serviços de saúde. É um desafio constante para fortalecer as melhorias nas ações de saúde na APS, e a EPS é uma estratégia de significativa relevância.

4 | CONCLUSÃO

A PNEPS, criada e estruturada pelo Ministério da Saúde em 2007, possibilitou um maior incentivo aos processos educativos focados na continuidade da formação do trabalhador da saúde inserido na rede pública. Por meio desta política, surgiu um novo conceito e iniciou-se uma percepção mais abrangente sobre como e quais são as melhores formas de aplicar uma educação que contemple todos os aspectos que envolvam a formação de profissionais que atuam na saúde. Diante disso, ocorreram avanços nos estudos, debates e reflexões sobre os modelos até então praticados como, por exemplo, Formação em Serviço, Educação em Serviço, Educação Continuada e, por fim, a Educação Permanente em Saúde.

As entrevistas realizadas mostraram que todos os sujeitos consideram, como Educação Permanente em Saúde, os processos educativos atualmente existentes e praticados. No entanto, quando era pedido às entrevistadas para que relatassem como eram as práticas, propostas e métodos, ficou evidente que grande parte dos processos educativos tem, em suas práxis, a Educação Continuada. Observa-se que as práticas educacionais executadas são tidas como ações importantes, que contribuem para as melhorias das realizações de procedimentos em saúde por parte dos trabalhadores atuantes.

Quanto à questão da melhoria das ações de saúde da APS pela ESF prestadas à população, há um conflito existente por parte dos profissionais. Esses reconhecem que muitas são as necessidades de saúde: existem muitos programas assistenciais a serem cumpridos, por exigência da SMS-SP, mas, ao mesmo tempo, muitas são as dificuldades em executá-los, uma vez que o processo saúde-doença não é algo que possa ser programado e efetivado como, por exemplo, a compra de um produto do qual se necessita.

Há um reconhecimento e uma grande valorização, por parte dos profissionais da saúde atuantes na ESF, de que processos formativos que enfatizam novas práticas e técnicas inovadoras em saúde são suficientes para melhorar as ações executadas como, por exemplo, procedimentos médicos, tratamentos e cuidados assistenciais na APS.

Os profissionais que desenvolvem a EPS aos trabalhadores de saúde reconhecem que há uma limitação nos processos educativos, em virtude das demandas e exigências existentes no contrato de gestão. Juntamente com o PLAMEP, identificam que as metodologias aplicadas são fundamentadas em práticas tradicionais de ensino, com aulas expositivas, onde o trabalhador é um agente passivo no processo.

A SMS-SP, na área da Coordenação da Atenção Primária, reconhece que a EPS necessita avançar nas suas ações para os processos de formação nos serviços de saúde. No entanto, há um conflito que cerca as políticas de gestão adotadas: como pensar em propostas educativas de características crítica-reflexivas, se os atuais contratos de gestão têm, como prioridade, cláusulas que exigem produtividade nas ações em saúde, por meio do estabelecimento de metas quantitativas para os atendimentos que devem ser prestados? Torna-se evidente que a finalidade da prestação de serviço deve ser, de acordo com o contrato, o quantitativo e não qualitativo. Isso revela o paradoxo do SUS existente na maior cidade do Brasil: trata-se de um SUS limitado pela lógica da privatização, assistencialista e onde os processos educativos para os trabalhadores não são tidos como prioridades.

Diante das ações e propostas de EPS apresentadas, comprova-se que a EP é realizada pelas instituições que prestam serviços na APS. É uma EPS de relevância para obtenção de conhecimentos e habilidades para gerar produtividade, distante de proporcionar melhorias relevantes nas ações de saúde prestadas à população pela ESF. Atualmente a política pública de saúde da cidade de São Paulo optou por um

SUS com uma atenção primária que visa uma gestão empreendedora de programas assistenciais e clientelista, e não por uma saúde coletiva na sua complexidade e singularidade

REFERÊNCIAS

BARDIN, L. **Análise de Conteúdo**. Lisboa, Edições 70, 1977.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria 198 GM/MS**. Política Nacional de Educação Permanente. Brasília (DF), 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 198/GM/MS, de 13 de fevereiro de 2004**. Institui a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde como estratégia do Sistema Único de Saúde para formação e do desenvolvimento de trabalhadores para o setor e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília, 16 fev. 2004a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação em Saúde. **Política Nacional de Educação Permanente em Saúde**. Brasília. Ministério da Saúde, 2009.

BRASIL. CNS- CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE. Comissão Nacional de Ética em Pesquisa- **Resolução 466/12**. Disponível em: http://conselho.saude.gov.br/ultimas_noticiais/2013_jun_14_publicada_resolucao.html. Acessado em 23 mar 2017.

CAMPOS, F.E, et al. **Os desafios atuais para a educação permanente no SUS**. Cad. RH Saúde. 2006;3(1):41-43.

CECCIM, R.B. **Educação permanente em saúde: desafio ambicioso e necessário**. Interface - comunicação, saúde, educação, 9(16): 161-178, set. 2004-fev.2005a.

CECIM, B. R. **Educação permanente em saúde: descentralização e disseminação de capacidade pedagógica na saúde**. Cienc Saude Colet [Internet]. 2005b [cited 2011 Dec 10]; 10(4):975-86. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232005000400020&script=sci_arttext

FERRAZ, F. **Educação Permanente/Continuada no Trabalho: um direito e uma necessidade para o desenvolvimento pessoal, profissional e institucional**, 2005. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Curso de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis. 263 p.

FREIRE, P. **Política e educação: ensaios**. 5. ed. São Paulo: Cortez, 2001.

MENDONÇA, F. F; NUNES, E. F. P. A. **Necessidades e dificuldades de tutores e facilitadores para implementar a política de educação permanente em saúde em um município de grande porte no estado do Paraná, Brasil**. Interface – comunicação, saúde, educação, v.15, n.38, p.871-82, jul. / set. 2011.

PAIM, J.S. **Desenvolvimento teórico-conceitual do ensino em saúde coletiva**. In: ABRASCO. *Ensino da saúde pública, medicina preventiva e social no Brasil*. Rio de Janeiro, ABRASCO/NUTES/CLATES, 1982. p.3.

SCHÖN, D. **Formar professores como professores reflexivos**. In: NÓVOA, A. (org.). *Os professores e sua formação*. Lisboa: Dom Quixote, 1992.

VILELA, W. V, et al. **Desafios da atenção básica em saúde: a experiência de Vila Mariana, São Paulo, Brasil**. Cad. Saúde Pública. Vol. 25, n ° 6. Rio de Janeiro. 2009.

PRÁTICA EDUCATIVA EM SAÚDE COM PESSOAS QUE VIVEM COM ANEMIA FALCIFORME: UMA AÇÃO DO ENFERMEIRO

Rafael Gravina Fortini

Enfermeiro. Doutorando em Ciências do Cuidado em Saúde-Universidade Federal Fluminense-UFF; Niterói – RJ

Vera Maria Sabóia

Enfermeira. Doutora. Professora Titular da Universidade Federal Fluminense-UFF Niterói – RJ

RESUMO: As hemoglobinopatias constituem o distúrbio genético de maior frequência nos seres humanos, sendo a doença falciforme (DF), com destaque para a anemia falciforme (AF), a de maior impacto clínico, social e epidemiológico. Objetiva-se refletir a importância das práticas educativas desenvolvidas pelos enfermeiros com as pessoas que vivem com AF. Trata-se de uma revisão integrativa da literatura de artigos científicos indexados na PubMed, CAPES, LILACS e BDENF entre os meses de março e maio de 2018. A busca nas bases de dados localizou-se um total de 146 artigos selecionados para a revisão. Destes, foram escolhidos 11 artigos, sendo cinco nacionais e seis internacionais, considerados principais para atender aos objetivos desta investigação. Observou-se a falta do uso de estratégias educativas pelos profissionais de enfermagem nestas ações. Evidenciou-se a necessidade de melhorias na formação em enfermagem no que

tange às ações de educação em saúde voltadas para o autocuidado deste grupo populacional específico. Conclui-se que a maioria dos estudos que abordam o conhecimento acerca da doença por parte dos profissionais de saúde visa apenas à construção do conhecimento dos clientes para a prática do autocuidado e manutenção da saúde. Existe uma necessidade urgente de melhorar a formação dos enfermeiros (as) que possuem um papel fundamental em ações de promoção da saúde/educação em saúde voltada para o autocuidado, dinamizando assim a qualidade de vida desta população específica.

PALAVRAS-CHAVE: Educação em Saúde; Anemia Falciforme; Enfermagem.

HEALTH EDUCATIONAL PRACTICE WITH PEOPLE LIVING WITH FALCIFORM ANEMIA: AN ACTION OF THE NURSE

ABSTRACT: Hemoglobinopathies are the most frequent genetic disorder in humans, with sickle cell disease (DF), with sickle cell anemia (FA) being the most clinical, social and epidemiological impact. The objective is to reflect the importance of the educational practices developed by the nurses with the people living with FA. It is an integrative review of the literature of scientific articles indexed in PubMed, CAPES, LILACS and BDENF between March and May 2018. The search in

the databases was a total of 146 articles selected for review. Of these, 11 articles were chosen, five of which were national and six international, considered to be key to the objectives of this investigation. It was observed the lack of use of educational strategies by nursing professionals in these actions. It was evidenced the need for improvements in nursing training regarding health education actions aimed at self-care of this specific population group. It is concluded that the majority of the studies that approach the knowledge about the disease by the health professionals only aims at the construction of the knowledge of the clients for the practice of self-care and health maintenance. There is an urgent need to improve the training of nurses who play a fundamental role in actions to promote health / health education focused on self-care, thus enhancing the quality of life of this specific population.

KEYWORDS: Health Education; Sickle Cell Anemia; Nursing.

1 | INTRODUÇÃO

A doença falciforme (DF) é um termo utilizado para denominar um grupo de alterações genéticas caracterizadas pela presença do gene da globina beta S em homozigose (SS), em heterozigose com outras variantes (SC, SD, SE) ou em interação com a talassemia beta (BRASIL, 2015a). A mais comum foi inicialmente denominada anemia falciforme (AF) que é a caracterizada pela presença do gene da globina beta em homozigose (SS) (ROSA, 2015)

AAF é uma doença crônica e grave, considerada a doença hereditária monogênica mais comum no país. Apesar das particularidades que as distinguem, todas essas combinações têm manifestações clínicas e hematológicas semelhantes. Por isso, universalmente, as condutas são iguais para todas, levando-se em consideração apenas o curso mais ou menos severo de cada uma delas (BRASIL, 2015).

Estima-se que existam de 20 a 30 mil brasileiros que vivem com doença falciforme e, segundo a coordenação da Política Nacional de Atenção Integral às Pessoas com Doença Falciforme do Ministério da Saúde, é considerada como um problema que requer medidas de saúde pública (CARVALHO, 2014). Já com base nos dados produzidos pelo Programa Nacional de Triagem Neonatal (PNTN), sabe-se que, a cada mil crianças nascidas vivas no país, uma tem a doença falciforme, estimando-se o nascimento de cerca de 3.000 crianças por ano com doença falciforme e de 180.000 com traço falciforme (BRASIL, 2015). Esses dados vêm ao encontro com o alto índice de pessoas que necessitam de informações sobre como lidar com essa doença crônica e hereditária.

A Organização Mundial de Saúde (OMS) recomenda que o acompanhamento de pessoas que vivem com doença falciforme seja feito nas unidades básicas de saúde, inseridos em programas que utilizem tecnologias simples e que englobem ações de educação em saúde, detecção de risco genético na comunidade, aconselhamento genético e imunização. "Esta instituição internacional reconhece a AF como prioritária

para a saúde pública uma vez que existem iniquidades de acesso aos serviços de saúde para essas pessoas em diversas partes do mundo” (CORDEIRO, FERREIRA, SANTOS, 2014).

A DF e suas complicações clínicas têm níveis hierarquizados de complexidade, num contínuo entre períodos de bem-estar ao de urgência e emergência. O tratamento como uma patologia crônica e progressiva envolve o atendimento de equipe multidisciplinar, consultas médicas e de enfermagem periódicas, exames laboratoriais de rotina, indicação de terapêutica transfusional ou uso de medicações excepcionais (CARVALHO, 2014).

A Doença falciforme está no regulamento do Sistema Único de Saúde (SUS), nos termos da Portaria nº 2.048, de 3 de setembro de 2009, artigos 187 e 188. Os dois instrumentos definem as Diretrizes da Política Nacional de Atenção Integral às Pessoas com Doença Falciforme (CARVALHO, 2014). Essas diretrizes não se limitam à promoção do tratamento das intercorrências clínicas, mas incluem uma gama de ações de promoção da saúde, educação de pacientes, aconselhamento genético, assistência multidisciplinar e acesso a todos os níveis de atenção, com redução da morbidade e aumento da expectativa de vida (CORDEIRO, FERREIRA, SANTOS, 2014).

Nesse sentido, constata-se que a literatura existente no Brasil fornece pouca informação acerca dos cuidados de enfermagem para pessoas com DF. Apesar da alta prevalência da doença e do contato constante dessas pessoas com os serviços de saúde, existe pouco conhecimento das práticas de cuidado (CORDEIRO, 2013).

Um dos principais desafios da Saúde Pública no manejo da doença talvez esteja relacionado ao alcance e qualidade do atendimento prestado nos serviços da rede pública de saúde aos portadores da doença (ROSA, 2015).

Sabe-se que na pessoa com DF a dor faz parte constante da evolução da doença e é a causa de múltiplas internações ao longo de vida dessas pessoas. A crise aguda de dor ou crise álgica manifesta-se comumente a partir dos 24 meses de vida e é responsável pela maioria dos casos de atendimento de emergência e hospitalização, assim como pela má qualidade de vida dos pacientes acometidos e, internações frequentes resultam em elevada mortalidade (CARVALHO, 2014).

Portanto, a importância do diagnóstico precoce, da inclusão em um programa de atenção integral tão logo seja estabelecido o diagnóstico são aspectos que, quando obedecidos, podem diminuir em muito a morbidade e mortalidade (SANTANA, ROMÃO, ESPÍRITO SANTO, 2014).

Dentre os profissionais de saúde, os enfermeiros compõem o grupo que passa maior número de tempo cuidando dos pacientes com AF. A enfermagem, no cuidado direto de pessoas que vivem com doença falciforme, tem como meta o alívio da dor, com base em uma avaliação integral. Isto implica que o enfermeiro conheça a fisiologia da dor, visando à implementação de práticas educativas com essas pessoas, identificando e prevenindo crises álgicas para reduzir complicações, bem como incentivando ações

de autocuidado (CARVALHO, ESPÍRITO SANTO, ANJOS, 2015).

Portanto a implementação de ações educativas com pessoas que vivem com DF, por parte dos enfermeiros, resultaria uma melhoria na qualidade de vida dessa clientela. Essa sistematização de práticas educativas poderá contribuir para uma maior adesão ao tratamento assim como para estimular o autocuidado.

Neste sentido, objetiva-se descrever as evidências encontradas na literatura sobre ações de educação em saúde desenvolvidas pela enfermagem com pessoas que vivem com AF, tendo em vista o aprimoramento dessa prática educativa. Acredita-se que ações educativas com pessoas que vivem com DF, por parte dos profissionais de enfermagem, possam contribuir para a melhoria na qualidade de vida dessa clientela. Portanto, a pergunta de pesquisa adotada foi: Quais ações de educação em saúde são desenvolvidas pela equipe de enfermagem com pessoas que vivem com Anemia Falciforme?

2 | METODOLOGIA

Trata-se de um estudo do tipo revisão integrativa da literatura, no qual ocorreu o agrupamento e a sistematização dos artigos pesquisados e analisados. Para tanto, foram adotadas as seis etapas indicadas para a constituição da revisão integrativa da literatura: 1) seleção da pergunta de pesquisa; 2) definição dos critérios de inclusão de estudos e seleção da amostra; 3) representação dos estudos selecionados em formato de tabela, considerando todas as características em comum; 4) análise crítica dos achados, identificando diferenças e conflitos; 5) interpretação dos resultados e; 6) reportar, de forma clara, a evidência encontrada (GANONG, 1987).

Foi realizada uma busca entre os meses de março a maio de 2018 de artigos científicos indexados na PubMed, com os descritores controlados do Medical Subject Headings (MeSH), “Health Education”, “Sickle Cell Anemia” e “Nursing”, cujos quais foram cruzados utilizando o operador booleano “AND”.

No portal de periódicos da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES) e por meio da Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), foram acessadas a Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS) e o Banco de Dados em Enfermagem (BDENF), por meio dos descritores “Educação em Saúde”, “Anemia Falciforme” e “Enfermagem”, cadastrados nos Descritores em Ciências da Saúde (DeCS), sendo utilizado o operador booleano “AND”. Esses descritores foram relacionados, uma vez que o interesse da investigação foram estudos que demonstrassem a correlação com o objetivo da pesquisa. A estratégia de busca foi organizada de diferentes formas a fim de atender as especificidades de cada base de dados.

Os critérios de inclusão adotados para definição dos artigos foram: artigos completos; disponíveis online; publicados em português, inglês e espanhol nas referidas

bases de dados; artigos dos últimos cinco anos, cujo tema principal correspondesse ao descritor utilizado e que trouxessem no seu corpus a correlação da educação em saúde prestada pelo enfermeiro com as pessoas que vivem com a AF. Como critérios de exclusão foram estabelecidos: artigos que não abordavam a temática em questão, trabalhos apresentados em congresso, cartas ao editor, estudos de reflexão, monografias, pesquisas de revisão de literatura e textos duplicados.

Para organizar os dados encontrados no estudo, foi elaborado o PRISMA Flow Diagram Generator, no qual são identificados os estudos a partir de busca nas bases de dados com o total de artigos encontrados, total de artigos não duplicados, critérios de inclusão/exclusão aplicados, número de artigos excluídos, número de artigos recuperados, número de artigos excluídos após leitura de texto completo, número de artigos excluídos durante a extração de dados e número total de artigos incluídos na revisão (PRISMA, 2009).

Para a interpretação crítica dos artigos, procedeu-se à técnica de Análise de Conteúdo com discussões entre os autores, obtendo ao final, um consenso acerca dos conteúdos pesquisados.

Foram considerados os estudos realizados por enfermeiros ou equipe multidisciplinar cuja participação do enfermeiro fosse evidente.

3 | RESULTADOS

A busca na base de dados localizou um total de 146 artigos, dos quais 97 foram encontrados no banco de dados da PubMed e, destes, 20 foram selecionados. Na base LILACS, dos 36 artigos encontrados, foram selecionados 06. Na base BDENF foram escolhidos 02, dos 03 artigos selecionados e, no CAPES Periódicos foi selecionado 01 artigo dentre os 10 localizados. No total, foram escolhidos 11 artigos, sendo 05 (45,45%) realizados no Brasil, 05 (45,45%) nos Estados Unidos e 01 (9,1%), na África Oriental, considerados principais para atender os objetivos desta investigação. Quanto ao idioma das pesquisas, 02(18,18%) foram publicados em português e 09 (81,82%) na língua inglesa. Os anos em que ocorreram os maiores números de publicações foram os de 2013, com três publicações (27,27%) e 2015, com cinco publicações (45,45%).

Quanto às amostras selecionadas pelos estudos, três (27,3%) eram de pacientes com DF, seis (54,6%) eram de enfermeiros, técnicos de enfermagem, agentes comunitários de saúde e dois (18,1%) de enfermeiros e médicos. Os locais das pesquisas das coletas de dados, cinco (45,5%) foram realizadas em hospitais e clínicas, quatro (36,4%) em UBS e duas (18,1%) em populações específicas. Os resultados da síntese dos artigos selecionados estão apresentados na Tabela 01.

Título/Nível de evidência	Ano/País/Base de dados/Periódico	Delineamento do estudo/instrumentos	Conclusão
<p>Perception of primary care doctors and nurses about care provided to sickle cell disease patients. Nível de evidência: 04.⁽¹⁰⁾</p>	<p>- 2015 - Brasil - LILACS - Revista Brasileira de Hematologia e Hemoterapia</p>	<p>- Estudo qualitativo, descritivo e exploratório; - Os dados foram coletados usando a técnica do grupo focal e submetidos à análise de conteúdo temático.</p>	<p>- Recomenda-se que os profissionais de saúde sejam treinados para que orientem os pacientes sobre a importância do monitoramento.</p>
<p>Promoção de saúde em população quilombola nordestina - análise de intervenção educativa em anemia falciforme. Nível de evidência: 03.⁽¹¹⁾</p>	<p>- 2015 - Brasil - BDEF - Escola Anna Nery Revista de Enfermagem</p>	<p>Estudo de intervenção, com delineamento longitudinal.</p>	<p>Evidenciou-se a importância de estratégias educativas fazerem parte das ações do enfermeiro, visando a construção do conhecimento da clientela para a prática do autocuidado e manutenção da saúde.</p>
<p>Patient-centered Approach to Designing Sickle Cell Transition Education. Nível de evidência: 04.⁽¹²⁾</p>	<p>- 2015 - Estados Unidos - PubMed - J Pediatr Hematol Oncol</p>	<p>A pesquisa incluiu 50 quantitativos e 3 qualitativos e escalas Likert para quantificar a compreensão dos tópicos sobre SCD</p>	<p>- Os participantes com DF tiveram um reconhecimento fraco durante a educação de transição e pouca compreensão de sua história clínica básica.</p>

<p>Evaluation of a Train-the-Trainer Workshop on Sickle Cell Disease for ED Providers. Nível de evidência: 04.⁽¹³⁾</p>	<ul style="list-style-type: none"> - 2013 - Estados Unidos - PubMed - Journal of Emergency Nursing 	<p>Um painel composto por 6 especialistas em SCD e ED planejou o workshop e desenvolveu 20 itens para avaliação do conhecimento pré-teste e pós-teste.</p>	<p>- Uma oficina de treino-treinador especificamente projetada para enfermeiras e médicos de emergência e, que discutiram o amplo espectro de SCD, foi bem atendida.</p>
<p>Conhecimento de enfermeiras sobre educação para o autocuidado na anemia falciforme. Nível de evidência: 04.⁽¹⁴⁾</p>	<ul style="list-style-type: none"> - 2013 - Brasil - LILACS - Revista Baiana de Enfermagem 	<p>Estudo de natureza qualitativa, de caráter descritivo e exploratório. Participaram 12 enfermeiras de Unidades de Saúde da Família.</p>	<p>As enfermeiras investigadas entendem o princípio básico da teoria do autocuidado, porém não conseguem organizar as ações necessárias no acompanhamento das pessoas que vivem com AF.</p>
<p>Understanding of technical education level professionals regarding sickle cell disease: a descriptive study. Nível de evidência: 03.⁽¹⁵⁾</p>	<ul style="list-style-type: none"> - 2013 - BRASIL - CAPES Periódicos - Online Brazilian Journal of Nursing 	<p>- Estudo descritivo e transversal, envolvendo 357 agentes comunitários de saúde e técnicos de enfermagem que responderam a um questionário estruturado.</p>	<p>- A falta de informação por parte dos profissionais que cuidam e manuseiam crianças com DF, indica a necessidade de desenvolver atividades com esses profissionais visando à melhoria da qualidade do serviço prestado.</p>

<p>Effectiveness of an educational programme about sickle cell disease in the form of active methodologies among community health agents and nursing technicians of primary care in Minas Gerais, Brazil. Nível de evidência: 02.⁽¹⁶⁾</p>	<p>- 2017 - Estados Unidos - PubMed - PaediatrInt Child Health</p>	<p>- O grupo que participou do treinamento (n = 82) foi comparado com um grupo controle (n = 75). Métodos ativos que consideram os formandos como os principais protagonistas do programa educacional foram utilizados por toda parte.</p>	<p>- A intervenção educacional mostrou-se eficaz no aumento do conhecimento dos profissionais de saúde.</p>
<p>Evaluation of a Sickle Cell Disease Educational Website for Emergency Providers. Nível de evidência: 04.⁽¹⁷⁾</p>	<p>-2016 -Estados Unidos -PubMed -Adv Emerg Nurs J.</p>	<p>Avaliações de pesquisas eletrônicas foram usadas para conduzir a avaliação do website e dos módulos educacionais. Todas as respostas dos participantes foram anônimas</p>	<p>O site é uma ferramenta útil no fornecimento de recursos educacionais baseados em evidências, que são relevantes para o cuidado, gerenciamento e apoio de pacientes com AF.</p>
<p>The Need for Hematology Nurse Education in Low- and Middle-Income Countries: A Community Case Study in Tanzania. Nível de evidência: 04.⁽¹⁸⁾</p>	<p>- 2017 - Estados Unidos - PubMed -Front. Public Health</p>	<p>Estudo de caso comunitário, no geral, usando pesquisas qualitativas informais.</p>	<p>É necessária uma ação urgente para educar os enfermeiros que cuidam de pacientes com distúrbios hematológicos, como AF, na Tanzânia.</p>

<p>Nurses' Attitudes toward Patients with Sickle Cell Disease: A Worksite Comparison. Nível de evidência: 04.⁽¹⁹⁾</p>	<p>- 2015 - Estados Unidos - PubMed - Pain Manag Nurs</p>	<p>O estudo utilizou um desenho comparativo descritivo transversal.</p>	<p>Os enfermeiros de ambos os locais de trabalho precisam de educação adicional sobre a SCD e cuidados com essa população vulnerável.</p>
<p>The Role of Self-Care in Sickle Cell Disease. Nível de evidência: 04.⁽²⁰⁾</p>	<p>- 2015 - Estados Unidos - PubMed - Pain Manag Nurs</p>	<p>Estudo descritivo, transversal, utilizando a análise de dados secundários.</p>	<p>Indivíduos com SCD podem se beneficiar de intervenções sobre autocuidado que aumentam o apoio social, a auto-eficácia de MSC e o acesso à educação.</p>

Tabela 01: Descrição dos artigos

Após a análise dos artigos, foram encontradas as seguintes categorias temáticas: Abordagem das práticas educativas junto às pessoas com DF; Análise da equipe de enfermagem acerca dos cuidados prestados às pessoas com DF e Capacitação dos profissionais de enfermagem para o cuidado com pessoas com DF.

4 | DISCUSSÃO

Nos estudos analisados, observou-se a falta de estratégias educativas nas ações de educação em saúde desenvolvidas pelos profissionais de enfermagem. São escassos os estudos sobre cuidados de enfermagem às pessoas com AF, bem como sobre avaliação do trabalho da equipe de enfermagem nesta área.

Os estudos(12,13,20) que abordavam a educação em saúde realizada com pessoas que vivem com DF, evidenciaram o pouco conhecimento dessa população para a realização do autocuidado. A conclusão do artigo(20), reforça que indivíduos com AF podem se beneficiar de intervenções de autocuidado que aumentam o apoio social, a auto-eficácia das DF e o acesso à educação.

A construção de um modo de cuidar deve ser planejada, recorrendo-se a processos capazes de incentivar a autonomia do indivíduo e sua responsabilidade

diante do processo saúde-doença, tornando-os sujeitos ativos, independentes e colaborativos no cotidiano saúde/doença (SANTANA, CORDEIRO, FERREIRA, 2013). De acordo com os resultados de um artigo(12), na pré-intervenção, 72,3% dos entrevistados desconheciam sobre traço falciforme e AF e 94,8% não sabiam a forma de transmissão; pós-intervenção, este último índice diminuiu para 32,6%, 60% relataram já ter ouvido falar sobre o tema e 36,1% alegaram conhecer o assunto. O estudo(13) mostra que a pesquisa centrada no paciente pode identificar novas abordagens para melhorar a experiência educacional de pacientes adolescentes com DF na transição para o cuidado de adultos. As práticas educativas podem beneficiar esses indivíduos, aumentando sua qualidade de vida.

Conforme os resultados do artigo(20), os participantes do estudo eram principalmente do sexo feminino (61,2%), desempregados ou deficientes (68%), viviam com a família (73,8%) e tinham uma média de três visitas hospitalares por crises de dor anualmente, ressaltando o fato de que a maioria das pessoas acometidas pela DF vive em situação de vulnerabilidade (SANTANA, CORDEIRO, FERREIRA, 2013).

Contudo, outras pesquisas(11,14,17) com enfermeiros de unidades hospitalares demonstraram, durante uma oficina de treinamentos e entrevistas, a necessidade de aprimorarem seus conhecimentos para posterior (re)orientação de pessoas que vivem com AF. O estudo(17) concluiu que o treinamento é um recurso valioso para os profissionais de saúde, especialmente àqueles que servem em unidades de emergência, onde muitos pacientes com DF apresentam atendimento inicial e gerenciamento. É uma ferramenta útil no fornecimento de recursos educacionais e baseados em evidências que são relevantes para o cuidado, gerenciamento e apoio de pacientes com AF.

A maioria dos artigos(2,15,16,18,19) demonstrou que os profissionais de enfermagem investigados não conseguem organizar satisfatoriamente ações necessárias ao acompanhamento de pessoas que vivem com AF e procuram tratamento nas Unidades de Saúde. O estudo(2) identificou-se que as enfermeiras investigadas entendem o princípio básico da teoria do autocuidado, porém, não conseguem organizar as ações necessárias no acompanhamento das pessoas com AF que são atendidas nas Unidades de Saúde da Família (USF). Em concordância, o estudo(18) descreve a necessidade de uma ação urgente para educar os enfermeiros que cuidam de pacientes com AF na Tanzânia. Enfermeiros desempenham um papel importante na obtenção do cuidado ideal de pacientes com doenças relacionadas à hematologia.

A falta de informação desses profissionais indica a necessidade de se desenvolver uma educação em saúde de forma a aprimorar o serviço prestado. Um exemplo disso foi um estudo(16), no qual ocorreu uma intervenção com os profissionais de nível técnico da saúde, por meio de um curso de treinamento em serviço, que se mostrou eficaz no fortalecimento do conhecimento dos profissionais da saúde. Portanto, é necessário desenvolver estratégias visando educar a equipe de enfermagem, que

desempenha papel importante no cuidado das pessoas que vivem com AF.

O reconhecimento por parte do Ministério da Saúde (MS) vem a partir de publicações como o Manual de Educação em Saúde e Autocuidado na Doença Falciforme, que visa à capacitação de profissionais de saúde no âmbito da assistência às pessoas portadoras de DF. Desse modo, esses profissionais podem fomentar e facilitar ações de promoção em todos os níveis de atenção à saúde, reconhecendo que a educação em saúde é uma prática fundamental na atenção primária, qualificando ainda mais profissionais das diversas áreas da saúde.

Observou-se nesta pesquisa uma lacuna do conhecimento sobre questões relativas à pessoa com AF e à família que vivencia este adoecimento, assim como sobre a atenção profissional e a efetividade das políticas públicas de saúde direcionadas à saúde desta população específica. Ressalta-se que no cotidiano da pessoa adoecida e da família que vivencia a condição crônica por AF, o tema ainda é pouco abordado, de modo que a escuta atenta de suas necessidades possa orientar a produção de cuidados profissionais implicados com o cuidado familiar (ARAÚJO et al, 2013).

Investigar as populações vulneráveis deve fomentar a formação de grupos de pesquisa, execução de projetos de extensão e produções científicas que possam evocar o Poder Público e a sociedade a se preocuparem com as condições de vida e a qualidade dos serviços de saúde oferecidos a esses segmentos específicos (ESPÍNDOLA, SABÓIA, VALENTE, 2015).

5 | CONCLUSÃO

A importância da DF como um problema de saúde pública e a confirmação do perfil demográfico dessa doença, reafirma a necessidade de organização da assistência à saúde a essas pessoas que vivem com a patologia. Com a realização deste estudo, foi possível observar que a educação em saúde constitui uma importante ferramenta que os profissionais de enfermagem precisam buscar para aprimorar seus conhecimentos acerca da DF, contribuindo assim, para melhorias na qualidade de vida dessa população, além de reduzir as taxas de morbimortalidade e complicações clínicas da doença.

No que tange ao conhecimento das práticas educativas pelos/as enfermeiros/as, evidenciou-se poucas publicações demonstrando a necessidade de aprofundamento dessa temática. Dessa forma, este estudo traz contribuições servindo como incentivo para que enfermeiros/as e outros profissionais de saúde realizem novos estudos que evidenciem a importância dessas práticas com essa clientela específica.

Os motivos socioeconômicos contribuem significativamente para a instabilidade clínica e do prognóstico dessa clientela específica. As condições de moradia, a qualidade e quantidade nutricional e a carência aos serviços de saúde com qualidade, muitas vezes, estão associadas à discriminação racial, baixa renda e baixa escolaridade.

Portanto, os hábitos e as condições de saúde de uma população caracterizam a maneira como a pessoa se localiza dentro do mundo social. Tais maneiras são corroboradas pelos fatores políticos, socioeconômicos e culturais, que afetam o ambiente, o comportamento e a biologia dessas pessoas, influenciando em seu estado de saúde/doença e, por conseguinte, em seu bem-estar e sua qualidade de vida. Esses determinantes sociais proporcionam influência significativa na vida das pessoas com doença crônica, como a pessoa que vive com a DF, por apresentar grande vulnerabilidade. Diante dessa situação, essas pessoas requerem cuidados e acompanhamento em todos os níveis de atenção a saúde (primário, secundário e terciário), no intuito de protegê-las e lhes proporcionar melhor qualidade de vida.

Conclui-se que ainda que apresente alta taxa de morbimortalidade, as complicações clínicas da DF podem ser prevenidas desde que haja um acompanhamento clínico integral e eficaz, como, ações de tratamento, prevenção e promoção à saúde nos três níveis de atenção. Entretanto, para o sucesso dessas ações é imprescindível que haja resolutividade na rede de atenção à saúde, além da articulação entre as instituições que compõem essa rede.

Muito já se caminhou ao longo dos últimos anos para um melhor atendimento à pessoa com DF, entretanto, ainda restam muitos desafios, como a superação das deficiências estruturais da rede, aprimoramento dos profissionais habilitados no atendimento descentralizado e atuação efetiva em determinantes sociais dessa população específica. O somatório de forças entre gestores, profissionais da área e população torna-se chave para alcançar o cuidado integral da pessoa com DF.

REFERÊNCIAS

ARAÚJO EM et al. **Atuação de um núcleo de pesquisa e extensão junto à população com doença falciforme na segunda maior cidade do estado da Bahia.** Rev Extendere. 2013; 1(2).

BRASIL. Ministério da Saúde. **A doença falciforme e a evolução das políticas públicas.** Brasília, 2015.

BUSER JM. **The need for hematology nurse education in low and middle-income countries: a community case study in Tanzania.** Frontiers in Public Health. 2017; 5:65.

CARVALHO EMMS. **A pessoa com doença falciforme em unidade de emergência: limites e possibilidades para o cuidar da equipe de enfermagem.** Dissertação (Mestrado). Subárea Políticas Públicas. Orientadora: Prof.^a Dr^a Fátima Helena do Espírito Santo, RJ. 2014. Universidade Federal Fluminense.

CARVALHO EMMS, ESPÍRITO SANTO FH, ANJOS C. **Doença falciforme nas pesquisas em enfermagem: uma revisão integrativa.** Revista Baiana de Enfermagem, Salvador. 29(1), 86-93: 2015.

CORDEIRO RC. **Experiência do adoecimento de mulheres e homens com doença falciforme** [Tese]. Escola de Enfermagem da Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2013. 238f.

- CORDEIRO RC, FERREIRA SL, SANTOS ACC. **Experiências do adoecimento de pessoas com anemia falciforme e estratégias de autocuidado.** Acta Paul Enferm. 2014; 27(06).
- ESPINDOLA BC, SABÓIA VM, VALENTE GSC. **Programa educativo em saúde qualidade de vida de indivíduos com diabetes tipo 2: estudo comparativo.** Rev Enferm UFPE On-line. 2015; 9(Supl.1):351-359.
- GANONG LH. **Integrative reviews of nursing.** Rev Nurs Health. 1987;10(1):1-11.
- GOMES LMX, ANDRADE-BARBOSA TL, VIEIRA LJT, CASTRO KPAN, CALDEIRA AP, TORRES HC, VIANA MB. **Effectiveness of an educational programme about sickle cell disease in the form of active methodologies among community health agents and nursing technicians of primary care in Minas Gerais, Brazil.** Pediatrics and International Child Health. 2016; 37(1):56-62.
- GOMES LMX, VIEIRA MM, REIS TC, ANDRADE-BARBOSA TL, CALDEIRA AP. **Understanding of technical education level professionals regarding sickle cell disease: a descriptive study.** Online Braz J Nurs. 2013; 12(2):482-90.
- JENERETTE CM, PIERRE-LOUIS BJ, MATTHIE N, GIRARDEAU Y. **Nurses' attitudes toward patients with sickle cell disease: a worksite comparison.** Pain Managem Nurs. 2015;16(3):173-181.
- KAYLE M, BRENNAN-COOK J, CARTER BM, DEROUIN AL, SILVA SG, TANABE P. **Evaluation of a Sickle Cell Disease Educational Website for Emergency Providers.** Advanc Emerg Nurs Journal. 2016;38(2):123-132.
- MATTHIE N, JENERETTE C, MC MILLAN S. **The role of self-care in sickle cell disease.** Pain Managem Nurs. 2015;16(3):257-266.
- MENESES RCT, ZENI PF, OLIVEIRA CCC, MELO CM. **Promoção de saúde em população quilombola nordestina - análise de intervenção educativa em anemia falciforme.** Rev Esc Enferm Anna Nery. 2015; 19(1):132-139.
- PRISMA (n.d.). **Prisma Flow Diagram Generator** [Internet]. [acesso em abr 2018]. Disponível em: <http://prisma.thetacollaborative.ca/>.
- ROSA JR. **□O sofrimento gera luta□: o impacto da anemia falciforme e da vivência do adoecimento no desenvolvimento psíquico de portadores da doença** [Dissertação]. Faculdade de Medicina de Botucatu da Universidade Estadual Paulista, São Paulo, 2015. 195f.
- SANTANA CA, CORDEIRO RC, FERREIRA SL. **Conhecimento de enfermeiras sobre educação para o autocuidado na anemia falciforme.** Rev Baian Enferm. 2013; 27(1):4-12.
- SANTANA AB, ROMÃO ELS, ESPÍRITO SANTO FH. **Assistência de enfermagem às crianças portadoras da doença anemia falciforme: uma revisão de literatura** [Monografia]. Curso de Pós-Graduação de Enfermagem em Unidade de Terapia Intensiva Neonatal e Pediátrica, Instituição Atualiza Associação Cultural, Salvador, 2014.
- SILVA AH, BELLATO R, ARAÚJO LFS. **Cotidiano da família que experiencia a condição crônica por anemia falciforme.** Rev Eletr Enferm. 2013;15(2):437-46.
- TANABE P, STEVENSON A, DECASTRO L, DRAWHORN L, LANZKRON S, MOLOKIE RE, ARTZ N. **Evaluation of a train-the-trainer workshop on sickle cell disease for ED providers.** J Emerg Nurs. 2013; 39(6):539-546.

XAVIER G, BARBOSA LMA, VIEIRA TLS, CALDEIRA ED, TORRES APC, VIANA MB. **Perception of primary care doctors and nurses about care provided to sickle cell disease patients.** Rev Bras Hematol Hemoterapia. 2015; 37(4):247–251.

WILLIAMS CP, SMITH CH, OSBORN KCRNP, BEMRICH-STOLZ CJ, HILLIARD LM, HOWARD TH, LEBENSBURGER JD. **Patient-centered approach to designing sickle cell transition education.** J Pediatr Hematol Oncol. 2015; 37(1):43-7.

PREVALÊNCIA DOS GENES *bla_{oxa10}* E *mecA* EM CEPAS DE *S.aureus* MULTIRRESISTENTE ISOLADOS DAS MÃOS E CAVIDADE NASAL DE ESTUDANTES DA ÁREA DA SAÚDE

Eliandra Mirlei Rossi

Universidade do Oeste do Oeste de Santa Catarina, Área das Ciências Vida e Saúde , São Miguel do Oeste, Santa Catarina

Eduardo Ottobelli Chielle

Universidade do Oeste do Oeste de Santa Catarina, Área das Ciências Vida e Saúde , São Miguel do Oeste, Santa Catarina

Carine Berwig

Universidade do Oeste do Oeste de Santa Catarina, Área das Ciências Vida e Saúde , São Miguel do Oeste, Santa Catarina

Claudia Bruna Perin

Universidade do Oeste do Oeste de Santa Catarina, Área das Ciências Vida e Saúde , São Miguel do Oeste, Santa Catarina

Jessica Fernanda Barreto

Universidade do Oeste do Oeste de Santa Catarina, Área das Ciências Vida e Saúde , São Miguel do Oeste, Santa Catarina

Kelén Antunes

Universidade do Oeste do Oeste de Santa Catarina, Área das Ciências Vida e Saúde , São Miguel do Oeste, Santa Catarina

importância quando se trata de estudantes da área da saúde, tendo em vista que estes podem carrear cepas dessa bactéria multiresistente. Assim o objetivo desse trabalho foi verificar a prevalência dos genes *bla_{oxa10}* e *mecA* em cepas de *S.aureus* multirresistente isolados das mãos e cavidade nasal de estudantes da área da saúde. Foram pesquisadas mãos e cavidade nasal de 140 estudantes da área da saúde. As cepas isoladas foram identificadas e submetidas a antibiograma, pesquisa fenotípica de enzimas de espectro estendido (ESBL) e dos genes *bla_{oxa10}* e *mecA*. Dos 140 estudantes, 62 (44,3 %) são colonizados por *S. aureus* (30 portadores nas mãos, 18 na cavidade nasal e 14 nas mãos e na cavidade nasal), totalizando 76 cepas de *S.aureus*. A maioria das cepas de *S.aureus* foram resistentes para ampicilina (73,7%) e penicilina (50%). Apenas uma cepa foi positiva para produção de ESBL. A prevalência do gene *bla_{oxa10}* e *mecA* nas cepas foi 57,9 % (44) e 19,3 % (15) respectivamente. Esses resultados indicam que os estudantes da área da saúde devem ser capacitados constantemente para prevenir a transmissão de cepas de *S.aureus* multirresistentes.

PALAVRAS-CHAVE: *Staphylococcus aureus*; Farmacorresistência bacteriana; Mãos; Cavidade nasal; Infecção hospitalar.

RESUMO: *Staphylococcus aureus* é um dos principais patógenos causadores de infecção relacionada à assistência à saúde, pois faz parte da microbiota da pele dos seres humanos. Desse modo, o controle e a detecção de portadores de *S. aureus* assume significativa

ABSTRACT: *Staphylococcus aureus* is one of the leading pathogens causing health related infection as it is responsible for the microbiota of the skin of humans. Thus, the control and detection of *S. aureus* carriers are of significant importance when it comes to health students, since they can be attended by a multiresistant bacterium. Thus the objective of this work was to verify the prevalence of *bla*_{OXA10} and *mecA* genes in strains of multiresistant *S. aureus* isolated from the hands and nasal cavity of health students. Hands and nasal cavity were searched for 140 students. The isolated strains were identified and submitted to antibiogram, phenotype research of extended spectrum enzymes (ESBL) and the *bla*_{OXA10} and *mecA* genes. Of the 140 students, 62 (44.3%) were colonized by *S. aureus* (30 had in their hands, 18 in the nasal cavity and 14 in the hands and in the nasal cavity), totaling 76 strains of *S. aureus*. Most *S. aureus* strains were resistant to ampicillin (73.7%) and penicillin (50%). Only one strain was positive for ESBL production. The prevalence of the *bla*_{OXA10} and *mecA* genes in the strains was 57.9% (44) and 19.3% (15) respectively. These results indicate that health students should be constantly trained to prevent transmission of multiresistant strains of *S. aureus*.

KEYWORDS: *Staphylococcus aureus*; Drug Resistance Bacterial ; Hand; Nasal Cavity; Cross infection.

1 | INTRODUÇÃO

Staphylococcus aureus é um dos principais patógenos causadores de infecção hospitalar (PIERCE et al., 2017; TONG et al. 2015), pois o habitat primário desse microrganismo é a mucosa da nasofaringe e pele de humanos e animais (ALFATEMI et al., 2014). A cavidade bucal possui a mesma importância da cavidade nasal e pele em relação ao armazenamento e disseminação de *S. aureus*, de modo que a maior proporção são de portadores nasais, mas a existência deste microrganismo nas mãos e língua também é significativa (BARTELS et al., 2009).

Nos últimos anos *S. aureus* adquiriu extrema importância, uma vez que é um dos principais microrganismos em nível mundial que apresenta multirresistência (ALFATEMI et al., 2014). Essa multirresistência em *S. aureus* pode ser codificada cromossomicamente ou mediada por plasmídeos (SOUZA, REIS, PIMENTA, 2005). Dentre os mecanismos de resistência a antimicrobianos os quatro principais são: o bloqueio da entrada da droga na célula, a inativação da droga por enzimas, a ocorrência de alteração nos sítios-alvo da droga e o efluxo celular da droga (SHEARS, 2001).

A inativação da droga é o mecanismo de resistência microbiana mais frequente (EVANS; AMYES, 2014) no qual as enzimas beta - lactamases de espectro estendido (ESBL) são capazes hidrolisar o anel β -lactâmico dos antibióticos, tais como

cefotaxima, ceftazidima, ceftriaxona e aztreonam, entre outros, fazendo com que os microrganismos tornem-se resistentes a estes antibióticos (BEN SAID et al., 2015). Por isso, a pesquisa fenotípica dessas enzimas tem se tornado rotina nos laboratórios.

Um dos principais problemas para saúde pública são as cepas de *S.aureus* resistentes a meticilina (MRSA) e a oxacilina (ORSA). Dois tipos de resistência à oxacilina podem ser observados em *S. aureus*, estando envolvidos três mecanismos. A resistência clássica, ou intrínseca, é determinada pela presença do gene *mecA* localizado no cromossomo bacteriano. Esse gene é responsável pela síntese de proteínas ligadoras de penicilina (PBPs) alteradas, conhecidas como PBP2a ou PBP2', que ao substituírem outras PBPs na membrana acabam conferindo baixa afinidade tanto à oxacilina, quanto a outros antimicrobianos β -lactâmicos (LOWY, 2003; SANTOS et al., 2007; CHEUNG et al., 2014).

O gene *bla*_{OXA10} é responsável pela produção de β -lactamases de classe D, caracterizadas também como oxacilinas, porque elas normalmente hidrolisam a oximino-cefalosporinas, amino-penicilinas, piperacilina, oxacilina, aztreonam e carbapenêmicos (EVANS; AMYES, 2014; WALTHER-RASMUSSEN, HØIBY, 2006).

A maioria dos estudos na pesquisa do gene *bla*_{OXA} são feitos com bactérias Gram negativas, mas sabe-se que *S. aureus* resistente a oxacilina também pode carrear esses genes. Assim, tendo em vista o aumento na disseminação de *S. aureus* resistente a diversos antimicrobianos e portadores de genes de resistência, o controle e a detecção de portadores de *S. aureus* assume significativa importância quando se trata de profissionais da área de saúde devido à existência de cepas multirresistentes que podem ser transmitidas para pacientes (PITTET et al., 2006).

Assim, diante do exposto, o presente estudo teve o objetivo de verificar a prevalência do gene *bla*_{OXA10} e *mecA* em cepas de *Staphylococcus aureus* multirresistentes isolados da cavidade nasal e mãos de estudantes da área da saúde que estavam atuando em clínicas, consultórios, hospitais e postos de saúde, tendo em vista que esses profissionais estão em contato com diferentes pacientes e conseqüentemente podem transferir cepas de *S. aureus* multirresistentes, aumentando os riscos de infecções, pois esses profissionais estão sujeitos à colonização por microrganismos tipicamente hospitalares e, frequentemente, multirresistentes, colocando-os na condição de portadores, disseminadores e responsáveis por surtos de infecções hospitalares.

2 | MATERIAIS E METODOS

2.1 Caracterização da pesquisa, Amostra, critérios de inclusão e exclusão

Trata-se de estudo de abordagem quantitativa, foram investigados estudantes da área da saúde da Universidade do Oeste de Santa Catarina- UNOESC, Campus de São Miguel do Oeste, Santa Catarina, Brasil, no período de agosto de 2015 à dezembro

de 2016. O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade do Oeste de Santa Catarina- UNOESC.

A amostra foi de 140 estudantes da área da saúde da UNOESC, Campus de São Miguel do Oeste. As amostras foram coletadas na cavidade interna nasal e das mãos de estudantes dos cursos de enfermagem (n: 70), biomedicina (n:03) e Farmácia (n: 65), Fisioterapia (2). Como critério de inclusão, foi determinado que fosse avaliado apenas aqueles estudantes que já estavam realizando estágio ou que trabalhavam em laboratórios, consultórios, clínicas e hospitais.

2.2 Coleta e Identificação das Amostras

As amostras da cavidade nasal foram coletadas com o auxílio de um *swab* estéril previamente umedecido com solução fisiológica 0.8% que foi friccionado em ambas as narinas dos participantes do presente estudo.

A coleta das amostras das mãos dos participantes foi realizada com o auxílio de um *swab* estéril previamente umedecido com solução fisiológica, este foi friccionado três vezes em cada dedo da mão, na região entre os dedos e na palma da mão.

Todas as amostras provenientes da cavidade nasal e mãos foram semeadas em placas contendo o meio seletivo (ágar Sal Manitol) e incubadas em estufa bacteriológica à $36 \pm 1^\circ\text{C}$ por 24-48 horas. Colônias características (amarelas) foram confirmadas por coloração de Gram e testes bioquímicos específicos para a identificação de *S. aureus*, conforme Koneman et al. (2008) e Maccaffadin (2000).

As cepas confirmadas para *S. aureus* foram submetidas ao teste de suscetibilidade a antimicrobianos.

2.3 Teste de suscetibilidade a antimicrobianos e detecção fenotípica de ESBL

O teste de suscetibilidade à antimicrobianos foi realizado pela técnica de difusão em disco descrita por Kirby-Bauer conforme metodologia preconizada por Clinical and Laboratory Institute (CLSI, 2016).

Foram avaliadas as suscetibilidades aos seguintes antimicrobianos: ciprofloxacina ($5\mu\text{g}$), oxacilina ($1\mu\text{g}$), penicilina (10 unidades), clindamicina ($2\mu\text{g}$), tetraciclina ($30\mu\text{g}$), eritromicina ($15\mu\text{g}$), nitrofurantoína ($300\mu\text{g}$), Sulfametazol/ sulfazotrim ($25\mu\text{g}$), rifampicina ($30\mu\text{g}$) e vancomicina ($30\mu\text{g}$) e metilicina ($5\mu\text{g}$), Cefoxitina ($30\mu\text{g}$), amoxicilina/ clavulanato ($20/10\mu\text{g}$), cefalotina ($30\mu\text{g}$), gentamicina ($10\mu\text{g}$), ampicilina ($10\mu\text{g}$), cloranfenicol ($30\mu\text{g}$), vancomicina ($30\mu\text{g}$).

Para Teste fenotípico para a produção de ESBL, foi usado a técnica de disco aproximação, com as seguintes modificações: antimicrobianos marcadores aztreonam-ATM ($30\mu\text{g}$), cefotaxima-CTX ($30\mu\text{g}$), ceftazidima-CAZ ($30\mu\text{g}$) e cefepime-CPM ($30\mu\text{g}$) a distância de 25mm, 20mm, 30mm e 30mm, respectivamente, a partir do disco central de amoxicilina/ácido clavulânico ($20/10\mu\text{g}$). O aparecimento de zona fantasma em pelo menos um dos antimicrobianos em direção ao centro foi considerado positivo

para ESBL (KAROLINE et al., 2008).

2.4 Detecção dos genes *bla*_{OXA10} e *mecA*.

Para a obtenção do DNA genômico, cada cepa foi repicada para tubo de ensaio plástico contendo 10mL de caldo Brain heart infusion (BHI) e incubados por 24h a 36 ±1°C. Para a lise da parede celular bacteriana o caldo foi aquecido por 15 minutos a 90°C. Após centrifugação (3.500 rpm por 15 minutos), foram submetidas a lavagens com tampão TE (Tris-EDTA). Em seguida foi adicionado tampão de lise, proteinase K, SDS 20% e β-Mercaptoethanol para lise celular, NaCl para separação do material genético e proteínas e com álcool absoluto para a precipitação do DNA. Por fim, o material genético foi ressuspenso em 30µL de água Mili-Q.

As condições para o PCR do gene *mecA* (5' - TAGAAA TGACTGAAC GTCCG - 3' e 5' - TTGCGATCAATGTTACCGTAG - 3') foram reação com 25 µl, foram utilizados reagentes, 12,1ul de água miliq estéril, 2,5 ul de tampão 10X, 0,4 ul de Taq polimerase 5U/L, 1,5 µl de dNTP 200 µM, 1,5 ul de cloreto de magnésio, 1,5 ul de cada primer a 50 pmol, e 3,0 ul de DNA. As reações foram realizadas em termociclador com a seguinte ciclagem: de 95°C por 10 minutos, 30 ciclos de: 95 °C por 30 segundos, 52 °C por 30 segundos, 72 °C por 10 minutos. A detecção de um fragmento com 154 pares de base confirmou a presença do gene *mecA* (FARIA et al., 2008).

Já as condições para o gene *bla*_{OXA10} (5'- TATCGCGTGTCTTTCGAGTA 3' e 5' TTAGCCACCAATGATGCC 3') foram reação com 50 µl, foram utilizados, 5 µl do tampão 10X, 2 µl de cloreto de magnésio, 4 µl de dNTP 10 µM, 0,25 µl de Taq polimerase 5U/L, 1 µl do primer 10 µM, 35,75 µl de água miliQ estéril e 1 µl de DNA. As reações foram realizadas em termociclador com a seguinte ciclagem: de 95°C por 1 minuto, 30 ciclos de: 95 °C por 1 minuto, 55 °C por 1 minuto, 72 °C por 1 minuto. A detecção de um fragmento com 760 pares de base confirmou a presença do gene *bla*_{OXA10} (HANDAL et al., 2005).

Para visualização o material genético amplificado de cada reação foi submetido à eletroforese em gel de agarose 1% com brometo de etídio 0,5 µg/mL e posteriormente visualizada em transluminador (FARIA et al., 2008).

2.5 Coleta de dados dos participantes

Para avaliar os hábitos de higiene dos acadêmicos foi elaborado um questionário, com o objetivo de analisar as técnicas de lavagem e de mãos, e a frequência de lavagem durante o dia, o questionário possuía 10 questões abertas e fechadas, sendo que duas estão relacionadas ao conhecimento, duas avaliaram a quanto tempo trabalha na área e local de trabalho, e seis para avaliar os hábitos de higiene (uso de máscaras), incluindo também o uso de antibiótico e as infecções que já apresentaram (quadro 1).

Questionário aplicado para os acadêmicos		
1-Nome:	Curso:	Idade:
2-Possui conhecimento na área de microbiologia () Pouco () Muito () Conhecimentos básicos		
3- O que você entende por portador de bactérias assintomático?		
4-Local de trabalho () Clínica ()Laboratório ()Hospital ()Consultório		
5-Tempo de trabalho em estabelecimentos de saúde () menos de um ano () 1-2 anos () 3-4 anos ()5-6 anos () mais de 6 anos		
6-Quando lava e desinfeta sua mão?		
7-Quando faz o uso de máscara?		
8-Como lava as mãos?		
9-Você já fez uso de antibiótico? Por quanto tempo?		
10-Você já teve algum tipo de infecção qual?		

Quadro 1. Questionário semiestruturado aplicado aos acadêmicos da área da saúde.

3 | RESULTADOS

Dos 140 estudantes da área da saúde investigados, 62 (44,3%) são colonizados por *S. aureus*. Desses 30 (48,4%) são portadores nas mãos, 18 (29,03%) na cavidade nasal e 14 (22,6%) tanto nas mãos quanto na cavidade nasal, totalizando 76 cepas de *S.aureus*.

Das 76 cepas, apenas 3 (3,9%) foram suscetíveis a todos os antibióticos testados, pois a maioria (42,8%) das cepas apresentaram resistência de 2 à 9 dos antimicrobianos estudados. Além disso, foram observados que 3 (3,9%) cepas apresentaram resistência entre 12 e 15 dos antibióticos testados, sendo que uma cepa foi isolada do mesmo estudante tanto em mãos quanto em narinas, e a outra foi isolada da cavidade nasal.

Nesse estudo, observou-se que a resistência das cepas de *S.aureus* isoladas pode estar relacionada com o tempo de trabalho do profissional, pois as cepas que apresentaram essa elevada resistência eram provenientes de acadêmicos que trabalham em hospital com tempo de 3 à 4 anos e já apresentaram uso de antibióticos como Amoxicilina e Ciprofloxacino. Os três que apresentaram maior sensibilidade aos antibióticos trabalham a menos de um ano em consultório, sendo que um desses estudantes relata que nunca fez uso de antibiótico e os outros dois usaram Ciprofloxacino e Amoxicilina.

A maior resistência das cepas de *S.aureus* isoladas foi para Ampicilina no qual 73,7% (56) das cepas foram resistentes. Além disso, torna-se necessário destacar que para os demais antibióticos testados também foi encontrada uma alta resistência, como por exemplo, penicilina (38 cepas resistentes), Nitrofurantoína (29), Oxacilina (20), Amoxicilina/Clavulanato (15), Clindamicina (15), Cefoxitina (14), Ciprofloxacino (14) Tetraciclina (13), Sulfametazol/Trimetropin (12) e Cloranfenicol (11).

As cepas de *S.aureus* isoladas foram menos resistentes para Cefalotina (5 cepas

resistentes), Eritromicina (4), Rifampicina (4) e Gentamicina (2), antibióticos que não eram de uso constante dos estudantes.

Apenas uma cepa foi positiva no teste fenotípico para produção de ESBL. A prevalência do gene *bla*_{OXA10} e *mecA* nas cepas foi 57,9 % (44) e 19,3 % (15) respectivamente.

A maioria das cepas (68,2%) com a presença do gene *bla*_{OXA10} não apresentaram resistência para oxacilina no teste de suscetibilidade. Já para o gene *mecA* a maioria das cepas (53,3%) apresentaram resistência para este antibiótico (Tabela 1).

A presença dos dois genes (*bla*_{OXA10} e *mecA*) foi encontrado em 6 cepas, sendo que 4 foram resistente para oxacilina no teste de suscetibilidade aos antimicrobianos (Tabela 1).

Cepas com resistência a oxacilina	Presença do gene <i>bla</i> _{OXA10}	Presença do gene <i>mecA</i>
03N	+	-
04N	+	+
07N	-	-
09M	+	-
21M	-	+
26M	-	-
29N	+	-
32N	-	+
37M	-	+
40N	+	+
41M	+	+
42N	+	-
43N	+	-
44N	+	-
45M	-	-
46M	-	-
48M	+	-
49M	+	-
103N	-	-
109N	+	-
113M	+	+
113N	+	+
118N	-	-

+ presença do gene - ausência do gene

Tabela 1- Comparação entre a presença dos gene *bla*_{OXA10} e *mecA* e a resistência a oxacilina nas cepas de S.aureus isoladas dos estudantes da área da saúde.

A maior parte dos acadêmicos (70,7%) lava as mãos apenas com água e sabão, 14,3% com água sabão e álcool, 0,7% não lava a mão corretamente e 14,3% lava as mãos de forma asséptica conforme orientações obtidas na universidade.

Outro fator preocupante é que 42,8% dos estudantes relatam que nunca fazem o uso de máscara durante a realização dos procedimentos que exigem o uso desse equipamento de proteção individual. Além disso, 85,7% dos participantes desse estudo afirmam que fazem uso de antibióticos constantemente.

A aplicação do questionário também revelou que a maioria (92,1%) sabe o que um portador assintomático de microrganismos, mas 98,6% afirmam que possuem pouco ou conhecimentos básicos em microbiologia.

4 | DISCUSSÕES

Staphylococcus aureus é comumente encontrado em vários sítios no corpo humano, principalmente nas mãos e cavidade nasal (MIAO et al., 2017). Os resultados encontrados nesse trabalho podem ser explicados pela ideia de Faria et al. (2008) que afirmam que a colonização de *S.aureus* em profissionais da saúde, que trabalham em ambiente hospitalar pode variar de 30% a 70%, podendo atingir 90% dependendo das condições hospitalares e do uso de antimicrobianos (FARIA et al., 2008).

Além disso, esses pesquisadores afirmam que profissionais como, farmacêuticos, médicos, enfermeiros, técnicos de enfermagem podem ser portadores de *S.aureus* variando entre 20% a 50%, corroborando com os resultados encontrados neste estudo, no qual 76 (54,2%) dos estudantes apresentaram amostras positivas para *S. aureus*.

A presença de *S.aureus* nas mãos dos estudantes é relatada por pesquisadores e justificada pelo fato de que *S. aureus* presente nas narinas podem contaminar as mãos, o que explica a taxa de 9,28% dos estudantes com a bactéria nos dois sítios estudados (PRATES et al., 2010).

Os resultados desse estudo demonstram que trabalhadores na área da saúde podem ser portadores de *S.aureus*, representando um risco para disseminação de diversas infecções, pois esse microrganismo é caracterizado como um dos principais causadores de infecções hospitalares, devido principalmente por fazer parte da microbiota de vários humanos (MIAO et al., 2017). Em indivíduos sadios ele tem patogenicidade discreta, podendo causar espinhas, foliculites, porém em imunodeprimidos causa infecções e na maioria graves, com septicemia, pneumonias, e infecções nos tecidos moles (MIAO et al., 2017). No ambiente hospitalar são inoculados principalmente nos procedimentos invasivos e muitas dessas cepas isoladas de ambiente hospitalar apresentam resistência a múltiplos fármacos, aumentando o risco de transmissão e dificultando o tratamento (MIAO et al., 2017; MENDES et al., 2015; MEDELL et al., 2012).

A colonização de profissionais de saúde por *S. aureus* tem sido a fonte de diversas infecções nosocomiais graves, podendo ter grande impacto para sua saúde, dos clientes, familiares e outros profissionais como fonte de infecção cruzada (PRADO, 2007) e por isso esses portadores assintomáticos precisam ser orientados para que não se tornem disseminadores dessa bactéria nos ambientes hospitalares.

A resistência encontrada nas cepas de *S.aureus* isolados dos estudantes da área da saúde demonstra que esses trabalhadores podem carrear cepas resistentes a diversos antibióticos, conforme já havia sido relatado em outras pesquisas (NASCIMENTO, RAMOS, 2017).

Além disso, em nosso estudo observou-se que os estudantes que trabalham por mais tempo em centros de saúde apresentaram cepas de *S.aureus* resistente à vários antimicrobianos, pois a alta capacidade de desenvolvimento de resistência das cepas é devido a maior adaptação sob pressão seletiva do uso intenso de antimicrobianos, o que origina uma elevada taxa de resistência adquirida a várias drogas disponíveis (KOBAYASHI et al., 2015).

Essa resistência das cepas de *S. aureus* pode também ser o resultado do uso excessivo e incorreto de antimicrobianos, tendo em vista que 85,71% de estudantes envolvidos no nosso estudo já fizeram uso de antimicrobianos (PERES et al., 2014; MOURA et al., 2011).

A resistência a agentes antimicrobianos não é um fenômeno recente. A detecção das β -lactamases, tanto em bactérias Gram-positivas quanto em Gram-negativas, remonta-se aos inícios dos anos 40, antes do uso generalizado da penicilina no mundo todo (ABRAAM, CHAI, 1940; KIRBY, 1944). A produção de enzimas β -lactamases, tem sido relatada como um importante mecanismo de resistência a antibióticos β -lactâmicos, hidrolisando o anel beta-lactâmico pela quebra da ligação amida, perdendo assim, a capacidade de inibir a síntese da parede celular bacteriana.

A detecção de enzimas β -lactamases tem sido recomendada pelo Brazilian Committe on antimicrobial susceptibility testing (BRASIL, 2015) principalmente para bactérias gram negativas. Poucos estudos são realizados com *S.aureus*, pois a frequência dessas enzimas nessas bactérias é baixa.

Nossa pesquisa demonstrou que apenas uma amostra foi positiva no teste fenotípico para detecção de enzimas β -lactamases. Apesar da frequência dessas enzimas ser menor nos *S. aureus* é importante destacar que entre as enzimas da classe D, as OXA-carbapenemases têm sido consideradas mundialmente como as mais comuns, sendo o principal mecanismo de resistência aos carbapenêmicos em espécies de *Acinetobacter* (BROWN, AMYES, 2006; POIREL, NORDMANN, 2006; POIREL et al., 2010). A denominação dessas enzimas se deve ao fato de hidrolisarem a oxacilina mais eficientemente do que as benzilpenicilinas. As oxacilinases hidrolisam também a metilicina, amoxicilina, cefaloridina e, até certo ponto, cefalotina. Apenas algumas destas enzimas hidrolisam as cefalosporinas de amplo espectro, já a propriedade de hidrolisar os carbapenêmicos parece ser intrínseca a elas (POIREL, NORDMANN, 2006).

A alta frequência (57,9%) do gene *bla*_{OXA10} nas cepas isoladas demonstra que as enzimas β -lactamases estão presentes nos *S.aureus*, mas não são facilmente detectadas fenotipicamente.

Em nosso estudo verificamos que a presença do gene *bla*_{OXA10} nas cepas de

S.aureus podem não estar associado a resistência a oxacilina, pois a maioria das cepas positivas para este gene foi sensível para este antibiótico no teste de suscetibilidade, demonstrando que a presença de genes de resistência podem não ser expressas nos testes *in vitro*.

Além do gene *bla*_{OXA10} estar associado com a resistência a oxacilina, temos também o gene *mecA* que também foi encontrado em 15 (19,3%) das cepas isoladas dos estudantes. Dessas mais da metade (53,3%) foram resistentes para oxacilina.

Nossos resultados são semelhantes a outros estudos (FARIA et al., 2008; MENDES et al., 2015) já realizados, demonstrando que estudantes da área da saúde podem ser portadores assintomáticos de *S.aureus* resistentes a oxacilina e portadores do gene *MecA*, alertando os possíveis riscos da disseminação dessas cepas em hospitais, clínicas ou consultórios.

Esses resultados ressaltam a necessidade de orientar os estudantes da área da saúde, principalmente porque a maioria deles (98,6%) afirmaram que possuem pouco ou apenas conhecimentos básicos na área de microbiologia, o que pode explicar as falhas na lavagem correta das mãos e uso de máscaras durante os procedimentos.

Desse modo, os resultados encontrados em nosso estudo, reforçam a necessidade de orientar os estudantes sobre como evitar a transmissão dessas cepas para os pacientes e uma das principais maneiras para evitar a disseminação de *S.aureus* no ambiente hospitalar é a lavagem das mãos (SZABÓ et al., 2017).

Além disso, tendo em vista que falhas na lavagem e desinfecção das mãos podem resultar na transmissão de outros microrganismos para os pacientes e não somente *S.aureus*, observa-se a necessidade de orientar os estudantes constantemente da importância da lavagem correta das mãos, pois apenas 14,28% dos estudantes higienizam corretamente suas mãos.

Vários estudos (SANTOS, 2000; SILVA, PORCY, 2016) afirmam que a microbiota endógena do paciente pode ser transmitida por profissionais de saúde principalmente pela falta de higienização das mãos, ou higienização de forma incorreta ocorrendo somente uma lavagem e não uma desinfecção, fazendo que ocorra transmissão cruzada de microrganismos que pode oscilar entre 13 a 34,6% dos casos.

Desse modo, a partir desses resultados é possível promover discussões nas universidades demonstrando que apesar de microrganismos não serem visíveis a olho nu, nós podemos ser disseminadores de *S.aureus* multirresistentes em ambientes hospitalares, principalmente porque muitas vezes somos desconhecedores de que somos portadores assintomáticos dessa bactéria, pois todos os envolvidos nesse estudo não sabiam que eram portadores.

Esse trabalho pode ser considerado como uma ferramenta de contribuições para a área da saúde, pois as práticas usadas por todos os profissionais da área da saúde são essenciais para o controle da disseminação de patógenos multirresistentes, uma vez que nos últimos anos a resistência aos antimicrobianos tem sido um dos principais problemas e discussões de saúde pública no mundo todo.

Por isso, a realização de estudos como esse, pode contribuir diretamente para implantação de medidas que evitem a disseminação desses patógenos, pois grande parte da formação de estudantes da área da saúde é desenvolvida em contato direto com os pacientes, bem como a atuação profissional da maioria desses estudantes.

Apesar da importância do tema, evidenciamos que poucos estudos têm sido publicados sobre a colonização por *S.aureus* multirresistentes portadores do *bla*_{OXA10} gene que predispõe para produção de enzimas β -lactamases do tipo oxacilinas. A maioria deles discute a presença do *MecA* em cepas de *S.aureus* isoladas de portadores assintomáticos. Porém, ambos os genes desempenham funções importantes na resistência para oxacilina, uma das principais discussões da saúde pública, evidenciando sua importância por fornecer informações sobre a colonização dos profissionais da área da saúde, além de despertar para novas pesquisas sobre esse tema.

5 | CONCLUSÃO

Os resultados demonstraram uma alta prevalência (44,3%) dos estudantes da área da saúde como portadores de cepas de *S.aureus* multirresistentes e que as falhas que estão sendo relatadas como a incorreta lavagem das mãos e o não uso de máscaras podem contribuir para disseminação desse patógeno nas clínicas, consultórios e hospitais.

A presença de cepas com genes de resistência (*bla*_{OXA10} e *mecA*) em portadores assintomáticos torna-se uma ameaça e uma importante fonte de microrganismos ao considerarmos que esses estudantes estão em diferentes ambientes da área da saúde. Além disso, verifica-se a importância dos testes moleculares para uma melhor caracterização das cepas isoladas, tendo em vista que muitas cepas foram sensíveis a oxacilina no teste de suscetibilidade aos antimicrobianos usado tradicionalmente nos laboratórios.

Assim, observa-se que os estudantes da área da saúde devem ser orientados constantemente para evitar a transmissão de cepas de *S.aureus* multirresistentes, pois todos os indivíduos avaliados desconheciam que eram portadores dessa bactéria.

REFERÊNCIAS

ABRAAM, EP, CHAIN E. An enzyme from bacteria able to destroy penicillin. **Nature** [Internet] 1940, 146: 837.

ALFATEMI SMH, MOTAMEDIFAR M, HADI N, SARAIE HSE. Analysis of Virulence Genes Among Methicillin Resistant *Staphylococcus aureus* (MRSA) Strains. **J. Microbiol**, 2014, 7(6): e10741.

BARTELS AS, ANDRADE AD, NEUMANN E, SILVA AM. Identificação de portadores de *Staphylococcus* enterotoxigênicos e avaliação da sensibilidade a antimicrobianos. **Arq Bras Med Vet Zootec**, 2009; 61(6) : 1450-1453

BEN SAID L, JOUINI A, KLIBI N, DZIRI R, ALONSO CA, BOUDABOUS A, BEN SLAMA K, TORRES C. Detection of extended-spectrum beta-lactamase (ESBL)-producing Enterobacteriaceae in vegetables, soil and water of the farm environment in Tunisia. **Int J Food Microbiol**, 2015; 203:86-92.

BRASIL, **Comitê Brasileiro de Testes de Sensibilidade aos Antimicrobianos. Orientações do EUCAST para a detecção de mecanismos de resistência e resistências específicas de importância clínica e/ou epidemiológica**, 2015, 39 p.

BROWN, S.; AMYES, S. OXA β -lactamases in *Acinetobacter*: the story so far. **J Antimicrob Chemother**, 2006, 57: 1-3.

CHEUNG G Y C, VILLARUZ A E , JOO H., DUONG AC, YEH AJ, NGUYEN T H, et al. Genome-wide analysis of the regulatory function mediated by the small regulatory psm-mec RNA of methicillin-resistant *Staphylococcus aureus*. **Int J Med Microbiol**, 2014, 304 (5-6): 637–644.

Clinical and Laboratory Standards Institute (CLSI) - **Performance Standards for Antimicrobial Susceptibility Testing: supplement M100S** . 2016

EVANS BA, AMYES SGB. OXA β - lactamases. **Clin Microbiol Ver**, 2014 ;27(2): 241–263.

FARIA ST, PIEKARSKI, ACR, TOGNIM MCB, BORELLI, SD, BEDENDO J. Perfil fenotípico e genotípico de *Staphylococcus aureus* isolados de estudantes de enfermagem, 2008*. **Acta Paul Enferm**;24(2):213-8.

HANDAL T, OLSEN I, WALKER CB, CAUGANT DA. Detection and characterization of β - lactamase genes in subgingival bacteria from patients with refractory periodontitis. **FEMS Microbiol Lett**, 2005; 2 (242): 319-324.

KAROLINE BR, BRUST FR, PICOLI S. Disco-aproximação e *E-test* na pesquisa de Enterobactérias produtoras de Beta-lactamase de Espectro Estendido (ESBL). **RBAC**. 2008, 40(4), 305-308.

KIRBY, WMM. Extraction of a highly potent penicillin inactivator from penicillin resistant staphylococci. **Science**.1944; 99:452-453.

KOBAYASHI SD, MALACHOWA N, DLEO F. Pathogenesis of *Staphylococcus aureus* Abscesses. **Am J Pathol**. 2015; 185(6): 1518–1527.

KONEMAN EW, ALLEN SD, JANDA WM, SCHRECKENBERGER PC, WINN WC. **Diagnóstico Microbiológico**. 6ª edição, editora Guanabara-Koogan, 2008.

LOWY FD. Antimicrobial resistance: the example of *Staphylococcus aureus*. **J Clin Invest** .2003;111(9): 1265-73.

MACFADDIN, JF. **Biochemical tests for identification of medical bacteria**. Editor Third. 2000.

MEDELL M, HART M, MARRERO O, ESPINOSA F, MONTES Z ET AL. Clinical and microbiological characterization of pneumonia in mechanically patients. **Braz J Infect Dis**. 2012, 16 (5): 442-447.

MENDES RE, SADER HS, FLAMM RK, FARRELL DJ, JONES RN. Telavancin in vitro activity against a collection of methicillin-resistant *Staphylococcus aureus* isolates, including resistant subsets, from the United States. **J Antimicrob Chemother**. 2015; 59(3):1811-4.

MIAO J, CHEN L, WANG J, WANG W, CHEN D. Current methodologies on genotyping for nosocomial pathogen methicillin-resistant *Staphylococcus aureus* (MRSA). **Microb Pathog**. 2017; 9(107):17-28.

MOURA JP, PIMENTA FC, HAYASHIDA M, CRUZ EDA, CANINI SRMS et al. A colonização dos profissionais de enfermagem por *Staphylococcus aureus*. **Rev Latino-Am Enferm**. 2011;19(2).

NASCIMENTO JPM, RAMOS RL. *Staphylococcus aureus* resistente a meticilina em jalecos de estudantes de enfermagem. **Revista saúde**,2016;12 (1): 463-469.

PERES D, NEVES I, VIEIRA F,DEVESA I. Estratégia para controlar o *Staphylococcus aureus*

- resistente à Meticilina: A experiência de cinco anos de um hospital. **Acta Med Port.** 2014; 27(1):67-72.
- PIERCE R, LESSLER J, POPOOLA V O, MILSTONE A M. Methicillin-resistant *Staphylococcus aureus* (MRSA) acquisition risk in an endemic neonatal intensive care unit with an active surveillance culture and decolonization programme. **J Hosp Infect.** 2017, 95(1): 91-97.
- PITTET D, ALLEGRANZI B, SAX H, DHARAN S, PESSOA-SILVA CL, DONALDSON L Et al. Evidence-based model for hand transmission during patient care and the role of improved practices. **Lancet Infect Dis.** 2006; 6 (10): 641 – 652.
- POIREL L, NAAS T, NORDMANN P. diversity, epidemiology and genetics of class D β -lactamases:. **Antimicrob Agents Chemother** . 2010; 54 (1): 24-380.
- POIREL L, NORDMANN P. Carbapenem resistance in *Acinetobacter baumannii*: mechanisms and epidemiology. **Clin Microbiol Infect.**2006; 12 (9) 826-36.
- PRADO, MA. *Staphylococcus aureus* e *Staphylococcus aureus* metilina resistente (MRSA) em profissionais de saúde e as interfaces com as infecções nosocomiais. **Rev eletrônica de enferm.** 2007; 9 (03): 880-879.
- PRATES KA, TORRES AM, GARCIA LB, OGATTA SFY, CARDOSO CL, TOGNIM MCB. Nasal carriage of methicillin-resistant *Staphylococcus aureus* in university students. **Braz J Infect Diseases.** 2010; 14 (3): 316-138.
- SANTOS AL, SANTOS DO, FREITAS CC, FERREIRA BLA, AFONSO IF, RODRIGUES CR, et al. *Staphylococcus aureus*: visitando uma cepa de importância hospitalar. **J Bras Patol Med Lab.** 2007, 43(6): 413-23.
- SANTOS BM. Monitoramento da colonização pelo *Staphylococcus aureus* em alunos de um curso de auxiliar de enfermagem durante a formação profissional. **Rev Latinoam Enferm.** 2000;8(1):67-73.
- SHEARS P. Antibiotic resistance in the tropics. Epidemiology and surveillance of antimicrobial resistance in the tropics. **Trans R Soc Trop Med Hyg.** 2001; 95(2):127-30.
- SILVA AF, PORCY C. *Staphylococcus aureus* resistentes à metilina no hospital de emergências de Macapá/AP/Brasil. **Revista Eletrônica Estácio Saúde.** 2016; 5(2).
- SOUZA SM, REIS C, PIMENTA FC. Revisão sobre a aquisição gradual de resistência de *Staphylococcus aureus* aos antimicrobianos. **Rev patol trop.** 2005; 34(01): 27-36.
- SZABÓ R, BÖRÖCZ K, NAGY O, TAKÁCS M, SZOMOR KN. Hand hygiene perception among health care workers in Hungarian hospitals: Prior to a nationwide microbiological survey. **Acta Microbiol Immunol Hung,** 2013; 60(1):55-61.
- TONG SY, HOLDEN MTG, NICKERSON EK, COOPER BS, KOSER CU. Genome sequencing defines phylogeny and spread of methicillin-resistant *Staphylococcus aureus* in a high transmission setting. **Genome Res.** 2015; 25(1): 111-118.
- WALTHER-RASMUSSEN J, HØIBY NJ. OXA-type carbapenemases. **J Antimicrob Chemother.** 2006; 57(3):373-83.

MAPEAMENTO DA TUBERCULOSE EM PARNAIBA-PI: REGISTRO DE CASOS NO PERÍODO DE 2006 A 2016

Jaiane Oliveira Costa

Graduanda em Enfermagem pela a Faculdade Integral Diferencial FACID/WYDEN

Bruna Furtado Sena de Queiroz

Pós- graduanda em Saúde Publica pelo o Instituto de Ensino Superior Múltiplo IESM

Pós- graduanda em Docência do Ensino Superior pelo o Instituto de Ensino Superior Múltiplo IESM

Pós-graduanda em estética avançada pelo o instituto de ensino superior múltiplo IESM, Graduação em Enfermagem pela a Faculdade Integral Diferencial FACID/ WYDEN, Teresina Piauí

Matheus Henrique da silva lemos

Graduação em enfermagem pela a Faculdade Integral Diferencial FACID/WYDEN

Pós- graduando em Urgência e Emergência pela a Faculdade Integral Diferencial FACID/WYDEN, Coroaá Maranhão

Kátia lima Braga

Graduação em enfermagem pelo o instituto de ensino superior múltiplo IESM Pós- graduação em Saúde Publica com Docência do Ensino Superior pelo o Instituto de Ensino Superior Múltiplo IESM Timon Maranhão

Marielle Cipriano de Moura

Graduação em enfermagem pela universidade estadual do maranhão UEMA, Especialista em enfermagem do trabalho, Pós- graduação em Saúde Publica com Docência do Ensino Superior pelo o Instituto de Ensino Superior Múltiplo IESM Timon Maranhão

Paulo Ricardo Dias de Sousa

Graduação em Enfermagem pelo centro universitário santo Agostinho Pós- graduação em Saúde Publica com Docência do Ensino Superior pelo o Instituto de Ensino Superior Múltiplo IESM Teresina Piauí

Iara Rege Lima Sousa

Graduação em Enfermagem pelo Centro Universitário UNINOVAFAPI Pós- graduação em Saúde Publica com Docência do Ensino Superior pelo o Instituto de Ensino Superior Múltiplo IESM Teresina Piauí

Taciany Alves Batista Lemos

Mestranda em biotecnologia aplicada a saúde FACID/WYDEN, Mestrado em terapia intensiva pela a SOBRATI-PARAÍBA, Especialista em enfermagem obstétrica MBA Auditoria em Serviços de saúde UNIPOS, Graduação em Enfermagem pela FACID/WYDEN

Gleydson Araujo e Silva

Graduando em Enfermagem pela a Faculdade Integral Diferencial FACID/WYDEN

Thaysa Batista Vieira de Rezende

Especialização em andamento em MBA Auditoria em Serviços de UNIPOS, Graduação em Enfermagem pela FACID/WYDEN

Annielson de Souza Costa

Mestrando em ciências pela FMUSP, Pós-graduação em Saúde Publica com Docência do Ensino Superior pelo o Instituto de Ensino Superior Múltiplo IESM Graduação em Enfermagem pela FACEMA

RESUMO: A tuberculose é uma doença crônica de natureza infecciosa que acompanha a História desde seus primórdios. Segundo dados da OMS, um terço da população mundial está infectada pelo *Mycobacterium tuberculosis*. O objetivo desse artigo foi analisar os casos notificados de tuberculose no município de Parnaíba-PI. Foi realizado um Estudo quantitativo epidemiológico tendo como variáveis: sexo, faixa etária, zona de residência e forma clínica. Foram avaliadas informações do banco de dados do DATASUS. Os resultados entre 2006 a 2016 foram notificados 1200 casos de tuberculose no município de Parnaíba, (65%) no sexo masculino e (35%) no sexo feminino. No período, foram notificados casos em todas as faixas etárias (15 a 79 anos). A faixa etária mais atingida foi de 20 a 39 anos (45,5%) e a faixa etária com menor ocorrência de casos foi de 70-79 anos, com (6,5%). Quanto à forma clínica a pulmonar teve (89,5%), seguida da forma extrapulmonar, com (9,2%). Quanto a residência dos pacientes, houve predominância na zona urbana, com (85,2%), seguido na zona rural (12,3%) e na zona periurbana (2,5%). Conclui-se que a partir dos resultados encontrados, verificou-se a importância da realização, de estratégias para ações preventivas e de diagnóstico precoce, bem como a busca ativa de casos. Além disso, fica evidente a necessidade de capacitar os profissionais envolvidos no programa sobre tuberculose, e reforçar o preenchimento correto da ficha de investigação.

PALAVRAS-CHAVE: Tuberculose; *Mycobacterium tuberculosis*; Saúde Pública; Vigilância Epidemiológica.

MAPPING OF TUBERCULOSIS IN PARNAIBA-PI: REGISTRATION OF CASES FROM 2006 TO 2016

ABSTRACT: Tuberculosis is a chronic disease of infectious nature that accompanies history from its earliest days. According to WHO data, one-third of the world's population is infected with *Mycobacterium tuberculosis*. The objective of this article was to analyze the reported cases of tuberculosis in the city of Parnaíba-PI. A quantitative epidemiological study was carried out with the following variables: sex, age group, area of residence and clinical form. Data from the DATASUS database was evaluated. The results between 2006 and 2016 were reported in 1200 cases of tuberculosis in the municipality of Parnaíba (65%) in the male sex and (35%) in the female sex. In the period, cases were reported in all age groups (15 to 79 years). The age group most affected was 20 to 39 years old (45,5%) and the age group with the lowest incidence of cases was 70-79 years, with (6,5%). As for the clinical form the pulmonary had (89.5%), followed by the extrapulmonary form, with (9.2%). Concerning patients' residence, there was a predominance in the urban area, with (85.2%), followed in the rural area (12.3%) and in the peri-urban area (2.5%). It was concluded that, based on the results found, it was verified the importance of the implementation, strategies for preventive actions and early diagnosis, as well as the active search for cases. In addition, it is evident the need to train the professionals involved in the tuberculosis program, and to reinforce the correct completion of the research file.

KEYWORDS: Tuberculosis; *Mycobacterium tuberculosis*; Public health; Epidemiological

surveillance.

INTRODUÇÃO

A tuberculose é uma doença crônica de natureza infecciosa que acompanha a História desde seus primórdios. Segundo dados da OMS, um terço da população mundial está infectada pelo *Mycobacterium tuberculosis*. Atualmente, apresenta-se como um problema que tem preocupado autoridades sanitárias no mundo, devido a sua incidência em diferentes tipos de populações. Entre os países com maior número de casos de tuberculose, o Brasil encontra-se em 15º lugar, apresentando, a cada ano, 90.000 novos infectados pelo bacilo de Koch (BRASIL, 2010).

Historicamente a tuberculose enfrentou ao logo dos anos muitos preconceitos, essa percepção das pessoas acerca da tuberculose foi passada de geração a geração, atualmente já foi desmitificado vários questionamentos em relação a TB, muitos mitos já foram esclarecidos e houve uma redução do preconceito, contudo a ainda há muito que melhorar, destacando-se se a educação em saúde que é um ponto crucial para se trabalhar na sociedade (PÔRTO, Ângela, 2007).

Em 1999 foi criado pelo o governo brasileiro o Plano Nacional de Controle da Tuberculose (PNCT) tendo como uma de suas prioridades o combate a tuberculose e implantação de políticas governamentais de saúde, nesse mesmo plano houve o estabelecimento de diretrizes para as ações e metas para o alcance de seus objetivos, na mesma época a Organização Mundial de Saúde (OMS) estabeleceu metas internacionais, que foram pactuadas pelo governo brasileiro (BRASIL, 2002).

No Brasil existem vários meios de analisar os dados referentes aos agravos de saúde e indicadores, esses dados auxiliam a vigilância epidemiológica, e ministério da saúde no lançamento de programas, e na tomada de decisão, um dos bancos de dados mais utilizados é o Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN) que contem informações de todo o país sobre a notificação de doenças, o sistema de informação da mortalidade (SIM) que tem registro dos óbitos do Brasil, e o (Sistema de Informações Hospitalares do Sistema Único de Saúde – SIH/SUS) que tem dados das internações hospitalares, todos esses sistemas são de suma de importância para o conhecimento da situação epidemiológica do país (SOUSA, L. M. O.;REJANE, S. P.;2011).

O objetivo geral desse artigo foi analisar os casos notificados de tuberculose no município de Parnaíba-PI do ano de 2006 a 2016, e como objetivos específicos: identificar sexo dos indivíduos acometidos pela a doença, descrever faixa etária que apresenta casos de TB , identificar em qual zona de residência tem mais casos da TB e investigar a forma clínica mais comum da doença.

MÉTODOS

Trata-se de uma pesquisa do tipo descritiva, retrospectiva, epidemiológica e de abordagem quantitativa, os dados foram coletados no mês de março do ano de 2017 no Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (DATASUS) no banco de dados do SINAN. Na pesquisa foram buscados os casos de tuberculose no município de Parnaíba-PI, as variáveis do estudo foram: sexo, faixa etária, zona de residência e forma clínica

Os participantes do estudo foram os casos de tuberculose no município de Parnaíba-PI, estado do Piauí no município de Teresina com recorte temporal do ano de 2006 a 2016 tendo como critérios de inclusão: foram buscados os casos de tuberculose que se encaixam no recorte temporal notificados nos DATASUS no município de Parnaíba levando em consideração as variáveis do estudo. Foram excluídos os casos que não se encaixaram nos critérios de inclusão.

Os dados foram analisados e organizados através de porcentagem, para o processamento de dados foi utilizado recursos da informática Microsoft Office Excel 2016 e Tabwin 3.6(DATASUS). Os resultados foram detalhados e apresentados através de tabelas e gráficos, para melhor compreensão do estudo.

RESULTADOS

Dentro do recorte temporal de 2006 a 2016, foram notificados 1200 casos de tuberculose no município de Parnaíba, sendo, 775 casos (65%) no sexo masculino e 425 (35%) no sexo feminino (Gráfico 1).

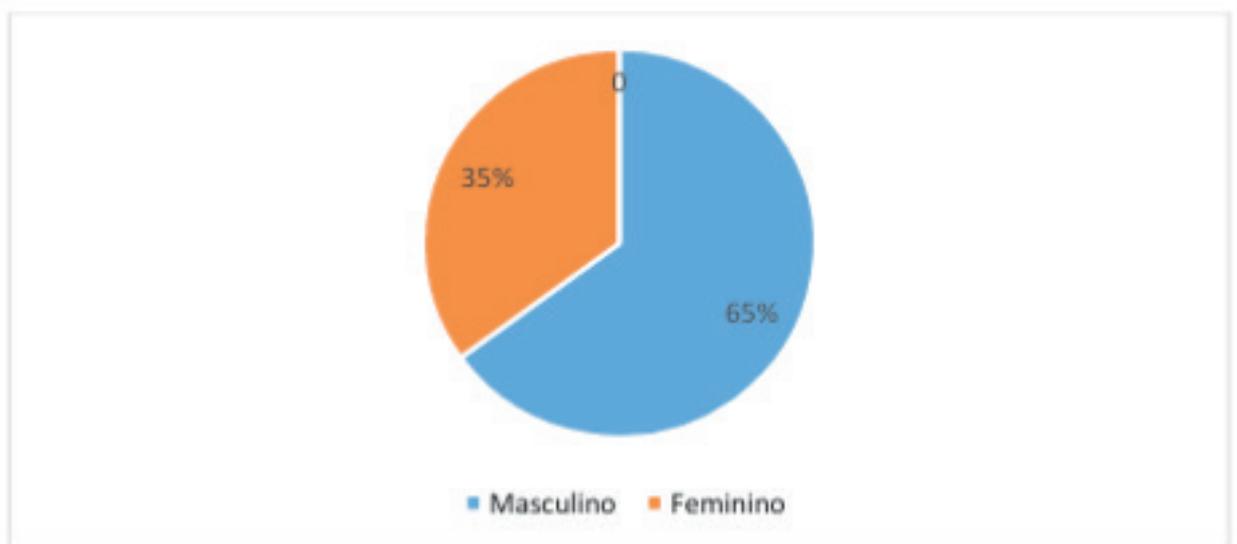


Gráfico 1. Porcentagem referente ao sexo dos casos notificados de 2006 a 2016 em Parnaíba-PI.

Fonte: SINAN, 2017.

Ao considerarmos a faixa etária, foram notificados 1200 casos em todas as faixas etárias (15 a 79 anos). A faixa etária mais atingida foi a de 20 a 39 anos, ocorrendo 547 casos (45,5%) e a faixa etária com menor ocorrência de casos correspondeu à de 70 a 79 anos, com 78 casos (6,5%) (Gráfico 2).

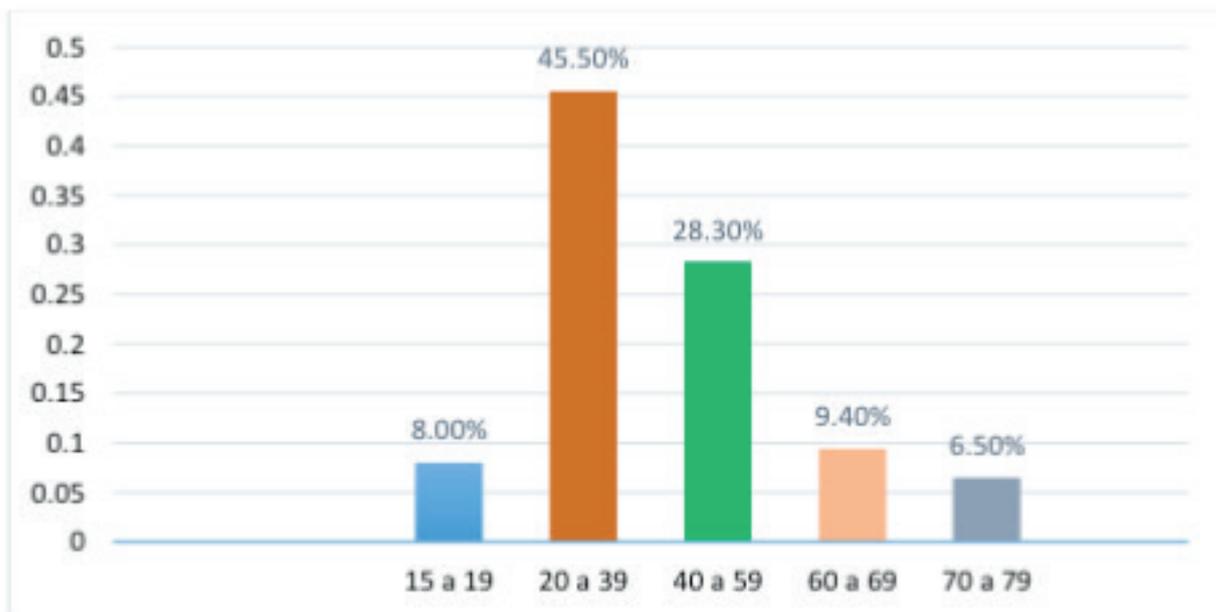


Gráfico 2. Percentual de casos relacionados a faixa etária no período de 2006 a 2016, Parnaíba-PI.

Fonte: SINAN, 2017.

Quanto à forma clínica da tuberculose, dos 1200 casos notificados, pôde se notar que a forma predominante foi a pulmonar, com 1.091 casos (90,9%), seguida da forma extrapulmonar, com apenas 92 casos (7,6%) (Gráfico 3).

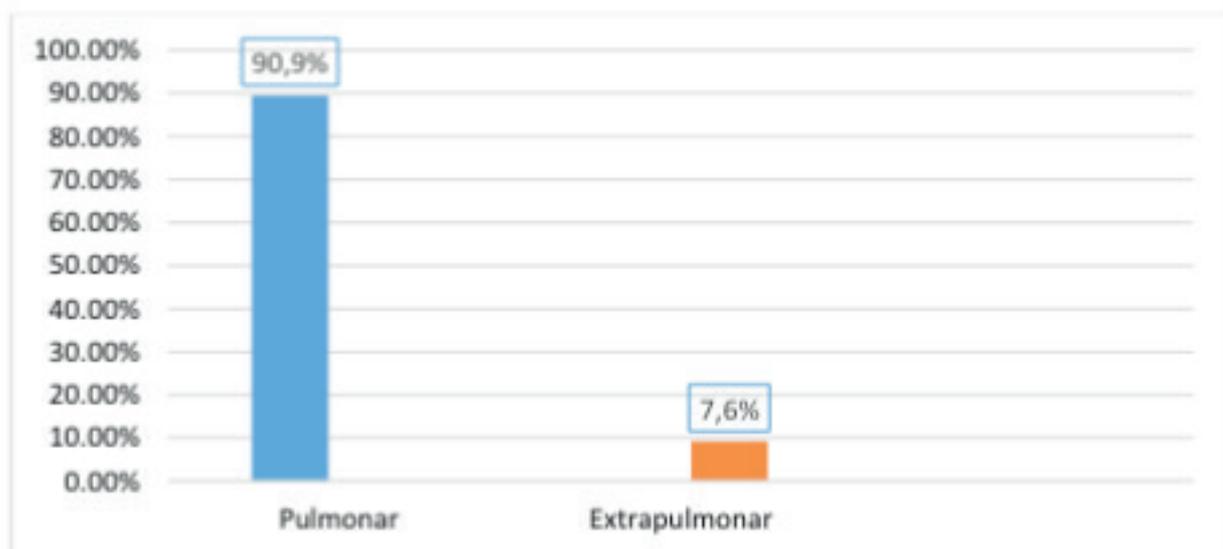


Gráfico 3. Formas clínicas da tuberculose com maior predominância no período de 2006 a 2016, Parnaíba-PI.

Quanto a área de residência dos casos notificados, notou-se uma predominância relevante de casos na zona urbana, ocupando 85,2%, seguido de apenas 12,3% na zona rural e 2,5% na zona periurbana (Gráfico 4).

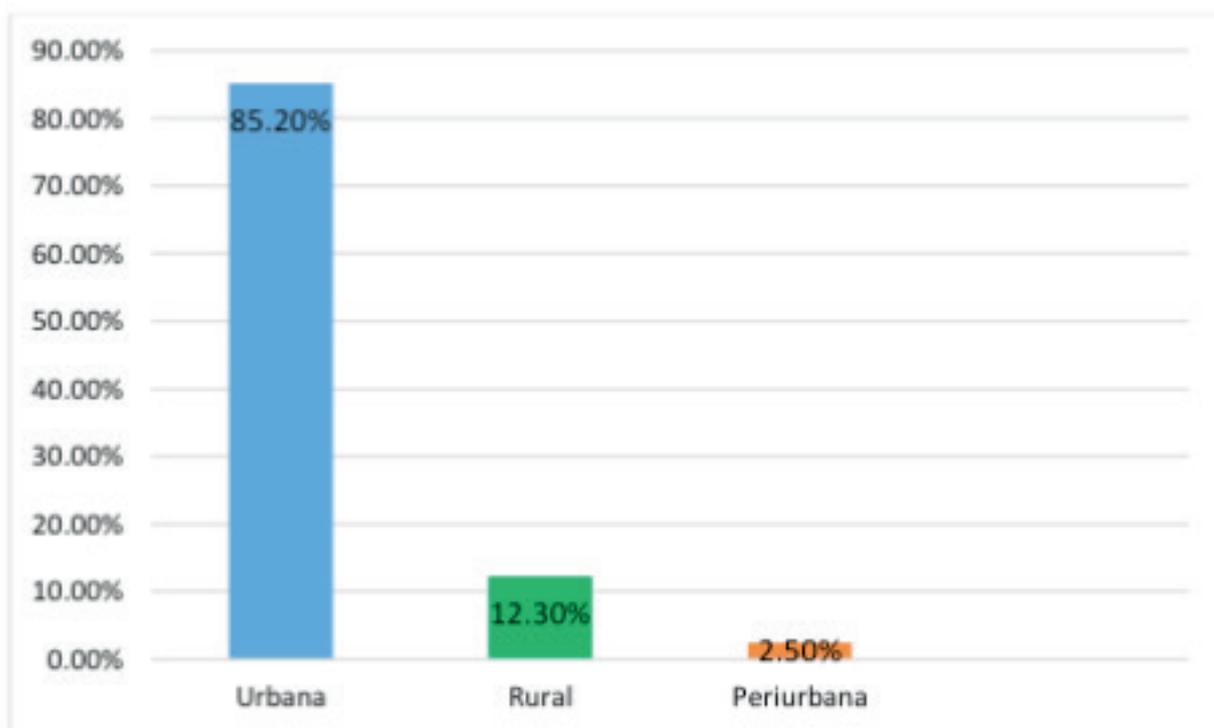


Gráfico 4. Áreas de residência dos casos notificados no período de 2006 a 2016, Parnaíba-PI.

Fonte: SINAN, 2017.

DISCUSSÃO

A tuberculose é considerada uma das cinco doenças de foco atualmente, sendo prioridade do Ministério da Saúde desde 2003 e incluída em diversos programas como, programa Mais Saúde, Pacto pela Vida e na programação das ações de vigilância em saúde. Atualmente são diagnosticados cerca de 68 mil casos novos de tuberculose, sendo no Brasil a 3ª causa de morte por doenças infecciosas (BRASIL, 2016).

Dentre os 1200 casos notificados no corte temporal, o sexo mais prevalente foi o masculino com 65%. Fato também evidenciado por Freitas et al (2016) que avaliou o Perfil clínico dos indivíduos com TB atendidos em uma unidade básica de saúde de Belém-PA, visto que 54,90% da amostra com TB pertenciam ao sexo masculino. O mesmo foi identificado por Silveira et al (2017) que pesquisou a taxa de incidência de tuberculose por 100 mil habitantes/ano em um município de São Paulo, no qual a incidência anual da doença em homens foi 2,03 vezes maior do que a das mulheres. Tais dados são explicados pelo fato de o homem não buscar cuidados de saúde e estar

vulnerável a uma maior quantidade de fatores de risco para doenças se comparados às mulheres, além da relação de coinfeção por HIV, em que a maioria dos portadores do vírus são do sexo masculino.

De acordo com Brito et al. a aids é uma das comorbidades que apresentam maiores fatores de risco para a TB, sendo que o HIV altera mecanismos de defesa contra o agente causador da doença.

Em relação à faixa etária a maior frequência desse estudo foi de indivíduos de 20 a 39 anos com 45,5%. Os dados do estudo corroboram com o padrão nacional, na qual a faixa etária que vai dos 20 aos 49 anos é a mais atingida pela tuberculose. Uma pequena divergência foi encontrada no estudo de Viana et al (2010), que avaliou o perfil dos pacientes com baciloscopia positiva cadastrada no Programa de Tuberculose, diagnosticados no período de 2005 a 2008 em São Luis-MA, em que a faixa etária de maior prevalência foi a de 16 a 31 anos. Tais informações são justificadas pelo viés de que a faixa etária jovem é mais ativa, sendo explicitamente mais exposta aos fatores de risco da doença.

No que se refere à forma clínica da tuberculose, o estudo verificou a predominância da forma pulmonar com 90,9% dos casos. Resultado semelhante foi encontrado por Freitas et al, no qual a forma clínica de maior incidência foi a pulmonar com 82,35%, o que se corrobora ainda com os achados de Silveira et al com predominância de 75,9% da forma clínica pulmonar. Segundo dados da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo, por mais que a doença tenha a capacidade de afetar diferentes órgãos, a forma pulmonar é a mais frequente, tendo assim um maior valor epidemiológico devido a sua transmissibilidade.

No que diz respeito às áreas de residência, a zona urbana aparece em 85,2% dos casos. O mesmo foi encontrado por Queiroga et al (2012) ao analisar os casos novos de tuberculose no município de Campina Grande-PA, que de todos os casos notificados, 93% eram residentes na zona urbana. O que é demonstrado também como padrão nacional, visto que a maior aglomeração de pessoas em zonas urbanas facilita a transmissão, além de que nessas áreas há alguns determinantes sociais como situações de confinamento, pessoas vivendo em situações de rua ou em péssimas condições de moradia e indivíduos marginalizados, dificultando o acesso aos serviços de saúde, formando assim grandes grupos vulneráveis para a circulação da doença.

CONCLUSÃO

A partir dos resultados encontrados, verificou-se a importância da realização, pelo município, de estratégias para ações preventivas e de diagnóstico precoce nessa faixa etária, bem como a busca ativa de casos através da atenção básica. Além disso, fica evidente a necessidade de capacitar os profissionais envolvidos no programa sobre tuberculose, reforçar o preenchimento correto da ficha de investigação, bem

como ressaltar a importância do tratamento supervisionado.

A educação em saúde é fundamental para que se entenda o que é a doença e a importância do tratamento adequado para evitar que o mesmo precise ser repetido, uma estratégia muito boa para se trabalhar com a comunidade é a roda de conversa, pois permite uma boa interação com todos possibilitando uma troca de conhecimentos, e ainda fortalece o vínculo do profissional e seus pacientes. A educação continuada e permanente também deve ser trabalhada com os profissionais de saúde.

REFERENCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância das Doenças Transmissíveis. Panorama da tuberculose no Brasil: a mortalidade em números [recurso eletrônico] / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Vigilância das Doenças Transmissíveis. – Brasília: Ministério da Saúde, 2016.

_____. Ministério da Saúde. Fundação Nacional de Saúde. Tuberculose: guia de vigilância epidemiológica. Brasília, DF; 2002.

_____. Manual de Recomendações para o Controle da TB – PNCT/ MS – 2010

BRITO, A. M; CASTILHO, E. A; SWARCWALD, C. L. Aids e infecção pelo HIV no Brasil: uma epidemia multifacetada. **Rev Soc Bras Med Trop**, v. 37, n. 4, p. 312-7, 2004.

FREITAS, W. M. T. M. et al. Perfil clínico epidemiológico de pacientes portadores de tuberculose atendidos em uma unidade municipal de saúde de Belém, Estado de Pará, Brasil. **Rev Pan-Amaz Saude**, v. 7, n. 2, p. 45-50. Belém, 2016.

PILLER, R. V. B. Epidemiologia da tuberculose. **Pulmao RJ**, v. 21, n. 1, p. 4-9. Rio de Janeiro, 2012.

Portal Programa Nacional de Controle da Tuberculose– PNCT – Disponível em: http://portal.saude.gov.br/portal/saude/profissional/area.cfm?id_area=1527.

PÔRTO, Ângela. Representações sociais da tuberculose: estigma e preconceito. **Rev Saúde Pública**, v.41. p.43-49. 2007

QUEIROGA, R. P. F. et al. Distribuição espacial da tuberculose e a relação com condições de vida na área urbana do município de Campina Grande – 2004 a 2007. **Rev Bras Epidemiol**, v. 15, n. 1, p. 222-232. Paraíba, 2012.

SILVEIRA, C. et al. Perfil epidemiológico da tuberculose no município de São Paulo de 2006 a 2013. **Rev Bras Epidemiol**, v. 20, n. 3, p. 549-557. São Paulo, 2017.

SOUSA, L. M. O.; REJANE, S. P. Óbitos e internações por tuberculose não notificados no município do Rio de Janeiro. **Rev Saude Publica**, v.45. n.1. p.31-9. 2011.

VIANA, I. M. G. et al. Perfil epidemiológico de pacientes com baciloscopia positiva para tuberculose pulmonar. **Rev Bras Clin Med**, v. 8, n. 6, p. 505-8. São Paulo, 2010.

CONHECIMENTO DOS ACADÊMICOS DO CURSO DE ENFERMAGEM DA FACULDADE ICESP/ PROMOVE DE BRASÍLIA SOBRE O SUPORTE BÁSICO DE VIDA

Kamila Maria Sena Martins Costa

Aluna do Curso de Enfermagem

Contato: kamila.msmc@yahoo.com.br

Karine Gonçalves Damascena

Aluna do Curso de Enfermagem

Leonardo Batista

Professor Doutor do Curso de Enfermagem

RESUMO: **Introdução:** A Reanimação cardiorrespiratória tem como definição o conjunto de medidas diagnósticas e terapêuticas que tem como foco reverter a parada, por isso a importância do acesso precoce, manobras de ressuscitação, desfibrilação e acesso rápido ao hospital. A reanimação cardiorrespiratória não é muito aprofundada na graduação do curso de enfermagem devido sua especificidade de grade curricular que aponta para o curso com generalista contribuindo para que o acadêmico sintam-se inseguro em relação ao tema principalmente no campo de estágio

Objetivo: Definir o nível de conhecimento dos acadêmicos de enfermagem sobre o protocolo de atendimento da parada cardiopulmonar.

Materiais e Métodos: O presente estudo de pesquisa de campo, foi realizado na população de acadêmicos de enfermagem da faculdade Icesp/ Promove, a amostra foi constituída de 100 acadêmicos de enfermagem da faculdade Icesp/ Promove. Após contato com os

acadêmicos de enfermagem foram coletados os dados através de questionário com 10 questões objetivas. **Resultado e Discussão:** observa-se que houve uma evolução do conhecimento acerca do protocolo observada na questão 2, na questão 3 pela análise dos dados verifica-se que muitos acadêmicos não conhecem sobre a execução correta do atendimento e quanto ao diagnóstico deixou a desejar também, pois as arritmias cardíacas são fundamentais para o fechamento do mesmo. **Conclusão:** A máxima deste estudo é definir a evolução dos acadêmicos de enfermagem do 1º ao 10º semestre das faculdades Icesp/ Promove de Brasília referente ao tema PCR. Percebeu-se que o conhecimento existe, porém a maioria dos entrevistados está utilizando um protocolo desatualizado com referência a 2005.

PALAVRAS-CHAVE: Reanimação cardiorrespiratória; Suporte Básico de Vida; Acadêmicos de Enfermagem.

SCHOLARS OF KNOWLEDGE GRADUATING AND ENTERING COLLEGE OF NURSING COURSE ICESP / PROMOVE BRASÍLIA ON LIFE SUPPORT BASICS

ABSTRACT: Introduction: Cardiopulmonary Resuscitation is to define the set of diagnostic and therapeutic measures that focus on reversing the stop, so the importance of early access, resuscitation

maneuvers, defibrillation and quick access to the hospital. cardiopulmonary resuscitationis not much depth in the undergraduate nursing course because their curriculum specificity that points to the course with general contributing to the academic feel insecure about the topic especially in the training field

Objective: To define the level of knowledge of nursing students about the cardiopulmonary arrest treatment protocol. **Materials and Methods:** This study field research was conducted in the population of nursing students of Icesp/ Promove, the sample consisted of 100 nursing students at the college Icesp/ Promove. After contact with the academic nursing data were collected through a questionnaire with 10 objective questions. **Results and Discussion:** it is observed that there was an evolution of knowledge about the protocol observed in Question 2, in question 3 for analyzing the data that many academics do not know if there on the correct execution of the service and how to diagnose left also want because cardiac arrhythmias are key to closing it. **Conclusion:** The maximum of this study is to define the evolution of nursing students from 1st to 10th semester of Icesp colleges promotes Brasilia regarding the subject was cardiopulmonary arrest. realized up that knowledge exists, however the majority of respondents are using an outdated protocol reference 2005.

KEYWORDS: Cardiopulmonary resuscitation; Basic suport of life; Nursing students .

INTRODUÇÃO

Segundo a sociedade brasileira de cardiologia há uma estimativa de 200.000 paradas cardiorrespiratórias (PCR`s) por ano no Brasil, sendo que metade dos casos ocorre em ambiente hospitalar e a outra metade em ambiente extra- hospitalar (SBC, 2013).

A Parada cardiorrespiratória é a cessação abrupta das funções circulatórias, respiratórias e cerebrais. É a interrupção da pulsação em grandes artérias e da ventilação espontânea ou presença de respiração agônica contribuindo com a perda de consciência relacionada à hipóxia abrupta tissular (MADEIRA & GUEDES,2010).

A Reanimação cardiorrespiratória (RCP) tem como definição o conjunto de medidas diagnósticas e terapêuticas que tem como foco reverter a parada, por isso a importância do acesso precoce, manobras de ressuscitação, desfibrilação e acesso rápido ao hospital (MADEIRA & GUEDES, 2010).As manobras de RCP são de grande relevância, pois se constituem a melhor chance de restauração das funções cardiopulmonares e cerebrais, este conjunto atua mantendo artificialmente o fluxo arterial ao cérebro e a outros órgãos vitais das vítimas, até que ocorra o retorno da circulação espontânea (NACER & BARBIERI, 2016).

De acordo com Gonzalez; et al (2013), as ações realizadas nos primeiros minutos do PCR são cruciais em relação a sobrevivência das vítimas, mesmo que se inicie apenas com compressões torácicas no pré-hospitalar já contribui para o aumento da taxa de sobrevida dos pacientes.

Segundo Oliveira, Santos e Zeltoun (2014), a atuação do profissional de saúde

é norteada pelas diretrizes da American Heart Association (AHA). Atualmente está pautada em duas modalidades, o Suporte Básico de Vida (SBV) que tem como fundamento a preservação da vida que pode ser realizado por qualquer profissional devidamente treinado, sem utilização de manobras invasivas e o suporte avançado de vida (SAV) que tem como característica o uso de manobras invasivas e deve ser realizado apenas por médicos e enfermeiros devido à complexidade.

A RCP não é muito aprofundada na graduação do curso de enfermagem devido sua especificidade de grade curricular que aponta para o curso com formação generalista contribuindo para que o acadêmico sinta-se inseguro em relação ao tema principalmente no campo de estágio (GOMES & BRAZ, 2012).

O presente estudo justifica-se pela PCR apresentar-se frequentemente em situação de emergência, sendo ela considerada um iminente risco de morte, sendo necessário um rápido atendimento e início imediato das manobras e ressuscitação cardiopulmonar, diante disso é relevante que o curso de enfermagem habilite o acadêmico com conhecimentos técnicos e científicos nas situações de parada cardiopulmonar e tem como objetivo geral definir o nível de conhecimento dos acadêmicos de enfermagem sobre o protocolo de atendimento da PCR.

MATERIAIS E MÉTODOS

Critérios Éticos: Antes da coleta de dados o estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da SOEBRAS. Os voluntários ou seus responsáveis assinaram termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE).

Caracterização do Estudo: O presente estudo qualiquantitativo foi realizado na população de acadêmicos de enfermagem da faculdade Icesp/ promove

Amostra: A amostra foi constituída de 100 acadêmicos de enfermagem da faculdade Icesp/Promove.

Critérios de Inclusão: Ser acadêmicos de Enfermagem, estudar na faculdade Icesp/Promove, assinar o termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE). Não foi aplicado questionário no segundo, terceiro e quinto semestre porque não tinha turmas fechadas nesses semestres.

Procedimentos do estudo: Após contato com os acadêmicos de enfermagem foram coletados os dados através de questionário com 10 questões objetivas.

Instrumentos: Questionário com 10 questões objetivas, inserido no anexo 1.

Análise Estatística: Estatística descritiva. Aplicação assistida e randomizada do instrumento supervisionado pelos autores, após clara explicação de seu preenchimento, ainda realizando uma análise qualiquantitativa dos dados alcançados.

Retorno aos Avaliados: O retorno será realizado com a publicação do artigo

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Resultados descritos na tabela 1 anexo 2.

De acordo com as novas diretrizes do protocolo 2015 da American Heart as alterações principais foram: a frequência das compressões foi modificada para o intervalo entre 100 à 120/min e a profundidade das compressões em adultos foi alterada para pelo menos 2 polegada (5 cm), não devendo ser superior a 2,4 polegadas (6 cm), assim dando maior ênfase em uma RCP de alta qualidade permitindo o retorno do tórax entre as compressões, minimizando interrupções.

Vítimas que sofrem uma parada cardíaca e ficam sem assistência adequada por mais de 3 minutos podem evoluir para um prognóstico ruim, chegando até a morte (GOMES; BRAZ, 2012).

O suporte básico de vida compreende etapas que podem ser iniciadas fora do ambiente hospitalar, realizada por pessoas devidamente capacitadas e informadas sobre o assunto, aumentando a sobrevivência e diminuindo as sequelas das vítimas de PCR, é a primeira abordagem a vítima e abrange a desobstrução das vias aéreas, ventilação e circulação artificial (PERGOLA; ARAUJO, 2009). As diretrizes do American Heart são uma base científica para que os profissionais de saúde possam usar como base atendimento corretos da PCR. O trabalho do enfermeiro na ressuscitação cardiopulmonar passa por todas as fases de atendimento, inclusive na prevenção e identificação precoce de sinais e sintomas. Ele deve estar preparado para atuar com competência, tomando decisões rápidas e liderando a equipe (LUGON; SANTOS; FARIAS, et al,2014)

Na questão 1 retratada no Gráfico 1 trata da sequência do SBV, segundo o protocolo vigente, os alunos do 1º semestre obtiveram melhor resultado do que os alunos do 9º semestre, sendo 31,57% de acertos no 1º semestre e 11,7% no 9º semestre. O semestre com o melhor resultado foi o 8º semestre com 60% de acertos.

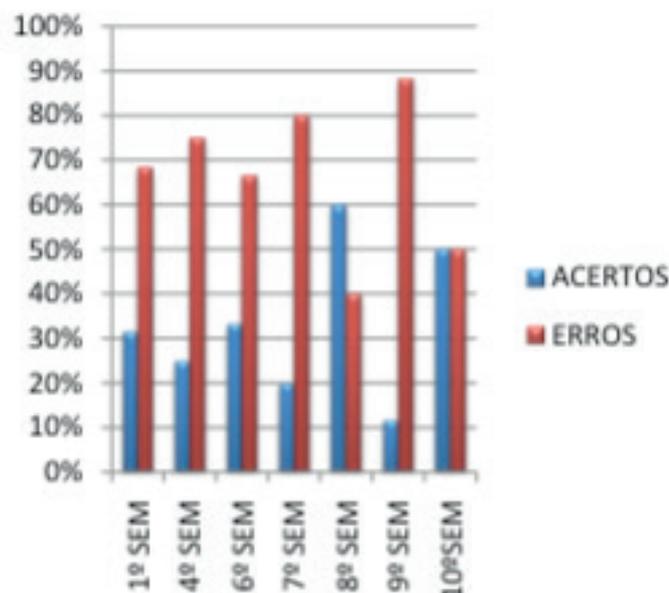


Gráfico 1 (Sequência do Suporte Básico de Vida)

Na questão 2 retratada no Gráfico 2 que aborda sobre os sinais clínicos de uma PCR, o 7º semestre obteve 80% de erros, ainda estão cursando pronto socorro e UTI, enquanto que o 9º semestre teve um bom resultado, com 70,58% de acertos. Observa-se que houve uma evolução do conhecimento acerca do protocolo.

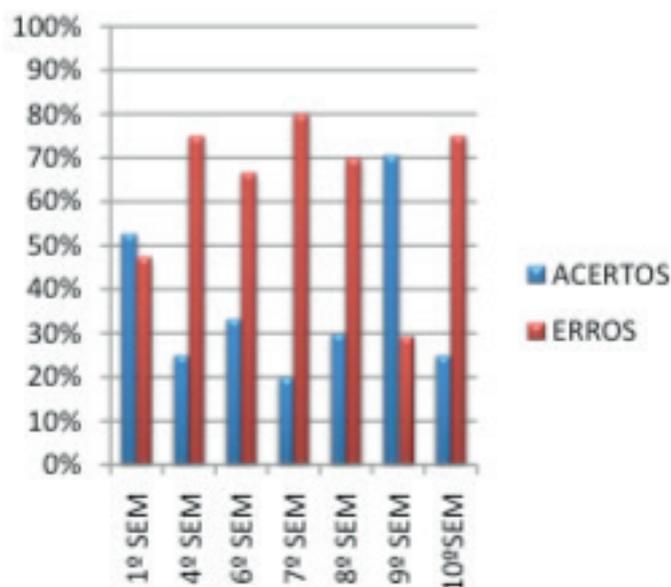


Gráfico 2 (sinais clínicos da parada cardiorrespiratória)

As arritmias da parada cardiorrespiratória (PCR) são: Fibrilação Ventricular (FV), Atividade Elétrica Sem Pulso (AESP), Assistolia, Taquicardia Ventricular (TV) foi abordada na questão 3 que está no gráfico 3, observou-se um grau de dificuldade na identificação das mesmas, onde os alunos não sabiam nem as siglas. No sétimo semestre apesar do número pequeno da amostra não houve nenhum acerto, no quarto semestre 50% de erros e acertos. No geral nenhum semestre obteve um bom resultado.

A parada cardiorrespiratória (PCR) constitui-se numa condição de emergência, na qual o indivíduo apresenta interrupção súbita e inesperada do pulso arterial e respiração, sendo estas condições vitais ao ser humano. Os processos que envolvem a (PCR) estão convergidos no acometimento secundário de situações como fibrilação ventricular, taquicardia ventricular sem pulso, assistolia ou atividade elétrica sem pulso, entretanto, uma vez constatada estas condições devem-se iniciar, com brevidade, as manobras de reanimação cardiopulmonar (RCP) (LUGON; SANTOS; FARIAS, et al, 2014)

Pela análise dos dados verifica-se que muitos acadêmicos não conhecem sobre a execução correta do atendimento e quanto ao diagnóstico deixou a desejar, pois as arritmias cardíacas são fundamentais para o fechamento do mesmo.

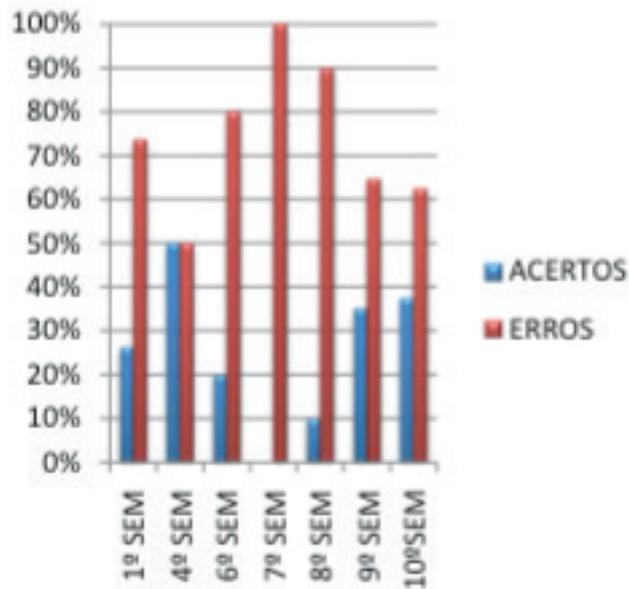


Gráfico 3 (Arritmias da parada cardiorrespiratória)

Segundo o protocolo na presença de 2 socorristas deverá ser feita 30 compressões por 2 ventilações, a questão 4 retratada no gráfico 4 abordou este assunto. O 6º semestre obteve o pior resultado com 83,33% de erros, porém o 8º semestre teve o melhor resultado com 80% de acertos.

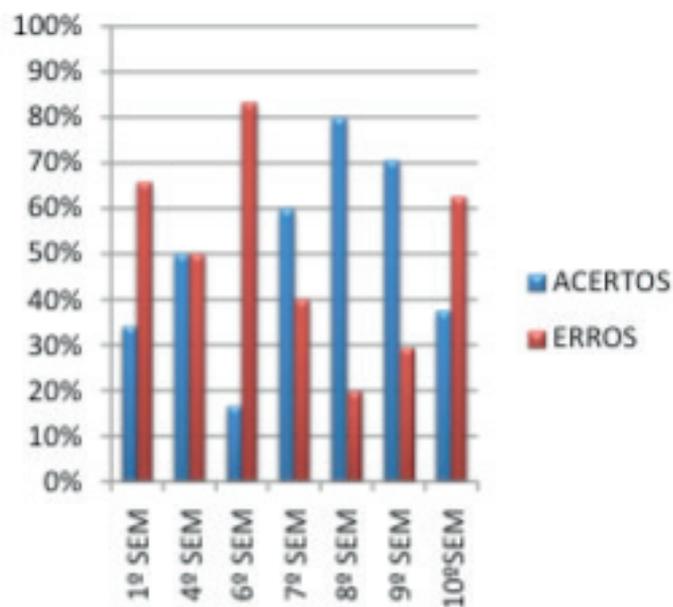


Gráfico 4 (compressões x ventilações)

Na questão 5 do gráfico 5 que tratou sobre a frequência de compressões por minuto o 6º semestre teve 100% de acertos. Observou-se que entre o 1º e o 10º semestre houve uma evolução significativa no conhecimento, sendo que o 1º semestre apresentou 68,42% de erros e o 10º semestre apresentou 75% de acertos.

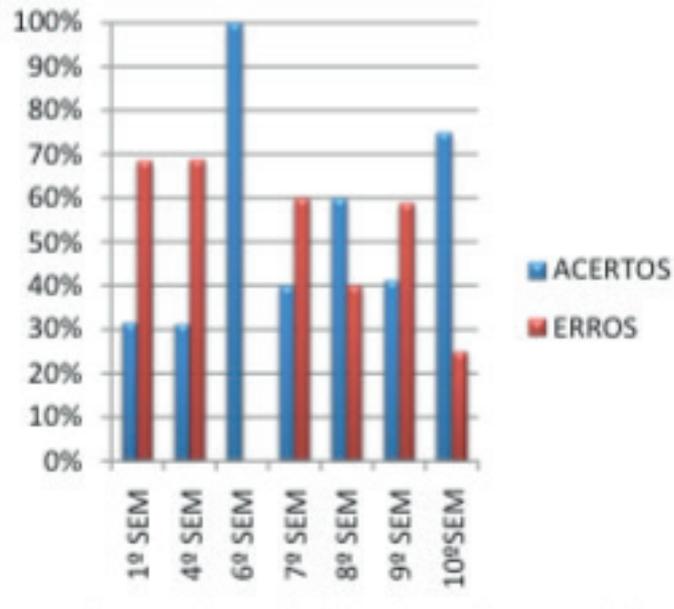


Gráfico 5 (Frequência de compressões por minuto)

Acerca da profundidade no tórax exercida na compressão, foi descrita na questão 6, gráfico 6 onde obteve resultados alarmantes no 6º, 7º e 8º semestre 100% dos alunos erraram a questão, entretanto no 10º semestre teve um equilíbrio, onde obteve 50% de acertos e erros.

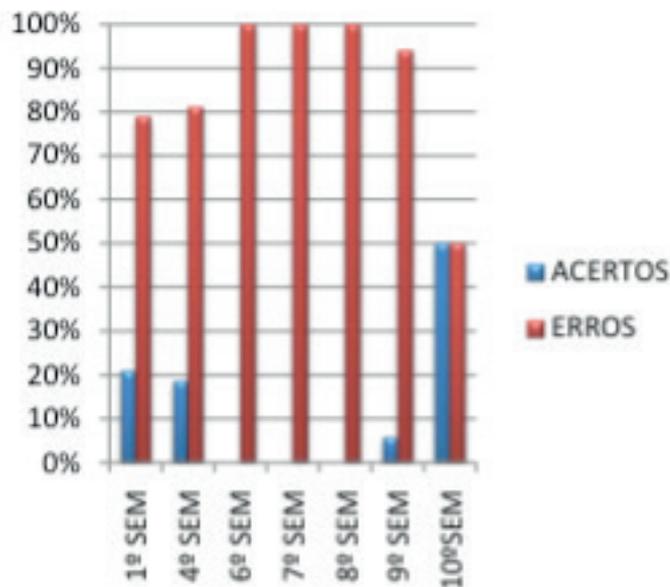


Gráfico 6 (Profundidade exercida no tórax)

A questão 7 do Gráfico 7 teve como objetivo analisar se os alunos já realizaram algum curso voltado para área de urgência e emergência, a maioria dos acadêmicos não realizaram nenhum curso. Em contrapartida a maioria dos alunos demonstraram interesse pela área verificado na questão 8 do Gráfico 8

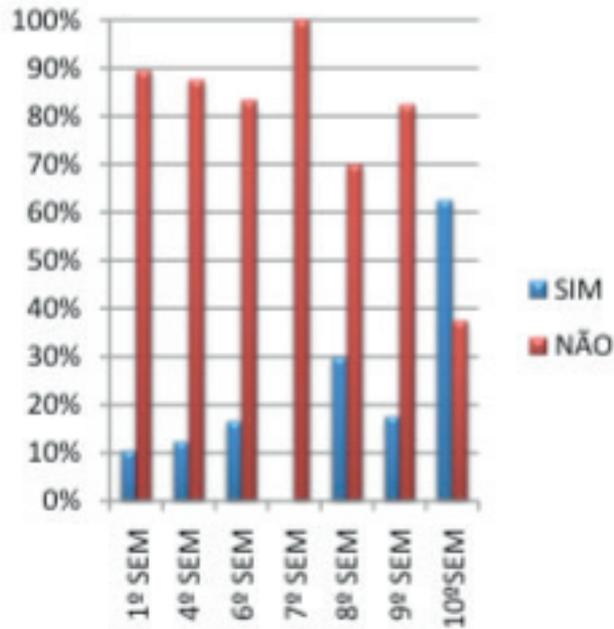


Gráfico 7 (Cursos)

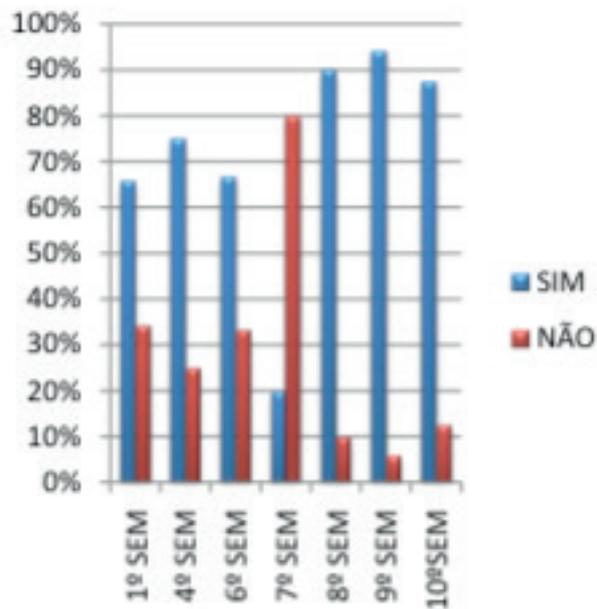


Gráfico 8 (Interesse)

O protocolo do suporte básico de vida (SBV) sofre atualização de 5 em 5 anos, tema abordado na questão 9 descrita no Gráfico 9, no qual a maioria dos acadêmicos não demonstrou conhecimento marcando a opção A (2 anos), onde percebe-se que eles tem uma visão que o protocolo é atualizado em menor tempo.

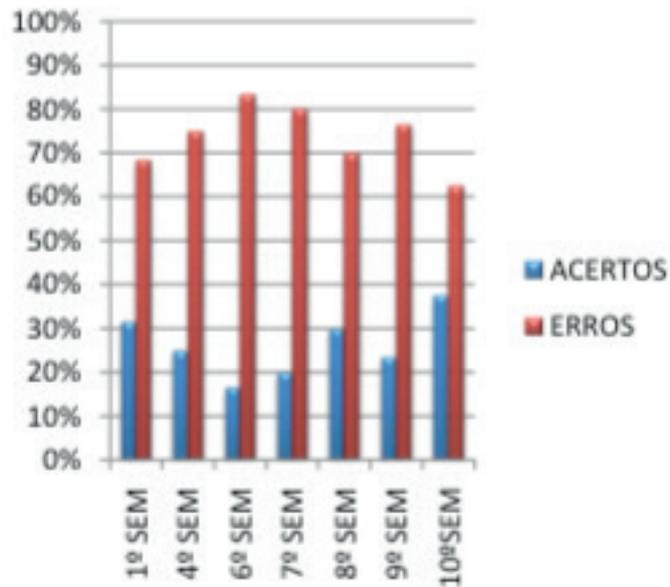


Gráfico 9 (Atualização do protocolo)

Observou-se uma grande dificuldade dos acadêmicos na resolução da questão 10 retratada no Gráfico 10, que tratou da ventilação no suporte básico de vida, onde grande parte dos alunos marcou como sendo obrigatória a ventilação, 82% dos discentes erraram a questão.

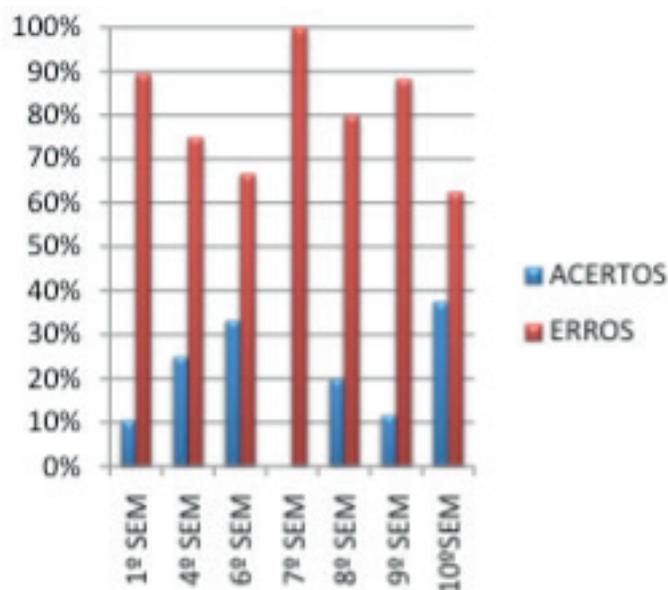


Gráfico 10 (Ventilação)

Percebe-se uma taxa de erro próximo a 70% nas questões 1 e 9 no comparativo geral. Aquela trata da sequência de atendimento do SBV e esta do intervalo de atualização do protocolo. O que chama atenção é que pela falta de atualização a maioria utilizou como referência o protocolo de 2005.

A questão 2 fala sobre o quadro clínico da PCR e a questão 5 sobre a relação

compressão x ventilação. Estes dados não sofrem modificação a mais de 10 anos sendo novamente observada a desatualização dos estudantes, pois se observa índice de acerto satisfatório nestes itens.

Percebe-se desempenho similar entre o 1º e o 9º semestre com relação à questão número 10 que aborda a ventilação. A opção pela obrigatoriedade ventilatória era vigente até 2005 e esta foi a escolha da maioria dos acadêmicos. Novamente ratificando a necessidade de atualização.

Analisando a questão 7 observa-se que os acadêmicos apresentam um crescimento satisfatório pela procura de cursos extracurriculares na área de urgências e emergências afirmativa refletida pela análise do gráfico.

CONCLUSÃO

A máxima deste estudo é definir a evolução dos acadêmicos de enfermagem do 1º ao 10º semestre das faculdades Icesp/Promove de Brasília referente ao tema PCR. Percebeu-se que o conhecimento existe, porém a maioria dos entrevistados está utilizando um protocolo desatualizado com referência a 2005.

Há uma predominância de erros no quesito diagnóstico de PCR e no processo de reanimação cardiopulmonar o que evidencia que mesmo aqueles que afirmaram ter participado de curso extracurricular não há foco no fazer-fazer e nem no saber-fazer, dificultando assim o desempenho do papel de enfermeiro frente a PCR.

Esses resultados demonstram a falta de interesse dos alunos em estudar sobre o tema. Apesar do curso de enfermagem ter um foco generalista é interessante que a faculdade mostre a importância do tema e integre ao ensino cursos e oficinas sobre reanimação cardiorrespiratória.

O questionário ilustrou uma realidade do cenário brasileiro, pois em muitos países da América do norte e Europa o tema PCR é abordado desde a pré-escola, enquanto que, no Brasil, apenas profissionais das áreas de saúde e segurança têm acesso ao assunto.

A afirmativa acima demonstra que o despreparo do cidadão reflete diretamente no desenvolvimento profissional, pois mesmo no décimo semestre o quantitativo de erros sobre o tema foi predominante.

Conclui-se que os acadêmicos de enfermagem da Faculdade Icesp/Promove de Brasília estão desatualizados quanto ao protocolo vigente de RCP, observado mesmo tendo tido disciplinas que tratam do tema abordado.

AGRADECIMENTOS:

A todos os que contribuíram, riram, choraram e sofreram conosco, sempre tendo pronta nos lábios uma palavra de coragem, que é uma das causas da felicidade de hoje, muito obrigado! Não importa quantos nomes vocês tenham, todos estão dentro

de nossos corações.

REFERÊNCIAS

American Heart Association. **Destaques da atualização das Diretrizes da AHA 2015 para RCP e ACE.** Disponível em: <https://eccguidelines.heart.org/wp-content/uploads/2015/10/2015-AHA-Guidelines-Highlights-Portuguese.pdf>

GOMES, Juliana Araújo Pereira; BRAZ, Márcia Ribeiro. **Conhecimento de acadêmicos de Enfermagem frente à parada cardiorrespiratória.** Cadernos UniFOA. Volta Redonda, Ano VII, n. 18, abril 2012. Disponível em: <http://www.unifoa.edu.br/cadernos/edicao/18/85.pdf>

GONZALES, Maria Margarita; TIMERMAN, Sergio; OLIVEIRA, Renan Gianotto de, et al. **I Diretriz de Ressuscitação Cardiopulmonar e Cuidados Cardiovasculares de Emergência da Sociedade Brasileira de Cardiologia: Resumo Executivo.** Arq Bras Cardiol.100(2):105-113.2013

LUGON, Alice Soares; SANTOS, Vanessa Ap Mendes, FARIAS, Leandro Gomes et al. **Atuação do profissional enfermeiro frente a parada cardiorrespiratória de acordo com as novas diretrizes.** CENTRO UNIVERSITÁRIO SÃO CAMILO – ES Cachoeiro de Itapemirim– Es – 2014

MADEIRA, Diliane Barroso; GUEDES, Helisamara Mota. **Parada cardiorrespiratória e ressuscitação cardiopulmonar no atendimento de urgência e emergência: uma revisão bibliográfica.** Revista Enfermagem Integrada – Ipatinga: Unileste-MG - V.3 - N.2 - Nov./Dez. 2010.

6- NACER, Daiana Terra; BARBIERI, Ana Rita. **Sobrevivência a parada cardiorrespiratória intra-hospitalar: revisão integrativa da literatura.** Revista Eletrônica de Enfermagem, Goiânia, v. 17, n. 3, abr. 2016. ISSN 1518-1944. Disponível em: <<https://revistas.ufg.br/fen/article/view/30792>>. Acesso em: 25 jun. 2016. doi:<http://dx.doi.org/10.5216/ree.v17i3.30792>.

OLIVEIRA, Saulo Santos; SANTOS, Jaqueline de Oliveira, ZEILTON, Sandra Salloum. **Suporte Básico de Vida: avaliação do conhecimento dos graduandos de enfermagem.** J Health Sci Inst. 2014;32(1):53-8

PERGOLA, Aline Maino; ARAUJO, Izilda Esmenia Muglia. **O leigo e o suporte básico de vida.** Rev Esc Enferm USP;43(2) :335-42.2009

Sociedade Brasileira de Cardiologia, **I Diretriz de Ressuscitação Cardiopulmonar e Cuidados Cardiovasculares de Emergência da Sociedade Brasileira de Cardiologia.** Arq Bras Cardiol: 2013; 101(2 Supl. 3):1-221.

ANEXO 1

QUESTIONÁRIO APLICADO

QUESTIONÁRIO TCC

DISCENTE: Kamila e Karine

DOCENTE: Leonardo Batista

Semestre:

Período :

1. Qual a sequência correta do Suporte Básico de vida (SBV)?
 - a. ABCD
 - b. CABD
 - c. DCBA
 - d. CBAD

2. Quais os sinais clínicos de uma PCR?
 - a. Perda da consciência e ausência do pulso carotídeo
 - b. Ausência de qualquer pulso e perda de consciência
 - c. Perda de consciência
 - d. Sudorese, náuseas e dor precordial

3. Quais as arritmias da PCR?
 - a. TV, FV, AESP e Assistolia
 - b. TV e FV
 - c. FV, TV e AESP
 - d. Assistolia e TV

4. Na presença de 2 socorristas como deverá ser as compressões torácicas x ventilação?
- a. 15 x 2
 - b. 30 x 1
 - c. 15 x 1
 - d. 30 x 2
5. Qual a frequência de compressões por minuto segundo o protocolo 2010?
- a. Menor de 100
 - b. Entre 150 a 200
 - c. Mínimo de 100
 - d. Entre 100 a 150
6. Durante a compressão qual a profundidade exercida no tórax (cm)?
- a. Máximo 5
 - b. Mínimo 5
 - c. Entre 5 e 10
 - d. Entre 3 e 5
7. Você já realizou cursos voltados para PCR / RCP ? Se a resposta for sim quando?
- Sim
 - Não
8. Tem interesse nas áreas de Urgência e Emergência?
- Sim
 - Não
9. O protocolo de PCR/ RCP sofre atualização no intervalo de:
- a. 2 anos
 - b. 3 anos
 - c. 5 anos
 - d. 4 anos

10.No SBV a ventilação é :

- a. Obrigatória
- b. Obrigatória com ventilação Mecânica
- c. Facultativa
- d. Facultativa com protetor de barreira

ANEXO 2 TABELA 1

QUESTÃO	SEMESTRES													
	1º		4º		6º		7º		8º		9º		10ª	
	ACERTOS (%)	ERROS (%)												
1	31,57	68,43	25	75	33,30	66,70	20	80	60	40	11,70	88,30	50	50
2	52,66	47,34	25	75	33,33	66,67	20	80	30	70	70,58	29,42	25	75
3	26,31	73,69	50	50	20	80	0	100	10	90	35,29	64,71	37,50	62,50
4	34,21	65,79	50	50	16,66	83,34	60	40	80	20	70,58	29,42	37,50	62,50
5	31,57	68,43	31,25	68,75	100	0	40	60	60	40	41,11	58,89	75	25
6	21,05	78,95	18,75	81,25	0	100	0	100	0	100	5,88	94,12	50	50
	SIM (%)	NÃO (%)												
7	10,52	89,48	12,50	87,50	16,66	83,34	0	100	30	70	17,64	82,36	62,50	37,50
8	65,78	34,22	75	25	66,66	33,34	20	80	90	10	17,64	82,36	87,50	12,50
	ACERTOS (%)	ERROS (%)												
9	31,50	68,50	25	75	16,66	83,34	20	80	30	70	23,50	76,50	37,50	62,50
10	10,52	89,48	25	75	33,33	66,67	0	100	20	80	11,76	88,24	37,50	62,50

O FATOR HUMANO E A SEGURANÇA DO PACIENTE NO PROCESSO DE ENSINO-APRENDIZAGEM DE ENFERMEIROS

Maria Luisa de Araújo Azevedo

Universidade do Grande Rio
Enfermeira – Rio de Janeiro

Sirlene de Aquino Teixeira

Universidade do Grande Rio
Enfermeira – Rio de Janeiro

Aline Mirema Ferreira Vitória

Instituto Nacional de Cardiologia
Enfermeira – Rio de Janeiro

RESUMO: Os profissionais de saúde não são preparados para avaliar e prevenir erros cometidos durante a prestação de assistência à saúde. A construção do aprendizado integrando a prática e a teoria nos programas curriculares de estudantes de enfermagem pode possibilitar melhorias na formação dos profissionais tendo em vista estes apontamentos, iniciativas foram lançadas para auxiliar as escolas de saúde a ensinar segurança do paciente. Este estudo objetivou identificar o conhecimento e a percepção dos estudantes de graduação em enfermagem relacionados ao erro humano no âmbito da segurança do paciente. Trata-se de uma pesquisa descritiva quantitativa. A coleta de dados foi realizada através de um questionário individual e autoaplicável. Os resultados apontaram predominância de respostas positivas quanto ao conhecimento e

atitudes de segurança ao paciente relacionada ao erro humano por parte dos participantes deste estudo. Metodologias ativas utilizadas no processo de ensino-aprendizagem dos estudantes podem ter proporcionado a estes atitudes e conhecimentos adequados quanto a segurança do paciente. Esperamos que os resultados encontrados possam oportunizar a reflexão sobre o processo de formação do enfermeiro associado a disciplinas que relacionem a teoria à prática.

PALAVRAS-CHAVE: Segurança do paciente; Estudantes de Enfermagem; Ensino.

THE HUMAN FACTOR AND THE SAFETY OF THE PATIENT IN THE TEACHING-LEARNING PROCESS OF NURSES

ABSTRACT: Health professionals are not prepared to evaluate and prevent errors made during the provision of health care. The construction of learning by integrating practice and theory into nursing student curricula can enable improvements in the training of professionals. In light of these notes, initiatives have been launched to assist health schools in teaching patient safety. This study aimed to identify the knowledge and perception of nursing undergraduate students related to human error in the context of patient safety. This is a quantitative descriptive research.

The data collection was performed through an individual and self-administered questionnaire. The results showed a predominance of positive responses regarding knowledge and safety attitudes to the patient related to human error by the participants of this study. Active methodologies used in the teaching-learning process of students may have provided these attitudes and appropriate knowledge regarding patient safety. We hope that the results found may provide a reflection on the nurses' training process associated with disciplines that relate theory to practice.

KEYWORDS: Patient safety. Nursing students. Teaching.

1 | INTRODUÇÃO

A construção do aprendizado integrando a prática e a teoria nos programas curriculares de estudantes de enfermagem pode possibilitar melhorias na formação dos profissionais. Acredita-se que esta integração proporcione maiores reflexões durante a formação acadêmica. Em nossa trajetória acadêmica como estudantes do curso bacharelado em enfermagem de uma universidade privada localizada no Estado do Rio de Janeiro, oportunizou-se o contato com disciplinas que aplicavam como estratégia de ensino a relação prática x teoria constantemente associada a atividades práticas de laboratório, aulas teóricas e atividades no campo profissional com o eixo estruturante. Na sétima fase do curso a estratégia foi descrita e oferecida com o eixo temático “segurança do paciente”. Neste momento, percebe-se a oportunidade que o aluno tem para compreender e refletir sobre os conhecimentos necessários para atuar futuramente como enfermeiro, proporcionando uma assistência segura ao paciente, livre de erros e danos. Esta temática em questão é abordada por meio de metodologias ativas, as quais buscam que o aluno articule teoria e prática.

A disciplina à qual se refere este trabalho é pautada em um livro didático elaborado por docentes do curso de enfermagem, sendo composto basicamente de propostas das atividades de Ensino Clínico (EC) – mesclado por atividades em cenário hospitalar com práticas assistenciais e gerenciais aos Cuidados de Enfermagem ao Adulto e Idoso; Laboratório de Vivências (LV) - com ênfase em simulações realísticas e WebQuest. Os alunos realizam práticas de laboratório/ simulações e discussões dos produtos das WebQuests. Seu principal objetivo é instrumentalizar os alunos a compreender o gerenciamento do processo de trabalho do enfermeiro e propor ações de intervenção em situações-problema, administrando-as de forma integradora (UNIGRANRIO, 2016). O conteúdo programático possui 4 temáticas, sendo elas a Ética Profissional e Erros na Administração de Medicamentos; O Processo de Liderança na Enfermagem e Assistência de Enfermagem na Parada Cardiorrespiratória; Segurança do Paciente e Passos para a Garantia da Cirurgia Segura e A Comunicação e o Trabalho da Enfermagem; e Assistência de Enfermagem ao paciente/cliente/usuário em pós-operatório imediato.

As estratégias utilizadas são: *WebQuest*, no qual os alunos acessam a atividade através do livro didático digital da disciplina, realizam as tarefas e o processo guiados por conteúdos presentes na web, e o produto da atividade é apresentado em espaço didático com os alunos e o professor e discussão em grupos e a Simulação Realística, na qual o professor aplica a metodologia e, após o término da aula, todos os alunos discutem sobre os pontos importantes. A evolução dos alunos em direção à competência resulta da participação ativa nas simulações, das observações de experiências dos colegas e discussão em grupo pós-simulação, que deve acontecer imediatamente após a simulação. O tema “Segurança do Paciente” perpassa por todas as temáticas abordadas na disciplina em Laboratório de Vivências.

A metodologia ativa utilizada é conceituada como uma concepção educativa que estimula processos de ensino-aprendizagem crítico-reflexivos, dos quais o educando participa e se compromete com seu aprendizado (SOBRAL; CAMPOS, 2012). O método propõe a elaboração de situações de ensino que promovam uma aproximação crítica do aluno com a realidade; a reflexão sobre problemas que geram curiosidade e desafio; a disponibilização de recursos para pesquisar problemas e soluções; a identificação e organização das soluções hipotéticas mais adequadas à situação; e a aplicação dessas soluções (TEIXEIRA; FELIX, 2011). Entende-se que a incorporação da temática Segurança do Paciente deve ser apreendida pelo enfermeiro assim como o são a fisiologia, a anatomia, a patologia, o exame físico, a entrevista, o diagnóstico de enfermagem dentre tantos temas fundamentais na sua formação. Há necessidade de incorporar a temática em questão na atuação deste profissional em suas diversas áreas, uma vez que não se pode negar as evidências mundiais. Evidencia-se ao longo dos anos que a formação de profissionais de saúde ocorre diante de uma necessidade “do hoje” “a reboque” e não de modo prospectivo.

A Organização Mundial de Saúde (OMS) define *segurança do paciente* como a redução a um mínimo aceitável, do risco de dano desnecessário associado ao cuidado de saúde, o que significa dizer que o dano foi causado pelo cuidado à saúde e não pela doença de base (BRASIL, 2014).

O tema “segurança do paciente” ganhou importância após dados divulgados de que cerca de 100 mil pessoas morreram por ano em hospitais nos Estados Unidos da América (EUA) vítimas de Eventos Adversos (EAs) (KOHN et al, 2000). No processo de formação, os profissionais de saúde pouco aprendem sobre a segurança dos pacientes e o fator humano e, conseqüentemente, não são preparados para avaliar e prevenir erros cometidos durante a prestação de assistência à saúde. Tendo em vista esta problemática, a Organização Mundial de Saúde (OMS) lançou o guia para organização do currículo de segurança do paciente multiprofissional (GCSP) para auxiliar, nas escolas de Odontologia, Medicina, Farmácia e Enfermagem, no ensino de segurança do paciente (WORLD HEALTH ORGANIZATIONS, 2011). O GCSP objetiva uma abordagem baseada em problemas de saúde de alcance global, auxiliando na formação eficaz da educação fornecida pelas instituições dedicadas às ciências da

saúde. Seu intuito é melhorar a segurança do paciente, princípios e abordagens que levem uma futura geração de profissionais de saúde, educados de forma adequada, a um atendimento centrado no cuidado em toda a extensão da área da saúde (WORLD HEALTH ORGANIZATIONS, 2011).

O fato é que tal formação é relativamente nova para a maior parte dos educadores e profissionais da área da saúde. Utilizando como referencial teórico o relatório “*Errar é Humano*” (KOHN et al, 2000), foram feitas análises e desenhadas recomendações para a prestação de serviço ao paciente na atenção clínica e para o alerta aos erros, danos graves e até mesmo os casos fatais (óbitos).

Para a elaboração do GCSP, foi criado um grupo de profissionais formado por dentistas, médicos, parteiras, enfermeiros e farmacêuticos experientes e estudantes, membros de associações profissionais internacionais em suas respectivas áreas de atuação, juntamente com representantes das regiões da OMS (WORLD HEALTH ORGANIZATIONS, 2011). Como produto das discussões, concluiu-se que eram necessários estudos de caso multiprofissionais para dar apoio à aprendizagem interdisciplinar nas universidades e ativamente a discussão entre especialistas, docentes e autores. O resultado final foi o guia, que, de forma eficaz, ensina e avalia a segurança do paciente, através da abordagem de ensino (WORLD HEALTH ORGANIZATIONS, 2011).

Vários são os métodos para o ensino propostos pelo guia curricular, tais como aprendizagem em pequenos grupos, dissertações, discussão de casos, estudos independentes, monitoramento de pacientes, dramatização, simulações (WORLD HEALTH ORGANIZATIONS, 2011), para que esses alunos tenham mais conhecimento, habilidade, conduta, atitude, capacitação, formação básica na disciplina, e ainda para que possam fazer a diferença na vida de cada paciente. Destacam-se então os princípios educacionais que são essenciais para o ensino aprendizagem da segurança do paciente.

Dada a importância da diminuição dos eventos adversos, é necessário o desenvolvimento da segurança do paciente como forma de disciplina especializada, afirma o documento (WORLD HEALTH ORGANIZATIONS, 2011). Há a necessidade de que estudantes da área da saúde estejam aptos para exercer cuidados clínicos seguros. Portanto, diante da certeza de que os estudantes da área da saúde serão futuros líderes, estes devem exercer e dominar a segurança do paciente de forma que seja propagada em todas as suas atividades profissionais (WORLD HEALTH ORGANIZATIONS, 2011).

Essa atitude deve partir das universidades para os discentes em sala de aula. Um dos principais desafios dos profissionais de saúde é a crescente escassez de professores clínicos em geral. São muito poucos os que sabem como integrar os princípios e conceitos de segurança do paciente nos seus programas de ensino clínico.

Um importante tópico são os aspectos do ambiente de aprendizagem e como pode influir na eficácia da aprendizagem. O local ideal é aquele que prova ser seguro.

Quando estudantes se sentem seguros e apoiados por seus docentes, tendem ser mais abertos à aprendizagem. Eles gostam mais dos desafios e estão dispostos a participar de forma mais ativa em atividades de aprendizagem. Sendo assim, um ambiente de aprendizagem desafiador é aquele em que os alunos serão incentivados a pensar e agir de novas maneiras. Eles são desafiados e, assim, desenvolvem novas habilidades (WORLD HEALTH ORGANIZATIONS, 2011).

Os temas sugeridos no GCSP para serem desenvolvidos para a fixação do conteúdo são vários, dentre eles destacam-se: o que é a segurança do paciente; envolvimento de pacientes e seus cuidadores nos cuidados; e o fator humano e sua importância para a segurança do paciente (TEIXEIRA; FELIX, 2011). A interação com o paciente é uma das maneiras de proporcionar-lhe segurança e melhora do estado clínico, tratando sempre sua individualidade com respeito. Tanto os profissionais da área da saúde como os estudantes que estejam em contato com os pacientes precisam deste contato, mesmo que esse acompanhamento seja feito pelo preceptor.

O fator humano e o estudo de fatores humanos analisam a relação entre seres humanos e sistemas que causam interferência, colocando o foco na melhoria da eficiência, criatividade, produtividade e satisfação com o trabalho, de modo a minimizar erros (WORLD HEALTH ORGANIZATIONS, 2011). Compreende a falibilidade humana, sendo originado dos seres humanos inseridos nos ambientes de trabalho. Questões relativas a fatores humanos contribuem grandemente para eventos adversos nos cuidados clínicos. Em atendimento clínico e outras indústrias alto risco, tais como a indústria da aviação, o fator humano pode ter consequências graves e até mesmo fatais (WORLD HEALTH ORGANIZATIONS, 2011). Um entendimento do fator humano ajuda o aluno a identificar onde ocorrem os erros, ao mesmo tempo ajuda-o a aprender como evitar ou minimizá-los. Discussões sobre erros no cuidado clínico são difíceis para todos os profissionais de saúde em todas as culturas. Abertura para aprender a partir de erros, muitas vezes, depende das personalidades dos profissionais envolvidos.

O conhecimento dos fatores humanos também permite uma maior compreensão das consequências da fadiga sobre humana. Os profissionais de cuidados clínicos que estão cansados são mais propensos a apagões e erros, pois a fadiga pode afetar o desempenho e causar alterações de humor, ansiedade, depressão e raiva (WORLD HEALTH ORGANIZATIONS, 2011).

Sendo assim, nos questionamos se a aplicação de estratégias de ensino-aprendizagem que integram a teoria e a prática sobre a temática segurança do paciente e o erro humano influencia no conhecimento e atitude relacionados ao erro humano? Para responder à pergunta, elaboramos como objetivo da pesquisa identificar o conhecimento e a percepção dos estudantes de graduação em enfermagem relacionados ao erro humano no âmbito da segurança do paciente. Deste modo, esperamos que os resultados encontrados possam oportunizar a reflexão sobre o processo de formação do enfermeiro associado a disciplinas que relacionam a teoria à prática.

2 | METODOLOGIA

Trata-se de uma pesquisa descritiva de abordagem quantitativa, submetida ao Comitê de Ética em Pesquisa da Unigranrio, respeitando todas as determinações éticas da Resolução nº466/2012 CNS/CONEP. Autorizada pelo Comitê de ética da Universidade Grande Rio. Através do parecer emitido em 09 de novembro de 2016, sob o protocolo CAAE 6106251600005283. Os participantes da pesquisa selecionados foram alunos cursando a disciplina Prática Curricular de Média e Alta Complexidade do curso de graduação em enfermagem da UNIGRANRIO no período de coleta de dados, ou que a cursaram no último período letivo que antecedeu a coleta. Definimos como critérios de inclusão os alunos que aceitaram participar da pesquisa que estão cursando a referida disciplina. E, como critério de exclusão, os alunos que não aceitaram participar da pesquisa e os que não estão cursando a disciplina.

Os alunos foram convidados a participar da pesquisa através de uma abordagem realizada pelos pesquisadores em sala de aula imediatamente antes do início da aula ou ao término da aula da disciplina Prática Curricular de Média e Alta Complexidade. Aos que concordaram, foi solicitada assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido de forma individual. Foram convidados a participar 101 alunos, tendo 01 recusa, totalizando 100 participantes.

O instrumento de coleta de dados foi um questionário autoaplicável, individual e anônimo, dividido em três partes, considerando características dos participantes como idade, sexo, período do curso e experiência na área de assistência à saúde (YOSHIKAWA et al, 2013). A segunda parte destina-se a questões de conhecimentos sobre a temática segurança do paciente e a terceira parte relaciona-se a questões atitudinais. As opções da segunda e terceira partes são definidas segundo escala de Likert, composta pelas opções: concordo, concordo fortemente, não tenho opinião, discordo fortemente e discordo. Por se tratar de um questionário validado e aplicado anteriormente, foi solicitada autorização aos autores do referido instrumento. O período de coleta de dados aconteceu de outubro a novembro de 2016.

3 | RESULTADOS

Para identificar o conhecimento de alunos do curso de graduação em enfermagem da UNIGRANRIO, cursando a disciplina Prática Curricular de Média e Alta Complexidade, este estudo obteve resposta de 100 alunos, sendo 80 do sétimo período e 20 do oitavo período. A maioria (93%) dos entrevistados era do sexo feminino. Sobre o conteúdo das respostas dos alunos do sétimo período, destacou-se que, dos alunos abordados pela pesquisa, 63,6% têm idade entre 20 a 30 anos, 30,3% entre 31 a 40 e 6,1% entre 41 a 50. Obtivemos uma faixa etária bem diversificada. No quesito

sexo, 92,9% eram do sexo feminino e 7,1% do sexo masculino. Na tabela 1 a seguir, é possível observar os resultados referentes aos aspectos conceituais referentes à segurança do paciente.

		C	CF	NO	D	DF
2.1 Cometer erros na área da saúde é inevitável.	N=	44	3	6	32	14
	%=	44,4	3	6,1	32,3	14,1
2.2 Existe uma grande diferença entre o que os profissionais sabem o que é certo e o que é visto no dia a dia da assistência à saúde.	N=	73	17	3	6	0
	%=	73,7	17,2	3	6,1	0
2.3 Profissionais competentes não cometem erros que causam danos aos pacientes.	N=	23	7	3	55	11
	%=	23,2	7,1	3	55,6	11,1
2.4 Alunos comprometidos não cometem erros que causam danos aos pacientes.	N=	28	7	1	55	8
	%=	28,3	7,1	1	55,6	8,1
2.5 Na vigência de um erro, todos os envolvidos (profissionais, alunos, gestores, paciente e família) devem discutir sua ocorrência.	N=	58	23	5	12	1
	%=	58,6	23,2	5,1	12,1	1
2.6 Para a análise do erro humano é importante saber quais as características individuais do profissional que cometeu o erro.	N=	58	23	4	14	0
	%	58,6	23,2	4	14,1	0
2.7 Depois que um erro ocorre, uma efetiva estratégia de prevenção é trabalhar com maior cuidado.	N=	59	34	0	5	1
	%=	59,6	34,3	0	5,1	1

Tabela 1 - Aspectos conceituais referentes à segurança do paciente, segundo alunos do curso de graduação em enfermagem. Caxias, RJ, Brasil, 2016.

Legenda: C- Concordo, CF- Concordo fortemente, NO- Não tenho opinião, D- Discordo e DF- Discordo fortemente

No item “Profissionais competentes não cometem erros que causam danos aos pacientes”, evidenciou-se que 44,4% dos participantes concordam com a afirmação, 3% concordam fortemente, 6,1% não tem opinião, 14,1% discorda fortemente e 32,3% discordam. Já o item “Na vigência de um erro, todos os envolvidos devem discutir sua ocorrência”, 73,7% dos participantes concordam, 17,2 concordam fortemente, 6,1% discordam e 3% não têm opinião. No que se refere à análise do erro humano, 58,6% concordam que é importante conhecer as características individuais do profissional que o cometeu, enquanto no tópico “Depois que o erro ocorre, uma efetiva estratégia de prevenção é trabalhar com maior cuidado”, 59,6% dos alunos pesquisados concordam que desta forma evita-se a recorrência do mesmo. Ainda assim, 34,3%

concordam fortemente que o “maior cuidado” dissipa a possibilidade de um novo erro, 5,1% discordam e 1% discordo fortemente.

Na tabela 2 a seguir é possível observar os resultados referentes aos aspectos atitudinais referentes à segurança do paciente.

		C	CF	NO	D	DF
3.1 Profissionais não devem tolerar trabalhar em locais que não oferecem condições adequadas para o cuidado prestado ao paciente.	N=	48	25	13	13	0
	%=	48,5	25,3	13,1	13,1	0
3.2 Para implementar medidas de prevenção de erros humanos, sempre se deve instituir uma análise sistêmica dos fatos.	N=	75	21	2	1	0
	%=	75,8	21,2	2	1	0
3.3 É necessário implementar análise sistêmica de erros na área da saúde mas medidas preventivas precisam ser adotadas sempre que alguém for lesado.	N=	58	27	5	8	1
	%=	58,6	27,3	5,1	8,1	1
3.4 Sempre comunico a meu professor sobre a presença de condições no campo de estágio que favorecem a ocorrência do erro.	N=	75	22	2	?	0
	%=	75,8	22,2	2	?	0
3.5 Sempre comunico ao professor/gestor/responsável pelo local de estágio sobre a ocorrência de um erro.	N=	71	25	2	1	0
	%=	71,7	25,3	2	1	0
3.6 Sempre comunico ao meu colega sobre a ocorrência do erro.	N=	59	15	9	13	3
	%=	59,6	15,2	9,1	13,1	3

Tabela 2 - Aspectos atitudinais referentes à segurança do paciente, condições de trabalho, medidas de prevenção e comunicação de erro ao professor e colega segundo alunos do curso de graduação em enfermagem. Caxias, RJ, Brasil, 2016.

Legenda: C- Concordo, CF- Concordo fortemente, NO- Não tenho opinião, D- Discordo e DF- Discordo fortemente

Com relação ao item 3.2 – “Para implementar medidas de prevenção de erros humanos, sempre se deve instituir uma análise sistêmica dos fatos”, 75,8% dos participantes concordam e 21,2% concordam fortemente. Quanto ao item 3.4 - “Sempre comunico ao meu professor sobre a presença de condições no campo de estágio que favorecem a ocorrência do erro” -, concordaram com esta afirmativa 75,8%, que comunicam a ocorrência do erro, 22,2% concordaram fortemente e apenas 2% não tinham opinião. Da mesma forma, 71,7% concordam e 25,3% concordam fortemente que sempre se deve comunicar ao professor/gestor/responsável pelo local de estágio sobre a ocorrência de um erro. Na tabela 3, em continuidade com a tabela 2, também é possível observar os resultados referentes aos aspectos atitudinais à segurança do paciente.

		C	CF	NO	D	DF
3.7 Sempre comunico ao paciente e sua família sobre a ocorrência do erro.	N=	23	4	20	49	3
	%=	23,2	4	20,2	49,5	3
3.8 Se não ocorre dano ao paciente, deve-se analisar se há necessidade de relatar a ocorrência do erro ao paciente e a família.	N=	42	6	9	34	8
	%=	42,4	6,1	9,1	34,3	8,1
3.9 Os professores sempre realizam medidas corretivas com o aluno para que ele não cometa novos erros.	N=	68	24	3	2	2
	%=	68,7	24,2	3	2	2
3.10 Sistemas para relatar a ocorrência dos erros fazem pouca diferença na redução de futuros erros.	N=	21	7	1	48	22
	%=	21,2	7,1	1	48,5	22,2
3.11 Apenas os médicos podem determinar a causa da ocorrência do erro.	N=	3	2	1	57	36
	%=	3	2	1	57,6	36,4
3.12 Sempre realizo atividades de estágio em locais que promovem boas práticas para a promoção da segurança do paciente.	N=	51	13	8	4	23
	%=	51,5	13,1	8,1	4	23,2

3.13 Sempre que identifico situações que necessitam melhorias, recebo apoio da instituição para implementação de medidas que promovam práticas seguras.	N=	49	10	19	17	4
	%	49,5	10,1	19,2	17,2	4

Tabela 3 - Aspectos atitudinais referentes à segurança do paciente, comunicação do erro, professores e melhorias segundo alunos do curso de graduação em enfermagem. Caxias, RJ, Brasil, 2016.

Legenda: C- Concordo, CF- Concordo fortemente, NO- Não tenho opinião, D- Discordo e DF- Discordo fortemente

No que tange a atitude, o dever de comunicar ao paciente e a sua família sobre a ocorrência do erro, obteve-se 49,5% de discordância entre as respostas, 3% discordam fortemente e 20,2% não têm opinião. Sobre “Os professores devem sempre realizar medidas corretivas com o aluno para que ele não cometa novos erros” – para esta afirmação, 68,7% dos participantes concordam, 24,2% concordam fortemente, 2% discordam, 2% discordam fortemente e 3% não têm opinião.

Com relação à premissa de que sistemas para relatar a ocorrência dos erros fazem pouca diferença na redução de futuros erros, 48,5% discordam, 22,2% discordam fortemente, 21,2% concordam, 6,1% concordam fortemente e 2% não tem opinião. A afirmação de que apenas os médicos podem determinar a causa da ocorrência dos erros gerou 3% de concordância com a afirmativa, e 2% concordam fortemente.

Os resultados apontam uma tendência a respostas positivas quanto ao conhecimento e atitudes de segurança ao paciente relacionado ao erro humano por parte dos alunos participantes deste estudo. Sendo assim, as metodologias ativas utilizadas nos processos de ensino-aprendizagem dos estudantes podem lhes proporcionar atitudes e conhecimentos apresentados em suas percepções nas respostas. Apenas duas respostas foram expressivamente negativas quanto à atitude e o conhecimento para a segurança do paciente relacionada ao erro humano, sendo elas: o trabalhar com mais cuidado, como estratégia de prevenção de erro, e o não relato da ocorrência do erro a família e paciente.

4 | DISCUSSÃO

Nos questionamentos, profissionais competentes não cometem erros que causam danos aos pacientes. Esta afirmativa possivelmente estimula o profissional a se autoavaliar. Portanto, a competência técnica diminui bastante os riscos de danos ao paciente. Contudo, todo homem está sujeito ao erro. Compreender o fator humano e conseqüentemente a falibilidade dos seres humanos inseridos nos ambientes de

trabalho contribui grandemente para minimizar eventos adversos nos cuidados clínicos (WORLD HEALTH ORGANIZATIONS, 2011). Vale lembrar que o profissional competente tem menor índice de erros devido ao seu comprometimento com o paciente, mas nem sempre a competência técnico-profissional é garantia para se evitar erros, pois o profissional pode estar com esgotamento físico e mental por problemas pessoais ou profissionais, e isso pode interferir em alguns dos cuidados prestados ao paciente (WORLD HEALTH ORGANIZATIONS, 2011).

Existe uma grande diferença entre o que os profissionais sabem o que é certo e o que é visto no dia a dia da assistência à saúde, pois a prática faz com que a pessoa reflita melhor sobre o que aprendeu e o leva a buscar uma melhora em prol do paciente. Todavia, a falta de associação entre a teoria e a prática faz com que o cuidado prestado não seja o melhor possível. Na vigência de um erro, todos os envolvidos (profissionais, alunos, gestores, paciente e família) devem discutir sua ocorrência. Neste contexto, a abertura da informação para maiores esclarecimentos aos envolvidos é essencial. No entanto é possível que, ao expor à família a situação de erro, esta pode vivenciar um trauma maior do que o erro causado.

A comunicação à família e a interação com o paciente são maneiras de proporcionar-lhe segurança e melhora do estado clínico, tratando sempre sua individualidade com respeito. Tanto os profissionais da área da saúde como os estudantes que estejam em contato com os pacientes, mesmo que esse acompanhamento seja feita pelo preceptor, o aluno precisa desse contato (REASON, 1990), para que possa desenvolver competência nas relações profissional, paciente e família.

Para a análise do erro humano, é relativamente importante conhecer as características individuais do profissional que o cometeu, pois, conhecendo tais características, podemos obter algumas melhoras. Por exemplo, se o profissional está ou não na área de domínio da profissão ou se está insatisfeito por não ter afinidade com o local de prática (pessoas remanejadas).

Cada profissional tem suas particularidades e necessidades. Seu esgotamento profissional, devido a carga horária intensa e/ou sobrecarga de trabalho, pode levá-lo a um esgotamento físico e mental que o induzam ao erro. O aluno que se deparar com este fato não deve perguntar quem estava envolvido, mas sim o que aconteceu ou o que levou a esse evento. Sendo assim ressalta-se a importância da participação do estudante no ambiente hospitalar levando os questionamentos para os meios sistêmicos e não somente os pessoais.

Após a ocorrência de um erro, uma efetiva estratégia de prevenção é trabalhar com maior cuidado. Isso certamente, de forma isolada, não fará com que o profissional não repita o mesmo ou novos erros. Aquele que cometeu o erro não errou porque preferiu errar. Os erros têm múltiplas causas: pessoais, relacionadas com a formação e o preparo, situacionais e organizacionais (REASON, 1990); portanto, trabalhar com maior cuidado não dissipa a possibilidade de novos erros por parte dos indivíduos.

Ressalta-se a importância de se atentar para fatores como cansaço, excesso de

trabalho e estresse, que podem influenciar bastante no dia a dia do profissional. Se as tarefas fossem simplificadas e os mesmos ficassem menos sobrecarregados, existiria uma prestação de serviço mais eficaz e um atendimento clínico mais seguro. Estas premissas devem ser conhecidas por todos os envolvidos no cuidar, assim como os profissionais de saúde em formação.

Para implementar medidas de prevenção de erros humanos, sempre se deve instituir uma análise sistêmica dos fatos, pois tal medida levará a instituição a implementar maneiras de evitar o erro através de protocolos, palestras e conscientização de profissionais, e dará ao profissional uma visão ampla de como e por que ocorreu o erro. A aplicação de protocolos para prevenção de erro é uma ferramenta importante. A desvantagem destes procedimentos é que demandam tempo, tanto para análise dos fatos como para a implementação de protocolos. A abordagem sistêmica exige compreensão de todos os fatores subjacentes que contribuíram para o incidente ocorrido. Olhar para a pessoa não vai ser o suficiente para identificar as causas, portanto, é provável que o mesmo incidente se repita (WORLD HEALTH ORGANIZATIONS, 2011).

O modelo que justifica a abordagem sistemática do erro é o do queijo suíço, que explica as diferentes camadas de um sistema (REASON, 1990). Este modelo mostra como um defeito de uma camada de um sistema de cuidados geralmente não é suficiente para causar um incidente - por exemplo, fadiga nos trabalhadores, juntamente com procedimentos inadequados. A vantagem da abordagem sistêmica de todas as camadas mostra-nos que há maneiras em que algumas delas podem ser melhoradas, como a organização de cuidados clínicos pode melhorar a segurança (WORLD HEALTH ORGANIZATIONS, 2011).

O aluno deve sempre comunicar a seu professor sobre a presença de condições no campo de estágio que favorecem a ocorrência do erro. A comunicação do erro é interessante porque mostra que o aluno está observando e aplicando a técnica visando à segurança do paciente, mas o aluno pode ficar inseguro para falar sobre o assunto por receio de como o professor receberá os fatos. O dever do aluno de comunicar ao professor/gestor/responsável pelo local de estágio sobre a ocorrência de um erro é imperativo para um ensino baseado na formação de cultura de segurança, sabendo-se que a comunicação do erro é o primeiro passo do profissional ou acadêmico de reconhecer que é falho e que precisa rever seus conceitos. A importância da comunicação do erro é que este pode ser corrigido no momento em que ocorre, e se podem aplicar técnicas, estudos, simulações para que não ocorra novamente, sendo assim, um ambiente de aprendizagem ideal, para o estímulo do relato do erro, é aquele mais aberto à aprendizagem, onde os estudantes estão dispostos a participar de forma mais ativa. Entretanto, ao se sentirem inseguros, não recebendo apoio e cooperação de seus discentes, tendem a não verbalizar suas dúvidas, sentem-se constrangidos ou humilhados pelos seus professores. Um ambiente de aprendizagem desafiador é imperativo nos dias atuais, quando os alunos são incentivados a pensar

e agir de novas maneiras e, assim, desenvolvem novas habilidades (WORLD HEALTH ORGANIZATIONS, 2011).

A atitude de comunicar ao paciente e a sua família sobre a ocorrência do erro pode contribuir para que se evite um processo jurídico para a instituição e para o profissional que cometeu o erro.

Professores devem sempre realizar medidas corretivas com o aluno para que ele não cometa novos erros. Esta é uma excelente maneira de se minimizarem erros na vida profissional futura. Geralmente, quando o professor está presente na hora do erro, é feita uma medida corretiva, mas nunca punitiva, o que torna prejudicial a avaliação do aluno. Quando os estudantes não podem falar abertamente sobre erros, dificilmente podem aprender com eles (WORLD HEALTH ORGANIZATIONS, 2011). Contudo, se o docente não estiver presente, a possibilidade de correção torna-se difícil por algo que não presenciou e não lhe foi relatado. No que se refere aos docentes, uma das dificuldades é que há muito poucos que sabem como integrar os princípios e conceitos de segurança do paciente nos seus programas de ensino clínico e que compreendem o fator humano. Este fator deve ser sanado com programas pela universidade de capacitação e atualização dos docentes.

Sistemas para relatar a ocorrência dos erros fazem pouca diferença na redução de futuros erros. Não se pode afirmar que relatos de ocorrência de erros não fazem diferença na redução de erros futuros. Com certeza, relatos de erros atuais interferirão nos erros futuros, pelo simples fato de se aprender com os erros atuais. A maioria dos hospitais tem um sistema de notificação de eventos adversos, devendo os estudantes estar a par dos mesmos para que seja efetuado corretamente qualquer evento assistido. Deve-se atentar para a cadeia de cuidados prestados, que, uma vez quebrada, levará a consequências ao paciente, podendo desencadear uma sequência de erros ou cuidados insuficientes. Ouvir alguém falar sobre erros e como afetam pacientes e funcionários é uma abordagem muito poderosa sobre a segurança do paciente (WORLD HEALTH ORGANIZATIONS, 2011).

A afirmação de que apenas os médicos podem determinar a causa da ocorrência dos erros é totalmente errônea, pois o dever é do médico e de todos os envolvidos no processo do cuidar, porém, na maior parte do tempo, quem está à beira do leito do paciente é a enfermagem e, com isso, é esta que tem as maiores informações para protocolar. Toda a equipe deve estar muito bem respaldada em seus conhecimentos técnicos e teóricos para que possa discutir sobre o erro ocorrido.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

De acordo com nossos estudos, não se utilizou uma revisão sistemática, mas apenas do GCSP para apresentar um panorama sobre a temática. No que diz respeito à pesquisa, verificou-se que alguns desafios dificultam o cuidado de saúde

mais seguro e a importância da associação da teoria à prática desde a graduação. Alunos e profissionais da área da saúde devem possuir conhecimento científico e entender como o erro humano influencia na segurança do paciente. A literatura aponta a necessidade de uma abordagem do início ao fim da graduação, e que se busque a compreensão das causas das ocorrências de erros através de análises das situações que contribuíram para a sua ocorrência, buscando medidas efetivas para um cuidado mais seguro.

A construção do aprendizado integrando a prática à teoria nos programas curriculares de estudantes de enfermagem possibilita o conhecimento e a percepção dos estudantes relacionados ao erro humano no âmbito da segurança do paciente de forma positiva.

Esperamos que os resultados encontrados possam oportunizar a reflexão sobre o processo de formação do enfermeiro associado às disciplinas que relacionam a teoria à prática e sugerimos às instituições de ensino ter mais disciplinas que ressaltem a importância da segurança do paciente.

Novas pesquisas devem ser feitas sobre a temática para que tanto os profissionais como os alunos da área da saúde tenham maior embasamento de seus atos na prática diária e que tais estudos oportunizem um olhar diferenciado sobre a necessidade de levar práticas seguras ao paciente.

REFERENCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Documento de referência para o Programa Nacional de Segurança do Paciente**. Brasília (DF), 2014.

KOHN, Linda T. et al. **To err is human: building a safer health system**. Washington, DC: National academy press, 2000.

REASON, James. **Human error**. London- Cambridge University Press, 1990.

SOBRAL, Fernanda Ribeiro; CAMPOS, Claudinei José Gomes. Utilização de metodologia ativa no ensino e assistência de enfermagem na produção nacional: revisão integrativa. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 46, n. 1, p. 208-218, 2012. Disponível em <<https://www.revistas.usp/reeusp/article/view/40938>> . Acesso em 23 dez 2014.

TEIXEIRA, Ilka Nicéia D.; FELIX, Jorge Vinícius Cestari. Simulação como estratégia de ensino em enfermagem: revisão de literatura. **Interface-comunicação, saúde, educação**, v.15, n.39, p.1173-1184, 2011. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1414-32832011005000032&script=sci_abstract&lng=es>. Acesso em 10 jan 2015.

UNIGRANRIO. Escola Ciências da Saúde. Curso de Enfermagem. **Plano de Ensino da disciplina Prática Curricular de Média e Alta Complexidade II**. 2016.

WORLD HELTH ORGANIZATIONS. **Guía Curricular sobre Seguridad del paciente: Edición multiprofesional**. (Buenos Aires): Universidad del Salvadoroportuno, 2011.

YOSHIKAWA, Jamile Mika et al. Compreensão de alunos de cursos de graduação em enfermagem e medicina sobre segurança do paciente. **Acta Paulista de Enfermagem**, v. 26, n. 1, 2013. [Internet]

EVIDÊNCIAS DO TRABALHO DA ENFERMAGEM EM HEMOTERAPIA NO BRASIL

Sonia Rejane de Senna Frantz

Universidade do Estado do Amazonas- UEA.
Manaus – Amazonas

Mara Ambrosina de Oliveira Vargas

Universidade Federal de Santa Catarina – UFSC
Florianópolis – Santa Catarina

Mainã Costa Rosa de Moraes

Universidade do Estado do Amazonas- UEA.
Manaus – Amazonas

RESUMO: A enfermagem hemoterápica apresenta-se em constante evolução, pois cada vez mais os profissionais estão assumindo responsabilidades e conquistando novos espaços para atuação. Objetivo: identificar as atividades desenvolvidas pelo enfermeiro na hemoterapia, a partir do que tem sido discutido na produção científica na área. Método: trata-se de uma revisão integrativa da literatura realizada nas bases de dados LILACS, MEDLINE, SciELO e BDTD. A busca foi realizada através dos termos: enfermagem, hemoterapia, doação de sangue e transfusão de sangue. Foi estabelecido um limite temporal de 10 anos, tendo em vista a regulamentação da atuação da enfermagem pelo COFEN no ano de 2006. Resultados: a amostra contou com 11 estudos, os quais foram divididos em duas categorias de análise: o enfermeiro no processo da doação de sangue e o enfermeiro no cuidado aos

receptores de hemocomponentes. Verificou-se que as atividades relacionadas ao doador de sangue são voltadas a triagem clínica, acolhimento de doadores e à implementação de estratégias informacionais para captação de doadores. E, o cuidado transfusional está centrado na realização da transfusão e na elaboração de procedimentos operacionais para a rotina hospitalar de cuidado com os receptores de hemocomponentes. Conclusão: evidenciado uma produção científica reduzida, devido a falta de estudos que sinalizassem as atividades do enfermeiro em hemoterapia no Brasil. Palavras-chaves: hemoterapia, enfermagem, doação de sangue, transfusão de sangue, serviços de hemoterapia

EVIDENCE OF NURSING WORK IN HEMOTHERAPY IN BRAZIL

ABSTRACT: Hemotherapy nursing is constantly evolving, as more and more professionals are taking on responsibilities and conquering new spaces for action. Objective: to identify the activities developed by the nurse in hemotherapy, based on what has been discussed in the scientific production in the area. Method: this is an integrative review of the literature performed in the LILACS, MEDLINE, SciELO and BDTD databases. The search was performed through the terms: nursing, hemotherapy, blood donation

and blood transfusion. A 10-year time limit was established, in view of the regulation of nursing performance by COFEN in 2006. Results: The sample included 11 studies, which were divided into two categories of analysis: the nurse in the donation process of blood and the nurse in the care of blood-group receptors. Blood donor activities have been focused on clinical screening, donor reception, and the implementation of informational strategies for donor recruitment. And, transfusion care is focused on transfusion and the development of operational procedures for the hospital routine of care for blood-group receptors. Conclusion: a reduced scientific production was evidenced due to the lack of studies that indicated the activities of the nurse in hemotherapy in Brazil.

KEYWORDS: hemotherapy, nursing, blood donation, blood transfusion, hemotherapy services

INTRODUÇÃO

A hemoterapia é uma ciência que vem sendo estudada há muitos anos, passando por várias fases, evoluindo rapidamente e apresentando uma grande perspectiva futura. Foram necessárias muitas experiências e tentativas, na maioria das vezes sem êxito, para que a ciência tornasse a transfusão de sangue um recurso que pudesse ser indicado para salvar vidas. Entre os motivos que contribuíram para o avanço da hemoterapia no país, podem ser citados os fatores econômicos, o desenvolvimento da genética molecular e biotecnologia, a terapia celular, a inovação de equipamentos, a automação e computação, os sistemas da qualidade e o interesse do hemoterapeuta por áreas científicas de ponta (APARECIDA; FLORIZANO, 2007).

Assim, da mesma forma que ocorreu um avanço na medicina transfusional, também foi possível perceber a evolução de outras profissões e a inclusão dessas nesse processo terapêutico realizado através do uso do sangue. A enfermagem não ficou alheia a esse processo e passou a ser inserida devido à complexidade de cuidados necessários aos doadores e receptores de sangue.

A regulamentação da enfermagem em hemoterapia aconteceu no ano de 2006, através da Resolução do Conselho Federal de Enfermagem, embora já existissem evidências da atuação desses profissionais na área antes dessa data. A partir da regulamentação, as exigências relativas à atuação da enfermagem, passou a ser cobrada e a preocupação referente ao conhecimento dos profissionais tornou-se objeto de estudos. Nesse sentido, constatou-se que o enfermeiro não possuía os conhecimentos necessários para desenvolver atividades específicas e complexas, podendo incorrer na insegurança do usuário do sistema de saúde (BARBOSA; NICOLA, 2014)

No Brasil o Ministério da Saúde e a Coordenação Geral do Sangue buscaram estratégias para oferecer aos profissionais o conhecimento necessário para atuação na hemoterapia. Além disso, as instituições de ensino começaram a incluir essa temática em seus currículos, enquanto que as instituições de saúde buscaram formas

de capacitar seus profissionais e garantir a segurança transfusional dos envolvidos (SILVA; SOARES; IWAMOTO, 2009).

Dentre as atividades hemoterápicas, o procedimento mais comum realizado pelos enfermeiros é o transfusional. Porém, a atuação da enfermagem é ampla e vai além deste procedimento. A Resolução 0511/2016 do COFEN determina que, dentre as competências e atribuições do enfermeiro em Hemoterapia, entre outras, que ele possa assistir de maneira integral os doadores, receptores e suas famílias, promovendo ações preventivas, educativas e curativas entre receptores, familiares e doadores; triagem clínica para avaliação de doadores e receptores; além das ações relacionadas à supervisão e controle da equipe de enfermagem (COFEN, 2016).

Com vistas a produzir um estudo fundamentado e considerando a relevância do trabalho da enfermagem na hemoterapia, buscamos, nesta revisão integrativa da literatura, identificar as atividades que estão sendo desenvolvidas pelo enfermeiro na hemoterapia no Brasil, a partir do que tem sido discutido na produção científica na área.

METODOLOGIA

Foi realizada uma revisão integrativa da literatura que tem o objetivo de analisar criticamente os estudos relevantes, evidenciando a síntese sobre o estado do conhecimento sobre determinado assunto e, também, as lacunas que ainda precisam ser estudados através da elaboração de novas pesquisas.

Conforme a metodologia da revisão integrativa, foram realizadas as seguintes etapas: identificação do tema, elaboração da questão de pesquisa, estabelecimento de critérios de seleção dos estudos encontrados, seleção, categorização dos estudos, análise e interpretação dos resultados.

Para a seleção dos estudos, foi realizada uma ampla busca em bases de dados: LILACS (Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde), MEDLINE (*Medical Literature Analysis and Retrieval System Online*), SciELO (*Scientific Electronic Library Online*) e no Portal de Periódicos CAPES/MEC. Também foram buscadas teses e dissertações na BDTD (Biblioteca Digital Brasileira de Teses e Dissertações). As referências bibliográficas dos trabalhos encontrados foram revisadas a fim de encontrar mais algum material de interesse para esta revisão.

A busca foi realizada através dos termos: enfermagem, hemoterapia, doação de sangue e transfusão de sangue. Estes termos foram combinados de diferentes formas com auxílio dos operadores booleanos – *AND* e *OR*, buscando alcançarem maior número de estudos.

Os critérios utilizados para a seleção da amostra foram: artigos originais, teses e dissertações que tivessem estreita relação com o tema em estudo, publicados em inglês, espanhol ou português, sendo que os artigos deveriam ser oriundos de estudos realizados no Brasil. Foi estabelecido um limite temporal de 10 anos, tendo em vista a

regulamentação da atuação da enfermagem regulamentada pelo COFEN no ano de 2006. Foram excluídos estudos secundários, estudos em outros contextos de trabalho e artigos repetidos nas bases de dados.

O levantamento bibliográfico foi realizado nos meses de julho e agosto de 2016. Na busca inicial foram selecionados 97 estudos, seguindo os critérios de inclusão e exclusão anteriormente estabelecidos. Destes, 55 foram excluídos por estarem inadequados ao tema e se repetirem nas bases de dados, 42 tiveram seus resumos lidos na íntegra. Depois da leitura, mais 30 estudos foram excluídos, ou por serem teóricos (n=03) ou por não abordarem o objeto de estudo (n=27). A amostra final contemplou 12 estudos.

Depois da seleção, procedeu-se à análise e à interpretação dos resultados. Os aspectos identificados nas publicações foram sistematizados em duas categorias: o trabalho da enfermagem com o doador de sangue e o trabalho da enfermagem com o receptor de hemocomponentes.

RESULTADOS

A descrição dos artigos selecionados quanto ao periódico, ano de publicação, título, objetivo(s), método e principais resultados é apresentada no **Quadro 1**.

Periódico/ Ano de publicação	Título da produção	Objetivo(s)	Método	Resultados
Revista Brasileira de Enfermagem 2015	Conhecendo os meandros da doação de sangue: implicações para a atuação do enfermeiro na hemoterapia	Discutir os significados apreendidos pelos não doadores, considerando o contexto e as consequências para a atuação do enfermeiro na hemoterapia.	Local:Rio de Janeiro/RJ Tipo de estudo: Qualitativo, Teoria Fundamentada em dados Amostra: 10 visitantes, 6 transeuntes no entorno do cenário, como trabalhadores, estudantes e profissionais e 4 profissionais na instituição	O fenômeno gerou duas categorias de análise: “Percebendo a questão do sangue” e “Refletindo sobre as campanhas de doação de sangue”. Observou-se que o ambiente do não doador e composto pelo contato com o outro e com as informações que este possa alcançar, inclusive a mídia.

Revista da Escola Anna Nery 2013	O cuidado de enfermagem aos doadores de sangue – a perspectiva da integralidade	Analisar a lógica que opera no campo do cuidado de enfermagem aos doadores de sangue, tomando o princípio constitucional da integralidade como referência.	Local: Tipo de estudo: qualitativo, etnográfico Amostra: 26 Candidatos à doação de sangue	Apresenta-se a lógica que opera no campo do cuidado de enfermagem aos doadores de sangue, destacando-se o modelo biomédico vigente na micropolítica local em tensa relação com a proposição da integralidade como eixo norteador do cuidado na macropolítica de saúde.
Revista Brasileira de Enfermagem 2011	Caracterização do atendimento de uma unidade de hemoterapia	Descrever as características de atendimento de uma unidade de hemoterapia do interior do estado de São Paulo.	Local: Interior/São Paulo Abordagem: Quantitativa Tipo de estudo: Exploratório Amostra: Registros do banco de dados de uma unidade hemoterápica	No período observado a Unidade demonstra maior índice de doadores de repetição, com baixo índice de reações adversas e 100% de satisfação dos doadores. No serviço hospitalar cliente da Unidade, a clínica médica e a unidade de terapia intensiva foram os setores com maior consumo de transfusões.
Revista Brasileira de Enfermagem 2011	Competências da enfermeira para a triagem clínica de doadores de sangue	Identificar quais as competências da enfermeira são necessárias para a triagem clínica de doadores de sangue.	Local: Porto Alegre/RS Abordagem: Qualitativa Tipo: Estudo de caso Amostra: 5 enfermeiras	Foram identificadas seis competências da área prática profissional, ética e legal e onze da área provisão e gerenciamento do cuidado.
Revista de Enfermagem do Centro Oeste Mineiro 2015	Cuidado de Enfermagem no processo de doação de sangue: percepção dos profissionais e doadores	Conhecer como ocorre o cuidado de enfermagem ao doador de sangue no processo da doação na perspectiva dos profissionais e usuários.	Local: Santa Maria/RS Abordagem: Qualitativa Tipo: Exploratório Amostra: 2 enfermeiros, 3 técnicos de enfermagem e 9 doadores de sangue	Dos dados organizados e analisados resultaram três categorias: atribuindo significados para o cuidado de enfermagem; compreendendo o processo de cuidado na doação de sangue e, sinalizando estratégias para a melhoria do cuidado no processo de doação de sangue.

Physis Revista de Saúde Coletiva 2011	O itinerário de doadores de sangue: reflexões acerca da micropolítica no cuidado de enfermagem	Analisar o itinerário de candidatos a doadores de sangue num serviço de hemoterapia do Rio de Janeiro.	Local: Rio de janeiro/RJ AAbordagem: Qualitativa Tipo de estudo: Etnográfico Amostra: 26 candidatos à doação de sangue	O itinerário dos doadores de sangue se constitui desde a sensibilização até o transcurso para a doação, e toma corpo no espaço micropolítico de trabalho. Existem as etapas anteriores e as posteriores à triagem clínica, sendo esta destacada pela possibilidade de expressão da tecnologia leve no cuidado de enfermagem.
Revista Brasileira de Enfermagem 2014	Percepção dos receptores sanguíneos quanto ao processo transfusional	Conhecer a percepção dos receptores sanguíneos quanto ao processo transfusional.	Local: Sul do Brasil Abordagem: Qualitativa Tipo de estudo: Exploratório Amostra: 11 pacientes submetidos a transfusão sanguínea	Este estudo mostrou que os pacientes transfundidos percebem o processo transfusional como uma alternativa de sobrevivência e, mesmo tendo conhecimento sobre o processo e seus significados, permanecem receios e angústias que podem ser minimizados pela equipe multiprofissional.
Avances em enfermería 2013	Avaliação dos registros de enfermagem em hemoterapia de um hospital geral.	Avaliar os registros de enfermagem em hemoterapia nas unidades de internação de um hospital geral.	Local: Montes Claros/MG Abordagem: Quantitativo Tipo de estudo: Exploratório Amostra: 7.272 prontuários	Apesar de necessitar melhorias, a qualidade dos registros foi considerada boa, pois a maioria dos registros sobre hemoterapia estava em conformidade.
Revista Mineira de Enfermagem 2014	Boas práticas de enfermagem na unidade de terapia intensiva: cuidados durante e após a transfusão sanguínea	Construir coletivamente, com os profissionais de enfermagem de uma unidade de terapia intensiva, um instrumento de boas práticas de cuidado durante e após a transfusão sanguínea.	Local: Florianópolis/SC Abordagem: Qualitativa Tipo de estudo: Pesquisa convergente assistencial Amostra: 7 enfermeiros, 5 residentes e 11 técnicos de enfermagem	Das discussões emergiram três ideias centrais: determinação da velocidade de infusão, cuidados ao término da infusão e condutas frente às reações transfusionais, que contemplaram o instrumento de boas práticas com as intervenções de enfermagem.

Ciência, cuidado e saúde 2010	Atuação do enfermeiro em serviço de hemoterapia	Analisar a atuação dos enfermeiros no serviço de hemoterapia de um hospital universitário.	Local: Sul do Brasil Abordagem: qualitativa Tipo de estudo: Exploratório Amostra: 13 enfermeiros	As categorias temáticas identificadas no processo de análise foram: atuação do enfermeiro na triagem do doador de sangue; atuação do enfermeiro na equipe transfusional e valorização e satisfação profissional do enfermeiro no banco de sangue. No artigo são apresentados os resultados e discussão pertinentes à primeira categoria.
Dissertação 2015	Assistência de enfermagem em hemoterapia: construção de instrumentos para a gestão da qualidade	Construir instrumentos para a gestão da assistência de enfermagem ao paciente submetido à transfusão de sangue em um hospital geral e público, fundamentados no referencial da gestão da qualidade	Local: Florianópolis/SC Abordagem: Qualitativa Tipo de estudo: Documental Amostra: Documentos e a equipe de enfermagem, sendo 8 enfermeiros e três técnicos de enfermagem	Os resultados apresentados evidenciaram que as instituições procuram realizar os procedimentos conforme as normas estabelecidas pela portaria ministerial e trazem em seus POPs a descrição sistematizada das atividades técnico-assistenciais que devem ser efetivadas pelos profissionais.
Dissertação 2012	Funções do enfermeiro no ciclo do sangue	Relacionar as funções do enfermeiro do Referencial Teórico Dallaire(1999), no ciclo do sangue,	Local: Curitiba/PR Abordagem: Qualitativa Tipo de estudo: Exploratório Amostra: 12 Enfermeiros	Esse estudo mostrou que os enfermeiros que atuam nos serviços de hemoterapia, do município de Curitiba, realizam todas as funções descritas no referencial Dallaire: Cuidar, Educar, Colaborar, Coordenar e Supervisionar.

Quadro 1- Estudos incluídos na revisão integrativa sobre o trabalho da enfermagem na hemoterapia. Manaus, AM, 2016.

DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Dentre os trabalhos incluídos neste estudo, duas são dissertações, oito artigos estavam publicados em revistas de enfermagem e dois em revistas de outras áreas. No período de 2006 a 2009 não foram encontrados estudos que atendiam ao objetivo desta pesquisa. Os estudos encontrados sobre essa temática, no período de 2006 a

2009, investigavam o conhecimento dos profissionais para atuação na área e não as atividades desenvolvidas pelos mesmos. Essa evidencia demonstra que, logo após a inserção regulamentada da enfermagem em hemoterapia, existia uma preocupação importante sobre o conhecimento dos profissionais e a necessidade de capacitação dos mesmos a fim de garantir a qualidade dos procedimentos realizados e a segurança do paciente.

A atuação da enfermagem na hemoterapia compreende um processo amplo de trabalho que se inicia com os candidatos à doação de sangue e é concluído com a assistência aos receptores de sangue, desta forma, considerando a atuação do enfermeiro diante destes dois tipos de clientes, doador e receptor, os quais estão evidenciados nas publicações selecionadas, os resultados desse estudo serão apresentados através das seguintes categorias: o enfermeiro no processo da doação de sangue e o enfermeiro no cuidado aos receptores de hemocomponentes.

O Enfermeiro no Processo da Doação de Sangue

O uso de hemocomponentes para salvar vidas é uma prática muito utilizada no cotidiano das instituições hospitalares e representa segurança nos casos de pacientes submetidos a procedimentos cirúrgicos que podem desencadear uma perda de sangue importante, além de serem de grande importância em casos de acidentes com hemorragias significantes e outras doenças, inclusive hematológicas (APARECIDA; FLORIZANO, 2007).

Para poder fazer uso desses produtos existe um processo que é realizado, o qual se inicia na captação de doadores de sangue, através da busca por pessoas capazes de doar seu sangue a outros. Nesse processo os estudos evidenciam que o enfermeiro desempenha papel importante na triagem clínica de doadores, pois cabe a estes profissionais, atuar com base nas proposições do Ministério da Saúde, assegurando a aplicação do questionário individualmente, onde são abordadas questões sobre a saúde atual e passada do doador, além de seus hábitos de vida e de questionamentos que se façam necessários para a avaliação do candidato a doador de sangue (ARRUDA et al., 2013).

A avaliação tem como base os critérios mensuráveis que compõem a triagem clínica (TC), e os critérios subjetivos associados aos seus resultados, em um terreno que incorpora a definição da normalidade e que compõe a relação da trabalhadora e do usuário na condução da TC (SCHÖNINGER; DURO, 2010).

Na triagem dos doadores o enfermeiro prioriza um cuidado humanizado e, para atingir este objetivo, emprega a comunicação, a empatia e a ética no relacionamento humano. Os enfermeiros enfermeiras são responsáveis pelo acolhimento ao doador de sangue com responsabilidade e compromisso, contribuindo para aumentar a confiança dos doadores no serviço, proporcionando maior margem de segurança no processo,

um dos objetivos do serviço de hemoterapia (PADILHA; WITT, 2011).

Nesse sentido pode-se afirmar que é na triagem clínica que ocorre o cuidado de enfermagem para o doador, especificamente no momento em que realiza a promoção à saúde, além de assegurar ao receptor a qualidade do sangue a ser transfundido. Por isso a necessidade que os enfermeiros tem de compreender a individualidade de cada doador e, a partir disso, tomar as atitudes apropriadas. Daí a importância desses profissionais possuir um grande preparo emocional, tendo em vista que muitas vezes os doadores vão doar em situações de grande tristeza, sempre querendo ajudar a pessoa a quem está se candidatando a doar (PADILHA; WITT, 2011).

Para a equipe de enfermagem, o significado de cuidado está relacionado com o cuidado integral, formação de vínculo e o acolhimento desde a triagem clínica até o momento em que ocorre a doação de sangue, sendo esse um cuidado humanizado. Já, para os doadores, o cuidado de enfermagem foi avaliado na ótica do atendimento e acolhimento prestado antes e após a realização da doação de sangue (ARRUDA et al., 2013).

Essas afirmações evidenciam que os profissionais de enfermagem são os principais protagonistas no processo de doação de sangue, uma vez que estabelecem uma relação mais próxima com os doadores, por meio do acolhimento e da criação de vínculos profissional-usuário.

Considerando que a doação de sangue é um processo humano vital para a manutenção da vida a fidelização de doadores, uma vez que a doação ainda está associada a uma ação entre familiares e/ou amigos. Sugere-se, que o processo de doação de sangue, como ação humanitária e de cidadania, seja mais bem discutida no processo de formação dos profissionais de saúde, no sentido de desenvolverem e ampliarem a corresponsabilidade social (ARRUDA et al., 2013).

Além disso, para o desenvolvimento do trabalho na captação de doadores, o contexto dos não doadores também deve merecer atenção especial por parte do enfermeiro, e a implementação de estratégias deve ter como foco permitir aos sujeitos o acesso a informações com conteúdos esclarecedores, e manter uma frequência de ações que reforce a seriedade do trabalho, visto que a realização da doação de sangue é uma necessidade contínua nos Serviços de Hemoterapia (GILCE ERBE DE MIRANDA; GLAUCIA VALENTE, 2015).

O itinerário de doadores de sangue não ocorre por uma sequência de práticas destinadas a uma solução terapêutica, mas, em certa medida, não exclui tais práticas, podendo ser expressa por uma demanda das necessidades de saúde de doadores(SANTOS; STIPP, 2011).

O Enfermeiro no Cuidado aos Receptores de Hemocomponentes

As Unidades de Hemoterapia são complexas prestadoras de serviços e estão

ligadas a unidades centrais como os Hemocentros, devendo gerir seu atendimento com segurança, eficácia e qualidade nos serviços prestados (ALMEIDA et al., 2011). E, o cuidado de enfermagem aos receptores sanguíneos representa o procedimento hemoterápico mais realizado pela enfermagem no Brasil, pois na maioria das instituições hospitalares são os enfermeiros os responsáveis pelo procedimento. Como esta atividade é relativamente nova e requer cuidados específicos com profissionais qualificados e em condições de esclarecer os receptores de transfusão sanguínea sobre as dúvidas, incertezas e inseguranças, que possivelmente podem interferir no processo transfusional (FRAQUETTI et al., 2014), é necessário buscar meios de melhorar a assistência de enfermagem, buscando a qualidade desse processo.

No que concerne ao processo transfusional, a enfermagem, na busca pela qualidade na assistência, precisa conhecer os cuidados que norteiam a transfusão de sangue e as possíveis complicações que essa terapêutica pode trazer para o paciente (MATTIA, 2015). Os cuidados com os produtos e o preparo do paciente para receber a transfusão são fundamentais para a garantia da qualidade transfusional.

A transfusão de sangue requer procedimentos técnicos de alta qualidade para tornar possível a segurança do paciente. Dentre os diversos instrumentos envolvidos, normas de qualidade indicam a elaboração de procedimento operacional padrão como elemento organizacional que se aprimora continuamente (MATTIA, 2015). Muitos protocolos e procedimentos relacionados aos cuidados com pacientes em hemoterapia já são bem estabelecidos nos serviços de saúde, no entanto é necessário que sejam feitos monitoramentos periódicos dos registros de enfermagem, no intuito de identificar as conformidades e não conformidades e, a partir desses dados, instituir medidas de intervenção preventiva ou corretiva no que tange a esse cuidado realizado (TANAKA; GUSMÃO, 2013).

Visando facilitar o trabalho da enfermagem, algumas pesquisas foram realizadas a fim de melhorar as práticas hemoterápicas através da criação de procedimentos operacionais e instrumentos adequados as rotinas hospitalares. Em um dos estudos verificou-se a abordagem dos seguintes aspectos: cuidados na instalação dos hemocomponentes, determinação da velocidade de infusão, cuidados ao término da infusão e cuidados frente às reações transfusionais (LAZZARI et al., 2014).

A utilização desses instrumentos de cuidados é importante para a tomada de decisão da enfermagem, uma vez que prioriza e organiza as ações de enfermagem ao paciente da UTI que recebe transfusão sanguínea, geralmente em estado crítico, que requer avaliação constante. O modo como os cuidados de enfermagem foram apresentados, seguidos de suas justificativas, acredita-se possibilitar ao profissional o entendimento do porquê de cada cuidado e facilitará o aprendizado e a aquisição de novos conhecimentos (LAZZARI et al., 2014).

A terapia transfusional, inserida nas atividades hospitalares, é vista habitualmente como rotina, porém, deve-se salientar o caráter complexo das intervenções exigindo preparo adequado, consistente e permanente das equipes, pois as não conformidades

estão ligadas muito frequentemente às falhas nos processos de trabalho entre a coleta de amostras para fins transfusionais e a transfusão propriamente dita (VERAN, 2012).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Por meio desta revisão foi possível identificar o trabalho que o enfermeiro realiza na área da hemoterapia, o qual é imprescindível para manter a segurança do doador e do receptor do sangue. Logo, no cuidado ao doador de sangue evidenciaram-se ações desenvolvidas na triagem clínica de doadores, ressaltando a importância do estabelecimento de um bom relacionamento entre ambos para poder garantir a fidelização dos doadores ao processo de doação de sangue. Além disso, destacou-se também a necessidade de cuidado no momento pós doação, além de uma atenção dedicada aos candidatos que não puderam realizar a doação.

Em relação ao cuidado dirigido ao receptor de sangue, os estudos evidenciam a necessidade dos pacientes sobre as informações relativas a transfusão, uma vez que o procedimento provoca o medo e traz à tona uma resignificação da própria vida, além da incerteza do futuro. Existe a necessidade de profissionais qualificados, visando minimizar erros e garantir a segurança transfusional, o que justifica a criação de instrumentos que priorizam e organizam as ações de enfermagem ao paciente, além de orientar registros adequados que possibilitem a identificação de possíveis agravos ao receptor.

Foi possível perceber que a maioria das produções, nos últimos anos, está direcionada ao cuidado ao doador e que faltam estudos que abordem a enfermagem na hemovigilância e nos serviços de hemoterapia do tipo agência transfusional.

Assim, pode-se concluir que a produção científica acerca da atuação da enfermagem em hemoterapia é incipiente. Nesses dez anos de atividade regulamentada, existem poucas publicações na área. Além disso, os estudos discutidos nessa revisão integrativa da literatura não evidenciam toda a complexidade e abrangência da atuação da enfermeira na hemoterapia, o que demandaria novas pesquisas que a contextualizem.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA, R. G. DOS S. et al. Caracterização do atendimento de uma unidade de hemoterapia. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 64, n. 6, p. 1082–1086, 2011.

APARECIDA, A.; FLORIZANO, T. Os desafios da enfermagem frente aos avanços da hemoterapia no Brasil. **Meio Ambiente Saúde**, v. 2, n. 1, p. 282–295, 2007.

ARRUDA, A. et al. Cuidado de Enfermagem no processo de doação de sangue: percepção dos profissionais e dos doadores. v. 5, n. 1, p. 1497–1504, 2013.

BARBOSA, H. B.; NICOLA, A. L. Enfermagem na terapia transfusional e hemovigilância : análise da conformidade em um hospital de ensino. **Saúde (Santa Maria)**, v. 40, n. n.2, Jul/Dez, p. 97–104, 2014.
CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. Resolução COFEN nº 0306/2006. **Normatiza a atuação**

do enfermeiro em Hemoterapia, p. 16–19, 2006.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. Resolução COFEN nº 0511/2016. **Normaliza a atuação do enfermeiro em Hemoterapia**, p. 16–18, 2016.

FRAQUETTI, M. et al. Percepção dos receptores sanguíneos quanto ao processo transfusional. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 67, n. 6, p. 936–941, 2014.

LAZZARI, D. D. et al. Boas práticas de enfermagem na unidade de terapia intensiva : cuidados durante e após a transfusão sanguínea. **REME: Revista Mineira de Enfermagem**, v. 18.4, p. 939–946, 2014.

MATTIA, D. DE. **Assistência de Enfermagem em Hemoterapia: construção de instrumentos para a gestão da qualidade**. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2015.

MIRANDA, G.E; VALENTE, G. Conhecendo os Meandros da Doação de Sangue: Implicações para a Atuação do Enfermeiro na Hemoterapia. **Rev. Bras. Enferm.**, v. 68, n. 1, p. 32–39, 2015.

PADILHA, D. Z.; WITT, R. R. Competências da enfermeira para triagem clínica de doadores de sangue. **Rev. Bras. Enferm.**, v. 64, n. 2, p. 234–240, 2011.

SANTOS, N. L. P. DOS; STIPP, M. A. C. O itinerário de doadores de sangue : reflexões acerca da micropolítica no cuidado de enfermagem. **Physis Revista de Saúde Coletiva**, v. 21, p. 283–298, 2011.

SCHÖNINGER, N.; DURO, C. L. M. Atuação do enfermeiro em serviço de hemoterapia. **Ciência, Cuidado e Saúde**, v. 9, n. 2, p. 317–324, 2010.

SILVA, K. F. N.; SOARES, S.; IWAMOTO, H. H. A prática transfusional e a formação dos profissionais de saúde. **Revista Brasileira de Hematologia e Hemoterapia**, v. 31, n. 6, p. 421–426, 2009.

TANAKA, L.; GUSMÃO, A. Avaliação dos registros de enfermagem em hemoterapia de um hospital geral. **Avances En ...**, n. 1, p. 103–112, 2013.

VERAN, M. P. **Funções do enfermeiro no ciclo do sangue**. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Universidade Federal do Paraná, Curitiba, 2012.

CASOS NOTIFICADOS DE HEPATITE A, B, E C NO ESTADO DA BAHIA NO PERÍODO DE 2011 A 2015

Eliardo da Silva Oliveira

Graduando em Enfermagem—Universidade do Estado Bahia-DEDC Campus XII - Guanambi Bahia, Brasil

Raissa Neyla da Silva Domingues Nogueira

Graduanda em Enfermagem—Universidade do Estado Bahia-DEDC Campus XII - Guanambi Bahia, Brasil

Daiane dos Santos Souza

Graduanda em Enfermagem—Universidade do Estado Bahia-DEDC Campus XII. Guanambi Bahia, Brasil

Pâmela Luísa Silva de Araújo

Graduanda em Enfermagem—Universidade do Estado Bahia-DEDC Campus XII - Guanambi Bahia, Brasil

Marcela Andrade Rios

Docente da Universidade do Estado da Bahia- DEDC Campus XII, Doutorando em Enfermagem e Saúde-PPGES/UESB, Mestre em Enfermagem e Saúde PPGES/UESB

RESUMO: As Hepatites virais são doenças infecciosas graves com relatos de sua existência na China e na Babilônia há mais de 5.000 anos atrás. A hepatite pode ser causada por agentes etiológicos diferentes, e os principais vírus são do tipo A, B, C, D, e E. **Objetivo:** Descrever os casos notificados de hepatites A, B e C na Bahia, no período de 2011 a 2015. **Métodos:** Trata-

se de um estudo descritivo, do tipo ecológico, realizado com base em dados disponibilizados pelo Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (DATASUS), referente aos casos notificados de hepatites virais A, B, e C na Bahia, entre os anos de 2011 a 2015. Para construção do estudo foram utilizados dados do Sistema de Informação de Agravos de Notificação o (SINAN). Os dados foram tabulados e analisados com auxílio do Microsoft Office Excel. **Resultados:** Na Bahia, no período de 2011 a 2015, foi registrado 6163 casos de hepatites, o maior número de casos atribuiu-se ao sexo masculino, à faixa etária mais atingida em ambos os sexos foi a de 20 a 59 anos, e em relação à raça/cor, a parda sofreu mais acometimentos, pois teve o maior número de casos em todas as hepatites.

PALAVRAS-CHAVE: Hepatite viral humana, Hepatite A, Hepatite B, Hepatite C, Bahia.

REPORTED CASES OF HEPATITIS A, B, AND C IN THE STATE OF BAHIA IN THE PERIOD FROM 2011 TO 2015

ABSTRACT: Viral hepatitis are serious infectious diseases with reports of their existence in China and Babylon more than 5,000 years ago. Hepatitis can be caused by different etiologic agents, and the main viruses are type A, B, C, D, and E. **Objective:** To describe the reported

cases of hepatitis A, B and C in Bahia, from 2011 to 2015 **Methods:** This is a descriptive ecological study based on data provided by the Department of Informatics of the Unified Health System (DATASUS), referring to reported cases of viral hepatitis A, B and C in Bahia, between the years of 2011 to 2015. For the construction of the study, data from the Information System of Notification Diseases (SINAN) were used. Data was tabulated and analyzed using Microsoft Office Excel. **Results:** In Bahia, from 2011 to 2015, 6163 cases of hepatitis were registered, the highest number of cases attributed to males, the age group most affected in both sexes was from 20 to 59 years, and in Regarding race / color, the parda suffered more attacks, as it had the highest number of cases in all hepatitis.

KEYWORDS: Human viral hepatitis, Hepatitis A, Hepatitis B, Hepatitis C, Bahia.

1 | INTRODUÇÃO

As Hepatites virais são doenças infecciosas graves com relatos de sua existência na China e na Babilônia há mais de 5.000 anos atrás (SILVA et al., 2013). Segundo Oliveira et al. (2014) a hepatite pode ser causada por agentes etiológicos diferentes, e os principais vírus são do tipo A, B, C, D, e E que vão determinar a tipologia da doença, diagnosticado pelo procedimento de sorologia.

A infecção pelo vírus da hepatite A (HAV), é causada por um pequeno vírus de RNA da família picornavírus, possui curta duração e não evolui para uma hepatopatia crônica, porém gera uma morbidade e pode levar a morte do indivíduo infectado, é extremamente contagiosa e sua transmissão ocorre via fecal-oral, direta ou indiretamente, sendo menos comum a infecção por via parenteral, mas pode ocorrer na fase de virêmica (FERREIRA et al., 2014).

A hepatite pelo vírus do tipo B, pode se manifestar de forma aguda ou crônica, a qual atinge os hepatócitos que são as células do fígado logo depois da infecção. Assim, o DNA do vírus de ácido desoxirribonucleico que é o responsável pela infecção fará com que os hepatócitos criem novos vírus (FERNANDES et al., 2013). De acordo Silva et al. (2013) a transmissão ocorre por meio de (agulhas contaminadas, transfusões sanguíneas, relação sexual sem proteção, após o parto e por meio de instrumentos cirúrgicos ou odontológicos não esterilizados devidamente).

O vírus causador da hepatite C é do gênero hepacivirus da família flaviridae, possui elevada gravidade clínica, sua transmissão se dá através de relação sexual vaginal e anal sem uso de preservativo, e pelo contato via parenteral (ALMEIDA; MARTINS, 2015). Apresenta uma evolução lenta e progressiva na maioria das vezes até a pessoa infectada desenvolver a patologia de maneira crônica, em episódios mais graves a hepatite C pode evoluir para uma cirrose ou uma descompensação hepática, que desencadeia alterações sistêmicas no organismo (LEITEMPERGUER; BECK, 2014)

O comportamento epidemiológico desta patologia vem mudando ao longo dos

últimos anos no mundo, em 2004 a Organização mundial da Saúde (OMS) divulgou uma estimativa de que 2 bilhões de indivíduos espalhados pelo mundo já haviam tido contato com o vírus da hepatite B (VHB) e que destes, 325 milhões, tornaram-se portadores crônicos da doença. Porém, Souza et al. (2015) traz que em 2010 confirmou-se que o número seria maior e 360 milhões de pessoas eram portadoras crônicas da hepatite do tipo B. O número de óbitos associados à infecção pelos vírus da hepatite B é de 600.000 por ano (ROMANELLI et al., 2015).

Martins et al. (2015) mostra que no Brasil elas se destacam como um importante problema de Saúde Pública estando entre as doenças endêmicas- epidêmicas do país. A região Nordeste no ano de 2011 registrou uma taxa de casos de infecção VHB 2,8/100.00 habitantes e o Brasil como todo de 7,6 casos por 100 mil habitantes; no estado da Bahia a identificação em 2009 foi de 2,9 casos para cada 100 mil habitantes (SOUZA et al., 2015).

Segundo o Ministério da Saúde entre os anos de 2011 a 2015 foram notificados ao Sistema Nacional de Agravos e Notificações (SINAN), 1.342 casos de hepatite A, 2.386 de hepatite B e 2.435 de hepatites de C referentes ao estado da Bahia (BRASIL, 2017). Isso só foi possível a partir de 2003, após a publicação realizada pelo Ministério da Saúde por meio da Portaria nº 232 as hepatites virais passaram a ser doença de notificação compulsória (DNC), fato de bastante relevância, pois, o confronto com as infecções de hepatites virais exige uma política planejada de saúde pública, portanto informações epidemiológicas atualizadas são fundamentais e se faz necessária (OLIVEIRA et al., 2014).

Diante das informações supracitadas o estudo mostra relevância ao abordar uma doença que é recorrente no Brasil e no mundo. Nesse contexto, o objetivo do estudo é descrever os casos notificados de hepatites A, B e C na Bahia, no período de 2010 a 2015.

2 | REFERENCIAL

As hepatites se destacam entre um dos principais problemas de saúde pública atualmente no Brasil, com uma distribuição em grande escala em variadas regiões do país, sendo uma doença viral de grande importância devido a sua potencialidade de gerar complicações advindas da infecção do indivíduo pelo vírus (SILVA et al., 2013).

Doenças infecciosas estas que acometem primordialmente o fígado o que provoca alterações histopatológicas e celulares do órgão levando a graves problemas como cirrose hepática e a hepatocarcinomas. Diferentes são os tipos de vírus que acometem a doença sendo dentre eles os mais corriqueiros, as hepatites A, B e C, sendo estes dois últimos respectivamente, os de maiores complicações, devidos sua cronicidade nos pacientes infectados (MORAIS; OLIVEIRA, 2015).

Os tipos B e C possuem alto grau de letalidade ao fígado, sendo esta evolução

caracterizada tanto pela forma aguda como pela crônica, desenvolvendo processos inflamatórios ao órgão que desencadeia o início do aparecimento dos sinais e sintomas típicos da doença, sendo comum entre eles a icterícia, vômitos, náuseas, dores musculares, febre, entre outros (COSTA JÚNIOR et al., 2013).

A Hepatite B apesar de possuir medidas preventivas como a imunização e de ter seu tratamento, ainda acomete milhares de pessoas no Brasil e no mundo sendo que a taxa de mortalidade pela doença ainda se mantém em elevação devido as suas complicações (SILVA et al., 2013).

Segundo o Ministério da Saúde somente a Hepatite C foi responsável pelo número de 30.931 óbitos no período de 2000 a 2011 sendo que cerca de 3% da população mundial estão vivendo com a infecção pelo tipo C da doença.

Frente a isso é perceptível como as hepatites possuem alta infectividade e grandes estatísticas que confirmam a evolução para a morte do indivíduo, o que ressalta a necessidade do conhecimento do perfil epidemiológico da doença para realizar um levantamento e com esse elaborar de medidas visando à prevenção para a população.

3 | PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS

Trata-se de um estudo descritivo, do tipo ecológico, realizado com base em dados disponibilizados pelo Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (DATASUS), referente aos casos notificados de hepatites virais A, B, e C na Bahia, entre os anos de 2011 a 2015 e por de informações do Instituto Brasileiro de Geografia Estatística (IBGE), 2017. Para construção do estudo foram utilizados dados do Sistema de Informação de Agravos de Notificação o (SINAN).

As variáveis estudadas foram: ano (2011, 2012, 2013, 2014 e 2015); faixa etária (menor de 1 ano, 1 a 4 anos, 5 a 19 anos, 20 a 59 anos, 60 ou mais, e ignorado); raça/cor (branca, preta, amarela, parda, indígena, ignorado); escolaridade (analfabeto, ensino fundamental, ensino médio, educação superior, ignorado); macro região (centro-leste, centro-norte, extremo-sul, leste, nordeste, norte, oeste, sudoeste, sul); mecanismo de infecção (sexual, transfusional, uso de drogas injetáveis, vertical, acidente de trabalho, hemodiálise, domiciliar, tratamento cirúrgico, tratamento dentário, pessoa/pessoa, alimento /água, ignorado); e números casos de hepatites A, B e C notificados ao SINAN de 2011 a 2015, segundo o coeficiente de prevalência por 100.000 pessoas.

Os dados foram tabulados e analisados com auxílio do Microsoft Office Excel 2010, com cálculos das frequências absolutas e relativas, o que possibilitou a construção de tabelas. Por se tratar de um estudo com dados secundários e de domínio público, não houve submissão a Comitê de Ética em Pesquisa.

4 | RESULTADOS

Na Bahia, no período de 2011 a 2015, foram registrados 6163 casos de hepatite, sendo 1342 casos (21,78%) de hepatite A, 2386 casos (38,71%) de Hepatite B e 2435 casos (39,51%) de Hepatite C, a que mais acometeu a população da Bahia.

Foram utilizadas tabelas com dados sobre os casos notificados de Hepatite A, B, e C no estado da Bahia no período de 2011 a 2015, segundo sexo; faixa etária; raça/cor; escolaridade; macro regiões e mecanismo de infecção.

	Hepatite A		Hepatite B		Hepatite C		TOTAL	
	n	%	n	%	n	%	n	%
SEXO								
Masculino	714	53,2	1121	47,0	1373	56,4	3208	52,1
Feminino	628	46,8	1260	52,8	1061	43,6	2949	47,9
Ignorado	0	-	5	0,2	1	0,04	6	0,1
FAIXA ETÁRIA								
<1 Ano	48	3,6	30	1,3	23	0,9	101	1,6
1 a 4	221	16,5	3	0,1	5	0,2	229	3,7
5 a 19	838	62,4	184	7,7	21	0,9	1043	16,9
20 a 59	207	15,4	2013	84,4	1851	76,0	4071	66,1
60 ou +	28	2,1	156	6,5	533	21,9	717	11,6
Ignorado	0	-	0	-	2	0,1	2	0,03
RAÇA/COR								
Branca	175	13,0	232	9,7	400	16,4	807	13,1
Preta	111	8,3	528	22,1	424	17,4	1063	17,2
Amarela	8	0,6	13	0,5	16	0,7	37	0,6
Parda	936	69,7	1284	53,8	1295	53,2	3515	57,0
Indígena	18	1,3	13	0,5	9	0,4	40	0,6
Ignorado	94	7,0	316	13,2	291	12,0	701	11,4
ESCOLARIDADE								
Analfabeto	10	0,7	46	1,9	47	1,9	103	1,7
Ensino fundamental	473	35,2	771	32,3	765	31,4	2009	32,6
Ensino médio	75	5,6	660	27,7	645	26,5	1380	22,4
Ed. superior	18	1,3	119	5,0	185	7,6	322	5,2
Ignorado	766	57,1	790	33,1	793	32,6	2349	38,1
Total	1342	100,0	2386	100,0	2435	100,0	6163	100,0

Tabela 1: Distribuição dos casos de hepatites A; B; e C, notificados ao SINAN entre os anos de 2011 a 2015, segundo sexo; faixa etária; raça/cor e escolaridade.

Fonte: Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN), 2017.

Conforme dados apresentados na tabela 1, a Hepatite A em relação ao sexo acometeu mais homens que teve o número de 714 casos (53,2%), enquanto o feminino teve 628 casos (46,8%). Já a Hepatite B ao contrário da A, teve o número de casos maior no sexo feminino, 1260 (52,8%). A Hepatite C obteve maior frequência de notificações para o sexo masculino, 1373 (56,4%).

Ainda na tabela 1 observa-se a notificação por faixa etária, onde a Hepatite A acometeu mais a faixa de 5 a 19 anos, somando 838 casos correspondentes a 62,4 % do total, e a terceira idade com pessoas com 60 anos ou mais teve uma menor abrangência, com apenas 28 casos (21,2%). A faixa etária de 20 a 59 teve o maior

registro de casos no período para a Hepatite B com 2013 casos com percentual de 84,4%, e as pessoas de 1 a 4 anos foram menos acometidas com 3 casos. A Hepatite C também atingiu 76,0% na população de 20 a 59 anos sendo 1851 casos e 5 casos em crianças de 1 a 4 anos.

Ao analisar a raça/cor para a Hepatite A, nota-se o maior registro de 936 casos (69,7%) para pessoas pardas, e a amarela com menor percentual de 0,6%, com o número de 8 casos de 1342. A raça amarela e a indígena foram às menos acometidas para a Hepatite B, com 13(0,5%) casos cada uma respectivamente, do total de 2386, comparando as pessoas pardas com o maior índice computado para este tipo de Hepatite, sendo 1284(53,8%) casos do total. A Hepatite C somou 2435 casos, tendo também a população parda com maior registro, 1295(53,2%) casos, e a indígena a menor com 9(0,4%) casos.

Em nível de escolaridade a Hepatite A teve um número de 766 casos ignorados, somando o maior percentual (57,1%) do total de 1342. Em segunda posição para o tipo A aparece o ensino fundamental com 473(35,2%) casos, e pessoas analfabetas com 10 casos (0,7%) sendo a menor apresentada. A Hepatite B teve 771 casos para pessoas do ensino fundamental, e um número maior de 790 (33,1%) para escolaridade ignorada. O total de 46 casos registrados para pessoas analfabetas. A Hepatite C teve a escolaridade ignorada para 793 pessoas das 2435, e a população analfabeta também foi a menos registrada para esse tipo, com 47(1,9%) casos.

MACROREGIÃO	Hepatite A		Hepatite B		Hepatite C		Total	
	N	%	n	%	n	%	n	%
Centro-Leste	149	11,1	306	12,8	248	10,2	703	11,4
Centro-Norte	175	13,0	40	1,7	50	2,1	265	4,3
Extremo Sul	46	3,4	287	12,0	131	5,4	464	7,5
Leste	63	4,7	845	35,4	1194	49,0	2102	34,1
Nordeste	48	3,6	57	2,4	48	2,0	153	2,5
Norte	504	37,6	124	5,2	215	8,8	843	13,7
Oeste	170	12,7	157	6,6	50	2,1	377	6,1
Sudoeste	68	5,1	158	6,6	138	5,7	364	5,9
Sul	119	8,9	412	17,3	361	14,8	892	14,5
Total	1342	100,0	2386	100,0	2435	100,0	6163	100,0

Tabela 2: Notificação de casos de hepatites A; B e C no SINAN, entre os anos de 2011 a 2015, por macro regiões da Bahia.

Fonte: Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN), 2017.

Ao analisar os dados da tabela 2 percebe-se que entre os anos de 2010 a 2015 na Bahia, a macrorregião que teve o maior número total de casos de Hepatites foi a Leste com 2102 casos (34,1%). Já a Sudeste somou 364 casos (5,9%), sendo a menor em relação ao total.

Ao analisar separadamente cada tipo da patologia, a Hepatite A foi mais

registrada na macrorregião Norte com 504(37,6%) casos, em contrapartida ao Nordeste da Bahia apresentou 48(3,6%) casos, sendo o menor. A macrorregião Leste teve 845(35,4%) casos para a Hepatite B, e a menor foi à macrorregião Centro-Norte, totalizando 40(1,7%) casos do total de 2386. A Hepatite C também veio com maior numero de registros a macrorregião Leste com 49,0% dos casos, sendo 1194 dos 2435. E o Nordeste teve o menor registro para o tipo C com 48(2,0%) casos.

MECANISMO DE INFECÇÃO	Hepatite A		Hepatite B		Hepatite C		Total	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Sexual	15	1,1	858	36	203	8,3	1076	17,5
Transfusional	2	0,1	58	2,4	364	14,9	424	6,9
Uso de Drogas Injetáveis	1	0,1	34	1,4	282	11,6	317	5,1
Vertical	1	0,1	34	1,4	9	0,4	44	0,7
Acidente de Trabalho	1	0,1	15	0,6	15	0,6	31	0,5
Hemodiálise	1	0,1	5	0,2	25	1	31	0,5
Domiciliar	53	3,9	48	2	17	0,7	118	1,9
Tratamento Cirúrgico	1	0,1	23	1	64	2,6	88	1,4
Tratamento Dentário	5	0,4	75	3,1	93	3,8	173	2,8
Pessoa/pessoa	34	2,5	37	1,6	40	1,6	111	1,8
Alimento/Água	905	67,4	8	0,3	3	0,1	916	14,9
Ignorados	323	24,1	1191	49,9	1320	54,2	2834	46
Total	1342	100	2386	100	2435	100	6163	100

Tabela 3: Notificação de casos de hepatites A; B e C entre os anos de 2010 a 2015segundo a variável Classificação final; forma clínica; e mecanismo de infecção.

Fonte: Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN), 2017.

O mecanismo de infecção também foi pesquisado para os três tipos da doença, sendo o número de ignorados o de maior frequência, com 283(46,0%) casos, seguido da transmissão sexual com 1076 casos e de menor registro para a Hemodiálise e os acidentes de trabalho, cada um respectivamente com o valor absoluto de 31(0,5%) casos, em comparação aos 6163.

Analisando separadamente a Hepatite A teve a maior ocorrência para o mecanismo de infecção por alimento/água com número de 905(67,4%) casos, e a transmissão vertical, em acidente de trabalho, tratamento de hemodiálise e por uso de drogas injetáveis, somaram cada uma o menor registro, com apenas 1(0,1%) caso para cada uma respectivamente. A Hepatite B teve a forma sexual com 858 casos do total de 2386, como o tratamento por hemodiálise o menor índice de infecção com 5 (0,2%) casos, do total, considerando o numero de ignorados de 1191. Já a Hepatite C somou 364 casos para a infecção por transfusão, sendo 364(14,9%) do total, com menor ocorrência em transmissão por alimento/água de 3(0,1%) casos, sendo o número de ignorados o valor de 1320(54,2%) casos, em relação total de 2435 para o tipo B.

ANOS/POPULAÇÃO	Hepatite A		Hepatite B		Hepatite C		Total	
	n	População	n	População	n	População	n	População
		100.000		100.000		100.000		100.000
2011(14.865.405)	277	1,86	495	3,33	486	3,27	1258	8,46
2012 (14.957.177)	168	1,12	434	2,90	516	3,45	1118	7,47
2013 (15.044.137)	365	2,43	562	3,74	550	3,66	1477	9,82
2014 (15.126.371)	475	3,14	491	3,25	563	3,72	1529	10,11
2015 (15.203.934)	57	0,37	404	2,66	320	2,10	781	5,14
Total	1342		2386		2435		6163	

Tabela 4: Casos de hepatites A; B; e C, notificados ao SINAN nos anos de 2011 a 2015, segundo o coeficiente de prevalência por 100.000 pessoas.

Fonte: SINAM (DATASUS) / Instituto Brasileiro de Geografia Estatística (IBGE), 2017.

A tabela 4 apresenta o coeficiente de prevalência por ano de notificação para o Estado da Bahia, de acordo o número de casos para Hepatite A, B e C. Em relação ao total de casos para as três Hepatites, o ano de 2014 teve o maior coeficiente, sendo de 10,11 casos para cada 100.000 pessoas. E o ano de 2015 com 5,14 casos, sendo o menor registrado.

Ao analisar separadamente, a Hepatite A teve o ano de 2014 o maior coeficiente registrado de 3,14 casos a cada 100.000, e o menor ano foi o de 2015 com 0,37 casos. Para a Hepatite B o ano de 2013 foi o maior com 3,74 casos, e o menor também o ano de 2015 com 2,66 casos por 100.000 pessoas. A Hepatite C registrou o ano de 2014 com 3,72 casos por 100.000 sendo o maior coeficiente e o ano de 2015 com 2,10 casos, ficando também como o menor coeficiente.

5 | DISCUSSÃO

Na Bahia no período de 2011 a 2015, os maiores números de infecções por hepatite foram do tipo C, acredita-se que o aumento dos casos notificados se deve à recente disponibilização em todo território nacional das novas medicações de ação direta voltadas ao tratamento da hepatite C crônica, novas terapias baseadas em fármacos foram instituídas ao tratamento de hepatite C a partir de 2015, uma terapia nova com taxas significativas de sucesso, pois a única terapia até então disponibilizada além de inúmeros efeitos colaterais sua taxa de sucesso era apenas de 50% (BRASIL, 2017).

No presente estudo, a distribuição de casos de hepatites A, segundo sexo mostra que, o masculino apresenta número maior de casos comparado ao feminino, diferença

que não é expressiva levando em conta o mesmo mecanismo de transmissão para hepatite A em ambos os sexos (BRASIL, 2017).

Em relação à hepatite B o sexo feminino apresentou o maior número de casos, essa predominância nas mulheres pode estar associada ao fato dos homens buscarem com menor regularidade o sistema de saúde para se prevenir ou tratar de suas possíveis queixas, portanto, a assiduidade das mulheres nos serviços permite um melhor diagnóstico e conseqüentemente, um maior número de notificações geradas.

Em consonância com o estudo de Morais e Oliveira (2015) a hepatite C nesse estudo também apresentou maior predominância de infecção no sexo masculino, devido os homens estarem mais susceptíveis a exposição a fatores de risco, levando em conta o maior número de parceiras, baixa adesão ao uso de preservativo, abuso de álcool e drogas.

De acordo com a distribuição dos casos de hepatites por faixa etária em crianças jovens, as infecções associadas ao prolongado período de excreção fecal do vírus e a limitada higiene pessoal dessa faixa etária fazem desse grupo uma relevante fonte de infecção, justificando a maior incidência na idade de 5 a 19 anos infectada por hepatite A (FERREIRA et al., 2014).

Suzuki et al. (2011) mostra que nos países subdesenvolvidos, adultos são frequentemente imunes à hepatite A, devido à exposição ao vírus durante a infância, e a ausência de saneamento básico. Epidemias são pouco corriqueiras nesses países, no entanto, em decorrência de uma melhora nas condições de saneamento em grandes partes do mundo, vem se observando que jovens vem se tornando suscetíveis levando a um aumento no número de surtos. Nas instituições infantis e espaços abertos ao público é comum a transmissão cíclica da doença nas crianças, e então as mesmas, transmitem para seus familiares.

Nos casos de hepatite B e C os públicos mais acometidos foram os na faixa etária de 20 a 59 anos, conforme também encontrado em outros estudos, porém esses não evidenciaram nenhuma justificativa que explicasse os maiores números de casos em ambas as hepatites nessa faixa etária (CARVALHO et al., 2014) .

Quanto à raça/cor, os maiores números de pessoas infectadas foram da raça parda, em todos os casos de hepatites, de acordo Morais e Oliveira (2015) isso se justifica pelo fato do estado da Bahia ter grande miscigenação.

Um alto percentual de casos ignorados quanto à escolaridade foi observado em todas as hepatites virais, seguido pelo ensino fundamental, sendo o segundo mais acometido pela infecção das hepatites, tendo como esclarecimento que muitos desses estudantes não conhecem as formas de transmissão e a devida prevenção das hepatites (DIAS; CERUTTI; FALQUETO, 2014).

No que se refere à Macrorregião, houve um alto percentual de notificação de hepatite A na região Norte, e de hepatite B e C na região leste da Bahia; sugerindo condições econômicas e questões de saneamento básico, além de um maior número na população da região leste (BRASIL, 2017).

Morais e Oliveira (2015) em seu estudo mostram que os vírus causadores das hepatites além de gerar lesão no fígado, são transmitidos facilmente, visto que pessoas infectadas podem tornar-se transmissores mesmo antes de evoluir a sintomatologia. Hepatite A teve grande ocorrência de infecção por alimento/água, seu mecanismo de transmissão está ligado a condições de saneamento básico, higiene pessoal, qualidade da água e dos alimentos.

A transmissão sexual foi o mecanismo de infecção com maior percentual, e mais comum na hepatite B, ocorre principalmente em pessoas com múltiplos parceiros e com prática sexual de risco, sem preservativo, sendo que a coexistência de alguma doença sexualmente transmissível incluindo o vírus da imunodeficiência adquirida constitui-se um importante facilitador da transmissão (BRASIL, 2017).

Tendo em consideração os casos de infecção de hepatite C, o mecanismo de transmissão com maior percentual foi o de ignorados, revelando serem bastante inconclusas as notificações, devido ao grande percentual de ignorados; onde Moraes e Oliveira (2015) trazem que é necessário que haja uma qualificação dos profissionais responsáveis pelo preenchimento das fichas de notificações para melhorar o processo de investigação, uma vez que para uma análise epidemiológica é de suma importância que todos os dados estejam devidamente completos.

6 | CONSIDERAÇÕES FINAIS

Com este estudo foi possível analisar os casos notificados de Hepatite A, B, e C no estado da Bahia no período de 2011 a 2015. Os números mostraram um aumento na incidência de tais patologias no decorrer dos anos, sendo evidenciados no estudo alguns fatores que poderiam estar contribuindo para tal aumento.

Os dados analisados possibilitaram uma compreensão acerca da população que é mais atingida pela hepatite A, B e C, sendo os homens na hepatite A e C, o sexo feminino na hepatite B. Faixa etária de 15 a 29 anos na hepatite A, 20 a 59 anos na hepatite B e C, cor parda e o nível de escolaridade no ensino fundamental para todas as hepatites estudadas.

A macrorregião que teve o maior número de casos de Hepatites A foi a Norte, sendo de hepatite B e C a Leste, o critério para diagnóstico mais utilizado para as Hepatites A, B e C aconteceu pelo método de confirmação laboratorial. Foram encontradas diferentes formas da doença a depender do tipo de vírus. A forma crônica para a Hepatite C foi a de maior valor, e também com menor registro a forma fulminante.

É importante o conhecimento de tais dados e ainda pesquisas mais aprofundadas sobre o tema para que futuramente se desenvolvam ações que possam minimizar os casos de hepatite A, B e C na população, e entender os motivos pelos quais tais patologias afetam mais alguns grupos do que outros e tomar medidas para preveni-las.

Observa-se, portanto, que as hepatites virais são doenças ainda consideradas problemas de saúde pública graves, que precisam ser cada vez mais pesquisadas para que assim seja possível o fornecimento de mais informações a cerca dessas enfermidades que debilita e leva a óbitos centenas de pessoas anualmente em todas as partes do mundo, com o principal objetivo de evitar as mortes bloqueando para isso a transmissão e consequentemente o surgimento de novos casos e óbitos.

REFERÊNCIAS

- ALMEIDA, C.S.C; MARTINS, L.C. **Soroepidemiologia do vírus da hepatite c em cônjuges de portadores desse vírus.** Brasil. Revista Paraense de Medicina V.29(1) janeiro-março 2015. Disponível em: <http://files.bvs.br/upload/S/0101-5907/2015/v29n1/a4652.pdf>. Acesso em 15 de dezembro de 2017
- BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Sistema Nacional de Agravos e Notificações (SINAN)**, Disponível em: <http://sinan.saude.gov.br/sinan/login/login.jsf>. Acesso em 15 de dezembro de 2017
- BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **SECRETARIA DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE. Departamento de DST, Aids, e Hepatites Virais.** Boletim Epidemiológico de Hepatites Virais no Brasil, Volume 48 N° 24 – Brasília; 2017. Acesso em 15 de dezembro de 2017
- BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de vigilância epidemiológica. **Hepatites Virais.** Brasília. Disponível em: <http://bvsmis.saude.gov.br>. Acesso em 15 de dezembro de 2017
- CARVALHO, J. R de et al . **Método para estimação de prevalência de hepatites B e C crônicas e cirrose hepática - Brasil, 2008.** Epidemiol. Serv. Saúde, Brasília , v. 23, n. 4, p. 691-700, Dez. 2014 . Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S223796222014000400691&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 15 de dezembro de 2017
- COSTA JUNIOR, P.R.S et al. **Infecção por hepatites b e c em um município do estado do Pará.** Pará. Artigo original. 2013. Disponível em: <http://files.bvs.br/upload/S/0101-5907/2013/v27n2/a3673.pdf>. Acesso em: 15 de dezembro de 2017
- DIAS, J.A; CERUTTI JUNIOR, C; FALQUETO, A. **Fatores associados à infecção pelo vírus da hepatite B: um estudo caso-controlado no município de São Mateus, Espírito Santo.** Epidemiol. Serv. Saúde, Brasília , v. 23, n. 4, p. 683-690, Dez. 2014. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2237-96222014000400683&lng=en&nrm=iso>. 15 de dezembro de 2017
- FERNANDES, C.P et al. **Dentists' protective measures against occupational and sexual exposure to hepatitis B virus. Brasil.** RGO - Rev Gaúcha Odontol., Porto Alegre, v.61, n.3, p. 327-333, jul./set., 2013. Acesso em 15 de dezembro de 2017
- FERREIRA, A.R et al. **Hepatites Virais A, B e C em crianças e adolescentes.** Rev Méd Minas Gerais [Internet]. 2014. 24(supl 2):S46-S60. Disponível em: <http://rmmg.org/exportar-pdf/623/v24s2a07.pdf>. Acesso em 15 de dezembro de 2017
- FERREIRA, A.R et al.. **Hepatites Virais A, B e C em crianças e adolescentes.** Rev Méd Minas Gerais [Internet]. 2014 [cited 2018 Abr 03];24(supl 2):S46-S60. Disponível em: <http://rmmg.org/exportar-pdf/623/v24s2a07.pdf>. Acesso em 15 de dezembro de 2017
- LEITEMPERGUER, M.R; BECK,S.T. **Prevalência sorológica e intensidade da resposta humoral ao Vírus da Hepatite C entre os indivíduos atendidos em um hospital público.** Brasil, 2014. Semina: Ciências Biológicas e da Saúde, Londrina, v. 35, n. 2, p. 3-10, jul./dez. 2014. Acesso em 15

de dezembro de 2017

MARTINS, A.M. E.B.L et al . **Fatores associados à imunização contra Hepatite B entre trabalhadores da Estratégia Saúde da Família.** Rev. Bras. Enferm., Brasília , v. 68, n. 1, p. 84-92, Fev. 2015. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S003471672015000100084&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 15 de dezembro de 2017

MORAIS, M.T.M; OLIVEIRA, T.J. **Perfil epidemiológico e sóciodemográfico de portadores de hepatite c de um município do sudoeste baiano.** Brasil. Rev. Saúde. Com 2015; 11(2): 137-146. Disponível em: <http://www.uesb.br/revista/rsc/ojs/index.php/rsc/article/view/265/304>. Acesso 15 de dezembro de 2017

OLIVEIRA, T.J.B et al . **Perfil epidemiológico dos casos de hepatite C em uma diretoria regional de saúde da Bahia. Brasil.** Revista de Pesquisa Cuidado é Fundamental online 2014. jul./set.6(3):889-896. Disponível em <http://www.redalyc.org/pdf/5057/505750623004.pdf>. Acesso em 15 de dezembro de 2017

ROMANELLI, R.M.C et al. **Evolução de pacientes submetidos a transplante hepático por hepatites virais.** Brasil. Rev Med Minas Gerais 2015; 25(3): 338-343. Disponível em: : [http:// bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IscisScript=iah/iah.xis&src=google&base=LILACS&lang=p&nextAction=lnk& exprSearch=763939&indexSearch=ID](http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IscisScript=iah/iah.xis&src=google&base=LILACS&lang=p&nextAction=lnk&exprSearch=763939&indexSearch=ID). Acesso em 15 de dezembro de 2017

SILVA, A.C. L.G et al . **Incidência e mortalidade por hepatite B, de 2001 a 2009: uma comparação entre o Brasil, Santa Catarina e Florianópolis.** Cad. saúde colet., Rio de Janeiro , v. 21, n. 1, p. 34-39, Mar. 2013 . Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414462X2013000100006&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 15 de dezembro de 2017

SOUZA, F.O et al. **Vacinação contra hepatite B e Anti-HBS entre trabalhadores da saúde.** Brasil. Cad. Saúde Colet., 2015, Rio de Janeiro, 23 (2): 172-179. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/cadsc/v23n2/1414-462X-cadsc-23-2-172.pdf>. Acesso em 15 de dezembro de 2017

SUZUKI, E et al . **Investigação de surto de hepatite A no município de Descalvado, SP, setembro a novembro de 2008.** BEPA, Bol. epidemiol. paul. (Online), São Paulo, v. 8, n. 92, ago. 2011 . Disponível em <http://periodicos.ses.sp.bvs.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S180642722011000800001&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em 15 de dezembro de 2017

A EVOLUÇÃO NO TRATAMENTO DE FERIDAS: UMA REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

Bruna Furtado Sena de Queiroz

Graduação em enfermagem pela a Faculdade Integral Diferencial FACID/WYDEN

Pós- graduação em Saúde Publica pelo o Instituto de Ensino Superior Múltiplo IESM

Pós- graduação em Docência do Ensino Superior pelo o Instituto de Ensino Superior Múltiplo IESM, Teresina Piauí

Maria de Jesus Lopes Mousinho Neiva

Graduação em Enfermagem pela a universidade federal do Piauí UFPI, Mestre em enfermagem pela a universidade federal do Piauí UFPI Especialista em gestão da clinica as regiões de saúde pelo o instituto sírio libanês de ensino e pesquisa, docente da Faculdade Integral Diferencial FACID/WYDEN e universidade estadual do maranhão UEMA, Teresina Piauí

Ergina Maria Albuquerque Duarte Sampaio

Graduação em Enfermagem pelo o Centro Universitário UNINOVAFAPI, Teresina Piauí

Evelynne de Souza Macêdo Miranda

Graduação em enfermagem pela a Faculdade Integral Diferencial FACID/WYDEN

Pós- graduanda em Urgência e Emergência pela a FACID/WYDEN, Teresina Piauí

Andréia Costa Reis Silva

Graduação em enfermagem pela a Faculdade Integral Diferencial FACID/WYDEN, Teresina Piauí

Gardênia da Silva Costa Leal

Discente da Faculdade Integral Diferencial FACID/WYDEN do curso de Enfermagem, Teresina Piauí

Yanca Ítala Gonçalves Roza

Graduação em enfermagem pela a Faculdade Integral Diferencial FACID/WYDEN,

Pós- graduanda em Home Care pelo o Instituto de Ensino Superior Múltiplo IESM, Teresina Piauí

Matheus Henrique da Silva Lemos

Graduação em enfermagem pela a Faculdade Integral Diferencial FACID/WYDEN

Pós- graduando em Urgência e Emergência FACID/WYDEN, Coroaatá Maranhão

Kátia Lima Braga

Graduação em enfermagem pelo o instituto de ensino superior múltiplo IESM Pós- graduação em Saúde Publica pelo o Instituto de Ensino Superior Múltiplo IESM, Pós- graduação em Docência do Ensino Superior pelo o Instituto de Ensino Superior Múltiplo IESM, Timon Maranhão

Marielle Cipriano de Moura

Graduação em enfermagem pela universidade estadual do maranhão UEMA, Especialista em enfermagem do trabalho, Pós- graduação em Saúde Publica pelo o Instituto de Ensino Superior Múltiplo IESM, Pós- graduação em Docência do Ensino Superior pelo o Instituto de Ensino Superior Múltiplo IESM, Timon Maranhão

Paulo Ricardo Dias de Sousa

Graduação em Enfermagem pelo centro universitário santo Agostinho Pós- graduação em Saúde Publica pelo o Instituto de Ensino Superior Múltiplo IESM, Pós- graduação em Docência do Ensino Superior pelo o Instituto de Ensino Superior Múltiplo IESM, Teresina Piauí

Iara Rege Lima Sousa

Graduação em Enfermagem pelo Centro

RESUMO: O processo de reparo tecidual é sistêmico e demanda tempo, causando um grande desconforto no cliente, podendo levá-lo a desacreditar no tratamento. Para que essa recuperação seja efetiva é necessário oferecer condições para que a lesão possa cicatrizar adequadamente. Nessa perspectiva, nos últimos anos tem ocorrido uma evolução tecnológica muito grande no desenvolvimento de coberturas e produtos no tratamento de feridas. O objetivo desse estudo foi discutir sobre as novas tecnologias no tratamento de feridas. Foi realizada uma revisão bibliográfica. Utilizaram-se as bases de dados das plataformas online: BIREME, LILACS e SCIELLO foram utilizados os seguintes descritores: (tecnologia) e (tratamentos de feridas). Como critérios de inclusão estabeleceu-se o recorte temporal 2010-2016, onde foram listados 58 artigos e após a filtragem foram selecionados 8 artigos. Os tratamentos para as feridas estão cada vez melhores e mais modernos e o cuidado com as mesmas deve atender às finalidades específicas, estando compatível com a necessidade do paciente. As coberturas no tratamento de feridas trouxeram para os profissionais uma maior facilidade, e opções para a escolha do que usar no cuidado; para os clientes um conforto e a esperança de melhora rápida; e, para a gestão pública redução de gastos, pois estará tratando o paciente com o produto adequado, evitando maior permanência do cliente nos estabelecimentos de saúde. Nesse contexto o profissional de Enfermagem tem um grande destaque escolhendo o tratamento mais adequado, levando em consideração a qualidade de vida e bem estar do cliente.

Descritores: Tratamento de feridas; Tecnologia; Pesquisa em Enfermagem.

EVOLUTION IN WOUND TREATMENT: A BIBLIOGRAPHIC REVIEW

ABSTRACT: The tissue repair process is systemic and takes time, causing great discomfort in the client, which can lead to discredit in the treatment. For this recovery to be effective it is necessary to provide conditions so that the injury can heal properly. From this perspective, in recent years there has been a very great technological evolution in the development of coverages and products in the treatment of wounds. The aim of this study was to discuss new technologies in wound treatment. A bibliographic review was performed using the databases of the online platforms: BIREME, LILACS and SCIELLO, the following descriptors were used: (technology) and (wound treatments). As inclusion criteria, was established the temporal cut of 2010-2016, where 58 articles were listed and 8 articles were selected after filtering. The treatments for wounds are getting better and more modern, and care with them should meet the specific purposes and be compatible with the need of the patient. Wound care coverage has brought professionals greater ease, and options for choosing what to use in care; for customers a comfort and hope for rapid improvement; and, for the public management cost

reduction, because it will be treating the patient with the appropriate product, avoiding a greater permanence of the client in the health establishments. In this context, the nursing professional has a great highlight choosing the most appropriate treatment, taking into consideration the quality of life and well-being of the client.

KEYWORDS: Wound treatment; Technology; Nursing Research.

1 | INTRODUÇÃO

As feridas são uma interrupção da continuidade da pele, sendo responsáveis por alterações no tecido, levando a pessoa acometida pela ferida a vários níveis de dor, e demais alterações e prejuízos. No momento em que uma ferida se forma, o sistema imunológico é ativado para se iniciar o processo de cicatrização tecidual que envolve vários sistemas. Visto que esse processo é muito complexo, envolvendo diversas fases, são necessárias atualizações sobre os recursos disponíveis para o tratamento de feridas (BARATIERIT et al, 2015).

O processo de reparo tecidual é sistêmico e demanda tempo, causando um grande desconforto no cliente, podendo levá-lo a desacreditar no tratamento. Para que essa recuperação seja efetiva é necessário oferecer condições para que a lesão possa cicatrizar adequadamente. Nessa perspectiva, nos últimos anos tem ocorrido uma evolução tecnológica muito grande no desenvolvimento de produtos visando à melhoria da assistência prestada ao paciente (GEOVANINI et al, 2014).

As feridas já são consideradas um problema de saúde pública, uma vez que acometem pessoas de todas as faixas etárias, independente de condição econômica e estão presentes em diversas patologias. Além disso, as feridas apresentam fases e/ou estágios que necessitam de cuidados e coberturas específicas que, em sua maioria, são caras e demandam tempo. Ao longo dos anos, os tratamentos de feridas vêm passando por mudanças e atualizações que beneficiam diretamente a população, a família e os profissionais envolvidos no tratamento (CAVALCANTE; LIMA, 2012).

Nesse processo, a enfermagem tem buscado se fundamentar por meio de estudos científicos, sendo responsável pelo cuidado de feridas, tanto na prevenção como no tratamento, pois é o profissional que está mais próximo do cliente. Para tanto, é fundamental que o enfermeiro use como aliado para o cuidado a Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) (GEOVANINI, 2014).

O objetivo desse estudo foi discutir sobre as novas tecnologias no tratamento de feridas. A motivação para a realização deste artigo surgiu da necessidade do conhecimento acerca do tratamento de feridas, dando ênfase à sua evolução e à importância do profissional enfermeiro no cuidado do cliente. Espera-se que o estudo possa contribuir com a discussão atual sobre cuidados de Enfermagem aos pacientes que são acometidos com feridas e ainda na divulgação do conhecimento produzido sobre a temática.

2 | METODOLOGIA

Trata-se de uma revisão bibliográfica, na qual se utilizou as bases de dados das plataformas online: BIREME, LILACS e SCIELLO. Foram utilizados os descritores “tecnologia” e “tratamentos de feridas”, bem como o operador booleano “AND”. Como critério de inclusão estabeleceu-se o recorte temporal de 2010-2016, artigos publicados em Português, e aqueles artigos que respondem a questão norteadora “Quais as novas tendências no tratamento de feridas?”.

3 | RESULTADOS E DISCUSSÃO

Inicialmente foram encontrados 58 artigos, porém após ser realizada uma filtragem obedecendo aos critérios de inclusão e exclusão foram selecionados 8 artigos, os quais foram identificados, sendo realizadas leituras e interpretação dos mesmos para a confecção do trabalho. Organizou-se as informações em um quadro demonstrativo contendo dados acerca do título do trabalho, nome dos autores, tipo de estudo e os principais aspectos do artigo.

TÍTULO	AUTORES	TIPO DE ESTUDO	PRINCIPAIS ASPECTOS DO ARTIGO
Educação em serviço: qualificação da equipe de enfermagem para o tratamento de feridas	Camila Bitencourt Jacondino, Danusa Fernandes de Severo, Katiúscia Rosales de Rodrigues, Lilian de Lima, Rosana Radke Einhardt, Simone Coelho Amestoy	Abordagem quantitativa do tipo exploratória descritiva, desenvolvido em um hospital de grande porte da cidade de pelotas, Rio Grande do Sul	A educação em saúde como instrumento imprescindível para qualificar o atendimento do profissional de enfermagem. Convém salientar que a atualização desses profissionais repercute diretamente na qualidade do atendimento prestado

<p>Cicatrização de feridas: análise das tendências em teses e dissertações</p>	<p>Thaís Dresch Eberhardt, Caren Franciele Coelho Dias, Grazielle Gorete Portella da Fonseca, Marcia Nekessler, Rheasilviade Avila Soares, Suzinara Beatriz Soares de Lima</p>	<p>Revisão narrativa da literatura</p>	<p>Fala sobre os estudos acerca de feridas e curativos onde as principais produções concentram-se nas regiões sudeste e centro-oeste do Brasil.</p>
<p>Entre o científico e o popular: saberes e práticas da equipe de Enfermagem e clientes com feridas: um estudo de caso no município Cruzeiro do Sul – Acre</p>	<p>Carla Lucia Goulart Constant Alcoforado</p>	<p>Estudo de caso qualitativo, exploratório, descritivo sobre os saberes e Práticas da equipe de enfermagem e clientes com feridas em uma Unidade Básica de Saúde</p>	<p>Fala sobre as crenças e culturas das pessoas sobre feridas, comenta da importância do respeito dos profissionais da Enfermagem com a os valores culturais onde ambos se respeitam para chegar em comum acordo nos tratamentos, ou seja, praticam a troca de conhecimentos e experiências</p>
<p>Conhecimento e prática de acadêmicos de enfermagem sobre cuidados com portadores de feridas</p>	<p>Adriano Menis Ferreira, Marcelo Alessandro Rigottik, Silvana Barbosa Pena, Vanessa Damiana Menissasaki, Dionerda Silva Paula, Iara Barbosa Ramos</p>	<p>Estudo quantitativo com delineamento descritivo-exploratório</p>	<p>Fala sobre o conhecimento dos acadêmicos no tratamento de feridas</p>

Caracterização do atendimento de pacientes com feridas na atenção primária	Isabel Cristina Ramos Vieira Santos, Marcos Antonio de Oliveira Souza, Luciana Naiara Vieira de Andrade, Mariana Pereira Lopes, Mônica Fidelis Ataide de Barros e Silva, Rosimery Tavares Santiago.	Pesquisa de caráter descritivo, estudo de abordagem quantitativa	Dispõe sobre os pacientes atendidos, as tecnologias que estão disponíveis na unidade de atendimento onde foi realizado o estudo
Saberes e práticas da enfermagem e clientes com feridas: estudo de caso	Carla Lucia Goulart Constant Alcoforado, Fátima Helena do Espírito Santo	Abordagem qualitativa, do tipo estudo de caso com análise dos dados do tipo temática	Fala sobre as técnicas realizadas frente ao tratamento de feridas, discute sobre a assistência prestada para os pacientes
Potencial antimicrobiano do óleo de coco no tratamento de feridas	Lícia Caroline Tenório de Almeida, Lis Maria de Melo Carvalho Tenório, Regina Célia Sales Santos Veríssimo, Ingrid Martins Leite Lúcio, Maria Lysete de Assis Bastos	Estudo experimental In vitro	Exposição dos resultados da pesquisa sobre o uso do óleo de coco onde os extratos se mostram eficientes para alguns microorganismos. Desenvolvido no laboratório de pesquisa em tratamento de feridas
Uso e efetividade da papaína no processo de cicatrização de feridas: uma revisão sistemática	Andréa Pinto Leite, Beatriz Guitton Renaud Baptista de Oliveira, Marja Ferreira Soares, Desirée Lessa Rodrigues Barrocas	Revisão sistemática de literatura	Fala sobre os benefícios da papaína no tratamento de feridas

Segundo Jacondino et al. (2010) a enfermagem dentro do ambiente hospitalar exerce função importante de escolhas/tratamento uma vez que obtém maior contato com paciente. Além disso, está associada ao cuidado integral ao paciente, especialmente quando existe uma grande demanda de lesão por pressão e feridas ocasionadas por

acidentes automobilísticos, sem intenção, e queimaduras.

Nesse sentido, o profissional de enfermagem deve compreender as técnicas e curativos para prescrever melhores opções de tratamento de feridas, de forma que sejam compatíveis com as características das mesmas. Por exemplo, deve ser analisado textura da pele, hidratação, tipo de lesão, tipo de feridas (infectada, com odor, bordas irregulares), coberturas, e realizar mudança de decúbito principalmente em paciente idosos. Além disso, é válido ressaltar que nem sempre essa escolha depende apenas do profissional, mas também do fato da cobertura requerida estar ou não disponível na instituição de saúde (EBERHARDT et al. 2015).

É necessário levar em consideração a questão cultural, pois ocasiona divergências na escolha do tratamento. É preciso respeitar e conciliar a melhor forma de diálogo e intervenção, na qual a Enfermagem possui papel crucial na escolha terapêutica (ALCOFORADO, 2010).

Para Ferreira (2013) e Santos et al (2014), os tratamentos para feridas estão cada vez melhores e modernos, de forma que contam como uso de tecnologias avançadas, as quais apresentam maior eficácia no processo de cicatrização. Dentre essas, resalta-se o colágeno, a Aloe vera (babosa), o hidroalginato com prata, a biomembrana natural, o hidropolímero, o alginato de cálcio, a espuma de poliuretano com silicone, o hidrocolóide e a papaína, bem como os ácidos graxos essenciais (AGE).

Diante de tantos recursos, cabe ao profissional sempre buscar atualizações na sua área tanto científica como na prática, pois beneficia o conjunto (instituição, profissional, paciente). Além disso, convém à instituição buscar ofertar treinamentos e capacitações para mudar e adequar a realidade do hospital, melhorando assim os índices de gastos e diminuindo o tempo de permanência do paciente internamente (ALCOFORADO; SANTO, 2013).

Portanto, para o enfermeiro prestar uma assistência de qualidade, humana e adequada, é de suma importância padronizar cuidados e potencializar ações de procedimentos de prevenção e tratamentos de feridas (LEITE et al, 2012).

4 | CONCLUSÃO

As coberturas no tratamento de feridas trouxeram para os profissionais uma maior facilidade, e opções para a escolha do que usar no cuidado; para os clientes um conforto e a esperança de melhora rápida; e, para a gestão pública, poder chegar a diminuir gastos, pois estará tratando o paciente com o produto adequado, evitando gastos desnecessários e permanência do cliente nos estabelecimentos de saúde.

Diante da grande diversidade de produtos postos no mercado para tratamento de feridas, cuidados e prevenção, cabe à equipe multiprofissional, principalmente à Enfermagem, que é o profissional envolvido mais diretamente com o cliente, escolher o tratamento mais adequado, levando em consideração a qualidade de vida e bem

estar do paciente, quer seja em unidades ambulatoriais, domiciliares e/ou hospitalares.

REFERÊNCIAS

ALCOFORADO, C. L. G. C. Entre o científico e o popular: saberes e práticas da equipe de enfermagem e clientes com feridas: Um Estudo de Caso no Município Cruzeiro do Sul – Acre. Dissertação (Mestrado Acadêmico em Ciências do Cuidado em Saúde) - Universidade Federal Fluminense, 2010.

ALCOFORADO, C.L.G.C; SANTO, F.H.E. Saberes e práticas da enfermagem e clientes com feridas: estudo de caso. **Online braz j nurs**. v. 12, n.1, p. 611-613, 2013.

ALMEIDA, L. C. T. et al. Potencial antimicrobiano do óleo de coco no tratamento de feridas. **RevRene**. v.13, n.4, p. 880-887, 2012.

BARATIERI, T; SANGALETI, C.T; TRINCAUS, M.R. Conhecimento de acadêmicos de enfermagem sobre avaliação e tratamento de feridas. **RevEnferm Atenção Saúde [Online]**, v. 4, n.1, p. 2-15, 2015.

CAVALCANTE, B.L.L; LIMA, U.T.S. Relato de experiência de uma estudante de Enfermagem em um consultório especializado em tratamento de feridas. **J Nurs Health**, v. 2, n.1, p. 94-103, 2012.

EBERHARDT, T. D. et al. Cicatrização de feridas: análise das tendências em teses e dissertações. **Rev Enferm UFSM**, v. 5, n. 2, p. 387-395, 2015.

FERREIRA, A. M. et al. Conhecimento e prática de acadêmicos de enfermagem sobre cuidados com portadores de feridas. **Esc. Anna Nery (impr.)**, v.17, n. 2, p. 211-219, 2013.

GEOVANINI, T. et al. **Tratado de feridas e curativos: enfoque multiprofissional**. São Paulo: rideel, 2014.

JACONDINO, C.B. et al. Educação em serviço: qualificação da equipe de enfermagem para o tratamento de feridas. **CogitareEnferm**, v.15, n.2, p.314-318, 2010.

LEITE, A. P. et al. Uso e efetividade da papaína no processo de cicatrização de feridas: uma revisão sistemática. **Rev. GaúchaEnferm**, v.33, n. 3, p.198-207, 2012.

SANTOS, I. C. R. V. et al. Caracterização do atendimento de pacientes com feridas na Atenção Primária. **Rev. Rene**, v.15, n.4, p.613-20, 2014.

APLICAÇÃO DE PAPAÍNA EM PÓ EM DEISCÊNCIA DE FERIDA OPERATÓRIA INFECTADA

Andressa de Souza Tavares

Universidade do Estado do Rio de Janeiro
Hospital Universitário Pedro Ernesto, Rio de Janeiro- Rio de Janeiro

Dayse Carvalho do Nascimento

Universidade do Estado do Rio de Janeiro
Hospital Universitário Pedro Ernesto, Rio de Janeiro – Rio de Janeiro

Graciete Saraiva Marques

Universidade do Estado do Rio de Janeiro
Hospital Universitário Pedro Ernesto, Rio de Janeiro- Rio de Janeiro

Norma Valéria Dantas de Oliveira Souza

Universidade do Estado do Rio de Janeiro
Faculdade de Enfermagem
Rio de Janeiro – Rio de Janeiro

Priscila Francisca Almeida

Universidade do Estado do Rio de Janeiro
Hospital Universitário Pedro Ernesto, Rio de Janeiro – Rio de Janeiro

Patrícia Alves dos Santos Silva

Universidade do Estado do Rio de Janeiro
Faculdade de Enfermagem
Rio de Janeiro - Janeiro

Deborah Machado dos Santos

Universidade do Estado do Rio de Janeiro
Faculdade de Enfermagem
Rio de Janeiro – Rio de Janeiro

Rodrigo Costa Soares Savin

Universidade do Estado do Rio de Janeiro
Hospital Universitário Pedro Ernesto, Rio de Janeiro- Rio de Janeiro

RESUMO: Com o avanço da tecnologia na área da saúde, novas terapias tópicas vêm sendo incorporadas na prevenção e tratamento de feridas. Entre estas, a papaína se destaca por seu custo e benefício científico com ação desbridante enzimática, bactericida, bacteriostático, anti-inflamatório, estimula a força tênsil, e alinhamento das fibras de colágeno para obtenção de cicatrização uniforme. Pode ser utilizada em lesões com diferentes etiologias, faixas etárias e fases do processo de cicatrização. Objetivo: avaliar a aplicação da papaína em pó em deiscência de ferida operatória infectada. Método: Foram realizadas avaliação e evolução dos casos em unidade cirúrgica, em um hospital universitário do Rio de Janeiro, julho a agosto de 2017, acompanhados de registro fotográfico respeitando os aspectos éticos e legais da pesquisa. Considerando a necessidade de desbridamento e de estimular o crescimento de tecido de granulação, optou-se pelo uso da papaína em pó em diferentes concentrações associada ao soro fisiológico nas lesões. As lesões apresentaram diminuição gradativa do tecido desvitalizado, aumento de tecido de granulação e contração de bordas. As pacientes foram acompanhadas até epitelização completa, sem necessidade de reintervenção cirúrgica. Resultado: O processo cicatricial

ocorreu de forma plena com o tratamento tópico atribuído à atuação sistematizada e especializada do enfermeiro. Conclusão: A avaliação do enfermeiro associada a escolha da cobertura tópica adequada foi importante no tratamento, considerando efetividade e menor custo na epitelização da deiscência da ferida operatória infectada. Ressalta-se a necessidade de novos estudos para divulgar o conhecimento sobre o uso da papaína em feridas infectadas.

PALAVRAS-CHAVE: Papaína. Enfermagem. Deiscência de ferida operatória.

APPLICATION OF PAPAINE IN POWDER IN DEISCENCE OF OPERATIVE WOUND INFECTED IN A CRITICAL PATIENT

ABSTRACT: With the advancement of technology in the area of health, new topical therapies have been incorporated into the prevention and treatment of wounds. Among these, papain stands out for its cost and scientific benefit with enzymatic, bactericidal, bacteriostatic, anti-inflammatory, degrading action, stimulates tensile strength, and alignment of collagen fibers to achieve uniform healing. It can be used in lesions with different etiologies, age groups and stages of the healing process. Purpose: to evaluate the application of powdered papain in infected operative wound dehiscence. Method: The evaluation and evolution of the cases were carried out in a surgical unit, in a university hospital in Rio de Janeiro, from July to August 2017, accompanied by a photographic record respecting the ethical and legal aspects of the research. Considering the need for debridement and to stimulate the growth of granulation tissue, it was decided to use powdered papain in different concentrations associated with saline solution in the lesions. The lesions showed a gradual decrease of devitalized tissue, increase of granulation tissue and contraction of borders. The patients were followed up until complete epithelization, without the need for surgical reintervention. Result: The cicatricial process occurred in full with topical treatment attributed to the systematized and specialized performance of the nurse. Conclusion: The evaluation of the nurse associated with the choice of adequate topical coverage was important in the treatment, considering effectiveness and lower cost in the epithelization of the dehiscence of the infected operative wound. The need for further studies to disseminate knowledge about the use of papain in infected wounds is emphasized.

KEYWORDS: Papain. Nursing. Dehiscence of operative wound.

1 | INTRODUÇÃO

O cuidado com lesões de pele requer do profissional envolvido conhecimentos atualizados e intervenções que ofereçam ao paciente segurança e qualidade nos resultados, e ainda, representa um desafio interdisciplinar na área da saúde por gerar impacto socioeconômico e aumento do tempo de internação (GEOVANINI, 2014; NASCIMENTO, 2015).

Sabe-se que o gerenciamento e o cuidado com lesões de pele constituem uma das atividades importantes no cotidiano dos enfermeiros, onde o mesmo é responsável

pelo tratamento e prevenção de feridas, devendo, no contexto de suas competências profissionais, avaliar, prescrever os cuidados e tratamento mais adequado, orientar o paciente e/ou seus familiares, supervisionar a sua equipe na realização de curativos, possuir conhecimento científico e habilidades no manejo das lesões (GIANNINI; BLANK, 2014).

Dentre várias terapias tópicas existentes no mercado nacional e internacional no tratamento de lesões de pele, destaca-se a papaína.

RELEVÂNCIA DA PAPAÍNA

Com o avanço da tecnologia na área da saúde, novas terapias tópicas vêm sendo incorporadas para auxiliar no tratamento de lesões de pele. Na escolha do tratamento mais adequado em lesões de pele, os enfermeiros contam com diversas coberturas disponíveis atualmente no mercado. E, muitas coberturas vêm sendo utilizadas para o tratamento de feridas, dentre estas a papaína, que começou a ser usada no Brasil desde 1983 e após estudos de âmbito nacional e internacional teve sua efetividade reconhecida (LEITE et al., 2012).

A papaína provém do látex do fruto verde do mamoeiro (*Carica papaya*), encontrado comumente no Brasil. A extração do látex do mamão é feita por meio de uma incisão no fruto, no qual há liberação de um exsudato límpido, aquoso, sensível ao oxigênio e calor resultando uma mistura complexa de enzimas proteolíticas e peroxidases (MANSINI, 1986; LOPES, MASCARINI, BASTING, 2012; VELASCO, 2013).

A papaína é uma enzima muito empregada nas indústrias alimentícias, farmacêuticas e cosméticas, entre outras. A utilização da papaína no tratamento de feridas é uma prática bastante conhecida entre os profissionais de saúde em todo o mundo e teve seu uso em lesões introduzido no Brasil em 1983 (MONETTA, 1992; SILVA, ROGENSKI, 2010).

A papaína tem ação desbridante, antiinflamatória, atuando na contração de bordas de feridas, e ainda, pode ser usada nas diversas fases de cicatrização, com diferentes concentrações de acordo com o tipo de tecido da ferida com poder de seletividade devido a presença da antiprotease plasmática em sua composição, alfa1 antitripsina, que atua impedindo sua ação proteolítica em tecidos considerados saudáveis. Corroborando para seu uso, ainda tem-se outros fatores como baixo custo e facilidade de aplicação (COUTINHO, 2004, SILVA, ROGENSKI, 2010; LEITE et al., 2012).

As formas de apresentação da papaína foram aperfeiçoando-se ao longo dos anos. Na literatura, suas apresentações consistem na forma *in natura* (polpa do mamão verde), em pó, gel, creme associado à ureia e/ou clorofila e spray (sendo essas duas últimas apresentações não comercializadas no Brasil) (MANSINI, CALAMO, 1986; LEITE et al., 2012).

A associação da papaína com outras substâncias exige conhecimento do enfermeiro uma vez que a papaína é inativada ao reagir com agentes oxidantes como ferro, oxigênio, nitrato de prata, luz e calor. A fim de conservar a atividade proteolítica da papaína, foi evidenciado que em forma de apresentação em pó, o preparo para utilização deve ser feito imediatamente no momento da realização do curativo (COUTINHO, 2004; SOBENDE, SOBEST, 2008).

Um dos desafios para o uso da enzima é a manutenção de sua estabilidade, bem como sua aplicação e concentração adequada. Pelo fato de ser uma enzima que sofre fácil deterioração, a papaína deve ser mantida em lugar fresco, seco, protegido e ventilado (COUTINHO, 2004; MARQUES, NASCIMENTO, MONTEIRO, 2015).

A papaína em pó consiste em um pó amorfo, levemente higroscópico, branco ou branco acinzentado, solúvel em água, em solução que varia de incolor a amarela clara pouco opaca. E após preparação, a papaína transforma-se em um pó de coloração leitosa, com odor forte e característico, assemelhando-se ao enxofre (COUTINHO, 2004; FERREIRA, 2008; SOBENDE, SOBEST, 2010). A Sociedade Brasileira de Enfermagem em Dermatologia (SOBENDE) e a Associação Brasileira de Estomaterapia: Estomias, Feridas e Incontinências (SOBEST), em um Pronunciamento de 2008, recomendaram a suspensão do uso da papaína em pacientes que apresentam sinais de alergia e alertou para o risco do uso em pacientes que já possuem alergia ao látex, solicitando que os enfermeiros incluam no histórico de enfermagem a investigação sobre a ocorrência de alergias a componentes derivados do látex (SOBENDE, SOBEST, 2008).

Em 2002, em um estudo experimental com ratos foi evidenciado enfisema pulmonar após instilação de papaína (Fusco et al, 2002). Diante do elevado poder proteolítico, recomenda-se que a manipulação da papaína deva ocorrer com equipamentos de proteção individual (EPIs), como máscaras, óculos, e ainda, com ventilação adequada, a fim de evitar danos tanto para o profissional quanto para o paciente, decorrentes da inalação de suas partículas (FERREIRA, 2014).

2 | METODOLOGIA

Trata-se de um estudo de casos clínicos desenvolvido em uma unidade de internação de um hospital universitário localizado no município do Rio de Janeiro. Foram realizadas avaliação e evolução de dois casos no período de julho a agosto de 2017, respeitando os aspectos éticos e legais da pesquisa de acordo com a Resolução 466/12 sob o registro nº 2.013.490, CAAE: 66762717.0.0000.5259.

Caso 1: Mulher, 42 anos, casada, sem comorbidades, em pós operatório de abdominoplastia, hospitalizada há 10 dias. Evoluiu com infecção e deiscência de ferida operatória: pouco tecido de granulação, esfacelo e exsudato seroso abundantes, bordas irregulares e maceradas.

Caso 2: Mulher, 30 anos, solteira, hipertensa, submetida à cesariana, hospitalizada há 7 dias. Evoluiu com necrose e deiscência de ferida operatória: presença de tecido

de granulação friável, grande quantidade de esfacelo, exsudato serosanguinolento abundante.

3 | RESULTADOS E DISCUSSÃO

Foram realizadas avaliação e evolução dos casos. Considerando a necessidade de desbridamento e de estimular o crescimento de tecido de granulação, optou-se pelo uso da papaína em pó em diferentes concentrações, conforme a fase em que se encontrava a ferida, associada ao soro fisiológico 0,9% em ambos os casos. A realização do curativo consistiu em lavar a ferida com Soro Fisiológico 0,9%, aplicado a papaína em pó diretamente na lesão, de acordo com a concentração necessária para atendimento ao tipo de tecido. A seguir, colocava-se gaze umedecida com soro fisiológico 0,9%. E a seguir, ocluía-se com gaze seca e filme transparente. Com troca diária 1x/dia. Cabe ressaltar que durante todo tratamento as pacientes foram orientadas a proteger a ferida durante o banho para não haver contato com água e sabão.

Com 7 dias do tratamento proposto, as lesões apresentaram diminuição gradativa do tecido desvitalizado, aumento de tecido de granulação saudável e contração de bordas. As pacientes receberam alta hospitalar e foram encaminhadas ao ambulatório de Estomaterapia, sendo acompanhadas até epitelização completa (após 4 semanas), sem necessidade de reintervenção cirúrgica.

O processo cicatricial ocorreu de forma plena com sucesso do tratamento tópico atribuído à atuação sistematizada e especializada do enfermeiro estomaterapeuta com seu conhecimento científico sobre aplicação da papaína em pó em feridas infectadas.

4 | CONSIDERAÇÕES FINAIS

A avaliação do enfermeiro associada à escolha da cobertura tópica adequada foi importante no tratamento escolhido, considerando efetividade e menor custo, na epitelização da deiscência de ferida cirúrgica infectada proporcionando uma assistência segura e de qualidade ao paciente. Ressalta-se a necessidade de novos estudos para ampliar e divulgar o conhecimento sobre o uso da papaína em feridas infectadas.

REFERÊNCIAS

BORGES, E.L., SAAR, S.R.C., MAGALHÃES, M.B.B., GOMES, F.S.L., LIMA, V.L.A.N. **Feridas: como tratar**. 2ª. ed. Belo Horizonte: Coopmed, 2008.

COUTINHO, V.L. **Interação enfermeira-cliente e utilização de papaína associada ao silicato de magnésio: uma tecnologia de cuidado de feridas**. 2004. .Dissertação (Mestrado em enfermagem) - Faculdade de Enfermagem/UERJ; Rio de Janeiro, 2004.

FERREIRA, A.M. **O uso de papaína no tratamento de feridas**. In: **Malagutti, W. (Org). Curativos, estomias e dermatologia: uma abordagem multiprofissional**. 3 ed. São Paulo: Martinari, 2014.p. 135-146.

- FUSCO, L.B. et al. Modelo experimental de enfisema pulmonar em ratos induzido por papaína. **J Pneumol**, v. 28, n. 1, p.2-7, 2002.
- GEOVANINI, T. **Tratado de feridas e curativos**: enfoque multiprofissional. São Paulo: Editora Rideel, 2014. 512p.
- GIANNINI, T., BLANK, M. **Úlceras e feridas - a feridas têm alma** - Uma abordagem interdisciplinar do plano de cuidados e da reconstrução estética. Rio de Janeiro: Di Livros Editora, 2014. 864p.
- LEITE, A.P.; OLIVEIRA, B.G.R.B.; SOARES, M.F.; BARROCAS, D.L.R. Uso e efetividade da papaína no processo de cicatrização de feridas: uma revisão sistemática. **Rev Gaúcha Enferm**. v. 33, n. 3, p.198-207, 2012.
- LOPES, M.C.; MASCARINI, R.C.; BASTING, R.T. Métodos químico - mecânicos para a remoção do tecido cariado. **Arq Odontol**, Belo Horizonte, v. 48, n. 1, jan/mar 2012.
- MANDELBAUM, S.H.; DI SANTIS, E. P.; MANDELBAUM, M. H. S. Cicatrização: conceitos atuais e recursos auxiliares. Parte II. **Rev. Dermatol.**, Rio de Janeiro, v. 78, n. 5, p. 525-542, 2003.
- MARQUES, G.S.; NASCIMENTO, D.C.; MONTEIRO, A.P. Protocolo 4: Estomaterapia. In: Souza, R.D.; Assad, L.G.; Paz, A.F.D. (Org.) **Procedimentos Operacionais – padrão de Enfermagem. Volume II- Parte I**. São Paulo: Triunfal, 2015. p.142-146.
- MONETTA, L. A utilização de novos recursos em curativos num consultório de enfermagem. **Rev Paul Enferm**, v. 11, n. 1, p. 19-26, 1992.
- NASCIMENTO, D.C. et al. Critérios para escolha do tratamento tópico adequado. In: Souza, R.D.; Assad, L.G.; Paz, A.F.D. (Org.). **Rotinas hospitalares/Hospital Universitário Pedro Ernesto. vol. II. Procedimentos operacionais-padrão de enfermagem**. São Paulo: Triunfal, 2015. p. 142-146.
- SILVA, C.C.R.; ROGENSKI, N.M.B. Uso da papaína: conhecimento de enfermeiros em um hospital da cidade de São Paulo. **Rev Estima**, v. 8, n. 1, p. 12-17, 2010.
- SOCIEDADE BRASILEIRA DE ENFERMAGEM EM DERMATOLOGIA/ SOCIEDADE BRASILEIRA DE ESTOMATOTERAPIA. **Pronunciamento quanto ao uso da papaína**. [Internet]2008[citado 2010 set 29]. Disponível em: <http://www.sobest.org.br/pdf/pronunciamento.pdf> Acesso em: 01 Abr. 2019.
- VELASCO, M.V.R. **Desenvolvimento e padronização de gel contendo papaína para uso tópico**. 1993. 144f. Dissertação (Mestrado em Ciências Farmacêuticas de São Paulo) – Universidade de São Paulo, 1993.

AS PRINCIPAIS ORIENTAÇÕES PARA A REALIZAÇÃO DO REGISTRO DE ENFERMAGEM: UMA REVISÃO INTEGRATIVA

Melorie Marano de Souza

Graduanda em Enfermagem e Obstetrícia. Escola de Enfermagem Anna Nery da Universidade Federal do Rio de Janeiro (EEAN/UFRJ)

Maria Victória Leonardo da Costa

Graduanda em Enfermagem e Obstetrícia. Escola de Enfermagem Anna Nery da Universidade Federal do Rio de Janeiro (EEAN/UFRJ)

Maurício Cavalcanti-da-Silva

Graduando em Enfermagem e Obstetrícia. Escola de Enfermagem Anna Nery da Universidade Federal do Rio de Janeiro (EEAN/UFRJ)

Matheus Isaac A. de Oliveira

Graduando em Enfermagem e Obstetrícia. Escola de Enfermagem Anna Nery da Universidade Federal do Rio de Janeiro (EEAN/UFRJ)

Marta Sauthier

Enfermeira. Mestre e Doutora em Enfermagem Líder do grupo de pesquisa do Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq) – Ética e Enfermagem. Coordenadora do Grupo de Estudos em Ética e Bioética em Enfermagem (GEEBE). Professora Associada I do Departamento de Enfermagem Fundamental da Escola de Enfermagem Anna Nery (EEAN/UFRJ)

Priscilla Valladares Broca

Enfermeira. Especialista em Comunicação e Saúde pelo Instituto de Comunicação e Informação Científica em Saúde da Fundação Oswaldo Cruz (ICICT/Fiocruz). Mestre e Doutora em Enfermagem (EEAN/UFRJ). Professora Adjunta do Departamento de Enfermagem Fundamental da Escola de Enfermagem Anna

Nery (EEAN/UFRJ).

RESUMO: A padronização dos registros de enfermagem constitui-se como importante instrumento de melhorar a assistência e evitar erros; elencando a evolução de enfermagem como elemento primordial para a efetividade da Sistematização da Assistência de Enfermagem, devendo esta ser alvo permanente de atividades educativas, protocolos e manutenção de auditorias internas; para que com êxito seu resultado final seja a tomada de decisão clínica. Nesse contexto, o presente trabalho objetivou identificar nas bases de dados características que evidencie a importância dos registros de enfermagem. Trata-se de uma revisão de literatura. A busca foi realizada entre outubro a novembro de 2017 em que foram acessadas as bases de dados: Medical Literature Analysis and Retrieval System Online (MEDLINE), Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), Scientific Electronic Library Online (SciELO) e Banco de Dados em Enfermagem (BDENF). Tendo como questão norteadora de pesquisa: quais são as principais evidências que trazem a importância e principais orientações para a realização do registro de enfermagem? Foram utilizados os Descritores em Ciências da Saúde (DeCS): “Comunicação em Saúde”, “Processo

de Enfermagem” e “Registro de Enfermagem” e seus respectivos Medical Subjects Headings (MeSH); considerando os seguintes critérios de inclusão: ter como temática registro/anotações de enfermagem; publicações classificadas como artigos originais de pesquisa e revisões bibliográficas com no máximo cinco anos de publicação; divulgadas em língua portuguesa, inglesa e espanhola; e publicações completas com resumos disponíveis. Os critérios de exclusão foram: editoriais, cartas aos editores, estudos reflexivos, bem como, estudos que não abordassem a temática relevante ao objetivo do presente trabalho. A amostra final foi de oito artigos originais de pesquisa. Com prevalência nos anos de 2012 e 2013. Em geral, os artigos sinalizam a relevância dos registros de enfermagem na clínica, na segurança jurídica e nas auditorias. Além disso, os registros de enfermagem são tratados como indicadores da qualidade da assistência prestada. Entretanto, os artigos revelam sua falta de informações e de qualidade, retratando, assim, a baixa eficiência ou a inexistência de um padrão. A partir disso, identifica-se a importância do registro de enfermagem, reforçando assim, o poder e o valor que o mesmo aduz. Os registros devem ser feitos de forma clara e legível, onde todos os profissionais consigam compreender e se comunicar, visando à continuidade dos cuidados de enfermagem. Assim, a comunicação em saúde e o registro de enfermagem ocasionam grandes impactos e estão diretamente ligados.

PALAVRAS-CHAVE: Comunicação em Saúde, Processo de Enfermagem, Registro de Enfermagem.

ABSTRACT: The standardization of nursing records is an important tool to improve care and avoid errors; by listing the nursing evolution as a primary element for the effectiveness of Nursing Care Systematization, which should be a permanent target of educational activities, protocols and maintenance of internal audits; so that the final outcome is clinical decision-making. In this context, the present work aimed to identify in the data bases characteristics that evidences the importance of the nursing records. This is a literature review. The search was carried out between October and November of 2017 in which the databases were accessed: Medical Literature Analysis and Retrieval System Online (MEDLINE), Latin American and Caribbean Literature in Health Sciences (LILACS), Scientific Electronic Library Online (SciELO) and Database of Nursing (BDENF). Having as a guiding question of research: what are the main evidences that bring the importance and main orientations for the accomplishment of the nursing record? We used the Medical Subjects Headings (MeSH): “Communication in Health”, “Nursing Process” and “Nursing Record” and their respective Health Sciences Descriptors (DeCS); considering the following inclusion criteria: to have nursing record / annotations; publications classified as original research articles and bibliographic reviews with a maximum of five years of publication; published in Portuguese, English and Spanish; and full publications with abstracts available. The exclusion criteria were: editorials, letters to editors, reflective studies, as well as studies that did not address the theme relevant to the objective of the present study. The final sample consisted of eight original research articles. With prevalence in the years 2012 and 2013. In general, the articles indicate the relevance of nursing records in clinical practice, legal

security and audits. In addition, nursing records are treated as indicators of the quality of care provided. However, the articles reveal their lack of information and quality, thus portraying the low efficiency or lack of a standard. From this, the importance of the nursing record is identified, thus reinforcing the power and the value that it presents. Records must be made in a clear and readable form, where all professionals can understand and communicate, aiming at the continuity of nursing care. Thus, health communication and nursing registration have great impacts and are directly linked.

KEYWORDS: Communication in Health, Nursing Process, Nursing Registry.

INTRODUÇÃO

A enfermagem é uma profissão que depende de informações precisas, por isso torna-se importante, ao processo de cuidar, entender os registros de enfermagem, quanto a maneira que são redigidos, para que possam subsidiar pesquisas, auditorias, comunicações entre a equipe, dados estatístico e tomadas de decisões. São registros de enfermagem todo registro da equipe de enfermagem em relação à assistência prestada (FERREIRA, 2009).

Tais registros tem grande representatividade, pois representam metade dos registros feitos no prontuário do paciente e têm função de partilhar dados, não só entre os membros da equipe de enfermagem, mas com a equipe multidisciplinar (CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM, 2015).

O uso da Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE), nos registros, para a obtenção de informações é extremamente importante, pois é um indicador da implementação da assistência, indicando ações e ocorrências. O registro deve trazer o máximo de informações quanto o estado de saúde dos indivíduos, que estão sob a responsabilidade dos profissionais de enfermagem, incluindo procedimentos, necessidades e queixas. A portaria 529/2013, que institui o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP), traz como estratégia de implementação do PNSP a elaboração e apoio à implementação de protocolos, guias e manuais de segurança do paciente. Por outro lado, a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA), através da RDC 36/2013(estabelece a obrigatoriedade da implementação dos protocolos de segurança do paciente nas instituições de saúde). Portanto, através do registro de enfermagem no prontuário pode-se investigar o cumprimento ou não das normas estabelecidas pelo órgão regulamentador vigente, onde estes registros servem como objeto ético-legal para o subsídio profissional e para os receptores dos cuidados.

METODOLOGIA

Trata-se de um estudo descritivo de revisão de literatura de natureza qualitativa em que se delimitaram as seguintes etapas a serem consideradas: 1. Identificação do problema ou da temática (elaboração da pergunta norteadora, estabelecimento

de descritores e dos critérios de inclusão e exclusão de artigos para a revisão); 2. Amostragem; 3. Categorização dos estudos; 4. Definição das informações a serem extraídas dos trabalhos revisados; 5. Análise e discussão a respeito das tecnologias usadas/desenvolvidas; 6. Síntese do conhecimento evidenciado nos artigos analisados e a apresentação da revisão integrativa (MENDES, SILVEIRA e GALVÃO, 2008; SOUZA, SILVA e CARVALHO, 2010).

Estabeleceu-se a seguinte pergunta norteadora: “Quais são as principais evidências que trazem a importância e principais orientações para a realização do registro de enfermagem?”. Os critérios de inclusão adotados pelo presente estudo foram: a publicação ter como temática registro/anotações de enfermagem; publicações classificadas como artigos originais de pesquisa e revisões bibliográficas com no máximo cinco anos de publicação, divulgadas em língua portuguesa, inglesa e espanhola; publicações completas com resumos disponíveis e indexados na base de dados: MEDLINE, LILACS, SciELO e BDEFN. Foram excluídos os editoriais, as cartas aos editores, estudos reflexivos, bem como estudos que não abordassem a temática relevante ao objetivo desta revisão.

A pesquisa na base de dados foi realizada entre os meses de outubro e novembro do ano de 2017 e foi utilizada a terminologia em saúde consultada nos Descritores em Ciências da Saúde (DECS) e no Medical Subjects Headings (MeSH), pelos quais se identificaram os seguintes descritores: Comunicação em Saúde (Health Communication/Comunicación en Salud), que significa (I) a transferência de informação dos peritos na área de medicina e saúde pública para os pacientes e o público. Estudo e uso de tecnologias de comunicação para informar e influenciar decisões individuais e comunitárias que promovem a saúde (MeSH); (II) É disponibilizar para a população informação sobre promoção, prevenção e assistência à saúde (DECS/SP2). Processo de Enfermagem (Nursing process/Proceso de Enfermería), que significa a reunião de todas as atividades de enfermagem que incluem diagnóstico (identificação de necessidades), intervenção (prestação de cuidados) e avaliação (efetividade dos cuidados prestados). Registro de Enfermagem (Nursing Records/Registro de Enfermería), que são os apontamentos feitos por enfermeiras relativos aos cuidados de enfermagem prestados ao paciente incluindo avaliação do progresso deste.

O quantitativo de artigos encontrados nas quatro bases de dados supracitadas utilizando-se as palavras-chave anteriormente mencionadas foi de 09 artigos, com a associação dos termos ao operador booleano “AND” surgiram quantitativos de artigos para as seguintes combinações: I. Comunicação em Saúde AND Processo de Enfermagem, com 4 artigos incluídos; II. Comunicação em Saúde AND Registro de Enfermagem, com 5 artigos incluído; nesse expressar de raciocínio, III. Processo de Enfermagem AND Registro de Enfermagem e IV. Comunicação em Saúde AND Processo de Enfermagem AND Registro de Enfermagem obtiveram ausência de artigos inclusos pois, os artigos que poderiam ser inclusos resultantes da busca com

esses descritores foram obtidos anteriormente com a busca I e II.

As referências foram examinadas mediante o preenchimento de formulários para posterior análise em consideração aos seguintes aspectos do estudo: Identificação do estudo (título do artigo, título do periódico, autores, ano de publicação); revista científica e caracterização metodológica do estudo (tipo de publicação, público alvo do estudo).

Sendo assim, após o percurso metodológico descrito, foram selecionados os artigos que contemplavam a pergunta norteadora do presente trabalho, bem como, os que atendiam os critérios de inclusão previamente estabelecidos, onde também, respeitamos os aspectos éticos relativos à realização de pesquisa científica.

RESULTADOS

1 | ARTIGOS PROVENIENTES DA BUSCA: “COMUNICAÇÃO EM SAÚDE” AND “PROCESSO DE ENFERMAGEM”

Autor	Principal Achado	Periódico
Leitão <i>et al.</i> , 2013	Sugere incentivo à comunicação eficaz de eventos adversos relacionados ao cuidado de enfermagem, o que pode ser garantido por meio de registro e monitoramento dos riscos na prática diária do enfermeiro, como medida de fortalecimento da cultura de segurança e da qualidade, gerando satisfação aos profissionais e pacientes.	Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste
Pereira <i>et al.</i> , 2016	Os resultados indicam que tecnologias que forneçam um quadro de informação pré-determinado para registro de coleta de dados por meio de <i>check list</i> e roteiros de decisão terapêutica pré-determinados para prescrição de enfermagem parecem favorecer o registro destas etapas do PE.	Revista Eletrônica de Enfermagem
Gimniz <i>et al.</i> , 2013	A quantidade de informações que podem ser obtidas por meio dos registros visuais é inúmera e possibilita ao enfermeiro planejar sua assistência, identificar as necessidades prioritárias do paciente ou do processo de trabalho de modo geral e colaboram para melhor utilização dos recursos envolvidos. Além disso, serve de registro da evolução de uma assistência prestada, podendo ser utilizada como referência para posteriores práticas de um mesmo contexto. A fotografia mostra-se como importante ferramenta de prática em enfermagem, não apenas de modo técnico, como se evidencia em sua larga utilização no tratamento de feridas, mas ainda em outros aspectos, como a organização do processo de trabalho, o registro de sentimentos e percepções de clientes e acompanhantes, fato este às vezes não visualizado pela comunicação verbal.	Ciencia y Enfermería

2 | ARTIGOS PROVENIENTES DA BUSCA: “COMUNICAÇÃO EM SAÚDE” AND “REGISTRO DE ENFERMAGEM”

Autor	Principal Achado	Periódico
Azevedo <i>et al.</i> , 2012	Percebeu-se que os registros proporcionam a descrição da evolução do paciente e de seu tratamento, fornecendo material para pesquisas de determinadas doenças e suas manifestações, além de subsidiarem a “busca ativa” nas investigações epidemiológicas. Além de servirem também como fonte de dados em auditorias, sejam voltadas ao aspecto financeiro ou à qualidade da assistência, e ainda, na educação de profissionais da saúde, pois, permitem a elaboração de estudos de caso, uma vez que possuem todas as informações pertinentes ao paciente	Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste
Barral <i>et al.</i> , 2012	Reforça a importância de qualificar os registros de enfermagem como subsídio para o ensino, auditoria, pesquisa e de defesa legal e, principalmente, ser um instrumento indicador de qualidade.	Revista Mineira de Enfermagem
Caveião <i>et al.</i> , 2014	Os resultados obtidos apontam a necessidade de reflexão acerca dos desafios enfrentados no cotidiano desses profissionais, com vistas a uma melhor documentação das ações e intervenções realizadas pela equipe de enfermagem, visto que constituem o reflexo do trabalho desenvolvido, em que a omissão de informações pode trazer sérias consequências judiciais, tanto para o profissional como para a instituição e o cliente.	Revista de Enfermagem da UFSM
Seignerlati <i>n et al.</i> , 2013	Levanta considerações que são necessárias avaliações periódicas das anotações de enfermagem e discussões sobre os resultados encontrados com toda a equipe de modo a ressaltar a sua importância, oferecendo-lhes capacitação e orientação para que a atividade de registrar a assistência prestada, fundamentada nas normas da legislação e literatura, seja um hábito em seu trabalho cotidiano.	Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste

Da Costa <i>et al.</i> , 2013	Tendo em vista esses resultados, fica evidente que a equipe de enfermagem da instituição pesquisada necessita de intervenções que proponham uma melhoria na eficiência, eficácia e efetividade da assistência, com base em uma educação continuada e permanente que vise prepará-los para atuarem com vistas à segurança do paciente. Além disso, também se faz necessária a discussão sobre as questões epistemológicas e filosóficas sobre o cuidar, proporcionando uma visão holística do indivíduo aliada a uma prática assistencial de qualidade no tocante às questões subjetivas do ser humano. Para tanto, é importante o apoio de toda a equipe do hospital, permitindo que a enfermagem se estabeleça enquanto profissão indispensável ao cuidado, mostrando sua capacidade com base nos resultados que poderão ser obtidos com as providências necessárias ao atendimento.	Revista Baiana de Enfermagem
-------------------------------	---	------------------------------

Tendo em vista os artigos selecionados, observou-se que os mesmos contemplavam a análise da qualidade dos registros de enfermagem, os elementos intervenientes e seu impacto na assistência prestada aos clientes. No que diz respeito à metodologia, observou-se uma predominância de estudos descritivos exploratórios. Os principais cenários de investigação foram hospitais, onde os estudos foram desenvolvidos por meio de entrevistas aos profissionais de enfermagem envolvidos na assistência e por meio de análise de prontuários, que foram as bases documentais analisadas.

DISCUSSÃO

Os registros têm como finalidades o compartilhamento de informações entre a equipe de saúde, relativas à assistência prestada; fonte de subsídio para avaliação da assistência; servir como documento legal, tanto para a equipe de saúde envolvida nos cuidados, como para o cliente; além disso, servem de base para ensino e pesquisa.

Seguindo-se tais referências, observou-se na maior parte dos estudos que os profissionais de enfermagem atribuem fundamental importância ao registro, de forma que o mesmo é tido como documento legal, e está diretamente ligado à qualidade da assistência prestada, servindo como principal instrumento de comunicação dos profissionais envolvidos na assistência à saúde, além de servirem de subsídio para ensino e pesquisa. Entretanto, constatou-se que, apesar disto, os registros de enfermagem apresentavam diversos déficits.

No estudo de BARRETO (2016), foram observadas inconsistências na identificação do autor do registro, ausência do horário da tarefa realizada, letras

ilegíveis, erros de ortografia, terminologia incorreta, uso de siglas não padronizadas, além de rasuras e uso de corretivo.

Além disso, no estudo de SEIGNERMARTIN (2013), evidencia-se que a ausência de registros das ações efetivamente realizadas pelo enfermeiro e equipe demonstra a falta de visibilidade do trabalho cotidiano, fato que, muitas vezes não reflete a realidade da atenção prestada às usuárias.

Muitos profissionais de saúde relatam dificuldades relativas ao registro em decorrência da rotina de trabalho, o que, segundo o estudo de CAVEIÃO (2014), gera a limitação da comunicação escrita, substituída muitas vezes pela comunicação verbal e, portanto, o registro torna-se majoritariamente composto por procedimentos técnicos de enfermagem, segundo DA SILVA (2016).

De acordo com FRANCO (2015), as anotações realizadas pelos diversos membros da equipe de enfermagem têm sido alvo de estudos e críticas. Não obstante, a falta de infraestrutura adequada para atuação do enfermeiro em muitas instituições, associada à demanda crescente dos serviços de saúde, fazem com que o cumprimento dos quesitos inerentes aos padrões de qualidade do cuidado sejam preterido.

LEITÃO (2013) salienta que um registro adequado de enfermagem é primordial para garantir a segurança do paciente, sendo também fonte de dados para análise da ocorrência de eventos adversos, porém, sabe-se que é frequente a subnotificação desses eventos, que está associado ao medo de punição por parte dos profissionais, que mesmo aqueles que notificam, registram o termo “erro” ao invés de “evento adverso”.

Nota-se assim que é necessária uma aproximação de todos os profissionais da equipe aos conteúdos e taxonomia da Segurança do Paciente, pois é de extrema importância que haja uma linguagem universal na comunicação para que todos compreendam da maneira adequada. (LEITÃO *et al.*, 2013)

Outro problema apontado quanto aos registros de enfermagem é encontrado no estudo de CARNEIRO (2016) que identifica a utilização de abreviaturas nos registros. Na instituição onde foi realizado o estudo existe a padronização institucional de abreviaturas, porém eram mais frequentes apenas em uma unidade.

Sabendo da importância do registro de enfermagem e que todos ao ler devem compreender o que está escrito, é necessário a não utilização de abreviaturas não padronizadas, pois diminuiu a qualidade do mesmo e podem colocar em perigo a segurança do paciente.

Diante dessas falhas nos registros de enfermagem, SILVA (2012), ressalta a importância de um instrumento padronizado para coleta de dados, que facilita a implementação da primeira etapa do processo de enfermagem, deixa o registro organizado e coleta informações imprescindíveis ao planejamento, execução e avaliação do cuidado profissional de enfermagem prestado ao paciente.

Diante da evolução quanto as anotações de enfermagem, nasce-se a necessidade da informatização da documentação de enfermagem, sabendo que as

tecnologias de informação e comunicação em Enfermagem fornecem instrumentos para melhorar o cuidado em saúde por vincular eletronicamente avaliações, intervenções e resultados e apoiar o processo decisório. (PERES *et al.*, 2012)

Cabe destacar, no entanto, que frente às mudanças tecnológicas que as instituições de saúde estão aderindo, novas competências e habilidades serão exigidas dos profissionais, assim como novas políticas institucionais deverão ser empregadas. Apesar dos sistemas de informação baseados em ferramentas computacionais facilitarem os registros, também é necessário que o hospital tenha a infraestrutura adequada para esta inovação (RIBEIRO *et al.*, 2014).

No estudo de PEREIRA (2016) nota-se que a instituição de pesquisa possuíam poucos computadores e de baixo desempenho em local inadequado; havia queda frequente de conexão dos computadores com o servidor principal do hospital, impossibilitando o uso dos sistemas informatizados; as impressoras apresentavam defeitos constantes, além da falta frequente de cartucho de tinta para impressão. Ou seja, para implementar de maneira adequada a padronização do registro de enfermagem, é necessário que os profissionais e a instituição estejam preparados e atualizados.

Parte dos artigos, mostraram que a implementação de Software para a realização dos registros de enfermagem e da equipe de saúde, contribui para a redução de falhas. Um dos problemas mais evidenciados no registro manual é o não entendimento da caligrafia. Por outro lado, os registros incompletos consistiam em grande parte dos problemas, pois caracterizam a má qualidade da assistência.

Em MEDEIROS (2015), há a discussão da implementação de um sistema informatizado, pois esse permite uma melhor assistência, pois exige o cumprimento de todas as etapas do processo de enfermagem, impactando, assim, no melhor desenvolvimento e adesão da sistematização da assistência de enfermagem. Além disso, ressalta que a informática é usada de encontro das necessidades do enfermeiro. Uma das maiores necessidades dos enfermeiros, segundo o autor, é o tempo. Com isso, a informatização dos registros implicam também na otimização do processo de enfermagem, visto que facilitam a leitura, acessibilidade e registro dos dados.

No trabalho de ORO (2013), que versa sobre os registros das ações de enfermagem e as intercorrências, após demonstrar a carência de informações nos registros. Segundo os autores, ao fazer anotações de enfermagem fidedignas, acerca das condições de saúde dos sujeitos hospitalizados, há a colaboração para a continuidade do cuidado.

Ademais, alguns estudos apontam que há uma predominância da ausência dos fatores sociais e psicoemocionais dos clientes em seus registros, que segundo COLAÇO (2015), permite inferir que os enfermeiros ao valorizarem os aspectos físicos em detrimento dos psicossociais, revelam a dificuldade nessa abordagem deixando de oferecer um cuidado que contemple as várias dimensões do ser humano independente do contexto de cuidado.

Além disso, tal prática vai de encontro às práticas dos cuidados de enfermagem, que devem priorizar o ser em sua individualidade e integralidade, contemplando uma atenção que seja direcionada ao indivíduo e suas necessidades individuais, caracterizando, assim, um cuidado integral e holístico.

CONCLUSÃO

O presente estudo mostrou que as anotações de enfermagem, de uma forma geral, apresentam muitos problemas, tais como erros de ortografia, uso de siglas não padronizadas, rasuras, letras ilegíveis, e registros incompletos. Esse último tende a ser ainda mais importante, pois uma vez que essas informações não são registradas em prontuário tendem a ser transmitidas oralmente, propiciando de forma mais intensa a ocorrência de erros.

Outro aspecto relevante é a tendência dos profissionais de enfermagem registrarem mais dados físicos do paciente, desconsiderando dados subjetivos e que englobam a saúde do mesmo como um todo. A justificativa para esses tipos de conduta passam muitas vezes por sobrecarga de trabalho, aliados a sistemas de registro pouco práticos, como adoção de prontuários manuais, que passam pela barreira do entendimento da caligrafia, possibilidade de espaços em branco e rasuras.

Em vista da situação apresentada, conclui-se que há uma necessidade de reforço, ainda no processo formação desses profissionais, quanto a importância das anotações de enfermagem, de forma a valorizar a profissão, dar seguridade ao paciente e ter respaldo legal em situações advindas da assistência.

Em suma, este traz contribuições para todos os envolvidos na prestação de cuidados de saúde e aos receptores. A melhora da comunicação entre profissionais de turnos e campos de saberes diferente permite um melhor entendimento do usuário que está sendo atendido e de sua terapêutica, contribuindo para o empoderamento dos profissionais. Há, ainda, com este estudo, a caminhada para atingir, diretamente, uma das metas internacionais de segurança do paciente.

REFERÊNCIAS

AGUIAR, Letícia Lima et al. ENFERMAGEM E METAS INTERNACIONAIS DE SEGURANÇA: AVALIAÇÃO EM HEMODIÁLISE. *Cogitare Enfermagem*, [s.l.], v. 22, n. 3, p.1-9, 29 ago. 2017. Universidade Federal do Paraná. <<http://dx.doi.org/10.5380/ce.v22i3.45609>>. Disponível em: <http://www.saude.ufpr.br/portal/revistacogitare>>. Acesso em: 23 nov. 2017.

AZEVEDO, Lorena Mara Nóbrega de et al. A VISÃO DA EQUIPE DE ENFERMAGEM SOBRE SEUS REGISTROS. *Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste*, [S.], v. 1, n. 13, p.64-73, 2012. Bimestral. Disponível em: <<http://www.periodicos.ufc.br/rene/issue/view/306>>. Acesso em: 23 nov. 2017.

Brasil. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Resolução RDC nº 36, de 25 de julho de 2013. Institui ações para a segurança do paciente em serviços de saúde e dá outras providências. *Diário Oficial da República Federativa do Brasil*, Brasília (DF), 2013 jul 26; Seção 1:32

CARDOSO, Allana Raphaela dos Santos. Instrumento para aplicação do processo de enfermagem para pacientes hospitalizados em unidades cardiológicas: um estudo quase-experimental. 2016. 72 f. Dissertação (Mestrado) - Curso de Enfermagem, Universidade Federal Fluminense, Niterói, 2016. Disponível em: <<https://app.uff.br/riuff/handle/1/1714>>. Acesso em: 23 nov. 2017

CARNEIRO, Sylvia Miranda et al. Uso de abreviaturas nos registros de enfermagem em um hospital de ensino. Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste, [s.i.], v. 2, n. 17, p.208-216, Mar-Abr 2016. Bimestral. Disponível em: <<http://periodicos.ufc.br/rene/article/view/3001>>. Acesso em: 23 nov. 2017.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM (Brasília-DF). Guia de Recomendações para registros de enfermagem no prontuário do paciente, disponível para consulta no sítio eletrônico do Conselho Federal de Enfermagem. 2016. Disponível em: <<http://www.cofen.gov.br/wp-content/uploads/2016/06/RESOLU%C3%87%C3%83O-COFEN-N%C2%BA-0514-2016-GUIA-DE-RECOMENDA%C3%87%C3%95ES-vers%C3%A3o-web.pdf>>. Acesso em: 23 nov. 2017.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. Constituição (1988). Resolução nº 429, de 30 de maio de 2012. Resolução Cofen Nº 429/2012: Dispõe sobre o registro das ações profissionais no prontuário do paciente, e em outros documentos próprios da Enfermagem, independente do meio de suporte. DISTRITO FEDERAL, BRASÍLIA, 8 jun. 2012.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. Resolução nº 358 de 27 de agosto de 2012. Dispõe sobre a Sistematização da Assistência de Enfermagem e a implementação do Processo de Enfermagem em ambientes, públicos ou privados, em que ocorre o cuidado profissional de Enfermagem, e dá outras providências. DISTRITO FEDERAL, BRASÍLIA, 15 out. 2009

COSTA, Theo Duarte da; BARROS, Adriana Gonçalves de; SANTOS, Viviane Euzébia Pereira. Registros da equipe de enfermagem em unidade de terapia intensiva. Revista Baiana de enfermagem, 27(3)set.-dez. 2013. Disponível em: <<https://revistas.ufg.br/fen/article/view/35135/20968>>. Acesso em: 23 nov. 2017.

DAINESI, Sonia Mansoldo; NUNES, Denise Batista. Procedimentos operacionais padronizados e o gerenciamento de qualidade em centros de pesquisa. Rev. Assoc. Med. Bras., São Paulo , v. 53, n. 1, p. 6, Feb. 2007. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-42302007000100005&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 27 Nov. 2017.

DE MEDEIROS LIMA, Luciana; RIBEIRO SANTOS, Sérgio. Protótipo de um software para registro de enfermagem em unidade de terapia intensiva neonatal. Aquichán, Bogotá , v. 15, n. 1, p. 31-43, Jan. 2015 j. Disponível em <http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1657-59972015000100004&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 26 Nov. 2017.

FERREIRA, Tânia S et al . Auditoria de enfermagem: o impacto das anotações de enfermagem no contexto das glosas hospitalares. Aquichan, Bogotá , v. 9, n. 1, p. 38-49, Jan. 2009. Disponível em <http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1657-59972009000100004&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 17 Abr. 2019.

FRANCO, Maria Teresa Gomes; AKEMI, Elizabeth Nishio; D'INOCENTO, Maria. Avaliação dos registros de enfermeiros em prontuários de pacientes internados em unidade de clínica médica. Acta paul. enferm., São Paulo , v. 25, n. 2, p. 163-170, 2012 . Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-21002012000200002&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 27 Nov. 2017.

GIMENIZ GALVAO, Marli Teresinha et al . USO DA FOTOGRAFIA NO PROCESSO DO CUIDAR: TENDÊNCIAS DAS AÇÕES DE ENFERMAGEM. Cienc. enferm., Concepción , v. 19, n. 3, p. 31-39, 2013 . Disponível em <https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-95532013000300004&lng=es&nrm=iso>. Acesso em 17 nov. 2017.

LEITÃO, Ilse Maria Tigre de Arruda et al. Análise da comunicação de eventos adversos na perspectiva de enfermeiros assistenciais. Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste nov.-dez. 2013.ISSN online 2175-6783. Disponível em: <http://www.revenf.bvs.br/scielo.php?script=sci_issue&pid=11517-

3852&Ing=es&nrm=iso>. Acesso em: 23 nov. 2017.

LEITÃO, Ilse Maria Tigre de Arruda et al. Análise da comunicação de eventos adversos na perspectiva de enfermeiros assistenciais. *Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste*, [s.l.], v. 14, n. 6, p.1073-1083, 2013. Bimestral. Disponível em: <<http://www.periodicos.ufc.br/rene/article/view/3713/2933>>. Acesso em: 26 nov. 2017.

LIMA, Ana Paula Souza; CHIANKA, Tânia Couto Machado; TANNURE, Meire Chucre. Assessment of nursing care using indicators generated by software. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*, Ribeirão Preto, v. 23, n. 2, p. 234-241, Apr. 2015. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692015000200008&Ing=en&nrm=iso>. Acesso em 29 Nov. 2017.

MATSUDA, Laura Misue et al. Anotações/registros de enfermagem: instrumento de comunicação para a qualidade do cuidado? *Revista Eletrônica de Enfermagem*, [S.l.], v. 3, n. 8, p.0-0, 2006. Quadrimestral. Disponível em: <http://www.fen.ufg.br/revista/revista8_3/v8n3a12.htm>. Acesso em: 23 nov. 2017.

MEDEIROS LIMA, Luciana; RIBEIRO SANTOS, Sérgio. Protótipo de um software para registro de enfermagem em unidade de terapia intensiva neonatal. *Aquichán*, Bogotá, v. 15, n. 1, p. 31-43, Jan. 2015. Disponível em <http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1657-59972015000100004&Ing=en&nrm=iso>. Acesso em 23 Nov. 2017.

PEREIRA, Raphael Brandão; COELHO, Maria Alice; BACHION, Maria Márcia. Tecnologias de informação e registro do processo de enfermagem: estudo de caso em UTI neonatal. *Revista Eletrônica de Enfermagem*, Goiânia, v. 18, mar. 2016. ISSN 1518-1944. Disponível em: <<https://revistas.ufg.br/fen/article/view/35135/20968>>. Acesso em: 23 nov. 2017.

PEREIRA, Raphael Brandão; COELHO, Maria Alice; BACHION, Maria Márcia. Tecnologias de informação e registro do processo de enfermagem: estudo de caso em UTI neonatal. *Revista Eletrônica de Enfermagem*, [s.l.], v. 18, n. 0, p.0-0, 31 mar. 2016. Universidade Federal de Goiás. <http://dx.doi.org/10.5216/ree.v18.35135>. Disponível em: <<https://revistas.ufg.br/fen/article/view/35135/20968>>. Acesso em: 26 nov. 2017

PERES, Heloisa Helena Ciqueto et al. Avaliação de sistema eletrônico para documentação clínica de enfermagem. *Acta paul. enferm.*, São Paulo, v. 25, n. 4, p. 543-548, 2012. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-21002012000400010&Ing=en&nrm=iso>. Acesso em 27 Nov. 2017.

RIBEIRO, Janara Caroline et al. Informatização da Sistematização da Assistência de Enfermagem: avanços na gestão do cuidado. *J Health Inform*, [s.l.], v. 6, n. 3, p.75-80, 2014. Trimestralmente. Disponível em: <<http://www.jhi-sbis.saude.ws/ojs-jhi/index.php/jhi-sbis/article/view/296/199>>. Acesso em: 23 nov. 2017.

ROQUE, Keroulay Estebanez; MELO, Enirtes Caetano Prates. Adaptação dos critérios de avaliação de eventos adversos a medicamentos para uso em um hospital público no Estado do Rio de Janeiro. *Rev. bras. epidemiol.*, São Paulo, v. 13, n. 4, p. 607-619, Dec. 2010. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-790X2010000400006&Ing=en&nrm=iso>. Acesso em 17 nov. 2017

SEIGNEMARTIN, Beatriz Araújo et al. Avaliação da qualidade das anotações de enfermagem no pronto atendimento de um hospital escola. *Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste*, [s.l.], v. 14, n. 6, 2013. Bimestral. Disponível em: <<http://www.periodicos.ufc.br/rene/article/view/3724/2944>>. Acesso em: 26 nov. 2017.

SETZ, Vanessa Grespan; D'INNOCENZO, Maria. Avaliação da qualidade dos registros de enfermagem no prontuário por meio da auditoria. *Acta paul. enferm.*, São Paulo, v. 22, n. 3, p. 313-317, June 2009. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-21002009000300012&Ing=en&nrm=iso>. Acesso em 30 Nov. 2017.

SILVA, Rudval Souza da et al. Elaboração de um instrumento para coleta de dados de paciente crítico: histórico de enfermagem. Revista Enfermagem Uerj, Rio de Janeiro, p.267-273, abr. 2012. Bimestral. Disponível em: <<http://www.facenf.uerj.br/v20n2/v20n2a21.pdf>>. Acesso em: 26 nov. 2017

VENTURINI, Daniele Aparecida; MARCON, Sonia Silva. Anotações de enfermagem em uma unidade cirúrgica de um hospital escola. Rev. bras. enferm., Brasília, v. 61, n. 5, p. 570-577, out. 2008. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672008000500007&lng=pt&nrm=iso>. acessos em 27 nov. 2017

VERÍSSIMO, Regina Célia Sales Santos; MARIN, Heimar de Fátima. Protótipo de sistema de documentação em enfermagem no puerpério. Acta paul. enferm., São Paulo, v. 26, n. 2, p. 108-115, 2013. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-21002013000200002&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 27 Nov. 2017.

WALTER, Rossana da Rosa et al. Procedimento operacional padrão no ambiente hospitalar: percepção de enfermeiros. Revista de Pesquisa: Cuidado é Fundamental Online, [s.l.], v. 8, n. 4, p.5095-5100, 4 out. 2016. Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro UNIRIO. <http://dx.doi.org/10.9789/2175-5361.2016.v8i4.5095-5100>. Disponível em: <<http://www.seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/download/4413/pdf>>. Acesso em 27 Nov. 2017.

ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM AOS IDOSOS COM TRANSTORNOS DEPRESSIVOS

Rosana Franciele Botelho Ruas

Faculdade Santo Agostinho de Montes Claros
Departamento de Enfermagem
Montes Claros – Minas Gerais

Dihenia Pinheiro de Oliveira

Faculdade Santo Agostinho de Montes Claros
Departamento de Enfermagem
Montes Claros – Minas Gerais

Gabryela Gonçalves Segoline

Faculdade Santo Agostinho de Montes Claros
Departamento de Enfermagem
Montes Claros – Minas Gerais

Gabriel Silvestre Minucci

Universidade Federal de São João del Rei
Departamento de Medicina
São João del Rei – Minas Gerais

Carla Silvana de Oliveira e Silva

Universidade Estadual de Montes Claros
Departamento de Enfermagem
Montes Claros – Minas Gerais

Luís Paulo Souza e Souza

Universidade Federal de São João del Rei
Departamento de Medicina
São João del Rei – Minas Gerais

em Saúde, Scielo e Portal Capes, utilizando os descritores: Intervenções de Enfermagem, Idosos, Depressão; considerando artigos ou trabalhos em anais disponíveis na íntegra gratuitamente e online, publicados entre 2005 e 2018, em português. **Resultados:** Foram selecionados 13 artigos. As intervenções foram agrupadas por temas com foco em ações realizadas pela enfermagem no combate a depressão nos idosos como: incentivo a prática de atividades físicas e de lazer, inserção social e convívio com os familiares, o tratamento humanístico ao idoso, aumentando assim sua autoestima e qualidade de vida. **Considerações Finais:** Nos estudos analisados, não foram encontradas intervenções sistematizadas em relação aos dados sobre o processo de enfermagem e ações padronizadas pela enfermagem a essa população, muitas vezes as ações são empíricas e com pouco embasamento científico e sistematização da assistência em enfermagem, sendo relevante que pesquisas que enfatizem a prevenção e o tratamento dessa doença sejam realizadas pela enfermagem na perspectiva de um processo de enfermagem sistemático e baseado em evidências.

PALAVRAS-CHAVE: Assistência de Enfermagem; Saúde do Idoso; Idoso; Depressão.

RESUMO: Objetivo: identificar as intervenções de enfermagem frente aos transtornos de depressão em idosos. **Materiais e Método:** revisão integrativa, realizada entre abril e maio de 2018, nas bases de dados Biblioteca Virtual

ABSTRACT: Objective: to identify the nursing interventions against the disorders of depression in the elderly. **Materials and Method:** integrative review, conducted between April and May 2018, in databases Virtual Health Library, Scielo and Portal Capes, using the key words: nursing Interventions, Elderly, depression; whereas articles or papers in Conference proceedings available in full for free and online, published between 2005 and 2018, in Portuguese. **Results:** 13 articles were selected. The interventions were grouped by themes with a focus on actions taken by nursing in fighting depression in seniors as: the practice of physical and leisure activities, social inclusion and conviviality with family members, the humanistic treatment to the elderly, thus increasing your self-esteem and quality of life. **Final Considerations:** In the studies reviewed, systematized interventions were not found in relation to the data on the nursing process and standard actions by the nursing population, often are empirical and actions with little scientific basis and systematization of nursing assistance, being relevant to research emphasizing the prevention and treatment of this disease are carried out by nursing in perspective of a process of systematic and evidence-based nursing.

KEYWORDS: Nursing Care; Health of the Elderly; Elderly; Depression.

INTRODUÇÃO

Em sua última projeção demográfica, feita em 2013, o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) indica que o número de idosos brasileiros aumentará à média anual de 1,1 milhão entre 2017 e 2060 – ano em que somarão 73,6 milhões. Atualmente, 14% da população é idosa, mas estima-se que o número irá a quase 34% em 2060, pois caiu a taxa de fecundidade e baixou a mortalidade infantil, além de ter aumentado a expectativa de vida (IBGE, 2013). O crescente aumento da população idosa evidencia constantes desafios, principalmente, no que se refere à área da saúde, como a maior prevalência de patologias, em que se destacam o prejuízo cognitivo, as demências, a doença de Parkinson, doença de Alzheimer (DA) e a depressão (HEIDEMANN, 2017).

Um estudo de base populacional realizado no Brasil nos estados Paraíba, São Paulo, Rio Grande do Sul, Rio Grande do Norte e Minas Gerais, verificaram prevalências observadas entre 18,8% e 38,5% para depressão em idosos (BRETANHA *et al.*, 2015). Conforme dados nacionais, a prevalência da depressão na população idosa chega a atingir parcelas entre 4,7% e 36,8% do total (TREVISAN, 2016). As questões físicas, psicológicas e socioeconômicas tornam complexas e amplas o número de fatores que colaboram para a significativa quantidade de casos de depressão em idosos (HEIDEMANN, 2017).

A depressão pode ser caracterizada pela presença de humor

predominantemente irritável seguido pela diminuição da condição de sentir prazer ou alegria acompanhado de uma sensação de cansaço, alterações do sono, falta ou excesso de apetite, desinteresse, pessimismo, lentidão e ideias de fracasso. A depressão pode ter definida, ainda, como uma variação psicopatológica, onde é possível diferenciar diante a sintomatologia, gravidade e prognóstico (VAZ; GASPAR, 2011).

As políticas e iniciativas públicas que visam atender os idosos são: A Política Nacional de Saúde do Idoso, que tem por finalidade primordial recuperar, manter e promover a autonomia e a independência dos indivíduos idosos (BRASIL, 2006). O Estatuto do Idoso tem como objetivo promover a inclusão social e garantir os direitos desses cidadãos (BRASIL, 2013). Nesse contexto, a interação com a Política Nacional de Atenção Básica, favorece tal atenção à população idosa uma vez que é um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrange a promoção, prevenção e recuperação da saúde desses indivíduos (BRASIL, 2012).

Essas políticas têm um papel muito importante na terapêutica e no enfrentamento desse problema de saúde pública que é depressão em idosos, que possui um quadro clínico de longa duração, necessitando de um acompanhamento longitudinal e contínuo que encontra maior efetividade do cuidado à saúde realizado pela Atenção Primária à Saúde (APS). Para Dias, Gama e Tavares (2017), a APS é dada como um espaço privilegiado onde se faz possível realizar o cuidado de enfermagem, sendo sempre considerado a importância do enfermeiro neste local, levando em conta suas responsabilidades específicas apontado pelo Ministério da Saúde quais sejam: planejar, gerenciar, coordenar, executar e avaliar a unidade de saúde.

Assim, no decorrer do tempo, permite-se um cuidado holístico, humanizado e próximo ao sujeito, possibilitando assim o Planejamento de Enfermagem, com a determinação dos resultados que se espera alcançar; e das ações ou intervenções de enfermagem que serão realizadas face às respostas da pessoa, família ou coletividade humana em um dado momento do processo saúde e doença e a execução das mesmas (COFEN, 2009).

Para a realização dessas intervenções os profissionais contam com o apoio da Classificação das Intervenções de Enfermagem (NIC), que apresenta essas ações a serem seguidas de forma padronizada, alguns exemplos que podem ser aplicados aos idosos depressivos, como por exemplo: treinar o comportamento assertivo, promover a autoestima, executar terapia de grupo, facilitar a capacidade para desempenhar um papel, executar musicoterapia, executar arteterapia, assistir o indivíduo a melhorar a imagem corporal, gerir a ansiedade, aconselhar o cliente, assistir o indivíduo a minimizar o stress disfuncional por mudança de ambiente, entre outros (SAMPALHO, 2017).

Com isto, o foco da atenção de um enfermeiro está ligado à promoção, prevenção e reabilitação da saúde, onde, tais condições viabilizam uma abordagem interventiva mais acertada e resolutiva. O enfermeiro nesse contexto tem papel fundamental, o que

torna relevante compreender quais os mecanismos de intervenções que são utilizados por esse profissional (VAZ; GASPAR, 2011).

Diante desse contexto surge a seguinte questão: *Quais as intervenções prestadas pelos enfermeiros(as) ao idoso depressivo apontadas pela literatura científica?* Surge a hipótese que as ações de enfermagem não são sistematizadas e são voltadas apenas para as questões psíquica, sem levar em consideração as questões sociais, culturais e familiares. Nesse sentido, o objetivo do presente trabalho é levantar as ações realizadas pela enfermagem no enfrentamento dessa doença. Tal levantamento viabiliza a reflexão do cuidado e pode subsidiar ações de enfermagem atuais e pertinentes ao atual contexto demográfico e epidemiológico.

MATERIAIS E MÉTODO

O presente trabalho se caracteriza com um estudo de revisão integrativa de literatura. Para Souza e Carvalho (2010, p.102): “(...) a revisão integrativa é um método que proporciona a síntese de conhecimento e a incorporação da aplicabilidade de resultados de estudos significativos na prática”.

Para a realização da presente revisão integrativa, seguiu-se os seguintes passos: 1) elaboração da questão e pesquisa; 2) estabelecimento de critérios para inclusão de estudos; 3) definição das informações a serem extraídas dos estudos selecionados; 4) avaliação dos estudos selecionados; 5) interpretação dos resultados; 6) apresentação da revisão e síntese do conhecimento. Assim, fizeram-se as buscas nas bases de dados vinculadas à Biblioteca Virtual em Saúde, Portal de Periódicos da Capes e SCIELO (Scientific Electronic Library Online).

Foram utilizados os Descritores em Ciências da Saúde (DECS): “idoso”, “intervenções de enfermagem”, “depressão”. Como operador booleano, utilizou-se o “AND”. Os critérios de inclusão são: 1) artigos ou trabalhos publicados em anais disponíveis na íntegra; 2) em português; 3) publicados entre 2005 a 2018. Como critérios de exclusão: 1) textos que estivessem duplicados nas bases de dados.

Em seguida, realizou-se a leitura e análise dos artigos, e procurou-se reconhecer as ações da enfermagem direcionadas ao idoso com depressão. As ações foram organizadas e elencadas quanto ao seu conteúdo. Foi utilizado para coleta e organização dos dados o instrumento adaptado Ursi (2005) que organiza as informações em título, ano, principais resultados e conclusões dos estudos e define dados que serão extraídos e como serão organizados.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Após realização das pesquisas iniciais, foram encontrados 260 artigos relacionados ao tema da pesquisa, sendo que 13 deles foram considerados relevantes

após a leitura. A figura 1 traz o fluxograma dos artigos levantados nas Bases de dados.

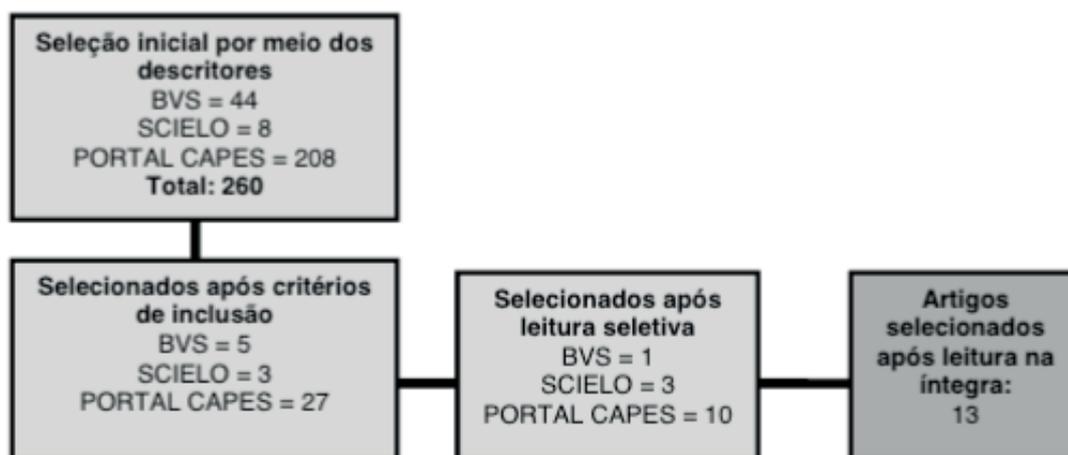


Figura 1 - Fluxograma dos artigos levantados nas bases de dados.

O Quadro 2 traz os dados dos artigos incluídos nesta revisão, organizados por: Autores/periódico ano de publicação/ tipo de estudo; Título; Objetivo; Resultados e Conclusão.

Diante dos achados, um (7,69%) dos artigos é de 2005, um (7,69%) de 2007, dois (15,38%) dos artigos são do ano de 2009, um (7,69%) de 2010, um (7,69%) de 2012, três (27,07%) do ano de 2014, três (27,07%) de 2015, e por fim, um (7,69%) de 2018. Evidenciou-se que os artigos produzidos são predominantemente advindos de profissionais enfermeiros, que publicaram em revistas científicas Brasileiras. Ao analisar as metodologias utilizadas, 08 dos estudos empregaram a revisão de literatura, 01 empregou a pesquisa descritiva, 01 pesquisa exploratória/descritiva, 02 estudos descritivos de caráter exploratório, com abordagem quantitativa, e 01 estudo descritivo, analítico, transversal, de caráter quantitativo.

Neste estudo houve uma grande dificuldade em encontrar ações de enfermagem padronizadas no NIC, sendo que a maioria dos artigos selecionados apresentava intervenções que não seguiam o processo de enfermagem (COFEN, 2009).

Na maioria dos artigos levantados, o profissional de enfermagem atua com o objetivo de incentivar os idosos a prática de atividades físicas, ao convívio social e familiar, a realizarem tarefas que lhes proporcionam prazer, estimulando para que eles expressem os sentimentos negativos que causam tristeza e mágoa, que estão relacionados com a depressão. O estudo revela a importância do enfermeiro em saber ouvir e entender as queixas desses pacientes, dando a eles um tratamento humanístico, tentando enxergar e até mesmo desvendar a causa do sofrimento que os acomete.

Através da análise dos dados obtidos no presente estudo, foi possível observar que a depressão é uma doença que afeta o idoso em diversas áreas, causando prejuízos psicológicos e físicos, pois incapacita atividades diárias, deixando-os ainda mais vulneráveis. Sabe-se que o tratamento da doença não requer apenas a

administração de medicamentos, mas também o acompanhamento de profissionais, em especial o enfermeiro, na prestação do apoio e do cuidado que necessitam. Para melhor compreensão das principais intervenções realizadas pela enfermagem frente à depressão, percebeu-se a necessidade de elaborar duas categorias que serão discutidas a seguir.

Autores	Título	Ano de publicação	Objetivo	Principais resultados e conclusões
ANDRADE <i>et al.</i>	Depressão em idosos em uma Instituição de Longa Permanência (ILP): proposta de ação de enfermagem	2005	Propor ação de enfermagem direcionada à prevenção da depressão nestes idosos.	A desesperança mostrou-se como sintoma prevalente. Intervenções: Transmitir empatia com o intuito de promover a verbalização de dúvidas, medos e preocupações.. Encorajar a compartilhar os sentimentos desde a mudança; encorajar, delicadamente, a compartilhar os sonhos ou esperanças perdidas; auxiliar a identificar os marcos do desenvolvimento que irão exacerbar a perda de normalidade.
GONÇALVES <i>et al.</i>	Depressão no idoso: uma contribuição para a assistência de enfermagem	2007	Estudar a depressão no idoso a partir das publicações mais recentes.	Os sintomas encontrados na respectiva ordem são: tristeza, ansiedade, falta de energia, entre outros. Cabe ao enfermeiro saber ouvir e, sobretudo, não despojar o paciente do controle de suas atividades, como, por exemplo, estipular hora para tomar banho, tipo ou cor do pijama a ser usado, entre outras. Recomenda ao enfermeiro estar atento para reduzir as ansiedades do cliente/paciente, procurando elevar sua auto-estima e evitar atitudes e posturas punitivas.
DE PAULA; SILVA; SILVA	Ações de enfermagem nas atividades multidisciplinares para o tratamento da depressão em idosos	2009	Realizar ações de enfermagem em atividades multidisciplinares	O estudo sugere: Aumentar gradualmente as atividades para o idoso; Consultar profissionais apropriados (especializados); Incentivar os idosos a participarem das atividades de lazer; Proporcionar a inserção da família nas atividades e conscientizá-los de que sua presença é fundamental para o idoso.

SILVA <i>et al.</i>	Reconhecimento e intervenção de enfermagem na depressão do idoso institucionalizado	2009	Identificar as intervenções realizadas pela equipe no auxílio do controle a depressão.	A principal causa apontada da depressão em idosos foi à ausência da família (33%). As intervenções usualmente utilizadas, citadas pela equipe de enfermagem nas instituições estudadas, no auxílio do controle da depressão no idoso são: o contato com a família, o diálogo em busca das causas, o estímulo à espiritualidade, os grupos de apoio, a intensificação do lazer e da companhia, além da consulta médica e a terapia medicamentosa.
SANTOS <i>et al.</i>	Diagnósticos e intervenções de enfermagem para idosos deprimidos e residentes em uma Instituição de Longa Permanência (ILP)	2010	Propor intervenções de enfermagem que poderão ser realizadas para minimização e/ou prevenção de sinais e sintomas da depressão.	Verificou-se que a disposição dos idosos para o bem-estar espiritual estava aumentado, evidenciado por felicidade o tempo todo, felicidade por estar vivo, vida interessante. Intervenções de enfermagem: estimular o idoso a orar, meditar, conversar, participar das atividades religiosas desejadas. Auxiliá-lo a lembrar onde fica seu quarto; colocar objetos familiares, fotos ou letras coloridas na porta do quarto, na cabeceira do leito; fazê-lo caminhar e estimular a sua memória.
SILVA <i>et al.</i>	Prevalência e fatores associados à depressão entre idosos institucionalizados: subsídio ao cuidado de enfermagem	2012	Verificação de depressão entre idosos institucionalizados.	Dos 102 idosos com condições para participar da pesquisa 49% apresentavam depressão. O estabelecimento de metas, a escuta, a interação com intuito de tornar o paciente consciente do seu papel no tratamento, na manutenção ou na supressão de sintomas, a produção de congruência perceptiva entre o enfermeiro e o paciente, onde o indivíduo compreende as intenções terapêuticas, além de perceber que o enfermeiro está ali para apoiá-lo.

ASSIS; GUIMARÃES	Processo de envelhecimento e enfermagem: análise de determinantes de depressão em idosos	2014	Analisar a produção científica nacional acerca das relações entre depressão e idosos no período 2003 - 2011.	Assistência de Enfermagem: os profissionais que atuam em programas de atenção à saúde de idosos beneficiam-se do conhecimento sobre a relação entre a prática de atividades físicas, a saúde física e o bem-estar subjetivo de idosos. Demonstrando que a população idosa, necessita cada vez mais, incluir uma rotina diária de exercícios, em favor da saúde e da funcionalidade física e mental.
OLIVEIRA <i>et al.</i>	Relação entre sintomas depressivos e a funcionalidade familiar de idosos institucionalizados.	2014	Analisar a relação entre os sintomas depressivos com a funcionalidade familiar de idosos institucionalizados.	A maioria que apresentou depressão eram mulheres com 80 anos a mais, cerca de mais da metade dos idosos apresentaram disfunção familiar (57%), o que correlaciona à falta da participação familiar com a apresentação de sintomas depressivos. Procurar motivar os familiares a serem mais ativos no cuidado do idoso, estabelecendo vínculo entre a pessoa idosa, família e profissional deve ser uma das principais metas.
MENESES; MENDES	Cuidados de enfermagem a pacientes portadores de depressão na terceira idade	2014	Evidenciar os principais fatores que desencadearam a depressão na terceira idade e a melhor forma da enfermagem prestar sua assistência.	O profissional de enfermagem deve motivar a mudança de comportamento e hábito para atitudes de vida saudável, propondo como meta a aderência ao esquema terapêutico do seu cliente. É necessário avaliar o nível de funcionamento fisiológico e psicológico, a capacidade do paciente quanto à percepção de sua doença, as barreiras, os recursos de que dispõe e as reações e variáveis que dificultam a adoção de comportamentos específicos e hábitos saudáveis.

GUIMARÃES; CUSTÓDIO,	A contribuição do enfermeiro na recuperação de idosos depressivos	2015	Identificar as causas da depressão no idoso, destacar as contribuições do enfermeiro no processo de recuperação.	O enfermeiro deve, ouvir, compreender e realizar orientações de maneira simples, facilitando a compreensão do idoso, incluindo a família no processo de recuperação, o abordando um plano de cuidados, abrangendo atenção com a aparência física do idoso; redução do tônus muscular; a locomoção; a transformação de ideias e a lembrança de pessoas, objetos ou momentos que trouxeram alegria ao idoso. Assim como cuidados direcionados aos problemas emocionais, sintomas físicos e eventos interpessoais, sociais, espirituais ou ambientais.
TREVISAN <i>et al.</i>	O papel do enfermeiro na recuperação de idosos depressivos	2015	Destacar as contribuições do enfermeiro no processo de recuperação com foco na importância da inserção da família nesse processo.	Os principais sintomas da depressão evidenciados neste estudo foram: diminuição da capacidade de concentração, baixa autoestima, insegurança, isolamento social, sentimento de culpa e tentativa de suicídio. O enfermeiro pode estimular o crescimento pessoal e o desempenho de novos papéis do idoso na sociedade, incentivar a prática de atividades físicas e a participação em grupos da terceira idade, com o devido apoio da família para melhor restabelecimento de sua saúde.
SILVA <i>et al.</i>	Cuidado de enfermagem ao idoso institucionalizado e deprimido	2015	Identificar os cuidados prestados do enfermeiro ao idoso institucionalizado e deprimido.	Os enfermeiros devem realizar propostas de mudanças quanto à organização/administração, cuidado/assistência, utilizando-se de categorias bases como complementaridade, dialogicidade e interdisciplinaridade ou até mesmo de seus princípios. É importante, também, a reinserção social através de atividades que aproximem a família, evitando, assim, o isolamento social do idoso.

PAULA <i>et al.</i>	A atuação do enfermeiro diante a depressão em idosos institucionalizados: subsídios de prevenção	2018	Analisar, a atuação do enfermeiro diante a depressão em idosos institucionalizados, e seus subsídios de prevenção.	Diagnosticou-se o surgimento de quadros depressivos em idosos institucionalizados, onde a institucionalização pode trazer sentimento de isolamento. O enfermeiro deve manter escuta ativa, encorajando os idosos a compartilharem seus sentimentos, preocupações, planos, além de incentivar o aumento da autoestima, autovalorização, retomada de sua autonomia, sem esquecer-se de estimular a prática de exercícios físicos regulares e técnicas de relaxamento.
---------------------	--	------	--	---

Quadro 2 – Artigos incluídos nesta revisão, segundo autores, ano de publicação, tipo de estudo, título, objetivo, principais resultados e conclusões.

Ações do Enfermeiro Como Incentivador: Atividades Físicas e Lazer

A atividade física é um ato simples e comum, sendo vantajoso no tratamento da depressão, pois não apresenta efeitos secundários como ocorre na farmacoterapia; possuindo baixo custo, o que proporciona uma variedade de benefícios à saúde da pessoa idosa, prevenindo-os da decadência física e funcional (ASSIS; GUIMARÃES, 2014). Essa informação corrobora com os achados de Guimarães e Custódio (2015) que mostra que a atividade física leve e moderada, além de manter e prolongar a capacidade funcional do idoso atua na prevenção da maioria das doenças, como, diabetes, hipertensão arterial e obesidade. O idoso eleva sua autoestima, aumenta o número de amizades e muitas oportunidades surgem, como exemplo, fazer parte de algum grupo de dança ou viajar.

Na realização dessas atividades é possível que o indivíduo tenha uma participação social mais ativa pela convivência e interação com outros indivíduos que participam das mesmas atividades, sendo que as de caráter comunitário, sejam de novas aprendizagens ou de recreação e lazer, também contribuem para reduzir a incidência de depressão, o que aumenta a qualidade de vida (GONÇALVES; OLIVEIRA; CUNHA, 2007). Nesse sentido, os idosos que realizam atividades esportivas todos os dias e com maior intensidade apresentam menos sintomas depressivos, já pessoas com baixo/médio nível de atividade física, apresentam maior predisposição para a doença e outras queixas (ASSIS; GUIMARÃES, 2014).

Sabe-se que o que leva a um impacto positivo para a saúde mental desse grupo são as consequências obtidas por meio do envolvimento nessas práticas, ou seja, o prazer que o indivíduo tem em realizá-las.

Uma das ações mais citadas nos artigos pelos enfermeiros é de incentivar o lazer,

no intuito de trazer distração e prazer para esses indivíduos. Esse dado corrobora com o estudo realizado por Andrade *et al.* (2005), onde idosos foram questionados sobre o fato de realizarem atividades de lazer, 26 idosos dos 41 investigados referiram participar de algum tipo, sendo consideradas atividades de lazer aquelas menos relacionadas à mobilidade física como: assistir televisão, ouvir o rádio, rezar o terço. Isso confirma os achados de Santos *et al.* (2007) realizado com 55 idosos de uma ILP, sendo que 24 deles relataram realizar artesanato, bingo, dança, passeio, leitura, participação em grupos religiosos, costura, assistir televisão, ouvir rádio, leituras. Essa diversidade de resposta comprova que as atividades citadas são esporádicas ou ainda praticadas individualmente.

Ações de Enfermagem Enfermeiro como Incentivador: Atividades Físicas e Lazer	
1. Incentivar a prática de atividades físicas, que além de combater a depressão, previne outras doenças.	Guimarães e Custódio (2015)
2. Propiciar a interação com outros indivíduos através da prática de atividades.	Gonçalves; Oliveira; Cunha (2007)
3. Praticar atividades físicas previne a decadência física e funcional.	Assis e Guimarães (2014)
4. O lazer traz distração e prazer os idosos.	Andrade <i>et al.</i> (2005)
5. Praticar atividades de recreação como: artesanato, bingo, dança, também contribuem no combate a depressão.	Santos <i>et al.</i> (2007)

Quadro 3 - Ações de Enfermagem Enfermeiro como Incentivador: Atividades Físicas e Lazer no cuidado aos idosos com depressão.

Convívio Social e Familiar

A participação dos idosos em alguma atividade social é outra proposta da enfermagem para o tratamento antidepressivo, pois oportuniza prazer aos idosos resgatando-os da monotonia, tornando-os independentes (ASSIS; GUIMARÃES, 2014).

Nos estudos realizados por Silva *et al.* (2009) a intervenção mais citada pelas equipes de enfermagem foi o contato da família (17%) com o idoso depressivo, esse convívio se torna importante para a manutenção do bem estar social e psicológico desse grupo, sendo necessária também a participação ativa dos cônjuges e amigos. Porém, essa presença da família muitas vezes não acontece, o que é confirmado pelos estudos de Oliveira *et al.* (2014) realizado em uma ILP, onde observou-se que a maioria dos idosos (84%) portadores de sintomas depressivos também apresentavam disfunção familiar. No estudo realizado por Trevisan *et al.* (2015), fica claro que o idoso necessita de mais carinho, atenção e amor, sendo que a família se torna imprescindível nesse período de envelhecimento, prestando todo o apoio nos momentos difíceis, fazendo com que o idoso se sinta acolhido, o que reflete em seu equilíbrio mental e bem-estar. Vários estudos citaram que a institucionalização desses idosos é um fator

que contribui para o surgimento da doença, uma vez que são obrigados a conviver com pessoas desconhecidas e tem seus hábitos modificados, tendo que seguir uma rotina e horários, isso faz com que eles se sintam apenas um em meio a coletividade dentro da instituição.

Nos achados de Paula *et al.* (2009) realizado com 15 idosas residentes em uma instituição filantrópica e 12 idosas de uma instituição privada, revelou que em relação as visitas, que a totalidade dos idosos da Instituição B (privada) recebia regularmente visitas, ao contrário daqueles residentes na Instituição A, esse dado é preocupante, uma vez que essas situações aumentam a fragilidade do idoso. Por isso, torna-se importante a inserção da família nas atividades cotidianas desenvolvidas nessas instituições e a conscientização da família de que sua presença é fundamental e que a institucionalização não significa quebra dos laços familiares e de afeição. Já no estudo de Silva *et al.* (2012), realizado em 5 Instituições de Longa Permanência, mostrou que 80,8% dos idosos que apresentavam depressão não estavam satisfeitos com a instituição, enquanto mais da metade (52,6%) gostariam de estar com a família, destes 46,4% não recebem visitas, revelando a triste realidade dos mesmos, que vivem nesses lares praticamente abandonados pelos familiares, dependendo exclusivamente de seus cuidadores, o que agrava ainda mais o quadro de depressão.

Ações de Ações do enfermeiro para o Convívio Social e Familiar	
1. Incentivar o contato com família ,contribuindo para a manutenção do bem estar social e psicológico do idoso.	Silva <i>et al.</i> (2009)
2. Fazer com que a família preste apoio, carinho e amor, a esses indivíduos se torna imprescindível na recuperação da doença.	Trevisan <i>et al.</i> (2015)
3. A inserção da família nas atividades cotidianas nas instituições é fundamental para o bem estar desses indivíduos.	Paula <i>et al.</i> (2009)

Quadro 4 - Ações do enfermeiro para o Convívio Social e Familiar no cuidado aos idosos com depressão.

Práticas Religiosas e Apoio Emocional

Estudos realizados por Santos *et al.* (2010) mostra que a equipe de enfermagem deve estimular os idosos a apresentarem características religiosas, apoiando suas práticas espirituais, como: orar, meditar, conversar, participarem de festas em família e discutir o valor da oração para a vida desses indivíduos. Percebeu-se também que essas festas e comemorações realizadas por pessoas da comunidade ou por grupos específicos (grupos de jovens e outros), contribuem para aumentar o bem-estar espiritual dos mesmos. Levando em consideração o que foi citado, Silva *et al.* (2015) relata o quanto é importante que o profissional de enfermagem produza um ambiente no qual o idoso possa ser encorajado a ter suas expressões espirituais,

apoiando suas crenças e seu relacionamento com Deus ou outras práticas religiosas. O incentivo a experiências agradáveis de cada dia também se faz necessário, como: ler ou caminhar, permitindo que o idoso tenha um tempo para pensar sobre o valor e o significado da vida. As ações e os cuidados da enfermagem direcionados a pessoa idosa não podem ser prescritos ou seguidos por um padrão de tratamento, pois cada idoso é único, e carrega uma história de vida diferente, por isso devem ser assistidos pelos enfermeiros de forma humanizada, atendendo suas necessidades e cumprindo o papel da profissão.

Cuidar de um idoso depressivo não é uma tarefa fácil, e requer principalmente, amor e solidariedade, sendo que estas duas palavras devem envolver: dedicação, paciência e apoio, que são componentes fundamentais para o tratamento. É importante que o enfermeiro preste informações ao paciente sobre o processo de envelhecimento e suas características, estimulando-o a realizar o autocuidado como forma de prevenção da doença, sendo necessário estabelecer com esse indivíduo um relacionamento de confiança, respeito mútuo e um tratamento humanizado, o que facilitará as tomadas de decisões (MENESES; MENDES, 2014).

Ações de Ações do enfermeiro Práticas Religiosas e Apoio Emocional	
1. Apoiar as práticas religiosas, espirituais, como: orar, meditar, conversar, participarem de festas em família e discutir o valor da oração para a vida desses indivíduos	Santos <i>et al.</i> (2010)
2. Produzir um ambiente no qual o idoso possa ter expressões espirituais	Silva <i>et al.</i> (2015)
3. Estabelecer com o idoso relacionamento de confiança, respeito mútuo, facilita a tomada de decisões	Meneses e Mendes (2014)

Quadro 5 - Ações do enfermeiro para Práticas Religiosas e Apoio Emocional no cuidado aos idosos com depressão.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Conforme os resultados encontrados neste estudo foi possível perceber a ligação direta entre a institucionalização e o aparecimento da depressão em idosos, pois de certa forma, esses indivíduos passam a conviver com pessoas desconhecidas e tem suas rotinas totalmente modificadas, e muitos se isolam frente a esta situação, o que gera sentimentos negativos, como o de abandono, solidão e auto-depreciação, sendo de extrema importância que o enfermeiro como profissional da saúde, saiba identificar esses casos e propor intervenções que minimizem os sinais e sintomas da doença.

O estudo atingiu o seu objetivo de levantar as ações de enfermagem para a população idosa com depressão, sendo que as principais as ações identificadas foram: atividades físicas diárias, a participação dos idosos em grupos com indivíduos da mesma idade (estimulando as relações interpessoais), o compartilhamento de experiências, a exteriorização dos sentimentos, a convivência com os familiares, entre

outros. É preciso que os idosos sintam-se acolhidos e bem tratados no ambiente em que vivem. Porém, não foram encontradas intervenções sistematizadas em relação aos dados sobre o processo de enfermagem e ações padronizadas pela enfermagem a essa população, muitas vezes as ações são empíricas e com pouco embasamento científico e sistematização da assistência em enfermagem, sendo relevante que pesquisas que enfatizem a prevenção e o tratamento dessa doença sejam realizadas pela enfermagem na perspectiva de um processo de enfermagem sistemático e baseado em evidências.

As propostas de melhorias são incluir ações diversificadas padronizadas na enfermagem como nas ações de enfermagem: estimular à autoestima e autonomia do idoso, a realização de atividades físicas diárias, a inserção de aulas de cultura (pintura e bordado), o incentivo da criação de grupos religiosos, estimular a musicoterapia e a arteterapia, a inclusão da família quando for possível, a participação em grupos de apoio ou em grupos da terceira idade, a introdução de dinâmicas e brincadeiras que façam o idoso interagir, estimular vínculos de amizade entre os idosos - o que combate a solidão, incentivar o convívio social, o envolvimento do idoso em jogos que trabalhem a memória e exercitem a mente, a introdução de oficinas (culinária e dança), entre outros. Essas ações citadas contribuem para o combate dos sinais e sintomas da depressão, além de refletir no bem estar físico, psicológico e espiritual, aumentando assim, a qualidade de vida dos idosos.

Esse levantamento se torna importante, pois os idosos constituem um grupo mais vulnerável e que necessitam de cuidados especiais, para passarem pelo envelhecimento de forma saudável e com qualidade, sendo relevante em termos de saúde pública, pois os gastos com a prevenção da doença são menores que os custos do tratamento. A resposta dessa questão pretende subsidiar ações que aumentem a qualidade dos serviços prestados a esse grupo e que contribuam para a saúde do idoso.

REFERÊNCIAS

ANDRADE, A. C. A; LIMA, F. R. A; SILVA, L. F. A; SANTOS, S. S. C. Depressão em idosos de uma instituição de longa permanência (ILP): proposta de ação de enfermagem. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre, v.26, n.1, p.57-66, abr. 2005.

ASSIS, T. A; GUIMARÃES, C. M. Processo de envelhecimento e enfermagem: análise de determinantes da depressão em idosos. **Estudos**, Goiânia, v. 41, n.esp., p. 183-195, out. 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2012.

BRASIL. **Portaria nº 2528, de 19 de Outubro de 2006**. Aprova a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Estatuto do Idoso**. 3. ed., 2. reimpr. Brasília: Ministério da Saúde, 2013.

BRETANHA, A. *Fet al.* Sintomas depressivos em idosos residentes em áreas de abrangência das Unidades Básicas de Saúde da zona urbana de Bagé, RS. Pelotas, 2015. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, São Paulo, v.18, n.1, p.1-12, jan-mar., 2015.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM (COFEN). **Resolução 358**, de 15 de Outubro de 2009. Dispõe sobre a Sistematização da Assistência de Enfermagem e a implementação do Processo de Enfermagem em ambientes, públicos ou privados, em que ocorre o cuidado profissional de Enfermagem, e dá outras providências. Brasília: COFEN, 2009.

DIAS, F. A.; GAMA, Z. A. S.; TAVARES, D. M. S. **Atenção primária a saúde do idoso: modelo conceitual de enfermagem**. 2017. 11 f. Dissertação (Mestrado) - Curso de Enfermagem, Universidade Federal do Triângulo Mineiro, Uberaba, 2017. Disponível em: <<http://revistas.ufpr.br/cogitare/article/view/53224>>. Acesso em: 07 dez. 2017.

GONÇALVES, E. R. B.; OLIVEIRA, L. F. Q.; CUNHA, M. L. F. M. Depressão no idoso: uma contribuição para a assistência de enfermagem. **Fragmentos de Cultura**, Goiânia, v.17, n. 3/4, p. 217-237, mar./abr. 2007

GUIMARÃES, A. P. R.; CUSTÓDIO, S. H.; FILHO, E. R. A. **A contribuição do enfermeiro na recuperação de idosos depressivos**, 2015. Disponível em: http://nippromove.hospedagemdesites.ws/anais_simposio/arquivos_up/documentos/artigos/081cb6f3bde014000609d236c02990b9.pdf. Acesso em: 19 junh. 2018.

HEIDEMANN, R.S. **Avaliação da prevalência e os fatores associados à depressão em idosos**. Programa de Pós Graduação em Saúde e Comportamento. Universidade Católica de Pelotas. Pelotas RS. 2017.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). **Projeção da população do Brasil por sexo e idade para o período 2000/2060**. Projeção da população das unidades da federação por sexo e idade para o período 2000/2030. Brasília: IBGE, agosto 2013. Disponível em: <ftp://ftp.ibge.gov.br/Projecao_da_Populacao/Projecao_da_Populacao_2013/nota_metodologica_2013.pdf>. Acesso em: 25 jun. 2018

LIMA, A. M. *Pet al.* Depressão em idosos: uma revisão sistemática da literatura. **Revista de Epidemiologia e Controle de Infecção**, v.6, n.2, p. 1-7, 2016.

MENESES, I. S.; MENDES, D. R. G. Cuidados de enfermagem a pacientes portadores de depressão na terceira idade. **Revista de Divulgação Científica Sena Aires**, v.3, n.2, p.177-184, julh-dez. 2014.

MIRANDA, G. M. D.; MENDES A. C. G.; SILVA, A. L. A. O envelhecimento populacional brasileiro: desafios e consequências sociais atuais e futuras. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, Rio de Janeiro, v.19, n. 3, p. 507-519, 2016.

OLIVEIRA, S. C.; SANTOS, A. A.; PAVAVIRINI, S. C. I. Relação entre sintomas depressivos e a funcionalidade familiar de idosos institucionalizados. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, Ribeirão Preto, v.48, n.1, p. 66-72, 2014.

PAULA, J. M. S. F.; SILVA, E. C.; SILVA, M. I. Ações de enfermagem nas atividades multidisciplinares para o tratamento da depressão em idosos. **Revista de Enfermagem UFPE**, Pernambuco, v.3, n.2, p. 245-50, abr./jun., 2009.

PAULA, R. *Tet al.* A atuação do enfermeiro diante a depressão em idosos institucionalizados: subsídios de prevenção. **REAS, Revista Eletrônica Acervo Saúde**, sup.11, S1053-S1060, 2018.

SOUZA, M.G.C. **Musicoterapia e a clínica do envelhecimento**. In: FREITAS, E.V. (Org.). Tratado de geriatria e gerontologia. 2. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2006.

SAMPAIO, F. M. C. Intervenções de enfermagem NIC de âmbito psicoterapêutico: Conversão em linguagem classificada CIPE® versão 2. **Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental**, n.18, p.15-21, dez., 2017.

SANTOS, S. S. C; FELICIANI, A. M; SILVA, B. T. Perfil de idosos residentes em instituição de longa permanência: proposta de ações de enfermagem/saúde. **Revista RENE**, Fortaleza, v. 8, n. 3, p. 26-33, set./dez, 2007.

SANTOS, S.S.C. *et al.* Diagnósticos e Intervenções de Enfermagem para idosos deprimidos e residentes em uma Instituição De Longa Permanência (ILP). **Enfermería Global**, n.20, p.1-14, out., 2010.

SANTOS, S. S. C. *et al.* O papel do enfermeiro na Instituição de Longa Permanência para idosos. **Revista de Enfermagem UFPE**, v.2, n.3, p. 291-99, jul./set, 2008.

SILVA *et al.* Cuidado de enfermagem ao idoso institucionalizado e deprimido. Congresso Internacional de Envelhecimento Humano. **Anais CIEH**, v. 2, n.1, 2015.

SILVA, D. S. *et al.* Reconhecimento e intervenção de enfermagem na depressão do idoso institucionalizado. XIII INIC / IX EPG - UNIVAP 2009. XIII Encontro Latino Americano de Iniciação Científica e IX Encontro Latino Americano de Pós-Graduação. **Anais**. Universidade do Vale do Paraíba.

SILVA, E. R. *et al.* Prevalência e fatores associados à depressão entre idosos institucionalizados: subsídio ao cuidado de enfermagem. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, Ribeirão Preto, v. 46, n.6, p.1387-93, 2012.

SOUZA, M. T.; SILVA, M. D; CARVALHO, R. Revisão integrativa: o que é e como fazer. **Einstein**, São Paulo, v. 8, n. 1, p. 102-6, 2010.

TREVISAN *et al.* O papel do enfermeiro na recuperação de idosos depressivos. Artigo de revisão. **Revista eletrônica Gestão & Saúde**, v. 7, n. 1, p.428. 2016.

URSI, E. S. **Prevenção de lesões de pele no perioperatório: revisão integrativa da literatura**. [dissertation]. Ribeirão Preto: Universidade de São Paulo, Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto; 2005.

VAZ, S. F. A.; GASPAR, N. M. S. Depressão em idosos institucionalizados no distrito de Bragança. **Revista de Enfermagem Referência**, v. 3, n. 4, p. 49-58, 2011.

ACEPÇÕES DE ENFERMAGEM SOBRE RESTRIÇÕES E TRATAMENTO DE HEMODIÁLISE

Mauro Trevisan
Claudine Gouveia
Cleidiane Santos

RESUMO: **Introdução:** Em decorrência das restrições e limitações impostas pelo tratamento, onde o cliente necessita mudar seus hábitos de vida drasticamente, é imprescindível que a equipe de Enfermagem esteja atenta a suas reivindicações e observe o seu cliente de maneira holística para que o tratamento possa passar pelo cuidar e pelo tratar de maneira a obter resultados positivos. **Objetivo:** Compreender *as dificuldades relacionadas as restrições do cotidiano* do tratamento de hemodiálise, na percepção do enfermeiro para assim, contribuir em sua abordagem na elaboração dos planos de cuidado para uma melhora na qualidade de vida. **Metodologia:** A metodologia utilizada para elaboração deste artigo é de ordem qualitativa, o método foi descritivo e a técnica revisão de literatura. **Conclusão:** O profissional de Enfermagem tem grande importância no processo do tratamento de hemodiálise, não somente com seus conhecimentos teóricos e práticos, mas usando de seu papel de educador para ajudar na conscientização de suas restrições e atribuições no tratamento, com fins de prevenir e minimizar complicações. No entanto é fundamental que a

equipe de Enfermagem tenha uma prestação dos cuidados holísticos com qualidade, afim de minimizar a desumanização de cuidados.

PALAVRAS-CHAVE: Hemodiálise; Enfermagem; Qualidade de vida, Restrições.

Nursing meanings on restrictions and hemodialise treatment

ABSTRACT: Introduction: As a result to the restrictions and limitations imposed by the treatment, where the client needs to change his life habits drastically, it is imperative that the Nursing team is attentive to its claims and observes its client in a holistic way so that the treatment can go through the care and by trying to get positive results. **Objective:** understand the difficulties related to the daily restrictions of hemodialysis treatment, in the nurses' perception, in order to contribute to their approach in the elaboration of care plans for an improvement in the quality of life. **Methodology:** The methodology used to elaborate this article is qualitative, the method was descriptive and the technical literature review. **Conclusion:** the nursing professional has great importance in the process of hemodialysis treatment, not only with his theoretical and practical knowledge, but using his role of educator to help in the awareness of his restrictions and attributions in

the treatment , for purposes to prevent and minimize complications. However, it is fundamental that the nursing team has a holistic care delivery with quality, for goal to minimize the dehumanization of care.

KEYWORDS: Hemodialysis, Nursing, Quality of life, Restrictions.

INTRODUÇÃO

De acordo com Trentini (2004), a Insuficiência Renal Crônica (IRC) refere-se à perda lenta, progressiva e irreversível das funções renais. O tratamento definitivo indicado é o transplante renal, mas, a única alternativa para manter a vida está no tratamento dialítico contínuo que compreende duas modalidades: a diálise peritoneal ou a hemodiálise. Ambas com a mesma função de remover os resíduos e o excesso de água do organismo, porém o que difere uma da outra é que no primeiro processo ocorre dentro do corpo do paciente, já o segundo através da circulação sanguínea extracorpórea

Durante o tratamento hemodialítico, os clientes enfrentam sucessivas perdas associadas tanto à dimensão física quanto à pessoal, manifestada por tristeza, frustração, depressão e raiva. Essas pessoas vivem com incertezas e pouca esperança em relação a um futuro melhor (TRENTINI, *et al*, 2004).

Mendes e Shiratori (2002), relatam que a qualidade de vida das pessoas com IRC é submetida a fatores físicos, biológicos, psicológicos, sociais e culturais. A vida dessas pessoas dependentes de uma máquina faz com que seu dia-a-dia seja controlado em função das restrições impostas pela patologia. Com isso, a necessidade de manutenção contínua do tratamento paliativo de diálise altera no trabalho, nos estudos, na renda, nas atividades sociais, no relacionamento com a família e na autoestima.

Diante disso, destaca-se o problema de pesquisa, estruturado na seguinte pergunta: quais as principais dificuldades relacionadas com as restrições de hemodiálise percebidas pelo enfermeiro (a) que a literatura apresenta? O presente artigo tem por objetivo, portanto, descrever, as restrições de tratamento do paciente renal crônico em hemodiálise percebidas pelo enfermeiro. Relatar com base na literatura os possíveis diagnósticos e intervenções de Enfermagem, aplicados aos clientes no tratamento de hemodiálise.

A sociedade moderna com seu estilo de vida vem fomentando um aumento significativo das doenças crônicas, entre essas doenças está a Insuficiência Renal Crônica (IRC).

Por ser considerado um grande problema de Saúde Pública, devido às elevadas taxas de morbidade e mortalidade, é extremamente importante um debate a respeito do impacto da hemodiálise – processo de filtração e depuração do sangue – na vida de um paciente, como problemas psicológicos, sociais, profissionais e financeiros. Daí a importância desse trabalho científico que visa promover reflexões dessa ordem, trazendo dados estatísticos, opiniões e referencial teórico sobre o tema em questão.

Os avanços tecnológicos e terapêuticos no tratamento do IRC contribuíram para

o aumento de sobrevida dos clientes, entretanto, não traz a cura. Eles possibilitam uma melhora paliativa no quadro clínico do mesmo. Assim, é muito importante que o enfermeiro esteja atento às reivindicações dos clientes em tratamento, objeto de estudo deste trabalho, em relação à qualidade de vida, para que se busque alternativas ou tratamentos que melhore, ainda que de uma forma muito reduzida o cotidiano do cliente. Por isso, o estudo tem a sua importância no meio acadêmico, pois busca compreender na percepção do cliente renal crônico o que ele sente no seu tratamento.

Assim sendo, despertou o interesse em entender como a equipe de enfermagem compreende e colabora com a mais rica de todas as atividades humanas no alívio do sofrimento do nosso próximo através do cuidar e do tratar por excelência.

MATERIAIS E MÉTODOS

Este artigo trata-se de uma revisão descritiva, normativa a partir de um estudo qualitativo, retrospectivo e documental realizado com o levantamento das produções científicas publicadas no período de 2002 a 2017, localizadas nas seguintes bases de dados: *lillacs*, *bireme*, *scielo*, *BVS*, as quais comportam inúmeras publicações.

A estratégia utilizada para obtenção das publicações teve como eixo norteador os seguintes descritores: enfermagem; restrições; hemodiálise e qualidade de vida.

Assim, o processo de busca de manuscritos nas referidas bases de dados resultou em 27 fontes consultadas e utilizadas no desenvolvimento do artigo.

Para a coleta de dados foram adotados os seguintes critérios de inclusão: pesquisas disponíveis *on-line* referentes a trabalhos em língua portuguesa e desenvolvidos no Brasil, com acesso gratuito da publicação na íntegra, publicados nos últimos 16 anos, com indexação de periódicos disponíveis nas bases de dados: *lillacs*, *bireme*, *scielo*, *BVS*.

Os critérios de exclusão se referem aos documentos que não tinham relação com o tema e que são antecedentes ao ano de 2002. O artigo seguiu as regras do NIP (Núcleo Interdisciplinar de Pesquisa), PROMOVE, 2018 e ABNT-2018.

Conceito de Hemodiálise

Hemodiálise é o processo de filtração e depuração do sangue. Todavia, antes de abordar a hemodiálise propriamente dita, é importante mencionar que os serviços de diálise devem seguir o regulamento técnico para seu funcionamento, em conformidade com a resolução da Diretoria Colegiada da Agência Nacional de Vigilância sanitária (Anvisa) – RDC 154, de 15 de junho de 2004, publicada em 31 de maio de 2006

Outrora, a hemodiálise tinha como finalidade apenas evitar a morte por hipervolemia ou hiperpotassemia. Atualmente, além da reversão dos sintomas urêmicos, esse tratamento busca, em um tempo mais extenso, a diminuição das complicações, a redução do risco de mortalidade, a melhoria da qualidade de vida e a

reintegração social do paciente. (FRAZÃO, 2011).

Conforme os autores apresentam a hemodiálise é uma forma de eliminar as toxinas e o líquido em excesso do sangue, (ureia, creatinina, fósforo, etc.), cuja filtração e eliminação para a urina não é mais desempenhada de forma adequada pelos rins.

Restrições e Tratamento de Clientes em Hemodiálise

Conforme Teixeira (2012) adverte, convém por em evidência que em consequência do tratamento com hemodiálise, esses clientes deixam de realizar suas rotinas diárias, afetando assim sua vida social, como também dificuldades com as restrições hídricas.

Devido às imposições das restrições apresentadas pela doença renal crônica, e seu tratamento, o grau de aceitação e de adaptação é diversificado, pois depende da importância que cada pessoa atribui a si próprio e à sua vida.

Não apenas esse quesito, mas as restrições de certo modo alteram todo o processo de vida da pessoa, muda a rotina, as percepções e perspectivas, as vezes o paciente pode entrar em estado de angústia e até depressão.

Conceito de Qualidade de Vida

Segundo a Organização Mundial de Saúde, qualidade de vida é “a percepção do indivíduo de sua posição na vida, no contexto da cultura e sistema de valores em que ele vive, e em relação a seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações”, e que irá variar para cada um, dependendo de suas expectativas. Observando-se também, que alguns aspectos são comuns e universais, como o bem-estar, o psicológico, as relações sociais, o ambiente, o nível de independência e as crenças pessoais ou religiosidade (MASSOLA, 2017).

De acordo com Massola (2017), o conceito de qualidade de vida está diretamente associado à autoestima e ao bem-estar pessoal, além de compreender vários aspectos como capacidade funcional, o nível socioeconômico, o estado emocional, a interação social, a atividade intelectual, o autocuidado, o suporte familiar, o estado de saúde, os valores culturais, éticos e religiosos, o estilo de vida, a satisfação com o emprego e/ou com atividades diárias e o ambiente em que se vive.

Nem sempre é fácil ter qualidade de vida em estado de hemodiálise, a tentativa é aceitar a condição em que se encontra e ressignificar a vida, quando o paciente passa a ter essa visão e aceitação, isso contribui para o processo de recuperação.

O “Cuidar” e o “Tratar”

Existem dois conceitos frequentemente utilizados no dia-a-dia do enfermeiro: o cuidar e o tratar. A definição de “cuidar” abrange a prestação atenciosa e continuada de

forma holística a uma pessoa enferma, realçando desta maneira o direito à dignidade da pessoa cuidada. Contudo, o conceito “tratar” define a prestação de cuidados técnicos e específicos focados somente na enfermidade, cujo objetivo consiste na reparação do órgão enfermo de modo a alcançar a cura (PACHECO, 2002).

O cuidado tem como foco a cura do corpo doente. Corpo este que é percebido de forma fragmentada, como objeto ou máquina. A condição de estar doente é vista como negativa, devendo ser eliminada o mais rápido possível (SILVA, 2007).

É importante perceber que o cuidar é uma necessidade atual e imprescindível sendo necessária ser feita de maneira humanizada, seguindo os princípios bioéticos, considerando a individualidade, ouvindo de forma atenciosa e respeitando a comunicação.

Os enfermeiros que “tratam” concentram todos os seus cuidados apenas na enfermidade, descurando o ser humano com receios, crenças, dúvidas e sentimentos por trás da doença, constituindo apenas para este profissional mais um caso, que será resolvido aplicando as técnicas corretas e adequadas à situação (CARVALHO, ABREU-2009).

No entanto é fundamental que a equipe de Enfermagem tenha como objetivo a prestação dos cuidados holísticos com qualidade, afim de minimizar a desumanização de cuidados. É necessário ter consciência no processo do cuidar que cada paciente é um universo, um ser que tem sentimentos e emoções.

O Papel da Enfermagem na Assistência aos Clientes em Tratamento de Hemodiálise

O enfermeiro no exercício de sua função na sessão de hemodiálise possui algumas atribuições, sendo esse profissional o responsável por fazer, nesse setor, curativos em clientes com permicarde, em veia subclávia e femoral, além disso, o enfermeiro tem a incumbência de ligá-los à máquina (OLIVEIRA, 2008).

Assim sendo, o enfermeiro tem um papel em toda sua totalidade, pois é necessário se criar um vínculo de confiança e segurança com o cliente e sua equipe com um ambiente seguro e confortável. Além disso, certificar-se do uso correto de materiais e equipamentos, e para isso se faz supervisionando, orientando e avaliando.

É indispensável e muito importante que o enfermeiro tenha, além do embasamento científico, a competência e habilidade técnica pertinente a seu próprio ofício profissional. É necessário que apresente e tenha noção e aprofundamento dos referentes aos aspectos que considerem os sentimentos e as reais necessidades dos clientes no tratamento de hemodiálise (OLIVEIRA, 2008).

O enfermeiro deve ofertar um tratamento humanizado, atendendo suas necessidades, usando de suas percepções para promover uma satisfação de seu cliente nas suas necessidades apresentadas.

Das várias funções de responsabilidade de um enfermeiro, uma que é importante salientar é a de educar em saúde, pois esta ação educativa proporciona aos clientes e também aos seus familiares uma melhor compreensão e aceitação dos procedimentos adotados, proporcionando assim um ambiente de confiança em todos da equipe, levando aos clientes dessa nova realidade uma melhor convivência e de forma natural. Entretanto, essa postura do enfermeiro não deve ser apenas momentânea, mas constante e sistematizada envolvendo toda a equipe de enfermagem.

Conceito de NANDA, NIC e NOC

Conforme Moorhead (2012), a North American Nursing Diagnosis Association - NANDA foi estabelecida em 1973 quando um grupo de enfermeiros se reuniu e organizou um grupo de Conferência Nacional pra classificação de diagnóstico de Enfermagem, diagnósticos estes de enfermagem que descrevem as necessidades reais, potenciais, que apresentam risco de se desenvolver e de promoção da saúde.

Os elementos de um diagnóstico real são a identificação, definição do diagnóstico, características definidoras (sinais e sintomas), definição e fatores de risco associados e fatores relacionados, causativos ou associados (MOORHEAD, 2012).

De acordo com Bulechek (2012), diferente do diagnóstico de Enfermagem ou resultados de pacientes, em que o foco da atenção reside no paciente, o Nursing Interventions Classification- NIC enfoca nas intervenções de Enfermagem, o comportamento, as ações de Enfermagem que auxiliam o paciente a progredir em direção do resultado desejado.

NOC - Classificação dos Resultados de Enfermagem (MAAS 2010).

Possíveis Diagnósticos e Intervenções de Enfermagem aplicadas aos clientes no tratamento de hemodiálise:

DOMÍNIO 1 Promoção da saúde	CLASSE 2 Controle de saúde	DIAGNÓSTICO ENF. Comportamento de saúde propenso a risco	NIC -Esclarecer ao cliente e familiar quanto ao diagnóstico. - Explicar o processo de terapia. - Encaminhar para terapia psicológica.	NOC Reduzir o risco a saúde
DOMÍNIO 2 Nutrição	CLASSE 4 Metabolismo	DIAGNÓSTICO ENF. Risco de glicemia instável	NIC -Supervisionar e incentivar aceitação da dieta.	NOC Manutenção dos níveis glicêmicos
DOMÍNIO 2 Nutrição	CLASSE 4 Hidratação	DIAGNÓSTICO ENF. Risco de desequilíbrio <u>eletrolítico</u>	NIC -Atentar para resultados de exames. - Implantar balanço hídrico. - Atentar para volume de infusão. - Comunicar presença de vômito e diarreia.	NOC Manutenção do equilíbrio eletrolítico
DOMÍNIO 3 Eliminação e troca	CLASSE 4 Função respiratória	DIAGNÓSTICO ENF. Troca de gases <u>prejudicada</u>	NIC -Ofertar O2 se necessário. - Manter o cliente monitorizado. - Verificar sinais vitais. - Manter cabeça elevada. - Verificar saturação contínua.	NOC Manutenção da oxigenação adequada
DOMÍNIO 4 Atividade Repouso	CLASSE 4 Resposta cardiovascular/pulmonares	DIAGNÓSTICO ENF. Risco de função <u>cardiovascular prejudica</u>	NIC -Verificar sinais vitais. - Atentar para balanço hídrico e eletrolítico. - Verificar peso diário em jejum.	NOC Estabilização hemodinâmica
DOMÍNIO 4 Atividade Repouso	CLASSE 4 Resposta cardiovascular/pulmonares	DIAGNÓSTICO ENF. Risco de perfusão <u>tissular periférica ineficaz</u>	NIC - Verificar sinais vitais. - Controlar saturação. - Orientar paciente evitar sentar com membros inferiores pendentes. - Manter membros aquecidos para fornecer perfusão.	NOC Manutenção de perfusão adequada

DOMÍNIO 9 Enfrentamento Tolerância ao estresse	CLASSE 2 Respostas de enfrentamento	DIAGNÓSTICO ENF. Ansiedade	NIC - Incentivar o cliente ao auto cuidado. - Esclarecer sobre sua patologia. - Incentivar uso da medicação. - Esclarecer sobre os efeitos colaterais.	NOC Reduzir ansiedade
DOMÍNIO 11 Segurança e proteção	CLASSE 1 Infecção	DIAGNÓSTICO ENF. Risco de infecção	NIC - Incentivar nutrição eficaz. Orientar cliente sobre os cuidados com acessos. - Verificar sinais vitais. - Orientar cliente pra mudança de decúbito.	NOC Prevenir infecções
DOMÍNIO 11 Segurança e proteção	CLASSE 2 Lesão Física	DIAGNÓSTICO ENF. Risco de integridade à pele	NIC - Inspeção diária da pele. - Incentivar a mudança de decúbito. - Hidratar a pele após banho sempre que necessário. - Incentivar cortar unhas. - Orientar para evitar roupas apertadas.	NOC Manutenção da integridade da pele

coagulação do sistema, falta de fluxo vascular e arritmia.

A Enfermagem no diagnóstico de complicações

O método que orienta o julgamento clínico e a tomada de decisão do enfermeiro é denominado Processo de Enfermagem (PE), sendo constituído pelas etapas de investigação (coleta de dados), Diagnóstico de Enfermagem (DE), planejamento, implementação de intervenções de enfermagem e avaliação dos resultados apresentados pelo cliente, família ou comunidade diante das condutas adotadas (ALMEIDA, 2011).

Contudo, sabe-se que mesmo com o avanço da tecnologia, com técnicas que assegurem o cliente, o mesmo ainda assim, pode encontrar-se em situação de risco e complicações durante terapia dialítica.

Desta forma, as intervenções de enfermagem devem ser decisivas para o controle das complicações oriundas do procedimento hemodialítico (SILVA, 2011).

Sendo assim, o enfermeiro precisa fazer o diferencial nessas intercorrências para se alcançar uma qualidade e segurança no procedimento, e com isso, estar apto a intervir com seus conhecimentos clínicos, identificando e tomando decisões e medidas a diminuir os riscos.

Dentre as principais complicações estão a hipotensão, hipertensão, câimbras musculares, náuseas, vômitos, cefaleia, dor torácica, e lombar, prurido, febre e calafrios, coagulação do sistema, falta de fluxo vascular e arritmia.

Percepções positivas do cliente hemodialítico

Além do apoio familiar, a sensação de bem-estar oriunda do tratamento auxilia no enfrentamento das restrições e dos sentimentos negativos, necessitando uma tomada de consciência de sua condição de saúde para a valorização do tratamento como possibilidade de sentir-se bem e melhorar sua qualidade de vida. Apesar dos avanços da medicina, do aumento da expectativa de vida, o enfrentamento e a possibilidade de melhorar a qualidade de vida dependem da mudança dos conceitos e pré-conceitos dos clientes e acompanhantes com relação a essa doença e à hemodiálise.

De acordo com Siqueira (2005), apesar do diagnóstico de uma doença crônica e do tratamento dialítico fragilizar e provocar angústia em familiares e clientes, o apoio familiar é o suporte decisivo na percepção do sujeito durante o tratamento hemodialítico, pois estimula a sensação de bem-estar ao cliente, e com isso, ele se sentirá protegido, menos inseguro, amado e significativo. Esses sentimentos, na maioria das vezes, atuam como estímulos positivos para o enfrentamento da doença do seu tratamento.

Conforme Siqueira (2005), a importância do apoio familiar, de acordo com os profissionais de saúde e da enfermagem, diminui o impacto do tratamento dialítico resultando em uma avaliação positiva dos clientes em relação à qualidade de vida.

Percepções negativas

Segundo Braga (2011), o conjunto de sintomas da doença, associados aos fatores do dia a dia dos clientes, submetidos ao tratamento hemodialítico, geram um impacto negativo. Cabe salientar ainda que o domínio “aspecto físico” pode ser o mais prejudicado na percepção dos clientes renais crônicos.

O cliente pode enfrentar também uma barreira familiar por não aceitação do problema e/ou pouco conhecimento do caso.

Grasselli (2012), afirma que a segunda dimensão com maior percepção negativa ao cliente é a situação de trabalho. O trabalho é a condição básica para a independência humana e faz parte da identificação de cada pessoa, sendo assim, se torna um dos

valores mais preciosos do ser humano. Com a doença e o tratamento, a maioria dos clientes precisam parar de trabalhar, o que influenciará a qualidade de vida para eles. Pois, deixar de trabalhar ou diminuir a carga horária é uma situação que se difere ao estilo de vida que o indivíduo tinha antes, causando impacto negativo na qualidade de vida.

A terceira dimensão foi “funcionamento físico”, indicando que há diminuição à capacidade para executar atividades de rotina diária ou trabalho (NERY, 2009, p.8).

Diante do exposto observa-se com base nos autores, no que diz respeito à saúde, que a qualidade de vida é muitas vezes considerada em termos, devido como ela pode ser afetada de forma negativa, ou seja, a ocorrência de um tratamento debilitante como a hemodiálise, que leva o indivíduo a um declínio mental, físico, a não aceitação da doença, tudo isso é, traduzido por sentimentos de revolta e a não adesão ao tratamento, sendo levada por muitas vezes como forma de negação.

continuar fazendo seus procedimentos durante o período de ausência da sua cidade de origem. Destacou o Ministro da Saúde, Ricardo Barros (BRASIL 2018). Esse código foi criado para oficializarmos a forma correta de pagamento e prestação do serviço de hemodiálise aos clientes que estão em trânsito, ou seja, aqueles que não estão na sua cidade natal, mas que precisam do atendimento continuado em outras cidades quando estiverem em situação de trabalho, viagem ou qualquer outro tipo de necessidade de deslocamento. Quero destacar ainda que já reajustamos os preços da hemodiálise e quase dobramos o número de serviços.

Essa medida busca, dentre outros fatores, proporcionar aos clientes que estão em tratamento, uma melhoria na sua qualidade de vida, pois, com essa alteração, os clientes podem ter a possibilidade de viajar sem a preocupação se serão assistidos em outro local, mantendo assim sua rotina normal, mesmo sendo um doente crônico.

Dificuldades enfrentadas pelo cliente

Segundo Bezerra e Santos (2009), o cliente com IRC sofre várias limitações físicas, sociais e emocionais, assim como dificuldades no desempenho ocupacional, restrições hídricas, dietas especiais, consultas médicas e sessões de hemodiálise, tornando a pessoa frágil e desestruturando seu cotidiano.

“São inúmeras as dificuldades enfrentadas pelo cliente portador da doença renal crônica, as quais influenciam o seu dia a dia e o modo de se relacionar, seja pela dependência da máquina de diálise ou pelas idas frequentes ao médico, dificultando, desta forma, o desempenho das suas atividades ocupacionais o quê, conseqüentemente, pode acrescentar inúmeras dificuldades e restrições em sua qualidade de vida” (BEZERRA; SANTOS 2009).

Ações visando ao bem-estar dos clientes com IRC

O Ministério da Saúde anunciou, em março de 2018, que o Sistema Único de Saúde (SUS) daria assistência aos clientes que estiverem em trânsito, ou seja, quem necessitem de diálise e não estejam no seu local de tratamento, para que pudessem continuar fazendo seus procedimentos durante o período de ausência da sua cidade de origem. Destacou o Ministro da Saúde, Ricardo Barros (BRASIL 2018). Esse código foi criado para oficializarmos a forma correta de pagamento e prestação do serviço de hemodiálise aos clientes que estão em trânsito, ou seja, aqueles que não estão na sua cidade natal, mas que precisam do atendimento continuado em outras cidades quando estiverem em situação de trabalho, viagem ou qualquer outro tipo de necessidade de deslocamento. Quero destacar ainda que já reajustamos os preços da hemodiálise e quase dobramos o número de serviços.

Essa medida busca, dentre outros fatores, proporcionar aos clientes que estão em tratamento, uma melhoria na sua qualidade de vida, pois, com essa alteração, os clientes podem ter a possibilidade de viajar sem a preocupação se serão assistidos em outro local, mantendo assim sua rotina normal, mesmo sendo um doente crônico.

O olhar da enfermagem acerca do tema

O profissional de Enfermagem tem grande importância neste processo durante o tratamento de hemodiálise, tendo em vista que essa assistência é desconhecida por alguns profissionais.

Levando em consideração que é de extrema importância que estes profissionais estejam preparados para algumas intercorrências, com conhecimento teóricos e práticos para ajudar também de forma humanizada os clientes hemodialíticos.

Clientes com IRC em tratamento passam diariamente por um processo doloroso, com restrições e limitações, exigindo dele mudanças radicais tanto físicas como psicológicas. Por este motivo é que a assistência de Enfermagem é tão importante, pois é necessário realizar uma avaliação no cliente desde o acesso venoso a ajudá-lo na compreensão na sua atual situação e mudança de vida.

É de grande relevância a comunicação do profissional de Enfermagem com o cliente dialítico, usando de seu papel de educador para ajudar na conscientização de suas restrições e atribuições no tratamento, com fins de prevenir e minimizar complicações, tendo em vista o controle do peso, alimentação, ingestão hídrica e outras comorbidades, pois desta forma torna-se mais eficaz o andamento do tratamento e na melhora da qualidade de vida.

As complicações podem também ocorrer em domicílio, gerando sintomas e mal-estar, devido a estarem debilitados. É neste momento que a família se faz mais

uma vez necessária no apoio a estes clientes. Contudo para que isso aconteça de forma tranquila os profissionais de Enfermagem precisam agregar os familiares neste aprendizado, obtendo-se assim o sucesso na realização do tratamento.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os avanços tecnológicos e terapêuticos em clientes com IRC em tratamento hemodialítico, contribuíram para o aumento de sobrevida dos clientes. Entretanto, não traz a cura, mas possibilita uma melhora no quadro clínico do mesmo, sendo assim é de extrema importância que o enfermeiro esteja atento às reivindicações dos clientes em tratamento para assim buscar alternativas e tratamentos que melhore a sua qualidade de vida.

Por isso, torna-se de grande importância que o enfermeiro repense cuidadosamente o verdadeiro significado do sentido da alma da enfermagem, aperfeiçoando os pontos menos relevantes encontrados nos seus atos profissionais e fortalecendo os pontos positivos.

Para uma qualidade no cuidado prestado é necessário que o enfermeiro motive um ambiente de empatia com o cliente através da comunicação, criando também um ambiente de trabalho agradável entre sua equipe multidisciplinar.

Assim sendo, despertou o interesse em entender como a equipe de enfermagem compreende e colabora com a mais rica de todas as atividades humanas no alívio do sofrimento do nosso próximo através do cuidar e do tratar por excelência.

REFERÊNCIAS

AGENCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA

SANITÁRIA (Anvisa). Resolução RDC nº 154, de 15 de junho de 2004. http://freitag.com.br/files/uploads/2018/02/portaria_norma_248.pdf.

Conselho Federal de Enfermagem (BR). Resolução COFEN nº 240/2000, de 30 de agosto de 2000. Aprova o Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem e dá outras providências. Disponível em: <http://www.portalcofen.com.br/2007>

ALMEIDA MA, Lucena AF. “O processo de enfermagem e as classificações NANDA-I, NIC e NOC”. In: AL-MEIDAMA, LUCENAAF,

FRANZENE, LAURENTMC. *Processo de Enfermagem na Prática Clínica: estudos clínicos realizados no Hospital de Clínicas de Porto Alegre*. Porto Alegre: Artmed; 2011. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/rlae/v20n6/pt_13.pdf

ASSOCIAÇÃO NORTE-AMERICANA DE DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM.
Diagnósticos de Enfermagem da Nanda: definições e classificações 2015-2017.

BRAGA SF, PEIXOTO, SV, GOMES IC, ACURCIO, FA, ANDRADE EI, CHERCHIGLIA ML. “Fatores associados com qualidade de vida relacionada à saúde de idosos em hemodiálise”. In *Rev Saúde Pública*. 2011; 45(6):1127-113.

BRASIL. Ministério da Saúde. Disponível em: <http://portalms.saude.gov.br/noticias/agencia-saude/42715-saude-incorpora-procedimento-de-hemodialise-para-pacientes-em-transito>

BEZERRA, KV; SANTOS, JLF. “O cotidiano e pessoas com insuficiência renal crônica em tratamento hemodialítico”. In *Rev latino-amerferm*. 2008 Jul./Ago. 16(4). Disponível em http://www.scielo.br/pdf/rlae/v16n4/pt_06

CARPENITO L.J. *Manual de Diagnóstico de Enfermagem*. 15 ed. Porto Alegre, Artmed, 2017.

CARVALHO, A. ABREU, M. “Cuidar em enfermagem”. Disponível em *Leia Mais*, em <https://www.webartigos.com/artigos/cuidar-em-enfermagem/14277/#ixzz5j03mMvZu>

FERMI, MRV. *Diálise para enfermagem*. 2 ed.

FRAZÃO Cecília Maria F.de Q.; RAMOS, Vânia P.R.; LIRA, Ana Luísa B.de C. *Qualidade de vida de pacientes submetidos a hemodiálise*. Artigo Científico, Rio de Janeiro, 2011. Acesso em 10 de dezembro de 2014. Disponível em: <http://www.facenf.uerj.br>.

GRASSELLI, CS, CHAVES, EC, SIMÃO, TP, BOTELHO, PB, SILVA, RR. “Avaliação da qualidade de vida dos pacientes submetidos à hemodiálise”. In *Rev Bras Clin Med*. 2012;10(6):503-7.

JOHNSON M., Moorhead S., Bulechek G., Howard K. Butcher, Maas M., Swanson E. – “Ligações entre NANDA, NOC e NIC” 3 ed. 18 out. 2012, pag. 2 Rio de Janeiro.

LATA, A.G.B. “Diagnósticos de enfermagem em adultos em tratamento de hemodiálise” Disponível em: <http://www2.unifesp.br/acta/pdf/v21/n5/v21n5a4.pdf>

LOPES, JM. “Qualidade de vida relacionada à saúde de clientes renais crônicos em diálise”. In *Acta Paul Enferm*. 2014; 27(3):230-6. Universidade Federal de São Carlos, São Paulo.

MASSOLA, R. *Saúde Coletiva e Atividade Física*. UNICAMP, 2017. Disponível em: <http://www.ricardomassola.com.br/o-que-e-qualidade-de-vida-podemos-medi-la>

MENDES, C.A., SHIRATORI, K. “A percepção dos pacientes de transplante renal”. *Nursing*, 2002 Jan.

MOORHEAD S., JOHNSON M., MAAS M. *Classificação dos resultados de enfermagem – NOC 4ªed*. Rio de Janeiro: Elsevier; 2010. 936 p.

NERY, RM., ZANINII, M. “Efeitos de um programa de 12 semanas de exercícios físicos sobre a capacidade funcional e a qualidade de vida de pacientes com doença renal crônica em hemodiálise”. In *J Bras Nefrol*. 2009;31(2):151-3.

OLIVEIRA, A.M., SOARES, E. *A comunicação como importante ferramenta nas orientações em uma unidade de hemodiálise*. Florianópolis, v.5, n.3, p.118-123, 2014. Universidade de Santa Catarina.

OLIVEIRA, S.M et al. “Elaboração de um instrumento da assistência de enfermagem na unidade de hemodiálise”. In *Acta paul. enferm.*, 2008, vol.21, no.spe, p.169-173.

PACHECO, Susana. *Cuidar a pessoa em fase terminal – perspectiva ética*, Loures, Editora Lusociência. Publicado em 10 de fevereiro de 2009. Disponível em <https://www.webartigos.com/artigos/cuidar-em->

SILVA, A.L. *Cuidado transdimensional: um novo paradigma para a saúde*. Editora Yendis, 2007

SILVA, AS; FERNANDES, GFM. “Percepções

e mudanças na qualidade de vida de pacientes submetidos à hemodiálise”. In *Revista Brasileira de Enfermagem*. vol. 64, nº5 Brasília Set/Out.2011. Universidade Federal do Rio Grande.

SILVA, GLDF., THOMÉ, EGR. “Complicações do procedimento hemodialítico em pacientes com insuficiência renal aguda: intervenções de enfermagem”. In *Rev Gaúcha Enferm*. 2009; 30(1):33-9. Disponível em: <http://seer.ufrgs.br/index.php/RevistaGauchaEnfermagem/article/view/3844/6557>

SISDELLI S. *Diálise. Vida nova ou nova vida?* São Paulo: O Mercador Criação Contemporânea, 2007.

TEIXEIRA, R.S. “Percepção do paciente renal crônico sobre o tratamento hemodialítico”. In *Revista Pro-univer SUS* 2012. Universidade Severino Sombras. Rio de Janeiro.

TRENTINI, M. et al. “Qualidade de vida de pessoas dependentes de hemodiálise considerando alguns aspectos físicos, sociais e emocionais”. In *Texto Contexto Enferm* 2004; 13(1); 74

O PROCESSO DE ENFERMAGEM COMO FERRAMENTA NA REABILITAÇÃO E PREVENÇÃO DE AGRAVOS AOS SUJEITOS SEQUELADOS DE AVE: REVISÃO INTEGRATIVA

Ilza Iris dos Santos

Professora na Faculdade de Ensino Integrados ASLIM - Faslim; Especialista em UTI Neonato Pediátrica e em UTI Geral pela Faculdade Metropolitana de Ciência e Tecnologia - CENPEX - Enfermagem pela Universidade Potiguar- UNP. Mossoró/RN

Lilianne Pessoa de Moraes

Enfermagem pela Universidade Potiguar-UNP. Mossoró/RN

Vande-Cleuma Batista

Enfermagem pela Universidade Potiguar-UNP. Mossoró/RN. Especialista em Urgência e Emergência pela FACESA/ASSÚ –RN

Rodrigo Jacob Moreira de Freitas

Doutorando em Cuidados Clínicos em Enfermagem e Saúde pela Universidade Estadual do Ceará - PPCCLIS/UECE. Mestre pela Universidade Estadual do Ceará - PPCCLIS/UECE. Foi Professor Substituto da Universidade Estadual do Ceará - UECE; Professor Adjunto da Faculdade de Ensino Superior do Ceará - FAECE e, docente na Universidade Potiguar – UNP Fortaleza/CE

Juce Ally Lopes de Melo

Doutoranda no curso de Cuidados Clínicos em Enfermagem e Saúde (Acadêmico) pela Universidade Estadual do Ceará - UECE. Mestre em Cuidados Clínicos em Enfermagem e Saúde pela UECE. Licenciatura/Bacharelado em Enfermagem pela Universidade do Estado do Rio Grande do Norte-Mossoró/RN; Especialista na área de Urgência e Emergência pela Faculdade

de Ciências Médicas de Campina Grande/PB

Rúbia Mara Maia Feitosa

Mestre em Cuidados Clínicos em Enfermagem e Saúde pela Universidade Estadual do Ceará – UECE. Membro do grupo de pesquisa: Clínica do Sujeito: saber, saúde e laço social (LACSU) Especialista em Ativação de Processos de Mudança na Formação Superior de Profissionais de Saúde pela Escola Nacional de Saúde Pública (ESNP/FIOCRUZ). Fortaleza/CE

Natana Abreu de Moura

Doutoranda do Programa de Pós-Graduação Cuidados Clínicos em Enfermagem e Saúde - PPCCLIS/UECE. Mestre em Cuidados Clínicos em Enfermagem e Saúde/UECE. Enfermeira pela Universidade Estadual do Ceará e substituta do Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Estadual do Ceará (UECE). Fortaleza/CE

Evilamilton Gomes de Paula

Enfermagem Pela Universidade Estadual do Rio Grande do Norte-UERN. Especialista em Nefrologia pela Universidade Estadual do Ceará-UECE

Kaline Linhares de Araujo

Pós graduanda em UTI Geral e em Urgência e Emergência pela Faculdade Metropolitana de Ciência e Tecnologia - CENPEX - Enfermagem pela Universidade Potiguar- UNP. Mossoró/RN

RESUMO: O presente estudo tem como objetivo discutir sobre o Processo de Enfermagem no

cuidado a sujeitos com sequelas de AVE. Trata-se de uma revisão integrativa, elaborada mediante pesquisas nos bancos de dados da Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), utilizando dos descritores Processos de Enfermagem, Acidente Vascular Encefálico e Autocuidado e como critério de inclusão artigos com delimitação temporal de 2010 a 2015, completos e no idioma português, assim como aqueles que dispusessem do assunto conforme os descritores citados. Foram encontrados 1.006 artigos publicados de 2010 a 2015, sendo 55 escritos em língua portuguesa, e utilizados 9 (nove) artigos, os quais atenderam aos questionamentos e ao objetivo desta pesquisa. A análise dessas produções foi baseada na exploração de conteúdo, aplicando-se a regra de pertinência, ou seja, adequação do material e sua correspondência com o objetivo que suscita sua análise, fundamentado no recorte de temas definidos a priori. O estudo possibilitou discutir sobre o Processo de Enfermagem e a identificação de problemas e necessidades dos sequelados por AVE, enfocando as repercussões crônicas em suas funções corporais, descrevendo as necessidades de inserção destes de forma contínua através da reabilitação e elevando ao máximo a funcionalidade na realização das atividades, bem como na prevenção de agravos. A reabilitação precoce é uma das principais funções da enfermagem que busca no indivíduo sequelado de AVE a independência para a realização do autocuidado.

PALAVRAS-CHAVE: Processos de Enfermagem. Acidente Vascular Encefálico e Autocuidado.

THE NURSING PROCESS AS A TOOL IN THE REHABILITATION AND PREVENTION OF DISEASES TO THE SEQUELLED SUBJECTS OF STROKE: INTEGRATIVE REVIEW

ABSTRACT: The present study aims to discuss the nursing process in caring for subjects with sequelae of STROKE. This is an integrative review, elaborated through surveys in the databases of the Virtual Health Library (VHL), using the Descriptors nursing processes, cerebrovascular accident and self-care and as inclusion criterion articles with temporal delimitation from 2010 to 2015, complete and in Portuguese, as well as those who had the subject according to the descriptors Cited. 1,006 articles published from 2010 to 2015 were found, and 55 were written in Portuguese, and 9 (nine) articles were used, which met the questions and the objective of this research. The analysis of these productions was based on the exploration of content, applying the rule of pertinence, that is, adequacy of the material and its correspondence with the objective that raises its analysis, based on the clipping of themes defined a priori. The study allowed discussing the nursing process and the identification of problems and needs of the sequelae by CVA, focusing on the chronic repercussions in their bodily functions, describing the needs of their insertion in a continuous way Through rehabilitation and elevating functionality in the accomplishment of activities, as well as in the prevention of diseases. Early rehabilitation is one of the main functions of nursing that seeks in the sequelowed individual of STROKE the independence for the realization of self-care.

KEYWORDS: Nursing processes. Cerebrovascular Accident and self-care.

1 | INTRODUÇÃO

O Acidente Vascular Encefálico (AVE) pode ser definido como uma síndrome de rápido desenvolvimento de distúrbios clínicos da função cerebral que pode culminar em danos neurológicos permanentes ou transitórios. Um AVE é caracterizado por manifestações clínicas e neurológicas de derrame, combinadas com evidências radiológicas de isquemia ou infarto em um determinado território arterial (acidente vascular cerebral isquêmico agudo) ou hemorragia (acidente vascular cerebral hemorrágico). (ROLIM, 2011)

Entre as doenças cardiovasculares o AVE é a patologia com profundas repercussões para a saúde pública. Atualmente é a segunda causa de mortalidade no Brasil e a primeira incapacitante em adultos. Embora seja uma doença cerebrovascular passível de acontecer em qualquer faixa etária sua incidência aumenta na medida que a idade avança e dobra aproximadamente a cada década de vida (CAVALCANTE 2010).

Dados resultantes do perfil epidemiológico estimam que em 2015 o AVE atingirá 6,3 milhões de pessoas no mundo, com impacto expressivo nos custos em saúde (SOUZA, 2014). No Brasil, o número de indivíduos acometidos pelo Acidente Vascular Encefálico é significativo, sendo responsável por 179 mil internações, considerado a principal causa de lesão permanente em adultos e a maior causa de óbitos na população entre 30 a 85 anos, totalizando 87.344 mil por ano, a nível de Brasil, e terceira causa de mortes no mundo todo, perdendo apenas para as doenças cardiovasculares e o câncer. (MONTEIRO, 2013)

O cuidado na fase aguda, principalmente nos casos de AVE isquêmicos, deve ser o mais rápido possível, a fim de se evitar morte de tecido cerebral. Todavia, para que as ações sejam efetivas é necessário um conjunto de tecnologias disponíveis no tempo correto como, por exemplo, a tomografia computadorizada, preferencialmente dentro das primeiras quatro horas desde o reconhecimento dos sinais e sintomas. Dentre os danos provocados pelo AVE verifica-se desde disfunções quanto a ansiedade e depressão até distúrbios motores, sensoriais, cognitivos e de comunicação (ROLIM; MARTINS, 2011).

A reabilitação é uma das inúmeras funções da enfermagem que busca no indivíduo a independência para a realização do autocuidado. A habilidade para realizá-la é a chave para a independência, o retorno ao lar e a vida comunitária. Quanto mais precoce for iniciado o processo de reabilitação melhores serão as possibilidades de recuperação do indivíduo (LESSMANN, 2011).

Além disso, o cuidado com a enfermagem requer bases teóricas do campo da Enfermagem e de fora dela que contribuam para a ampliação do conhecimento

e o estabelecimento da enfermagem enquanto ciência. O cuidado dessa ciência direcionado ao paciente sequelado de AVE precisa estar alinhado ao Processo de Enfermagem e embasado em uma teoria que fundamente seu cuidar. Assim, a luz dessas considerações emerge a questão norteadora: Qual a importância do Processo de Enfermagem no cuidado aos sujeitos com sequelas de AVE? Posto isso, o presente estudo tem como objetivo discutir sobre o Processo de Enfermagem no cuidado a sujeitos com sequelas de AVE.

2 | METODOLOGIA

Trata-se de uma revisão integrativa que visa discutir o Processo de Enfermagem no cuidado ao sujeito sequelado de AVE, procurando afirmar, ou não, as potencialidades desse processo em sua assistência.

Na primeira fase concedeu-se a identificação do tema proposto ao estudo, seguida pela pesquisa que continha como descritores Processos de Enfermagem, Acidente Vascular Encefálico (AVC) e Autocuidado. Os estudos foram selecionados e categorizados obedecendo as seguintes classes: Processo de Enfermagem e AVE Processo de Enfermagem e Autocuidado; AVE e Autocuidado; e Processo de Enfermagem e AVE e Autocuidado. Também foi pesquisado no banco de dados produções científicas e manuais institucionais publicadas na Biblioteca Virtual em Saúde (BVS). Nessa ótica, o campo de pesquisa de informações em meios eletrônicos é de grande relevância para os pesquisadores, necessitando de frequente atualização (CARVALHO, 2010).

Na segunda fase foram pesquisadas as produções científicas de interesse. Como estratégia de busca foram utilizados os seguintes descritores de assunto e/ou palavras: Processos de Enfermagem, Acidente Vascular Encefálico e Autocuidado e suas combinações já citadas. O período da pesquisa literária ocorreu entre agosto e setembro de 2015, cujo critério de inclusão foi pautado em produções de artigos com disponibilidade e delimitação temporal de 2010 a 2015, completos e no idioma português, e finalmente com aqueles que se encaixavam ao assunto proposto neste trabalho.

Na terceira fase procedeu-se a leitura do material selecionado, baseada em uma tabela documental elaborada pelos autores para cada produção ou material institucional, possibilitando a organização dos dados e considerando-se as variáveis: ano de publicação, idioma português e valor conteudístico baseado na temática proposta neste trabalho. Ao todo foram encontrados 3.186 artigos sem filtro e 1.006 publicados no período de 2010 a 2015, dos quais 55 eram escritos em língua portuguesa. Ao final 09 artigos foram utilizados por atenderem aos questionamentos e se aproximarem dos objetivos desta pesquisa.

Na quarta fase realizou-se a análise dessas produções, baseado na análise de conteúdo aplicado a regra de pertinência, ou seja, adequação do material e sua

correspondência com o objetivo que suscita sua análise, e fundamentado no recorte de temas definidos a priori, quais sejam: Processo de Enfermagem, AVE e Autocuidado. Assim, foram identificados os núcleos de sentido de cada categoria. Em seguida, após a aplicação da regra de exclusividade e reorganização dos núcleos de sentido, chegou a delimitação de categorias temáticas. Desta feita, apenas 09 artigos foram utilizados, uma vez que os demais não atendiam ao objetivo proposto no presente trabalho. À luz dessas considerações, os artigos selecionados e estudados foram articulados com fim à fundamentação do trabalho, assim como alavancar as discussões pertinentes ao tema proposto.

3 | RESULTADOS

Nas pesquisas realizadas na BVS com a combinação Processo de Enfermagem e AVC, Processo de Enfermagem e Autocuidado, AVC e Autocuidado e AVC e Autocuidado e Processo de Enfermagem, foram encontrados artigos de acordo com os critérios de inclusão, os quais foram utilizados para atingir os resultados, conforme apresentado na **Tabela 1**.

Apresentação da síntese de artigos incluídos na revisão integrativa

Sequência de Artigo: Artigo 1	
Título:	Diagnósticos de Enfermagem Aplicáveis a Pessoas com Paraplegia em fase inicial de Reabilitação domiciliar
Autores:	Karenine Maria Holanda Cavalcante, Zuila Maria de Figueirêdo Carvalho e Francisco Moacir Pinheiro Garcia
Ano de Publicação:	2013
Base de Dados:	BDENF
Objetivo do Estudo:	Identificar e discutir diagnósticos de enfermagem aplicáveis a pessoas com paraplegia em fase inicial de reabilitação domiciliar baseado na taxonomia da NANDA-I
Resultados:	O estudo possibilitou a identificação de problemas e necessidades na condição de paraplégico, bem como a utilização de uma classificação de enfermagem para a realização do planejamento de cuidado específico.
Recomendações/ Conclusões:	Além da individualidade no contexto e formas de enfrentamento o tempo decorrido após o acidente e a fase reabilitacional serão diferenciais na assistência de enfermagem. O processo diagnóstico desenvolvido no domicílio facilitou a abordagem das informações, permitindo compreender o paciente como um todo, inclusive seu contexto sociocultural, ambiental e emocional, proporcionando, ainda, o conhecimento de fatores motivacionais ou não para a busca da saúde e o direcionamento das intervenções.

Sequência de Artigo: Artigo 2	
Título:	Medo de cair e sua relação com a medida da independência funcional e a qualidade de vida em indivíduos após Acidente Vascular Encefálico
Autores:	Raquel Buarque Caminha Monteiro, Glória Elizabeth Carneiro Laurentino, Priscilla Gonçalves de Melo, Dinalva Lacerda Cabrall, João Carlos Ferrari Correall e Luci Fuscaldi Teixeira-Salmelall
Ano de Publicação:	2013

Base de Dados:	LI- LACS
Objetivo do Estudo:	Avaliar o medo de cair em indivíduos na fase crônica após Acidente Vascular Encefálico (AVE) e verificar sua relação com medidas de independência funcional e de Qualidade de Vida (QV).
Resultados:	Pode-se constatar que o medo de cair esteve associado a uma menor independência funcional e a uma mais baixa percepção da QV de indivíduos na fase crônica pós-AVE, envolvendo tanto aspectos físicos quanto psicossociais, sendo essas relações importantes para que se possa compreender o impacto do AVE e melhor nortear as condutas terapêuticas.
Recomendações/ Conclusões:	Nesse sentido, os resultados do presente estudo podem auxiliar condutas de reabilitação, favorecendo o direcionamento de estratégias de tratamento mais apropriadas, além de indicar a necessidade de serem realizadas ações em prevenção de quedas, focando indivíduos pós-AVE.

Sequência de Artigo: Artigo 3	
Título:	Severidade clínica e funcionalidade de pacientes hemiplégicos pós-AVC agudo atendidos nos serviços públicos de fisioterapia de Natal (RN)
Autores:	Fabírcia Azevêdo da Costa, Diana Lídice Araújo da Silval e Vera Maria da Rocha
Ano de Publicação:	2013
Base de Dados:	LILACS
Objetivo do Estudo:	Investigar por meio de uma equipe multidisciplinar a severidade clínica e a independência funcional de pacientes hemiplégicos pós-AVC
Resultados:	Ao ser investigado se a severidade clínica do AVC apresentava alguma relação com o nível de independência funcional dos pacientes ao darem entrada no serviço de fisioterapia foi verificada a presença de uma relação negativa e bastante significativa, apontando que quanto mais grave o nível de severidade clínica dos pacientes pior sua independência funcional portanto, maior a dependência para realização de atividades da vida diária (AVD).
Recomendações/ Conclusões:	Os achados descobertos sugerem que a severidade do quadro clínico e o comprometimento na função de pacientes com AVC ao darem entrada no SUS são significativos e evidenciam a necessidade de além do tratamento fisioterapêutico clássico serem incentivadas intervenções precoces na população em geral por meio de condutas educacionais que visem uma melhor conscientização e prevenção desta patologia.

Sequência de Artigo: Artigo 4	
Título:	Identificação das categorias de participação da CIF em instrumentos de qualidade de vida utilizados em indivíduos acometidos pelo acidente vascular encefálico
Autores:	Christina Danielli Coelho de Moraes Faria, Soraia Micaela Silva, João Carlos Ferrari Corrêa, Glória Elizabeth Carneiro Laurentino e Luci Fuscaldi Teixeira Salmela
Ano de Publicação:	2012
Base de Dados:	LILACS
Objetivo do Estudo:	Identificar categorias do componente de participação da Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF) que já foram sistematicamente relacionadas aos instrumentos de Qualidade de Vida Relacionada à Saúde (QVRS) comumente utilizados em indivíduos acometidos pelo Acidente Vascular Encefálico (AVE)
Resultados:	Dada a multidimensionalidade do construto QVRS e as características distintas entre instrumentos genéricos e específicos é recomendado o uso combinado desses dois tipos de instrumentos para uma avaliação mais adequada da QVRS.

Recomendações/ Conclusões:	Segundo os resultados concordantes dos estudos de cada instrumento, apesar de três deles terem avaliado outros componentes além da participação 18 categorias distintas relacionadas à participação foram associadas aos conceitos mensurados. Sendo assim, a utilização do NHP, do SF-36 e do SS-QOL para a avaliação da participação dos indivíduos acometidos pelo AVE é possível, desde que sejam identificados os itens que apresentam os conceitos associados à participação
---------------------------------------	--

Sequência de Artigo: Artigo 5	
Título:	A funcionalidade de usuários acometidos por AVE em conformidade com a acessibilidade à reabilitação
Autores:	Eleazar Marinho de Freitas Lucena, Jairo Domingos de Moraes, Hermínio Rafael Lopes Batista, Luciana Moura Mendes, Kátia Suely Queiroz Ribeiro Silva, Robson da Fonseca Neves e Geraldo Eduardo Guedes Brito
Ano de Publicação:	2011
Base de Dados:	LILACS
Objetivo do Estudo:	Descrever e analisar os componentes Atividade e Participação da CIF entre os usuários com AVE, adscritos na área de cobertura das Equipes de Saúde da Família (ESF's) do município de João Pessoa (PB) e suas associações com o acessibilidade à reabilitação.
Resultados:	Nos resultados aqui obtidos ficou evidente que as consequências do AVE provocam, na maioria dos indivíduos, repercussões crônicas em suas funções corporais, acarretando a necessidade de inserção contínua nos serviços de reabilitação, de forma que esta possa maximizar a funcionalidade na realização das atividades e melhorar a satisfação no contexto social.
Recomendações/ Conclusões:	As limitações abrangem desde as atividades cotidianas básicas até aspectos de ordem social que são imprescindíveis para a qualidade de vida dos indivíduos. Pela diversidade de problemas na atividade humana decorrentes das doenças cerebrovasculares faz-se necessário que as intervenções no campo da reabilitação tenham uma abordagem multidisciplinar, de modo a garantir sua efetividade.

Sequência de Artigo: Artigo 6	
Título:	Grupo de atividades de vida diária: influência do procedimento em pacientes adultos com acidente vascular encefálico isquêmico
Autores:	Camila Pontes Albuquerque, Eleanora Vitagliano, Juliana Yumi Yamada, Carem Fagundes, Rafael Eras Garcia, Rebeca Braga, Renata Cristina Verri Bezerra Carramenha, Sarah Monteiro dos Anjos, Milene Silva Ferreira e Alexandra Passos Gaspar
Ano de Publicação:	2011
Base de Dados:	LILACS
Objetivo do Estudo:	Analisar os resultados do procedimento do grupo de Atividades de Vida Diária (AVDs) composto por pacientes com sequelas de AVE isquêmico.
Resultados:	Foi possível comprovar a eficácia do procedimento grupo de AVDs composto por sujeitos com sequelas de AVE isquêmico em fase crônica, através da mensuração dos ganhos funcionais obtidos pela HAQ e FAQ.

Recomendações/ Conclusões:	O aspecto funcional nesses pacientes deve ser trabalhado de forma precoce com fim a possibilitar maior independência funcional, pois já foi demonstrado que o <i>status</i> funcional após 6 meses da lesão encefálica isquêmica inicial está associado a uma maior sobrevivência a longo prazo.
-------------------------------	--

Sequência de Artigo: Artigo 7	
Título:	Relação entre nível de atividade física, equilíbrio e qualidade de vida em indivíduos com hemiparesia
Autores:	Aline Braun, Vanessa Herber e Stella Maris Michaelsen
Ano de Publicação:	2012
Base de Dados:	LILACSExpress
Objetivo do Estudo:	Avaliar a relação existente entre o equilíbrio e nível de confiança no equilíbrio com o nível de atividade física e com a Qualidade de Vida (QV) de indivíduos com hemiparesia após AVE.
Resultados:	Conclui-se que o nível de atividade física apresenta correlação significativa com o equilíbrio funcional e a QV em indivíduos com hemiparesia após AVE. O equilíbrio funcional apresenta correlação significativa com a QV para os domínios de papel familiar e mobilidade.
Recomendações/ Conclusões:	Faz-se necessário dar ênfase para as atividades de equilíbrio dinâmico nos programas de reabilitação após AVE, uma vez que há forte correlação entre estes fatores e as limitações desses indivíduos.

Sequência de Artigo: Artigo 8	
Título:	O processo do cuidar/cuidado nas representações sociais de cuidadores de pacientes sequelados por acidente vascular cerebral
Autores:	Jeferson Santos Araujo, Silvio Eder Dias da Silva, Mary Elizabeth de Santana, Vander Monteiro da Conceição e Esleane Vilela Vasconcelos
Ano de Publicação:	2011
Base de Dados:	BDENF
Objetivo do Estudo:	Identificar e analisar as representações sociais dos cuidadores de pacientes sequelados após Acidente Vascular Cerebral acerca do cuidado prestado.
Resultados:	O cuidado é entendido como uma tarefa árdua, visto que as representações atribuídas foram ancoradas à ideia de exaustão, o que permite afirmar que o cuidado era prestado em alguns momentos como obrigação, não representando o real conceito de cuidado, que é atender as necessidades do outro com domínio e satisfação da assistência.
Recomendações/ Conclusões:	As representações sociais dos cuidadores auxiliam que o enfermeiro possa elaborar ações que busquem a melhor adequação do prestador de cuidados em sua função, sobretudo estratégias de serviços em saúde para que junto a alta do paciente seja realizado o preparo desses cuidadores no ambiente familiar.

Sequência de Artigo: Artigo 9	
Título:	Atuação da enfermagem no autocuidado e reabilitação de pacientes que sofreram Acidente Vascular Encefálico
Autores:	Juliana Cristina Lessmann, Fernanda de Contoll, Greice Ramos, Míriam Susskind Borenstein e Betina Homer Schlindwein Meirelles.
Ano de Publicação:	2011
Base de Dados:	LILACS, MEDLINE, BDEF
Objetivo do Estudo:	Relatar/compartilhar assistência de Enfermagem ao indivíduo acometido pelo Acidente Vascular Encefálico enfatizando a reabilitação e o autocuidado baseado em Orem.
Resultados:	A importância da atuação da enfermagem junto à equipe multiprofissional, promovendo a interdisciplinaridade e a troca de saberes que culmina na realização de assistência integral e de qualidade às pessoas.
Recomendações/ Conclusões:	Quanto mais precoce é iniciado o processo de reabilitação melhores são as possibilidades de recuperação do indivíduo.

Fonte: Criada pelos autores a partir das buscas no meio virtual

4 | DISCUSSÃO

Na análise inicial dos estudos em questão todos são unânimes na abordagem dos sujeitos com sequelas de AVE, cujos indivíduos necessitam de um cuidado mais específico e multidisciplinar e o quadro transitório poderá se tornar crônico, permanente. Muitos casos até já se configuram como estigma, condição pronta e acabada, como se o sujeito estivesse marcado para o referido fim, o que de certa forma vem sendo afirmado por Lessiman (2011), quando suscita a discussão de que o AVE, em relação à abrangência das condições crônicas de saúde, é uma das doenças mais incapacitantes e que gera impacto em diversas funções humanas. E apresenta elevada prevalência em diferentes problemas de saúde pública.

Lessiman (2011), ratifica as discussões quando enfoca a reabilitação como uma das inúmeras funções da enfermagem, a qual busca a independência para a realização do autocuidado, sendo entendido como um conjunto de ações desenvolvidas pelo indivíduo e pela família para atender as necessidades da vida diária, aprendido e aperfeiçoado ao longo da vida.

Na ótica de Albuquerque (2011), o aspecto funcional nesses pacientes deve ser trabalhado precocemente com fim a possibilitar maior independência funcional, pois como já demonstrado o *status* funcional após 6 meses da lesão encefálica isquêmica inicial está associado a uma maior sobrevivência a longo prazo. Diante dessas considerações, faz-se necessário que os profissionais de enfermagem, junto à equipe multidisciplinar, efetuem orientações acerca da prevenção de quedas em caso de treino de marcha realizado no domicílio. A enfermagem pode se inserir neste cuidado adaptando-os a realidade no domicílio, já que as limitações da marcha foi a seqüela

prevalente nas análises dos estudos em questão.

Para tanto, os diagnósticos de enfermagem, conforme Monteiro (2013), considera que muitas vezes eles estão relacionados a intervenções iguais, previamente estabelecidas, em que pode sanar o outro, evitando-se planos extensos. Dos treze Domínios observados na Taxonomia utilizada dez estiveram presentes. A saber: Promoção da saúde (Domínio 1); Nutrição (Domínio 2); Eliminação/Troca (Domínio 3); Atividade/Repouso (Domínio 4); Percepção/ Cognição (Domínio 5); Auto Percepção (Domínio 6); Relacionamentos de papel (Domínio 7); Sexualidade (Domínio 8); Enfrentamento/Tolerância ao estresse (Domínio 9); e Segurança/Proteção (Domínio 11).

No primeiro Domínio foi identificado manutenção ineficaz da saúde, cujas evidências encontradas foram: alimentação carente de nutrientes, água ingerida sem tratamento adequado, utilização de pia única para lavar roupas e louças, lençóis lavados e não passados a ferro e não submissão à consulta ginecológica há mais de um ano. Quanto aos fatores citam-se: falta de conhecimento e falta de recursos materiais. No segundo Domínio esteve presente o risco de volume de líquidos deficientes arraigado à ingestão deficiente de líquidos. No terceiro Domínio foi aplicado “Constipação”, evidenciado por fezes endurecidas e períodos prolongados sem evacuações decorrente da interrupção na transmissão nervosa de impulsos relacionados aos estímulos intestinais, à imobilidade, à ingesta insuficiente de fibras e líquidos e à falta de conhecimento acerca do programa de reeducação intestinal. O quarto Domínio se mostrou fortemente afetado, apresentando atividade de recreação deficiente, capacidade de transferência prejudicada, déficit no autocuidado para alimentação, higiene íntima se vestir/se arrumar, padrão de sono perturbado e risco de Síndrome do desuso.

A ausência de atividades recreativas teve como fatores relacionados: prejuízos neuromusculares, dificuldade de manipulação da cadeira de rodas e inacessibilidade arquitetônica pública. A capacidade de transferência prejudicada pode ser evidenciada pela dificuldade relatada e observada na passagem da cama para a cadeira de rodas ou vice-versa, e da cadeira de rodas para a cadeira higiênica ou vice-versa. Essa relação causou prejuízo neuromuscular, espasticidade e lesões ósseas, devido a traumas paralelos, e déficit de orientação de técnicas para transferência.

Quanto ao “Déficit de autocuidado”, como se trata de paraplegia, na qual a parte alta do sistema digestivo está preservada, a negligência quanto a alimentação se deu pela dificuldade ou impossibilidade de preparar as próprias refeições como habitual. O *déficit* para ações de limpeza corporal e para o se vestir ou o se arrumar foi manifestado pela dependência de familiares, uma vez que antes eram realizadas com autonomia e privacidade, resultando em higiene deficiente e uso de vestimentas insuficientes ou inapropriadas. O “Déficit no autocuidado para higiene íntima” foi caracterizado pela não realização do auto cateterismo relacionada à carência de orientações sobre técnicas facilitadoras.

O sono fragmentado e/ou perturbado com pesadelos foi identificado e costuma estar presente até que a pessoa esteja reabilitada, tendo como fatores relacionados: não poder dormir na posição habitual, desconforto por permanência prolongada na mesma posição e desconforto no pescoço e esquentamento nas costas. Já o risco de síndrome do desuso surgiu pela carência de gerenciamento adequado por meio de um programa de atividades físicas, passivas e ativas.

No Domínio Percepção/Cognição foram aplicados a comunicação verbal prejudicada, conhecimento deficiente acerca da possibilidade de febre como indicativo de infecção, utilização de manobras específicas para facilitar a eliminação vesical, alívio de pressão na cadeira de rodas, riscos de acidentes e complicações do TME e das reais consequências do TME que sofreu. Os DES sobre conhecimento deficiente foram evidenciados pela verbalização de desconhecimento ou pela observação de inabilidade, e por comportamentos insuficientes na busca de saúde, tendo como fator a falta de orientação. Quanto à comunicação verbal foram evidenciados: vocabulário reduzido, respostas curtas e retraimentos, déficit de conhecimento, baixo nível de escolaridade e timidez.

O sexto Domínio teve como títulos de DES a baixa autoestima situacional e distúrbio de imagem corporal. As evidências de baixa autoestima foram expressas em feições faciais e corporal de desânimo e verbalizações autodepreciativas, relacionadas a prejuízos neuromusculares que desencadeiam dependência para a realização de atividades triviais, perda de autonomia, mudanças de papéis sociais e distúrbios de imagem corporal. O distúrbio de imagem corporal esteve relacionado às alterações físicas e funcionais que desencadeiam questionamentos e confusões mentais acerca do próprio corpo. Foram encontradas as características definidoras, quais sejam: mudança real na estrutura e função, comportamento de evitar o próprio corpo, foco na função do passado e descontentamento com o atual estilo de vida.

O sétimo Domínio abrange relacionamentos de papel e esteve presente por meio do DE com título mobilidade prejudicada. No oitavo Domínio foram identificados padrões de sexualidade ineficazes evidenciado pela não realização de atos sexuais e verbalização de descrença na possibilidade resultante dos fatores Enfrentamento/Tolerância ao estresse, identificando-se ansiedade, comportamento de saúde propenso à risco e risco de disreflexia autonômica.

A ansiedade foi identificada pela verbalização de desejos imediatistas relacionados à cura de úlcera por pressão, à admissão no hospital de reabilitação e ao retorno da capacidade de andar, relacionado ao desconhecimento sobre as reais sequelas do AVE e as mudanças que enfrentará no estilo de vida ou mesmo seu prognóstico. Para o julgamento de Comportamento de saúde propenso à risco evidenciou-se pouca adaptação observada à nova situação e ausência de comportamento de busca de saúde ou prevenção de problemas, causados pelos fatores relacionados ao desejo de não incomodar familiares, mudança de papéis e mudança de ambiente domiciliar.

Foram identificados como fatores de risco para disreflexia autonômica: estímulos

dolorosos/irritativos abaixo do nível da lesão, distensão da bexiga, cateterização, distensão intestinal, menstruação, úlcera por pressão e espasmo.

No Domínio 11 (Segurança/Proteção) os DES observados foram: integridade da pele prejudicada, risco de infecção, risco de queda e risco de lesão. A integridade da pele prejudicada e todos os estudos relatam a incidência do AVE em populações cada vez mais jovens.

As atividades de reabilitação efetuadas pela enfermagem aos indivíduos acometidos pelo AVE são amparadas pela Lei do Exercício Profissional nº7.498, de 25 de junho de 1986, por meio do artigo 8, inciso I, e o Código de Ética dos profissionais de Enfermagem, aprovado pela Resolução do Conselho Federal de Enfermagem nº240/00 ampara, no capítulo III artigo 18, a busca e exercício de conhecimentos que beneficiem a clientela atendida, fatos que reforçam a importância da compreensão das atividades de reabilitação desempenhadas por Enfermeiros (LESSIMAN, 2011).

Com relação às características clínicas, os estudos em questão denotam que a etiologia do AVE mais prevalente foi o AVE isquêmico (90%), sendo o hemisfério cerebral direito mais acometido (52,5%). Quanto à lateralidade, 87,5% dos pacientes investigados exibiam dominância motora manual a direita, sendo 52,5% a porcentagem de pacientes que apresentaram hemiplegia homolateral à dominância motora manual. A hipertensão arterial sistêmica foi o fator de risco preponderante, presente em 90% dos pacientes investigados. Considerando a questão medicamentosa, observou-se que 90% dos pacientes faziam uso de anti-hipertensivo e 41% eram medicados com algum tipo de antiagregante plaquetário.

No entanto, Faria (2012) diverge do estudo apresentado por Costa (2010), abordando que apesar das importantes informações obtidas algumas possíveis limitações do presente estudo devem ser consideradas. A primeira está relacionada a diferença encontrada nos resultados dos estudos que utilizaram a mesma metodologia para realizar a associação entre os conceitos avaliados pelo mesmo instrumento de qualidade de vida relacionada ao trabalho e os componentes e categorias.

Faria (2012), também discorda com os dados dos demais, em que o acordo com os dados referentes ao sexo à amostra tendeu a ser homogênea. Nos demais estudos, a prevalência apresentada se deu na população feminina, quando comparada ao grau de instrução percebida em relação do AVE com a baixa escolaridade, em idades compreendidas, sobretudo, já a partir dos 30 anos aos 85, muito embora os resultados unânimes dos estudos em questão o AVE acomete com maior frequência a faixa etária com 60 anos ou mais. Este fato possivelmente demonstra um reflexo dos hábitos de vida da sociedade atual, prevalente na população obesa, sedentária, tabagista, hipertensa e em uso por longos períodos de contracepção oral, em se tratando dos mais jovens.

Nesse viés é pertinente que o processo de enfermagem contemple essa nova realidade que se apresenta na contemporaneidade, haja vista que as pesquisas comprovam que os cuidadores, assim como a enfermagem, não incorporam experiências

prévias que guiam os indivíduos em sua dinâmica de cuidar cotidianamente, uma vez que os cuidadores se sentem inseguros em realizar dadas intervenções. Assim, foi possível compreender a importância das atividades de reabilitação e da conscientização do processo de reabilitação dos indivíduos sequelados.

5 | CONSIDERAÇÕES FINAIS

O estudo possibilitou discutir sobre o Processo de Enfermagem no cuidado aos sujeitos com sequelas de AVE, bem como a identificação de problemas e necessidades dos portadores de sequelas do acidente vascular encefálico, muito embora os estudos em questão tenham enfoque multidisciplinar e sob vários aspectos e pontos de vista, o que de certa forma limitou a não realização de uma discussão mais categorizada.

A partir dos resultados obtidos ficou evidente que as consequências do AVE provocam, na maioria dos indivíduos, repercussões crônicas em suas funções corporais, acarretando a necessidade de inserção contínua nos serviços de reabilitação, de forma que esta possa maximizar a funcionalidade na realização das atividades e melhorar a satisfação no contexto social

Nessa ótica, o estudo se faz pertinente por contribuir para a identificação das principais causas de incapacidades na população adulta, decorrente das sequelas de AVE, tais como as quedas, as limitações da marcha levando o indivíduo a ter a sua qualidade de vida prejudicada/diminuída, que se não tratada a tempo conduz a outras mais graves como a depressão e demais morbidades instaladas, por exemplos. Assim, a individualidade no contexto e formas de enfrentamento, o tempo decorrido após o acidente e a fase reabilitacional serão diferenciais na assistência de enfermagem, daí sua importância favorecer a prevenção de complicações e a promoção de cuidados de reabilitação inicial, através do cuidado de enfermagem.

REFERÊNCIAS

ALBUQUERQUE CP, VE, YAMADA, JY; FAGUINDES, C; GARCIA, RE; BRAGA, R. **Grupo de atividades de vida diária: influência do procedimento em acidentes adultos com acidente vascular encefálico isquêmico**. Acta Fisiátr. 2011;18(2):7174.

ARAUJO, JS; SILVA, SED; SANTANA, ME; CONCEIÇÃO, VM; VASCONCELOS, EV. **O processo do cuidar/cuidado nas representações sociais de cuidadores de pacientes sequelados por acidente vascular cerebral**. Enferm. foco (Brasília); 2(4): 235-238, nov. 2011.

BRAUN, A; HERBER, V; MICHAELSEN, SM. **Relação entre nível de atividade física, equilíbrio e qualidade de vida em indivíduos com hemiparesia**. Rev Bras Med Esporte [online]. 2012, vol.18, n.1, pp. 30-34. ISSN 15178692.

CARVALHO, R; SOUZA, M.T; SILVA, M.D. **Revisão integrativa: O que é e como fazer**. Einstein. 2010; 8 (1 Pt 1): pag. 102-6.

CAVALCANTE, TS; MOREIRA, RP; ARAUJO, TL; LOPES, MVO. **Fatores demográficos e indicadores de risco de acidente vascular encefálico: comparação entre moradores do**

município de Fortaleza e o perfil nacional. *Rev. Latino-Am. Enfermagem* [online]. 2010, vol.18, n.4, pp. 703-708. ISSN 0104-1169.

CAVALCANTE, KMH; CARVALHO, ZMF; GARCIA, FMP; **Diagnósticos de enfermagem aplicáveis a pessoas com paraplegia em fase inicial de reabilitação domiciliar.** *Rev. enferm. UFSM*; 3(2): 238-247, maio-ago. 2013.

CAVALCANTE, TF; MOREIRA, RP; GUERDES, NG; TL; ARAUJO, TL; LOPES, MVO; DAMASCENO, MMC; LIMA, FET. **Intervenções de enfermagem aos pacientes com acidente vascular encefálico: uma revisão integrativa de literatura.** *Rev. Esc. Enferm. USP*, v. 45, n. 6, p. 1495-1500. São Paulo, 2011.

COSTA, AGS; OLIVEIRA, ARS; ALVES, FEC; CHAVES, DBR; MOREIRA, RP; ARAÚJO, TL. **Diagnóstico de enfermagem: mobilidade física prejudicada em pacientes acometidos por acidente vascular encefálico.** *Rev. esc. enferm. USP* [online]. 2010, vol.44, n.3, pp. 753-758. ISSN 0080-6234.

COSTA, FA; SILVA, ARAÚJO, DL; VERA, M. **Severidade clínica e funcionalidade de pacientes hemiplégicos pós-AVC agudo atendidos nos serviços públicos de fisioterapia de Natal (RN).** *Ciênc. saúde coletiva* [online]. 2011, vol.16, suppl.1, pp. 1341-1348. ISSN 1413-8123.

FARIA, CDCM; FARIA, CM; SILVA, SM; CORRÊIA, JCF; LAURENTINO, GEC; SALMELA, LFT. **Identificação das categorias de participação da CIF em instrumentos de qualidade de vida utilizados em indivíduos acometidos pelo acidente vascular encefálico.** *Rev Panam Salud Publica* [online]. 2012, vol.31, n.4, pp. 338-344. ISSN 1020-4989.

LESSMANN, JC; CONTO, F; RAMOS, G; BORENSTEIN, MS. MEIRELLES, BHS. **Atuação da enfermagem no autocuidado e reabilitação de pacientes que sofreram Acidente Vascular Encefálico.** *Rev. bras. enferm.* [online]. 2011, vol.64, n.1, pp. 198-202. ISSN 0034-7167.

MONTEIRO, RBC; LAURENTINO, CGE; MELO, PG; CABRAL, DL; CORREIA, JCS; SALMELA, LST. **Medo de cair e sua relação com a medida da independência funcional e a qualidade de vida em indivíduos após Acidente Vascular Encefálico.** *Ciênc. saúde coletiva* [online]. 2013, vol.18, n.7, pp. 2017-2027. ISSN 1413-8123.

TEIXEIRA, PC; SILVA, L.D. **As incapacidades físicas de pacientes com acidente vascular cerebral: ações de enfermagem.** *Enferm. glob.* [online]. 2009, n.15, pp. 0-0. ISSN 1695-6141.

ROLIM, C. L. R. C; MARTINS, M. Qualidade do cuidado ao acidente vascular cerebral isquêmico no SUS. *Rev. Cad. Saúde Pública*, v. 27, n. 11, p.2106-2116, nov., Rio de Janeiro, 2011.

SOUZA, RCS; ARCURI, EAM. **Estratégias De Comunicação Da Equipe De Enfermagem Na Afasia Decorrente De Acidente Vascular Encefálico.** *Rev. esc. enferm. USP* [online]. 2014, vol.48, n.2, pp. 292-298. ISSN 0080-6234

UM ESTUDO ACERCA DO SOFRIMENTO E DAS PRINCIPAIS ENFERMIDADES QUE ACOMETEM IDOSOS COMO RESULTANTE DE ESTRESSE

Mauro Trevisan

Jones Rodrigues Silvino

Maria José Gomes De Sousa

RESUMO: **Introdução:** O presente artigo pretende explicar, no primeiro momento, conceitos a respeito de termos como terceira idade, velhice e

suas fases, patologias crônicas provenientes do processo natural do envelhecimento até chegar às patologias resultantes do estresse, abordando, ainda, o papel da enfermagem, seus cuidados e como inserir o idoso na sociedade dando significância a sua vida.

Objetivo: destacar as principais enfermidades resultantes do estresse vivenciado por idosos, o analisando de forma biopsicossocial.

Materiais e Métodos: a metodologia utilizada para elaborar o artigo é de ordem qualitativa, o método é o exploratório e a técnica revisão de literatura, com base em bancos de dados como: LILACS, BIRAC e SCIELO, periódicos, artigos. Os critérios utilizados foram conforme o tema, fazendo-se um recorte em relação às fontes consultadas no período de 2004 a 2017, totalizando um quantitativo de 28 referências pesquisadas. **Conclusão:** A terceira idade é um processo natural da velhice, e se faz necessário informar que, com ela, vêm as doenças crônicas associadas. Porém, deve-se

conscientizar a sociedade de que uma vida cheia de estresse leva a uma velhice muito mais comprometida com patologias resultantes desse estresse vivenciado ao longo do tempo.

PALAVRAS-CHAVE: terceira idade, enfermidades, estresse.

DISEASES AND SUFFERING RESULTING FROM STRESS IN ELDERLY

ABSTRACT: Introduction: The present article aims to explain, in the first moment, concepts regarding terms such as old age, old age and its phases, chronic pathologies from the natural process of aging until reaching the pathologies resulting from stress, also addressing the role of nursing, their care and how to insert the elderly in the society, giving meaning to their life. **Objective:** to highlight the main diseases resulting from the stress experienced by the elderly, analyzing it in a bio-psycho-social way.

Materials and Methods: The methodology used to elaborate the article is qualitative, the method is exploratory and technical literature review, based on databases such as: LILACS, BIRAC and SCIELO, periodicals, articles. The criteria used were according to the theme, making a cut in relation to the sources consulted in the period from 2004 to 2017, totalizing a quantitative of 28 references researched.

Conclusion: Old age is a natural process of old

age, and it is necessary to inform that, with it, the associated chronic diseases come. However, society must be made aware that a life full of stress leads to an old age much more committed to pathologies resulting from this stress experienced over time.

KEYWORDS: Third age. Illness. Stress.

1 | INTRODUÇÃO

Sabe-se que, atualmente, a população que mais cresce é a população idosa, principalmente em países em desenvolvimento. E esse fato se dá pela expectativa de vida, que tem aumentado em todo o mundo. Por isso, este trabalho destaca a importância de compreender o que é a velhice para melhor entendimento das enfermidades que acometem o idoso resultante do estresse, além de abordar outros conceitos. A população idosa é proveniente do envelhecimento natural e nela apresenta alta taxa de doentes crônicos, bem como de enfermidades devidas ao estresse contínuo que ocorre ao longo da vida. Assim, o indivíduo chega à velhice com mais complicações e doenças não necessariamente crônicas.

Segundo Brasil (2013), no Brasil há cerca de 20 milhões de idosos, podendo chegar a 32 milhões em 2025. Então, é positivo concluir que a população apresenta maior longevidade, mas é importante envelhecer vivendo com o mínimo possível de complicações e patologias, já que se almeja a boa qualidade de vida na velhice.

Envelhecer com qualidade de vida, com saúde, requer vigilância desde a infância, juventude, idade adulta e, principalmente, quando idoso. Observar alimentação correta e saudável, o não uso de drogas, prática de exercícios, etc. Ou seja, muitos vão envelhecer, mas a natureza do envelhecimento depende do desempenho individual de cada pessoa ao longo da vida (LEITE, 1990 apud PEREIRA et al., 2004).

O presente tema justifica-se por ser pertinente ao afirmar que o estresse vivido ao longo do tempo resulta em patologias que comprometem muito a saúde do idoso, sendo as formas crônicas cumulativas no próprio processo de envelhecimento. Orientar a sociedade sobre a importância de viver com qualidade, no trabalho, no trânsito; cuidar da alimentação, praticar atividade física, se hidratar, realizar as atividades do dia a dia e as novas que surgem conforme a capacidade pessoal, evitando se sobrecarregar é o modo de evitar que o estresse controle o organismo de um indivíduo. As contribuições quanto ao nível pessoal e acadêmico que se agregou ao estudo mostram que o idoso já passou por muitos períodos de estresse ao longo da vida e, quando chega à velhice, a maioria da população, e até ele mesmo, se vê como frágil, sem utilidade, dependente de cuidados e de decisões, e isso continua sendo fatores estressores para o idoso, contribuindo ainda mais para que patologias se instalem, uma vez que o estresse baixa a imunidade do organismo.

O presente trabalho tem por objetivo destacar as principais enfermidades resultantes do estresse vivenciado por idosos, o analisando-o de forma biopsicossocial,

além de ressaltar o papel da enfermagem no processo de intervenções junto a idosos acometidos por sofrimento resultante do estresse e os meios de inserir esse idoso para participar na sociedade.

Diante do exposto a pergunta é: quais as consequências do estresse vivenciado ao longo da vida por idosos?

Esse artigo está organizado da seguinte forma: primeiramente apontam-se os aspectos gerais acerca da terceira idade, a velhice, suas fases, patologias crônicas provenientes do processo natural do envelhecimento até chegar às patologias resultantes do estresse; abordando, ainda, o papel da enfermagem, seus cuidados e como inserir o idoso na sociedade dando sentido para sua vida.

2 | MATERIAIS E MÉTODOS

A metodologia utilizada para elaborar o artigo é de ordem qualitativa, o método é o exploratório e a técnica revisão de literatura, com base em bancos de dados como: LILACS, BIRAC e SCIELO, além de periódicos. Os critérios utilizados foram a conformidade com o tema, e fez-se um recorte em relação às fontes consultadas no período de 2004 a 2017. As palavras-chaves aqui abordadas foram: terceira idade, enfermidades e estresse. O estudo foi desenvolvido conforme as regras do NIP (Núcleo Interdisciplinar de Pesquisa) do ICESP/PROMOVE, 2018 e ABNT.

2.1 Perspectivas acerca da terceira idade

Conforme Pinheiro Junior (2005), a primeira pessoa a apresentar um trabalho científico sobre a terceira idade, cujo tema era *estudo clínico sobre a senilidade e doenças crônicas*, foi o médico francês Jean Marie Charcot em 1867. Foi a partir da década de 1970 que as pessoas começaram a se preocupar não somente com questões psicológicas e físicas dos idosos, mas, também, com os aspectos sociais resultantes do processo natural do envelhecimento. O autor cita, ainda, que, para a atualidade, o termo terceira idade ainda gera muitas dúvidas quanto a seu significado.

De acordo com Brasil (2013), aos poucos os idosos foram conquistando seus espaços, e um grande marco foi a criação do Estatuto do Idoso, Lei nº 10.741, de 1º de outubro de 2003 e a Lei nº 8.842, que regulamenta a política nacional do idoso promulgada pela Presidência da República em 4 de janeiro de 1994. De acordo com Justo e Rozendo (2010), o Estatuto é constituído de normas e diretrizes que asseguram aos idosos seus direitos, de modo que esses sejam respeitados e cumpridos. Lê-se no Estatuto do Idoso:

“O envelhecimento é um direito personalíssimo e a sua proteção, um direito social, e é dever do estado garantir à pessoa idosa a proteção à vida e à saúde mediante a efetivação de políticas

públicas que permitam um envelhecimento saudável e em condições de dignidade.

Art. 1.º é instituído o estatuto do idoso, destinado a regular os direitos assegurados às pessoas com idade igual ou superior a 60 (sessenta) anos.

Art. 2.º o idoso goza de todos os direitos fundamentais inerentes à pessoa humana, sem prejuízo da proteção integral de que trata esta lei, assegurando-se-lhe, por lei ou por outros meios, todas as oportunidades e facilidades, para preservação de sua saúde física e mental e seu aperfeiçoamento moral, intelectual, espiritual e social, em condições de liberdade e dignidade.

Art. 3.º é obrigação da família, da comunidade, da sociedade e do poder público assegurar ao idoso, com absoluta prioridade, a efetivação do direito à vida, à saúde, à alimentação, à educação, à cultura, ao esporte, ao lazer, ao trabalho, à cidadania, à liberdade, à dignidade, ao respeito e à convivência familiar e comunitária” (BRASIL, 2013 p. 7-8).

Dessa forma, compreende-se que o termo idoso, e o próprio idoso, tem sido, recentemente objeto de estudos. Por isso, torna-se ainda mais necessária a educação a respeito do tema e se fornecer informações à sociedade a respeito da velhice.

2.2 Classificação das Fases/Idades: Cronológica, Biológica, Fisiológica, Psicológica e Social na Vida do Idoso.

Para melhor compreensão do processo de envelhecimento, é necessário destacar alguns conceitos que são de suma importância para o conhecimento referente a essa etapa da vida do indivíduo.

Destacam Irigaray e Schneider (2008) que as pessoas que, na França, em meados da década de 1960, eram conhecidas pela expressão “terceira idade”, eram consideradas improdutivas, uma vez que a primeira idade era a infância, e as crianças cresceriam e contribuiriam para a produtividade no futuro; e a segunda idade eram os adultos que estavam em fase ativa de produção.

Neri e Freire (2000); Araújo e Carvalho (2005 apud IRIGARAY; SCHNEIDER; 2008) mencionam que a longevidade resultante da expectativa de vida dos idosos fez a expressão *terceira idade* ser considerada uma idade intermediária entre a vida adulta e a velhice', dando sentido errôneo à expressão *terceira idade*, já que não representava mais pessoas com 60 anos de idade ou mais, mas, sim, a velhice.

Fechine e Trompieri (2012 apud NERI et al., s/a) explicam que a senescência é o processo natural do envelhecimento em nível celular e ocorre em todas as pessoas, sendo proveniente de alterações em células e tecidos, que não conseguem consertar os danos causados pelo processo progressivo biológico. Fatores que predispõem ao envelhecimento de acordo com os autores são: “[...] exercícios, dieta, estilo de vida, exposição a eventos naturais, educação e posição social” (FECHINE e TROMPIERI, 2012, p. 108 apud NERI et al. p. 2, s/a).

Ante a sociedade atual, o idoso, no Brasil, ainda é visto com preconceito em muitas circunstâncias; considerado um indivíduo sem energia, dependente de cuidados de outras pessoas, com baixa autoestima, entre outras características a ele atribuídas. Dessa forma, tem se utilizado meios para que o idoso seja inserido na sociedade rompendo os comportamentos e costumes de gerações e culturas anteriores e reconceituando, assim, o idoso atual (MASCARO, 1997 apud PINHEIRO JUNIOR, 2005).

Para muitas pessoas, a velhice tem significado positivo, como: período de descansar, viajar, ser feliz, ou seja, são pessoas que enxergam a velhice com possibilidades de ser um idoso feliz. O que se percebe é que muitas pessoas na vida adulta, ou mesmo já na terceira idade, temem a velhice por medo da solidão e das enfermidades devido ao processo biológico. As pessoas, acima de tudo, desejam ser idosos independentes em seus afazeres, usufruindo de boa saúde para realizar suas atividades (SILVA et al., 2012).

Para Neri (2013), o envelhecimento tem que levar em consideração os conceitos biológico, psicológico e social. Envelhecer não depende apenas do tempo cronológico, considerando, que cada pessoa tem seu histórico pessoal de vida, e isso tem impactos significantes e diferenciados na vida de cada pessoa no processo de envelhecimento (ABRAS e SANCHES, 2010; SILVA e FINOCCHIO, 2011 apud FREITAS, CAMPOS, GIL, 2017).

A velhice é vista de diferentes formas pelos idosos: uns acreditam que pode ser vivida de forma feliz; outros acham que é muita solidão e dependência de outras pessoas e de situações. Diante disso, é de suma importância compreender as fases ou idades da velhice: cronológica, biológica, social, psicológica e fisiológica.

2.3 Fase Cronológica

A fase ou idade cronológica, como já descrito, se torna um meio superficial de concluir sobre o envelhecimento de uma pessoa, porque esse processo

ocorre de maneiras diferente em cada indivíduo, logo a idade cronológica é comumente usada para especificar quantos anos de vida uma determinada pessoa tem (HOYER e ROODIN, 2003 apud IRIGARAY, SCHNEIDER, 2008).

Essa é a idade mais usada para diferenciar a idade em anos de vida entre pessoas. Podendo ser identificada por documentos como certidão de nascimento, carteira de identidade, entre outros.

2.4 Fase Biológica

Refere-se à idade que um indivíduo aparenta ter, pois, biologicamente, as pessoas têm as células em um ciclo constante, mantendo o equilíbrio do corpo, ao realizar suas diversas funções. Porém, com o passar dos anos essas células, aos poucos, vão se comprometendo de forma que não conseguem reparar os danos, iniciando-se sinais visíveis de envelhecimento biológico tais como: pele sem elasticidade e frágil, visão prejudicada, intelecto diminuído, alterações nas estruturas óssea e outras alterações degenerativas (COSTA e PEREIRA, 2005 apud IRIGARAY, SCHNEIDER, 2008). Decorrentes dessas alterações e da incapacidade de regeneração celular é que surge, secundariamente, as patologias no organismo, do retorno ao tratamento sugerido e das dificuldades que continuam comprometendo ainda mais o idoso e sua saúde (MORAES et al., 2010).

Ao olhar para uma pessoa e dizer que ela tem 27 anos de idade quando, na verdade, esse indivíduo tem 32 anos é analisá-lo conforme a idade biológica. Essa diferença na aparência consiste no processo de envelhecimento diferenciado para cada pessoa, da forma como se alimenta, se pratica alguma atividade física, se toma muita água, se é dependente de uso de drogas, se vive situações de muito estresse.

2.5 Fase Social

O termo idade ou fase social é empregado para diferenciar pessoas através de hábitos e status. Por exemplo: uma pessoa que se veste mal, usa vocábulos desatualizados e tem certos costumes é considerada velha socialmente; e a pessoa que faz o inverso é jovem.

Para Neri (2005 apud IRIGARAY, SCHNEIDER, 2008) “a idade social diz respeito à avaliação do grau de adequação de um indivíduo ao desempenho dos papéis e dos comportamentos esperados para as pessoas de sua idade, num dado momento da história de cada sociedade”. O envelhecimento social consiste em idosos que modificam suas vidas devido à aposentadoria e, daí, o afastamento do trabalho, que o deixa improdutivo, passando mais tempo em casa. Eles modificam a vida por inteiro como a relação aos amigos, à família, e à sociedade, voltados mais para o isolamento social (FECHINE E TROMPIERI, 2007

apud NERI ET AL.).

2.6 Fase Psicológica

A idade psicológica é relacionada diretamente à idade cronológica, pois analisa o processo de aprendizagem, interação social e memória de uma pessoa em relação a quantos anos ela tem para verificar se tem amadurecimento psíquico ou não (NERI, 2005; HOYER e ROODIN, 2003 apud IRIGARAY; SCHNEIDER, 2008).

Com o envelhecimento, o idoso perde muito de suas funções mentais, dificultando a aprendizagem. Tem lapsos de memória e quando apresentam tais características são consideradas velhas, pois, segundo o senso comum, jovens adultos estão em ótimas condições de desenvolvimento psíquico. Por isso a comparação com o idoso, porque esses processos ocorrem, neles, naturalmente (SANTOS, 2013 apud NERI et al. s/a).

O desenvolvimento psíquico se dá pela ação de cada pessoa. Assim, não depende do desenvolvimento que acompanha o processo de crescimento, pois se espera que, ao crescer, o indivíduo amadureça psicologicamente (MORAES et al., 2010; WHO, 2005 apud NERI et al. s/a). Também a falta de treinamento, de práticas para o cérebro pode levar ao surgimento de: “doenças (depressão), fatores psicológicos (falta de motivação, de confiança e baixas expectativas), fatores comportamentais (consumo de álcool e medicamentos) e fatores sociais (solidão e o isolamento) mais do que o envelhecimento em si” (MORAES et al., 2010; WHO, 2005 apud NERI et al., p. 4, s/a).

A idade psicológica, no idoso, é caracterizada, justamente, devido ao envelhecimento e à situação de regredir psicologicamente, apresentando diversas dificuldades em especial de aprendizado e de memória.

2.7 Fase Fisiológica

Apesar de parecer com a idade biológica, que está voltada para quantos anos parece ter uma pessoa devido aos problemas de regeneração celular, o envelhecimento fisiológico se caracteriza pelo não funcionamento adequado dos sistemas cardíaco, endócrino, respiratório, órgãos dos sentidos, entre outros, resultando na falta de homeostase corporal, devido à dificuldade na condução correta dos impulsos nervosos ao sistema nervoso central (SOARES e SACHELLI, 2008 apud NERI et al. s/a).

Em idosos, há muitos órgãos comprometidos, pois, à medida que o indivíduo envelhece, as células vão perdendo a capacidade de se regenerar e de realizar suas funções com mais eficácia, prejudicando a finalidade e a funcionalidade de, praticamente, todos os sistemas, pois são anatomicamente

interligados e dependentes.

2.8 Percepções sobre sofrimento

Segundo Cassell (apud OLIVEIRA, 2016), o sofrimento altera fisiológica e psicologicamente uma pessoa, além de, na maioria das vezes, ser acompanhado de dor, aflição, tristeza, ansiedade, estresse, desconforto, mal-estar e estado emocional alterado, podendo levar a inúmeras situações. E é difícil analisar ou ajudar um indivíduo quando não se vê seu estado psicológico e o que se passa nele, ao observar seu exterior, caso essa pessoa não queira conversar.

Hayes e Smith (2005) apud CONTE, (2010) têm um conceito sobre o sofrimento, do ponto de vista positivo, ao afirmar que, realmente, são pessoas com as características como já descritas no parágrafo acima; mas que, também, são pessoas que lutam contra suas aflições psicológicas, que têm sentimentos de inferioridade, cansaço, desgaste, medo, até o próprio encorajamento de sair de tal situação, pois, para o autor, mesmo com todas essas situações o ser humano ama o próximo e tem perspectiva para o futuro, mesmo não sabendo por onde iniciar.

2.9 Angústia e estresse em idosos

O idoso também é suscetível à angústia, à depressão, ao estresse e a síndromes. Eles se encontram em uma fase em que, na maioria das vezes, prevalece o isolamento social e a improdutividade, que são os fatores principais para o desencadeamento dessas situações, além do próprio histórico (realizações pessoais, desejos realizados, erros cometidos, etc.). Ou, simplesmente, não saber a origem de tais sentimentos.

2.1.0 Angústia

Angústia é conceituada por limite, desespero, inquietude, agonia, preocupação, entre outros termos, e pode levar um indivíduo à depressão, já que se trata de uma dor deprimente, na grande maioria das vezes. Pessoas com angústia sentem a necessidade de espaço, de tempo, de andar um pouco para acalmar o lado psicológico alterado pelos sentimentos da angústia (POLLO; CHIABI, 2013). Kierkegaard (1968) apud SANTOS, (2011) menciona que angústia deriva tanto de questões sobre o existencialismo, em que o homem tem liberdade e possibilidade de escolhas, quanto da circunstância da pessoa estar em crise de angústia e não saber de onde vem tal sentimento nem atentar para o perigo existente nele.

2.1.1 Estresse

Mesmo com tantos comentários e pesquisas sobre o estresse, o conceito ainda não é único. Mas Selye (1956 apud MENDONÇA; SOLANO, 2013), chamado

“o pai da teoria stress”, concluiu, a partir da perspectiva biológica, que o estresse é causado por esgotamento advindo de problemáticas no decorrer da existência. O estresse surge conforme aparecem novas situações a executar, de modo que este indivíduo venha a se sobrecarregar, ou seja, seu corpo avisa para o lado psíquico que chegou ao seu desempenho máximo, podendo ocorrer desequilíbrio no organismo (LIPP, 2004 apud WITTER; PASCHOAL, 2010).

É nesse momento de desequilíbrio no organismo que a imunidade baixa e patologias se instalam, por serem oportunistas. Quando o organismo se recupera, muitas patologias são curadas; para outras, o tratamento é mais complexo e, às vezes, não têm cura.

2.1.2 Síndromes

Bastos (2003) define síndrome como reunião de sinais e sintomas provocados por um mesmo mecanismo e dependente de causas diversas. No idoso, as síndromes geriátricas, como instabilidade postural, imobilidade e incapacidade comunicativa, etc., decorrem de sintomas como a perda dessas funções na vida cotidiana ao longo do processo do envelhecimento. A Organização Mundial de Saúde (OMS) define a saúde como “o completo bem-estar biopsicossocial-cultural- espiritual”. Ou seja, quando o idoso tem o comprometimento da saúde, ele perde a capacidade e a independência para a realização de tarefas do dia a dia, passando a ser portador de uma determinada síndrome (MORAES et al., 2010).

Na mesma linha de pensamento de Moraes et al. (2010), o autor descreve algumas dessas síndromes geriátricas, também conhecidas como “5is”. Chamamos a atenção para apenas duas:

2.1.3 Instabilidade postural

A postura está voltada para a estabilidade corporal, prevenindo riscos de quedas, dores corporais, etc., Mas, com o envelhecimento, essa estabilidade se altera e há perda dos reflexos de correção de movimentos, o que leva o idoso a um risco muito alto de queda e pode deixá-lo dependente e instável (MORAES et al., 2010).

2.1.4 Incapacidade comunicativa

A comunicação permite o processo de interação social, no qual cada indivíduo se expressa e consegue compreender o outro. Pode ser compreendida, ainda, como a troca de informações entre duas ou mais pessoas. O idoso perde

essa função aos poucos, e isso pode levá-lo ao isolamento social, já que ele não consegue interagir com a sociedade e nem ser compreendido por ela. (MORAES et al., 2010).

As síndromes apresentam sinais e sintomas tanto de patologias se instalando no organismo como de patologias já instaladas, que podem levar o idoso a ser ainda mais dependente de outras pessoas, gerando um estresse enorme, interferindo, assim, na qualidade de vida tão sonhada por todo idoso.

2.1.5 Enfermidades comuns na terceira idade: Doença de Parkinson, demência (Alzheimer), Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS), depressão, diabetes mellitus.

Algumas patologias são comuns na terceira idade e na velhice em consequência dos processos biológico e fisiológico do organismo humano. Dizer-se que é comum não significa que deva acometer todos os idosos, pois é possível chegar à velhice com a quantidade mínima possível de patologias. “[...] à medida que as pessoas envelhecem, podem ocorrer alterações como: redução da capacidade de memória de curto termo, acuidade visual, audição, motricidade fina, locomoção dentro outras perdas” (NASCIMENTO et al., 2013). E isso dificulta a interação do idoso na sociedade.

Conforme Carlos; Pereira (2015), no Brasil, existe programa Estratégia Saúde da família (ESF), que dá apoio à atenção básica de saúde, e cujas unidades têm atendimento exclusivo para controle dos hipertensos e diabéticos. O envelhecimento é marcado por alto índice de patologias crônicas, o que requer muita atenção para com o controle, especialmente na população idosa. O autor ainda afirma que as patologias cardiocirculatórias são as que têm maior taxa de incidência, seguidas das doenças degenerativas e patologias pulmonares.

Quadrante (2008) afirma que os idosos são a parcela da população com maior prevalência de patologias crônicas devido ao processo fisiológico, ao envelhecimento, à alimentação inadequada e ao uso de substâncias tóxicas, entre outros fatores.

2.1.6 Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS)

A hipertensão arterial sistêmica é comum em idosos devido ao processo natural do envelhecimento. Quadrante, (2008) relata que 50% das pessoas com idade entre 60-69 anos têm HAS. E o índice sobe quando se trata de indivíduos com idade superior a 70 anos, indo a taxa para 75%.

2.1.7 Diabetes Mellitus

Patologia de origem genética ou adquirida caracterizada pelo excesso de glicose na corrente sanguínea. É muito prevalente em idosos. De acordo com Quadrante

(2008), há, em média, 150 milhões de pessoas com a doença, e estima-se que, em 2025, serão 300 milhões de portadores da patologia no mundo.

2.1. 8 Depressão

A depressão é uma das patologias que mais acomete os seres humanos na atualidade. Cerca de uma em cada cinco pessoas no mundo visualizam seus problemas como impossíveis de solucionar, como um desastre total. Apesar de sintomas como desinteresse na vida pessoal, afazeres (trabalho, família), baixa autoestima, isolamento social, atualmente ainda ocorrem erros na diferenciação de seus sintomas dos de outras patologias.

Esteves e Galvan, (2006 apud BARBOSA et al., 2011) comentam abordam a diferenciação de sintomas e conceitos de termos entre depressão, que era a “diminuição de ânimo” e melancolia, que é “nebuloso” e atualmente “depressão tornou-se sinônimo de melancolia”. Ou seja, se não for dada importância e analisados os sintomas individualmente, haverá muitos diagnósticos errados por falta de atenção.

A depressão é caracterizada pela perda de interesse nos afazeres, juntamente com o isolamento social. Quadrante (2008) afirma que 10% dos pacientes fora de hospitais apresentam quadros de depressão, mas que, na maioria das vezes, não é dada a devida importância ao paciente ou realizado um tratamento correto, o que aumenta ainda mais a incidência de pessoas com depressão.

2.1.9 Parkinson

A Doença de Parkinson é um processo degenerativo da “substância negra do cérebro”, chamada Dopamina, com maior incidência em pessoas com idade superior a 50 anos. Essa patologia provoca, no indivíduo, astenia de membros de forma progressiva. Assim, leva o paciente à situação de cadeirante ou acamado. O tratamento consiste em medicamentos e fisioterapia para retardar a doença (CARLOS; PEREIRA, 2015).

2.2.0 Demência

Essa doença mental ocorre devido a prejuízos cognitivos, com prevalência da perda de memória. No início, podem ser crises curtas e temporárias; mas, depois, se tornam constantes em níveis elevados, o que leva a pessoa a viver falando de alguns momentos da vida de forma repetida. Muitos adotam comportamentos agressivos, não reconhecem a família, etc. A mais comum é o Alzheimer que não tem cura, apenas tratamento (CARLOS; PEREIRA, 2015).

2.2.1 Estresse na terceira idade.

Conforme Lopes et al. (2010), o estresse é uma síndrome de origem multifatorial.

Mas, na sua maioria, está relacionada a problemas da vida diária que sobrecarregam o indivíduo de várias maneiras e situações. O estresse tem incidência muito alta da sociedade e requer maior atenção para que se possa mudar a realidade de tratar a depressão, quando é possível preveni-la.

Essas situações, em sua maioria, ocorrem naturalmente em grande parcela da população, mas dependem muito de como cada idoso enfrenta a realidade, pois é justamente a forma como se enfrenta que normalmente gera estresse nos idosos (LOPES et al., 2010); (NASCIMENTO et al., 2013).

2.2.2 Enfermidades que acometem o idoso provenientes do estresse

Pereira et al. (2004) sustentam a teoria de que a velhice limita o idoso devido à dependência dele por diversos motivos, os quais contribuem para que o idoso se estresse ainda mais. Tais situações podem ser falta de amigos, família, saúde, trabalho, entre outros.

A Organização Mundial de Saúde (OMS) afirma que 90% da população sofre de estresse. Seyle foi o primeiro pesquisador a falar sobre Síndrome de Adaptação Geral (SAG) em sua obra *The Stress of Life*, de 1956, ao relatar que as situações estressoras do dia a dia geram diversas patologias, incluindo as doenças mentais “Na literatura epidemiológica, os chamados Eventos de Vida Estressantes (EVE) têm sido estudados em associação a uma ampla gama de doenças, como esquizofrenia, depressão, infarto do miocárdio e apendicite aguda” (COOKE, 1986 apud PEREIRA et al., 2004).

Lopes et al. (2010) sustentam que o estresse compromete não só a saúde de uma pessoa, mas, também, a vida social, pois a qualidade de vida deixa de existir e os relacionamentos podem ser diretamente afetados. Quanto às patologias, ele afirma que “o estresse pode gerar morte precoce, elevação da pressão arterial, problemas estomacais, problemas cardíacos, problemas dermatológicos, ansiedade, depressão, insegurança, sensação de estar doente”.

3 | O PAPEL DA ENFERMAGEM NA PREVENÇÃO DE IDOSOS ACOMETIDOS POR SOFRIMENTO

O profissional deve estar qualificado, atualizado quanto ao processo de envelhecimento e apto a atuar com idosos e deles cuidar de forma integral, considerando os aspectos biopsicossociais, e humanizada, tendo, além do conhecimento, a técnica. Assim, é possível proporcionar atendimento de qualidade, respeito e segurança para o idoso (DIAS et al., 2014)

O profissional de Enfermagem deve manter comunicação com o idoso de forma que esse profissional consiga compreender os sentimentos e necessidades do

idoso, além de tentar mantê-lo calmo e atualizado sobre sua situação e fazê-lo sentir segurança no profissional de saúde e que este estimule o idoso a sua autonomia. (DIAS et al., 2014)

O dever da enfermagem é o cuidado para com o paciente e, para isso, é necessário manter ótimo apoio técnico-científico e compreensão, para minimizar o sofrimento, principalmente quando se trata de idosos com cuidados paliativos, casos em que a cura já não pode ser mais alcançada (BRUM; TOCANTINS; SILVA, 2005 apud AREIAS, 2015).

Para Sousa (2015), o profissional de enfermagem, em meio ao sofrimento de um idoso e prestando-lhe assistência, deve manter o paciente calmo e, quando prescrito, realizar terapia com fármacos e manter a família orientada sobre quadro do paciente, entre outros aspectos.

A equipe de enfermagem tem que ter uma visão holística, pois os cuidados e orientações para com o paciente acometido de sofrimento, de patologias crônicas e outras como as originadas do estresse, merecem cuidados minuciosos. Porém, nesse momento, a família também sofre e, por isso, é bom ter visão ampla, pois a família, às vezes, está doente, debilitada e cabe à enfermagem orientar sobre a importância da família manter-se estável. Acompanhar o paciente e informar o quadro dele em geral ajuda. O conhecimento técnico-científico é diferencial importantíssimo para o paciente idoso e para o próprio profissional. Saber reconhecer que a situação em que se encontra o idoso já pode ser estressante exige que o profissional saiba agir adequadamente.

4 | PROPOSTAS DE INTERVENÇÕES NÃO MEDICAMENTOSA

Rodrigues e Oliveira (2016) relatam sobre a polifarmácia, que é o uso de muitos medicamentos. É o caso dos idosos com patologias crônicas que usam medicamentos para diabetes mellitus, HAS, Parkinson. Ele cita, ainda, que “estima-se que mais de 40% dos adultos com 65 anos ou mais usam cinco ou mais medicamentos, e 12% usam 10 ou mais medicamentos diferentes”, muitas vezes até mais que o necessário, o que pode gerar resistência do organismo quando, realmente, for necessária uma medicação, além de gerar custos desnecessários para o governo na área da saúde.

O parágrafo acima não trata de automedicação, e, sim, de medicamentos prescritos, mas em quantidade excessiva, além das necessidades do paciente idoso, sobrecarregando o organismo com substâncias quando se poderia optar por outras formas de tratamento.

Optar por um tratamento com o mínimo de medicamentos seria o ideal. O mínimo porque há caso de patologias como HAS, diabetes mellitus, doenças cardiovasculares, para as quais é preciso o uso contínuo de medicamentos para o tratamento. Mas, para outras patologias, se poderia optar por outras formas de tratamento,

como alimentação adequada e saudável, que leva a uma velhice com mais qualidade e até mais tardia, previne patologias e, quando alguma delas acomete o paciente idoso, é possível controlá-las pela alimentação saudável (ASSIS, 2002 apud FINGER, 2015).

Além de tratamento não medicamentoso, alimentação saudável e adequada e prática de exercícios físicos, é necessário que o idoso sintam-se útil, valorizado. É necessário que ele participe ativamente da sociedade e que, assim, ele seja inserido nela através de programas sociais para idosos, passeios, grupos de dança e de esporte, conversas e, sempre que possível, incluir a família e educar a sociedade quanto ao respeito e a compreensão para com o idoso. Pois tudo isso contribui para que o idoso não se estresse tanto.

CONCLUSÃO

A terceira idade é um processo natural da velhice e ocorre devido à fase/idade biológica, que é a incapacidade, dificuldade ou diminuição da regeneração celular de um organismo. Com a velhice, as patologias crônicas são consequências naturais desse processo. Porém, pessoas que passam por uma grande carga de estresse ao longo da vida têm uma velhice mais comprometida por doenças resultantes do estresse. A própria velhice e suas condições de saudade, solidão, medo, dependência e isolamento social favorece o surgimento do estresse e de novas patologias, entre as quais alguns autores mencionam esquizofrenia, depressão, infarto do miocárdio e apendicite aguda, além de problemas de pressão arterial, problemas estomacais, cardíacos, dermatológicos, ansiedade, depressão, insegurança e sensação de “estar doente”.

Dessa forma, a melhor opção para uma velhice com mais qualidade de vida seria a população investir em alimentação saudável e adequada, prática de exercício, terapia não medicamentosa quando desnecessário, inserir o idoso na sociedade e respeitá-lo. A educação dos cidadãos se faz mais que necessária, uma vez que chegar à velhice é privilégio por uma vida longa cheia de experiências a serem compartilhadas e não apenas desconfortos e problemas.

REFERÊNCIAS:

AREIAS, Beatriz Bruno; BONFIM, Mariana Moraes do; SCHIAVETO, Fábio Veiga. A participação da enfermagem frente ao cuidador de idosos portadores de Alzheimer. Revista Fafibe On-Line, Bebedouro SP, v. 8, n.1, p. 44-63, 2015. Disponível em <<http://unifafibe.com.br/revistasonline/arquivos/revistafafibeonline/sumario/36/30102015183428.pdf>>. acesso em 17 nov. 2017.

BARBOSA, Fabiana de Oliveira; MACEDO, Paula Costa Mosca; SILVEIRA, Rosa Maria Carvalho da. Depressão e o suicídio. Rev. SBPH, Rio de Janeiro, v. 14, n. 1, p. 233-243, jun. 2011. Disponível em <<http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci>

arttext&pid=S1516-08582011000100013&lng=pt&nrm=is o>. acessos em 16 nov. 2017.

BASTOS, André Luís de Freitas; Novo dicionário didático da língua portuguesa / André Luís de Freitas Bastos. - - São Paulo : Didática Paulista, 2003.

BRASIL. Ministério da Saúde. Estatuto do Idoso / Ministério da Saúde - 3. ed.,2. reimpr. – Brasília: Ministério da Saúde, 2013. Disponível em:< http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/estatuto_idoso_3edicao.pdf>. acesso em 11 Nov. 2017.

CARLOS, Fernanda Shayonally Araújo; PEREIRA, Fábio Rodrigo Araújo. Principais doenças crônicas acometidas em idosos. Anais CIEH, v.2, N.1, p. 1-5, 2015. Disponível em< http://www.editorarealize.com.br/revistas/cieh/trabalhos/TRABALHO_EV040_MD4_SA2_ID2624_11092015161625.pdf>. acesso em 16 nov. 2017.

CONTE, Fátima Cristina de Souza. Reflexões sobre o sofrimento humano e a análise clínica comportamental. Temas psicol., Ribeirão Preto , v. 18, n. 2, p.385-398, 2010 . Disponível em<http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-389X2010000200013&lng=pt&nrm=is o>. acessos em 15 nov. 2017.

DIAS, Kalina Coeli Costa de Oliveira et al. O cuidado em enfermagem direcionado para a pessoa idosa: revisão integrativa. Rev. enferm. UFPE on line, Recife, v. 8, n. 5, p. 1337-46, maio., 2014. Disponível em<<http://www.revista.ufpe.br/revistaenfermagem/index.php/revista/article/download/.../9108>>. acesso em 17 nov. 2017.

ESTEVES, Fernanda Cavalcante; GALVAN, Alda Luiza. Depressão numa contextualização contemporânea. Aletheia, Canoas, n. 24, p. 127-135, dez. 2006 Disponível em<http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-03942006000300012&lng=pt&nrm=is o>. acessos em 15 nov. 2017.

FINGER, Denise; GOMES, Ângela Maria; SHRODER, Jéssica Daniela; GERMANI, Alessandra Regina Muller. Promoção da saúde e prevenção de doenças: idosos como protagonistas desta ação. Revista de Enfermagem, FW, v. 11, n. 11, p. 80-87, 2015. Disponível em<revistas.fw.uri.br/index.php/revistadeenfermagem/article/download/1695/1975>. Acesso em 17 nov. 2017.

FREITAS, Milena Cristina de; CAMPOS, Tatiane Dornelas; GIL, Claudia Aranha. Expectativas e concepções de trabalho na velhice em homens na meia-idade. Estudos Interdisciplinares em Psicologia. Londrina, v. 8, n. 2, p. 43-64, dez 2017. Disponível em:<<http://www.uel.br/revistas/uel/index.php/eip/article/view/25957/20972>>. acesso em 14 nov. 2017.

JUNIOR, Gilberto Pinheiro. Sobre alguns conceitos e características de velhice e terceira idade: uma abordagem sociológica. V. 6, n.1, p. 1-14, 2005. Disponível em:<<http://www.periodicos.udesc.br/index.php/linhas/article/view/1255/1067>>. acesso em 11 nov. 2017.12.

JUSTO, José Sterza; ROZENDO, Adriano da Silva. A velhice no Estatuto do Idoso. Estud. pesqui. psicol., Rio de Janeiro, v. 10, n. 2, p. 471-489, ago.2010. Disponível em<http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S180842812010000200012&lng=pt&nrm=is o>. acessos em 11 nov. 2017.

LOPES, Regina Maria Fernandes; NASCIMENTO, Roberta Fernandes Lopes do; LOPES, Paulo Roberto de Oliveira; ARGIMON, Irani I. de Lima. As interferências do estresse na terceira idade e os recursos disponíveis para enfrentá-lo. p. 1-12, 2010. Disponível em<<http://www.psicologia.pt/artigos/textos/A0528.pdf>>. acesso em 17 nov.2017.

MENDONÇA, Minéia Bignardi; SOLANO, Alexandre Francisco. A pragmática do stress: conceitos e releituras no ambiente empresarial. Revista Eletrônica “Diálogos Acadêmicos”, nº 1, p. 57-67, JAN- JUN, 2013. Disponível em <http://uniesp.edu.br/sites/_biblioteca/revistas/20170627111433.pdf>. acesso em 16 nov. 2017.

MORAES, Edgar Nunes de; MARINO, Marília Campos de Abreu; SANTOS, Rodrigo Ribeiro. Principais síndromes geriátricas. Ver. Med. Minas Gerais, v.

20, n.1, p. 54-66, 2010. Disponível em:<http://www.observatorionacionaldoidoso.fiocruz.br/biblioteca/_artigos/196.pdf>. acesso em 17 out. 2017.

MORAES, Edgar Nunes de; MORAES, Flávia Lanna de; LIMA, Simone de Paula Pessoa. Características biológicas e psicológicas do envelhecimento. Rev. Med. Minas Gerais v.20, n.1, p.67-73, fev. 2010. Disponível em:<http://www.observatorionacionaldoidoso.fiocruz.br/biblioteca/_artigos/197.pdf>. acesso em 14 nov. 2017.

NASCIMENTO, Angela Rafaella Clementino do; MEIRELES, Joseane da Silva; PALITOT, Mônica Dias. Estresse na terceira idade: um estudo com idosos institucionalizados de João pessoa. III CIEH. Campina Grande - PB/Brasil, p. 1-5, jun. 2013.

Disponível em<http://www.editorarealize.com.br/revistas/cieh/trabalhos/Comunicacao_oral_idinscrito_3501_82986feeaf028805ef43d003ddacc30e.pdf>. acesso em 17 nov. 2017.

NERI, Eriane Azevedo Elias; SOUZA, Tamires Cunha Morais de; TREVISAN, Mauro. Dificuldades biológicas, físicas, sociais e psicológicas enfrentadas pelos idosos no processo do envelhecimento. p. 1-10. Disponível em:<http://nippromove.hospedagemdesites.ws/anais_simposio/arquivos_u_p/documentos/artigos/88a9e2218f4b9_4399df3650fa990836b.pdf>. acesso em 13 nov. 2017.

OLIVEIRA, Clara Costa. Para compreender o sofrimento humano. Rev. Bioét., Brasília, v. 24, n. 2, p. 225-234, ago. 2016. Disponível em<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-80422016000200225&lng=pt&nrm=iso>. acessos em 15 nov. 2017. <http://dx.doi.org/10.1590/1983-80422016242122>.

PEREIRA, Aline et al Envelhecimento, estresse e sociedade: uma visão psiconeuroendocrinológica. Ciênc. cogn., Rio de Janeiro, v. 1, p. 34-53, mar. 2004 Disponível em<http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1806-58212004000100006&lng=pt&nrm=iso>. acesso em 16 nov. 2017.

QUADRANTE, Ana Catarina Rodrigues. Doenças crônicas e o envelhecimento. Portal do Envelhecimento, São Paulo, p. 1-5,2008. Disponível em<<http://www.portaldoenvelhecimento.com/acervo/artieop/Geral/artigo250.htm>>. Acesso em 17 nov. 2017.

RODRIGUES, Maria Cristina Soares; OLIVEIRA, Cesar de. Interações medicamentosas e reações adversas a medicamentos em polifarmácia em idosos: uma revisão integrativa. Rev. Latino-Am. Enfermagem. V.24, 2016. Disponível em <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v24/pt_0104-1169-rlae-24-02800.pdf>. acesso em 17 nov. 2017. <http://rlae.eerp.usp.br/>.

SANTOS, Pedro Carlos Ferreira. A ATUALIDADE DO CONCEITO DE ANGÚSTIA DE KIERKEGAARD. Revista da Universidade Vale do Rio Verde, Três Corações, v. 9, n. 2, p. 202-214, ago./dez. 2011. Disponível em <<https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/4006958.pdf>>. acesso em 15 nov. 2017.

SCHNEIDER, Rodolfo Herberto; IRIGARAY, Tatiana Quarti. O envelhecimento na atualidade: aspectos cronológicos, biológicos, psicológicos e sociais. Estud. psicol. (Campinas), Campinas, v. 25, n. 4, p.585-593, Dec. 2008. Available from<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-166X2008000400013&lng=en&nrm=iso>. access on 13 Nov. 2017. <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-166X2008000400013>.

25. SILVA, Lorena Cláudia Carvalho; FARIAS, Lorena Megg Barbosa; OLIVEIRA, Taiana Silva de; RABELO, Dóris Firmino. Atitude de idosos em relação à velhice e bem-estar psicológico. Revista Kairós Gerontologia, São Paulo (SP), Brasil,

29. 5>. Acesso em 16 nov. 2017.v.15, n. 3, p. 119-140, jun 2012. Disponível em:<file:///C:/Users/Maria/Downloads/13798-33220-1-SM.pdf>. acesso em14 nov 2017.

SOUSA, Bárbara Brito Paulino de; DUTRA, Danielle de Melo; MARTINS, Jéssyca da Silva. Cuidados de enfermagem e o apoio da família ao idoso com doença de parkinson. Anais CIEH, vol. 2, n.1, p. 1-7, 2015. Disponível em<http://www.editorarealize.com.br/revistas/cieh/trabalhos/TRABALHO_E_V040_MD4_SA2_ID485_2708201523_4338.pdf>. acesso em 17 nov. 2017.

POLLO, Vera; CHIABI, Sandra. A angústia: Conceito e fenômenos. Revista de Psicologia, Fortaleza, v. 4, n. 1, p. 137-154, jan./jun. 2013. Disponível em <[http:// www.periodicos.ufc.br/psicologiaufc/article/download/798/775](http://www.periodicos.ufc.br/psicologiaufc/article/download/798/775)>. acesso em 15 nov. 2017.

28. WITTER, Geraldina Porto; PASCHOAL, Giovana Ardoino. Estresse profissional na base SciELO. Brazilian Journal of Health, v. 1, n. 3, p. 171-185, Setembro/Dezembro2010. Disponível em<<http://inseer.ibict.br/bjh/index.php/bjh/article/viewFile/42/6>>

PERFIL DA MORBIMORTALIDADE INFANTIL NO BRASIL

Ivaldo Dantas de França

Universidade Federal de Pernambuco, Programa de Pós-graduação em Gestão e Economia da Saúde Recife – Pernambuco

Ana Claudia Galvão Matos

Centro de Formação, Aperfeiçoamento Profissional e Pesquisa, Pós-graduada em Saúde Coletiva Recife - Pernambuco

Elizabeth Cabral Gomes da Silva

Centro de Formação, Aperfeiçoamento Profissional e Pesquisa, Pós-graduada em Saúde Coletiva Recife - Pernambuco

Amanda Fernanda de Oliveira Guilhermino

Universidade Federal de Pernambuco, Graduação em Saúde Coletiva Vitória de Santo Antão - Pernambuco

Josefa Ferreira da Silva

Universidade Federal de Pernambuco, Graduação em Saúde Coletiva Vitória de Santo Antão - Pernambuco

RESUMO: A mortalidade infantil é considerada no Brasil como umas das causas evitáveis. Sendo um papel fundamental o Sistema Único de Saúde como elo norteador de combate, vinculada a Atenção Básica de Saúde. O presente estudo tem como objetivo geral realizar um panorama de morbimortalidade infantis no Brasil entre 2008 a 2016. A pesquisa, de abordagem quantitativa e características

de cunho epidemiológico, utilizaram bases de dados secundários de domínio público. Os dados se referem aos anos de 2008 a 2016 para cada uma das cinco regiões brasileiras e foram estruturados segundo os critérios de um estudo observacional e retrospectivo. Pode-se observar que ocorreu uma redução na mortalidade dos óbitos infantis de 41,94% entre 2008 a 2016, tendo a região Nordeste notificado 2.389 (36%) casos de óbitos infantis e média de 376,56 casos ao ano. A morbidade de maior notificação foi as afecções originárias no período perinatal contabiliza em âmbito Nacional 51,21% dos casos. estudo precisam ser mais aprofundados em relação as causas de óbitos prevalentes na infância, levantando a preocupação da saúde pública quanto as necessidades de cuidados infantis nas unidades médico-hospitalares, mais também se percebe que a dificuldade de acesso e os determinantes sociais na saúde possuem peso neste contexto, principalmente que os determinantes sociais, culturais e econômicos influenciam de maneira específica na saúde materno infantil.

PALAVRAS-CHAVE: Saúde da criança, Vigilância Epidemiológica, Hospitalização.

PROFILE OF CHILDREN MORBIDITY IN BRAZIL

ABSTRACT: Infant mortality is considered in

Brazil as one of the avoidable causes. Being a fundamental role of the Unified Health System as a guiding link of combat, linked to Basic Health Care. The present study has as general objective to perform a panorama of children's morbidity and mortality in Brazil between 2008 and 2016. The research, with a quantitative approach and characteristics epidemiologically, used secondary databases in the public domain. The data refer to the years 2008 to 2016 for each of the five Brazilian regions and were structured according to the criteria of an observational and retrospective study. It can be observed that there was a reduction in mortality of infant deaths of 41.94% between 2008 and 2016, and the Northeast reported 2,389 (36%) cases of infant deaths and an average of 376.56 cases per year. The morbidity of greater notification was the originating affections in the perinatal period counts in the National scope 51,21% of the cases. study need to be more in-depth regarding the causes of deaths prevalent in childhood, raising the concern of public health regarding the needs of child care in the medical-hospital units, but also perceives that the difficulty of access and social determinants in health have weight in this context, mainly that social, cultural and economic determinants have a specific influence on maternal

Descriptors: Child Health, Epidemiological Surveillance, Hospitalization.

1 | INTRODUÇÃO

A mortalidade infantil é considerada no Brasil como umas das causas evitáveis. Sendo um papel fundamental do Sistema Único de Saúde como elo norteador de combate, vinculada a Atenção Básica de Saúde. Neste contexto, vincula-se ao acesso a mães a unidade de saúde, a um pré-natal adequado a um parto bem assistido sem nenhuma inter-corrências fatais, nem para a genitora nem para o concepto. Estudos indicam que um dos fatores associados ao óbito infantil estaria ligado ao seu baixo peso ao nascer, idade materna e a prematuridade do recém-nascido (RN) (VASCONCELOS, 2014; ARAÚJO et al., 2018).

Estudos indicam que ao longo dos anos está ocorrendo uma redução nas taxas da mortalidade infantil. Entretanto, ainda configura uma das questões alarmantes de saúde pública mundial. Os óbitos direcionados a causas evitáveis constituem um elo de demanda constante, sendo um direcionamento na Atenção à saúde da criança como um indicador primordial vinculado ao tipo de assistência prestada. No Brasil, apesar das reduções das taxas direcionadas a mortalidade infantil, ainda é constante os óbitos relacionados a causas evitáveis como diarreia e pneumonia. Caso não tratado poderá levar a morte da criança (TAVARES et al., 2016; FILHO et al., 2017).

Os Indicadores de saúde são bons exemplos de proporcionar dados aos gestores de saúde para propor ações e planejamentos associados a cada intervenção aos sistemas de saúde complexos que é o Sistema Único de Saúde (SUS). Associado a saúde da criança tem-se o Internações por Condições Simples a Atenção Primária (ICSAP), cuja ferramenta de suma importância para as tomadas de decisões para as

Políticas Públicas de Saúde (PPS). Nesta compreende o monitoramento e avaliações das ações e serviços de saúde voltada a atenção integral a saúde da criança e do RN (COSTA, PINTO & SILVA, 2017).

Salientando-se que a taxa de mortalidade infantil é vista como um dos indicadores relacionados à condição de vida da sociedade, vinculada a determinantes sócias da saúde, como condições socioeconômicas, ambientais, além de questões inseridas do próprio individuo como a sua condição biológica. Ademias, as estruturações direcionadas aos óbitos infantis correspondem na preocupação das intervenções à saúde associadas a Políticas Públicas em Saúde (PPS), vinculadas a saúde da criança, assim como a preocupação das intervenções e ações direcionadas a este público alvo (PIZZO, 2014).

As PPS como a Política Nacional Integral a Saúde da Criança (PNAISC) proporciona um reforço a esta estrutura do cuidado a saúde da criança até seus nove (9) anos de vida, dando ênfase ao fortalecimento e a preocupação as vulnerabilidades deste grupo de risco. Associado, a um cuidado integral, equânime e universal, ao qual, segue os princípios doutrinários das diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS) para um atendimento humanizado (BRASIL, 2015).

Os objetivos do PNAISC:

Promover e proteger a saúde da criança e o aleitamento materno, mediante a atenção e cuidados integrais e integrados da gestação aos 9 (nove) anos de vida, com especial atenção à primeira infância e às populações de maior vulnerabilidade, visando à redução da morbimortalidade e um ambiente facilitador à vida com condições dignas de existência e pleno desenvolvimento” (BRASIL, 2015).

Cunha *et al.*, (2013) refuta em seu estudo a importância da estruturação interligada a problemática socioeconômica e demográfica associada a atenção integral a saúde da criança, principalmente nos primeiros anos de vida. Ademais, questões familiares, baixa escolaridade e o não acesso aos serviços de saúde, tende a acarretar sérios impactos à saúde da população. Com os fomentos da estratégia de Saúde da Família (ESF) ocorre uma quebra desta estrutura, visto que, com a atenção básica de saúde, o acesso aos serviços de saúde é ampliado pela cobertura das áreas de vulnerabilidade social, permitindo a população adscrita uma atenção mais igualitária e equânime.

A participação do cuidado técnico e subjetivo a população permite um vínculo mais humanizado. Sua conjuntura permite uma compreensão da singularidade de cada indivíduo. Ao correlacionar ao cuidado infantil, ao Recém-nascido (RN) e a criança tende a expressar seus sentimentos e emoções que não pode ser menosprezado pelo cuidador, além do que ao serem hospitalizados tendem a quebrar toda uma estrutura de um ritmo familiar e requer uma atenção mais integra e humanizada ao paciente e seus familiares (NEVES *et al.*, 2016).

A desestruturação da inter-relação entre paciente, família e profissionais de saúde provoca uma falha de comunicação e de aprendizagem na assistência prestada, alterando o cuidado e trazendo repercussões negativas a saúde do hospitalizado,

como tempo de permanência e gastos desnecessários as receitas do hospital (NEVES et al., 2016).

Salientando a importância de uma equipe multiprofissional, em que a participação ativa de outros saberes científicos tende a abarcar um cuidado humanizado ao paciente. Desta forma pode-se encontrar profissionais como Assistentes Sociais, trabalhando em rede de assistência à saúde. Este, interliga a família, profissionais de saúde e a toda a estrutura médica hospitalocêntrica, caso haja, com intuito, de abraçar mudanças nas estruturas sociais e procurando o bem-estar social além de tender a direcionar a população a seus direitos sociais em busca de seus agravos a saúde (SANTOS *et al.*, 2016).

O presente estudo tem como objetivo geral realizar um panorama de morbimortalidade infantis notificados no Brasil. Tendo como objetivos específicos: avaliar o quantitativo de óbitos entre as regiões, analisar o quantitativo de óbitos em relação ao grupo etário e analisar a morbidade mais prevalente associado aos óbitos infantis no Brasil.

O interesse pelo estudo advém dos pesquisadores em analisar o panorama da morbimortalidade infantil no Brasil após a implementação da tabela de Procedimentos, Medicamentos, Órteses e Próteses e Materiais Especiais do Sistema Único de Saúde-SUS, instituída pela Portaria GM/MS n.º 321 de 08 de fevereiro de 2007. Advém de salientar ser de importância pública, conhecer o quantitativo de óbitos notificados em âmbito Nacional e regional, visto que, tende a nortear a visão dos gestores em Saúde, auxiliando no planejamento e na gestão em saúde, permitindo realizar ações em saúde e investimentos adequados.

Assim, diante do proposto estudo, é relevante responder a seguinte pergunta condutora referente à pesquisa: Como foi o panorama de óbitos infantil e fetal notificados entre 2008 e 2016 no Brasil?

2 | CONSIDERAÇÕES METODOLÓGICAS

A pesquisa, de abordagem quantitativa e características de cunho epidemiológico, utilizaram bases de dados secundários de domínio público. Os dados se referem aos anos de 2008 a 2016 para cada uma das cinco regiões brasileiras e foram estruturados segundo os critérios de uma análise descritiva de corte transversal.

A base de dado utilizada foi o Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM). Esta base foi selecionada por conter informações adequadas ao estudo, a saber: quantitativo de óbitos infantis notificados em âmbito Nacional e por regiões e morbidade mais prevalente.

Foram incluídos todos os dados que constam nos bancos de dados a partir do ano de 2008, período inicial da implantação da tabela de Procedimentos, Medicamentos, Órteses e Próteses e Materiais Especiais do SUS (SIGTAP) estabelecida pela Portaria

GM / MS nº 321 de 08 de fevereiro de 2007. Dados informados pelo banco de dados - como anos anteriores a 2008 - não foram contemplados por estabelecer como parâmetro o ano de implementação do SIGTAP, além de informações de registros que não estaria relacionada ao quantitativo de óbitos infantis.

Os dados são oriundos do Sistema de Informações sobre Mortalidade sobre a gestão do Ministério da Saúde e processado pelo Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (DATASUS). As informações coletadas para este estudo podem ser encontradas pelo endereço eletrônico <http://svs.aids.gov.br/dantps/centras-de-conteudos/paineis-de-monitoramento/mortalidade/infantil-e-fetal>, ou podendo ser encontrado pelo www.datasus.gov.br. Sendo, portanto, dados de um sistema de domínio público, qualquer usuário poderá ter acesso. Diante deste aspecto, o estudo não necessitou submeter a um conselho de ética para dar andamento, visto que, a pesquisa não se trata com envolvimento com seres humanos e sim dados brutos fornecidos pelo sistema do SIM referente a informações disponíveis pelos gestores de cada região.

Os dados brutos foram selecionados e transportados para o Microsoft Excel 2010, a partir do programa, os dados foram tabulados e gerados gráficos, utilizando como apoio o Software OriginPro 9 para auxílio da análise estatística e construção de gráficos.

As informações são coletadas pelas secretarias de saúde estaduais e municipais de cada região e geridas pelo gestor em saúde, sendo dados referenciados de unidades de saúde tanto do regime público quanto privado que atendem pacientes oriundos do SUS.

Os artigos elencados referentes ao tema proposto foram selecionados mediante a base de dados da Medilene, Scielo e LILACS correspondendo a partir do ano de 2009 até 2016. Sendo, assim, selecionados artigos os quais estavam na íntegra, em português e abordavam a temática proposta ao estudo. Fazem parte da inclusão artigos com ano de publicação inferior a 2009, em resumo, aos que não contemplavam ao tema abordado e estavam em outro idioma.

Como descritores foram utilizados os seguintes: Saúde da Criança, Vigilância Epidemiológica, Hospitalização.

3 | RESULTADOS E DISCUSSÃO

Foi possível realizar um levantamento do total de óbitos infantil e fetal notificados no Brasil, assim como relacionar por cada região e a morbidade mais prevalente quanto aos óbitos infantis.

O quantitativo total de óbitos infantil por regiões no Brasil entre 2008 a 2016 é descrita no gráfico 1.

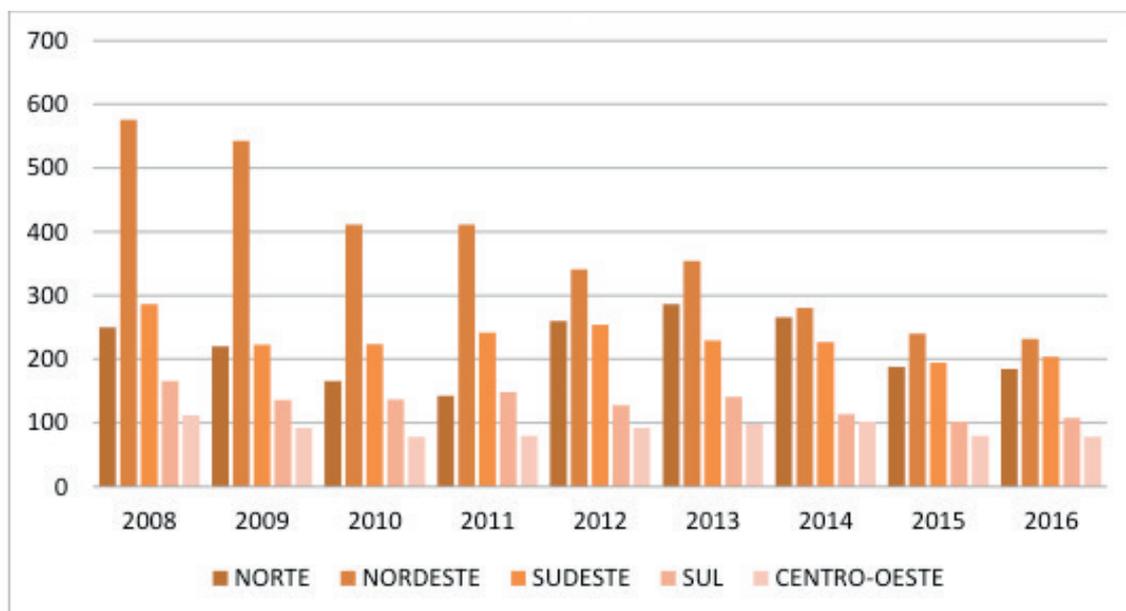


Gráfico 1: Notificação de óbitos infantil por regiões no Brasil. 2008 a 2016

Fonte: SIM (Sistema de Informação sobre Mortalidade)

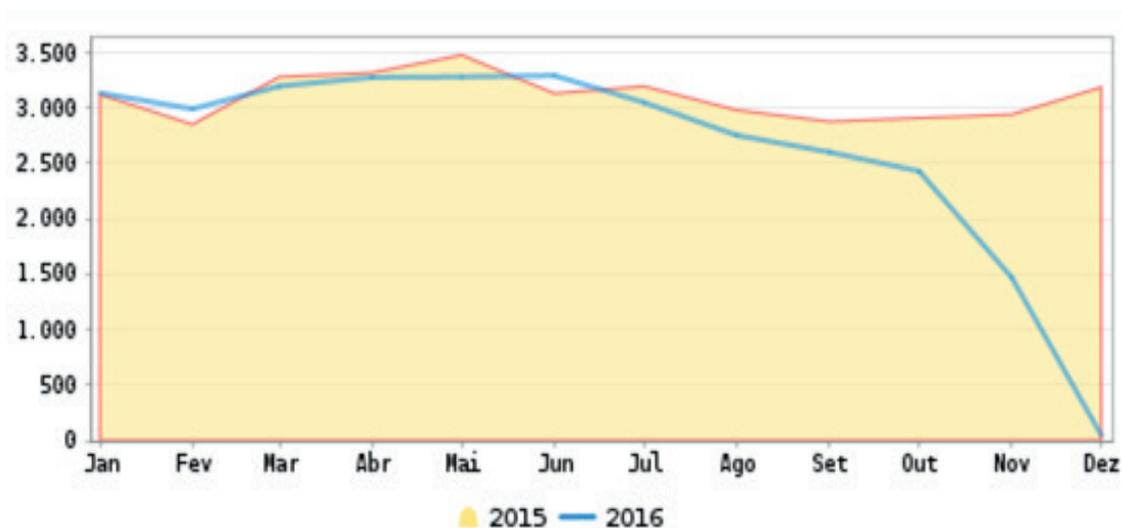


Gráfico 2: Números de óbitos infantis (masculino e feminino) notificados no Brasil por mês de ocorrência no ano de 2015 e 2016

Fonte: SIM (Sistema de Informação sobre Mortalidade)

O gráfico 1 refere-se aos óbitos infantis, releva que ocorreu uma redução na mortalidade com 41,94%. A região Norte com redução de 26%; Nordeste com 59,72%; Sudeste com 28,67%; Sul com 34,94% e Centro-Oeste com 30,36%. Ao analisar por valores absolutos a região Nordeste notificou 2.389 (36%) casos de óbitos infantis e média de 376,56 casos ao ano, seguido pela região Sudeste com 2.084 (22%) notificações e média de 232,56 ao ano e a região Norte com 1.963 (21%) e media de 218,11 ao ano. O gráfico 2 demonstra uma comparação de redução da mortalidade infantil entre os anos de 2015 e 2016, revelando a redução do número de óbitos notificados.

O quantitativo total de óbitos por faixa etária no Brasil entre 2008 a 2016 é descrita no gráfico 3.

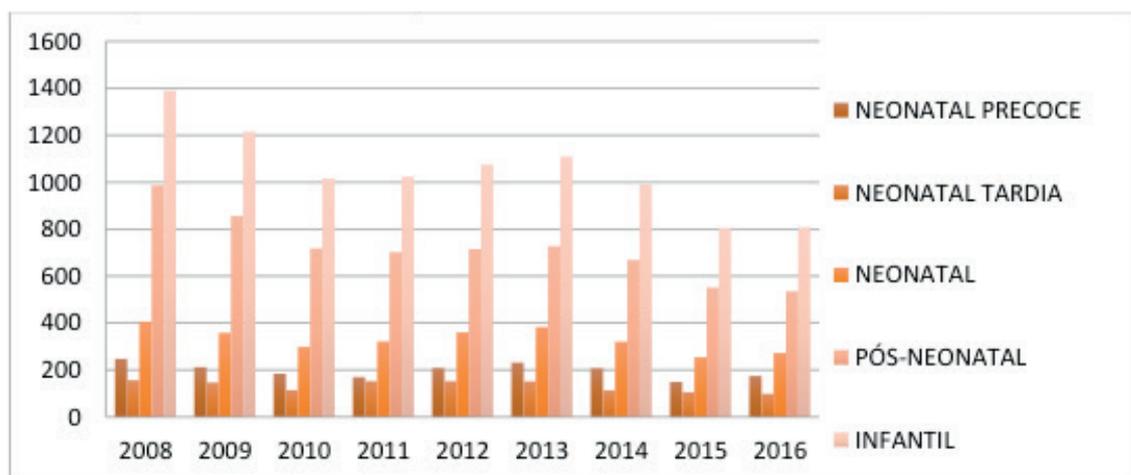


Gráfico 3: Notificação de óbitos por faixa etária (neonatal precoce; neonatal tardia, neonatal, pós-neonatal e infantil) no Brasil. 2008 a 2016

Fonte: SIM (Sistema de Informação sobre Mortalidade)

O gráfico 3 releva que ocorreu redução de 41,94% da mortalidade infantil no Brasil entre os anos de 2008 a 2016. 33% de notificações forma em neonatal, no qual 60% neonatal precoce e 40% neonatal tardia.

Estudos refutam que a mortalidade infantil reduziu entre 1990 a 2015 no Brasil, com redução de 75,25%. Ao correlacionar por faixa etária infantil e anos de estudo (1990 e 2015). No ano de 1990 a faixa de maior detecção de óbitos notificados foi a pós-neonatal contabilizando 44% de óbitos, seguido neonatal precoce e neonatal tardio. No ano de 2015, neonatal precoce com 41% seguido por neonatal tardia. Diferente do estudo analisado, a infantil foi detectada como a de maior prevalência com 43% de notificações, tendo o período neonatal com 30% (JUNIOR et al., 2016; FRANÇA et al., 2017).

O quantitativo total de óbitos neonatal por regiões no Brasil entre 2008 a 2016 é descrita no gráfico 4.

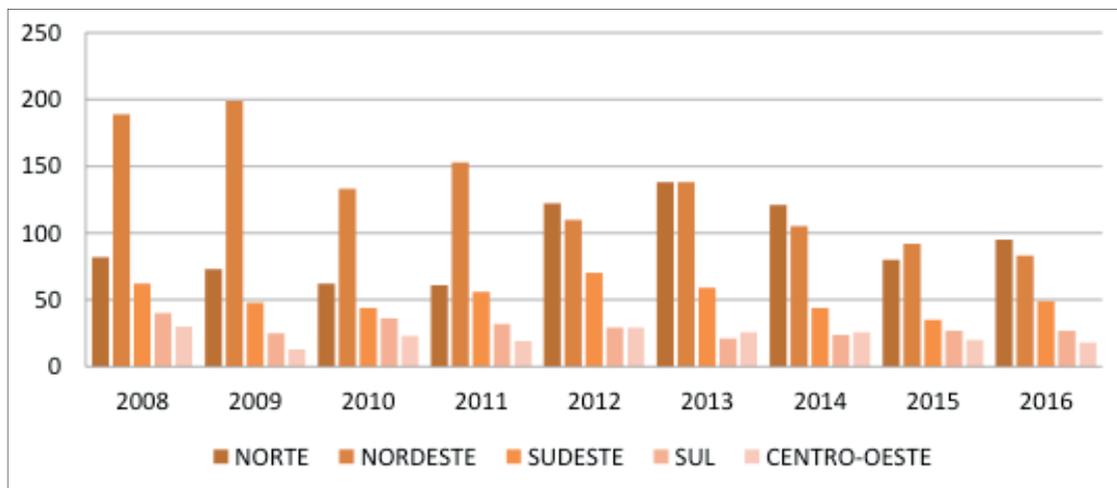


Gráfico 4: Notificação de óbitos neonatal por regiões no Brasil. 2008 a 2016

Fonte: SIM (Sistema de Informação sobre Mortalidade)

O gráfico 4 refere-se aos óbitos Neonatal, releva que ocorreu um aumento na região Norte de 15,85% e redução da mortalidade nas demais regiões. Destas, 56,08% de redução na região Nordeste; 20,97% Sudeste; 32,50% no Sul; 40% no Centro-Oeste. Ao analisar por valores absolutos a região Nordeste notificou 1.202 (40%) casos de óbitos neonatal e média de 133,55 casos ao ano, seguido pela região Norte com 834 (28%) notificações e média de 92,66 ao ano.

Ao relacionar aos óbitos neonatal precoce, releva que ocorreu um aumento na região Norte de 22,41% e redução da mortalidade nas demais regiões. Destas, 52,94% de redução da região Nordeste; 40,54% Sudeste; 17,65% no Sul; 31,25% no Centro-Oeste. Ao analisar por valores absolutos a região Nordeste notificou 739 (41%) casos de óbitos neonatal precoce e média de 82,11 casos ao ano seguido pela região Norte com 601 (34%) notificações e média de 66,77 ao ano.

Em relação aos óbitos neonatal tardia, releva que ocorreu um aumento na região Sudeste de 8%, não houve mudanças percentuais para a região Norte e redução da mortalidade nas demais regiões. Destas, 61,43% de redução da região Nordeste; 43,44% Sul; 50% no Centro-Oeste. Ao analisar por valores absolutos a região Nordeste notificou 463 (39%) casos de óbitos neonatal tardia e média de 51,4 casos ao ano, seguido pela região Sudeste com 254 (21%) notificações e média de 28,2 ao ano e 233 (20%) casos e média de 25,9 ao ano na região Norte.

Segundo Lansky *et al.* (2014) a região Nordeste apresentou as maiores notificações de óbitos na fase neonatal alcançando 38,3% (103) casos, seguido pela região Sudeste com 30,8% (82), região Norte com 19,3% (52), região Sul com 6,9% (19) e região Centro-oeste com 5% (15) óbitos notificados.

Lima *et al.* (2017) refuta em seu estudo com ênfase em base populacional sobre mortalidade infantil entre os anos de 2006 a 2010 que ocorreu um aumento de 4,05% de óbitos neonatais, entretanto quando se destriacha pelo tipo, a neonatal precoce teve uma redução de 5,17%, entretanto a neonatal tardia ampliou para 37,5%.

O quantitativo total de óbitos no Brasil, segundo o CID-10, entre 2008 a 2016 é descrita no gráfico 5.

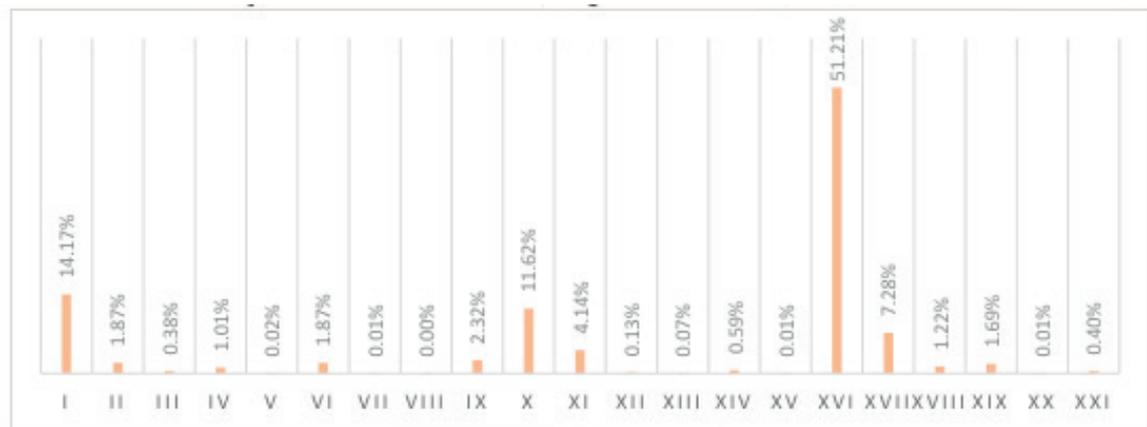


Gráfico 5: Notificação de óbitos no Brasil, segundo o CID-10, entre 2008 a 2016

Fonte: SIM (Sistema de Informação sobre Mortalidade)

I. Algumas doenças infecciosas e parasitárias; II. Neoplasias (tumores); III. Doenças sangue órgãos hemat e transt imunitár; IV. Doenças endócrinas nutricionais e metabólicas; V. Transtornos mentais e comportamentais; VI. Doenças do sistema nervoso; VII. Doenças do olho e anexos; VIII. Doenças do ouvido e da apófise mastoide; IX. Doenças do aparelho circulatório; X. Doenças do aparelho respiratório; XI. Doenças do aparelho digestivo; XII. Doenças da pele e do tecido subcutâneo; XIII. Doenças sist osteomuscular e tec conjuntivo; XIV. Doenças do aparelho geniturinário; XV. Gravidez parto e puerpério; XVI. Algumas afec originadas no período perinatal; XVII. Malf cong deformid e anomalias cromossômicas; XVIII. Sint sinais e achad anorm ex clín e laborat; XIX. Lesões enven e alg out conseq causas externas; XX. Causas externas de morbidade e mortalidade; XXI. Contatos com serviços de saúde.

O gráfico 5 demonstra os óbitos infantis notificados no Brasil entre 2008 a 2016, segundo o Código Internacional da doença (CID-10), subdividido em vinte uma (21) classificação de grupos de doenças, neste é visto que a afecções originárias no período perinatal contabiliza em âmbito Nacional 51,21% dos casos notificados, sendo mostrado no gráfico o de maior pico entre as demais classificações das doenças, seguido de doenças infecciosas e parasitárias com 14,17%, doenças do aparelho respiratório com 11,62%, deformidades e anomalias congênitas com 7,28%, doenças do aparelho digestório com 4,14% e doenças do aparelho circulatório com 2,32%.

Ao averiguar as CID-10 de menor notificação no Brasil, estaria as doenças mentais e comportamentais, doenças de olhos e anexos, doenças do ouvido e da apófise mastoide e causas externas de morbidade e mortalidade que juntas tendem a alcançar 0,04% de casos notificados.

Segundo Costa, Pinto e Silva (2017), as maiores prevalências de doenças evitáveis na infância estariam associadas às doenças gastrointestinais que leva a ocorrência de diarreias e desidratação. A asma e pneumonia bacteriana se enquadram as patologias respiratórias mais presentes. Em si, estudos refutam que as hospitalizações por causas evitáveis em RN e crianças estariam associadas a falhas na assistência prestada. Ademais, denotam a fragilidade na qualidade do acesso ao

Sistema de Saúde.

A diarreia e a pneumonia são consideradas umas das patologias mais encontradas em crianças abaixo de cinco (5), tendo como principais fatores cuidados infantis inadequados, falta do acesso aos serviços de saúde e inadequado saneamento básico. Esta conjuntura carrega em si a estrutura dos índices de mortalidade infantil por causas que poderiam ser evitadas caso os serviços prestados à população fossem de boas qualidades e se a própria sociedade fosse ciente dos cuidados associados aos RN e crianças (CABRAL et al., 2018).

Em um estudo realizado com foco em analisar uma tendência temporal por ICSAP, foram detectadas as causas mais frequentes de hospitalização em crianças de zero a vinte sete dias de vida. Destas, as doenças gastroenterites e complicações, Pneumonias bacterianas, asma, Doenças pulmonares e deficiência nutricionais revelando algumas semelhanças ao estudo quanto os tipos de morbidades encontradas (COSTA, PINTO & SILVA, 2017).

Segundo Pedraza e Araújo (2017), em uma revisão sistemática de literatura sobre a temática Internações das crianças brasileiras menores de cinco anos subdividindo por seis causas de internações. O estudo revelou que a primeira causa entre os estudos foram: Doenças do aparelho respiratório como as mais citadas, pneumonias e doenças originadas no período perinatal. Referente a segunda causa de internações os estudos indicaram as doenças infecciosas e parasitárias como as de maior citação entre os artigos analisados, queimaduras e doenças respiratórias.

Ainda em relação ao estudo, o supracitado autor afirma que em relação a terceira causa de internação estaria a diarreia aguda como causa principal. Como quarta causa estaria a asma e doenças do aparelho circulatório, como quinta causa doenças do aparelho circulatório e doenças do aparelho geniturinário. Como sexta teia traumas e doenças do sistema nervoso (PEDRAZA & ARAÚJO, 2017).

4 | CONSIDERAÇÕES FINAIS

Diante dos resultados obtidos, dos 41.94% de mortalidade infantil no Brasil entre os anos de 2008 a 2016. 33% notificados foram em mortalidade infantil na faixa compreendida dos neonatal, no qual 60% neonatal precoce e 40% neonatal tardia. Aos óbitos Neonatal, releva que ocorreu um aumento na região Norte de 15,85% e redução da mortalidade nas demais regiões. Destas, 56,08% de redução na região Nordeste; 20,97% Sudeste; 32,50% no Sul; 40% no Centro-Oeste. Ao analisar por valores absolutos a região Nordeste notificou 1.202 (40%) casos de óbitos neonatal e média de 133,55 casos ao ano.

Ao relacionar aos óbitos neonatal precoce, releva que ocorreu um aumento na região Norte de 22, 41% e redução da mortalidade nas demais regiões. Destas, 52,94% de redução da região Nordeste; 40,54% Sudeste; 17,65% no Sul; 31,25% no

Centro-Oeste. Em relação aos óbitos neonatal tardia, releva que ocorreu um aumento na região Sudeste de 8%, não houve mudanças percentuais para a região Norte e redução da mortalidade nas demais regiões. Destas, 61,43% de redução da região Nordeste; 43,44% Sul; 50% no Centro-Oeste.

Já em relação as morbidades, seguindo o CID-10 a afecções originarias no período perinatal contabiliza em âmbito Nacional 51,21% dos casos notificados, sendo mostrado no gráfico o de maior pico entre as demais classificações das doenças, seguido de doenças infecciosas e parasitárias com 14,17%, doenças do aparelho respiratório com 11.62%, deformidades e anomalias congênitas com 7,28%, doenças do aparelho digestório com 4,14% e doenças do aparelho circulatório com 2,32%.

Estudo precisam ser mais aprofundados, levantando a preocupação da saúde pública quanto as necessidades de cuidados infantis nas unidades médico-hospitalares. Outro aspecto relevante estaria associado ao viés de informação contida no banco de dados do presente estudo, visto que, pela própria dimensão territorial Brasileira e pelas desigualdades regionais existentes, dificulta o acesso a procura pelo atendimento do paciente a determinados locais e por dados subnotificados, seja pela notificação local dos óbitos infantis ou pela desatualização do sistema.

REFERENCIAS

ARAÚJO, I.A.; SILVA, F.R.; AMORIM, TS.C.F.; SAMPAIO, R.M.M.; PINTO, F.J.M. **Análise de indicadores de mortalidade infantil e fetal em uma capital do Nordeste brasileiro**. Rev. UNIABEU, v.11, n°. 29, set/dez. 2018;

BRASIL. Ministério da saúde. Gabinete do Ministro. Portaria Nº. 1.130, de 5 de Agosto de 2015. **Institui a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança (PNAISC) no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS)**. Publicado em : http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2015/prt1130_05_08_2015.html;

CABRAL, A.A et al. **Doenças Prevalentes na Infância: Diarreia e Desnutrição em uma Unidade de Saúde Bem Estruturada**. Revista da Escola de Ciências Médicas de Volta Redonda, 2018;

COSTA, L.Q.; PINTO, J.E.P.; SILVA, M.G.C. **Tendência temporal das Internações por Condições Sensíveis à Atenção Primária em crianças menores de cinco anos de idade no Ceará, 2000 a 2012**. Epidemiol. Serv. Saúde, Brasília, v. 26, n. 1, p. 51-60, mar. 2017;

CUNHA, C.L.F et al. **O uso de serviços de atenção primária à saúde pela população infantil em um estado do nordeste brasileiro**. Cad. saúde colet., Rio de Janeiro, v. 21, n. 2, p. 115-120, jun. 2013;

FILHO, A.C.A.A.; ARAÚJO, A.K.L. ALMEIDA, P.D.; ROCHA, S.S. **Mortalidade infantil em uma capital do Nordeste brasileiro**. Enferm. Foco. 8(1): 32-36. 2017;

FRANÇA, E.B.; REGO, M.A.S.; MALTA, D.C.; FRANÇA, J.S.; TEXEIRA, R.; PORTO, D.; ALMEIDA, M.F.; SOUZA, M.F.M.; LADMAN, S. **Principais causas de mortalidade na infância no Brasil, em 1990 e 2015: estimativas do estudo de carga Global de Doença**. Rev Bras Epidemiol. 20 SUPPL 1. MAIO 2017;

JUNIOR, J.D.P.; LUCAS, E.S.; CUNHA, L.M.C.; MACHADO, M.G.M.; PEDROSA, R.L. **Perfil da mortalidade neonatal no município de Ubá/ MG, Brasil (2008-2010)**. Rev. Bras. Pesq. Saúde,

Vitória, 18(3): 24-31, jul-set, 2016;

LANSKY, S.; FRICHE, A.A.L.; SILVA, A.M.; CAMPOS, D.; BITTENCOURT, S.D. A.; CUNHA, M. **Pesquisa Nascer no Brasil: perfil da mortalidade neonatal e avaliação da assistência à gestante e ao recém-nascido.** Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 30 Sup:S 192-S207, 2014;

LIMA, J.C.; MINGARELLI, A.M.; SEGRI, N.J.; ZAVALA, A.A.; TAKANO, O.A. **Estudo de base populacional sobre mortalidade infantil.** Ciência & Saúde Coletiva, 22(3):931-939, 2017;

NEVES, F.G et al. **O trabalho da enfermagem em emergência pediátrica na perspectiva dos acompanhantes.** Esc. Anna Nery, Rio de Janeiro, v. 20, n. 3, e20160063, 2016;

PEDRAZA, D.F.; ARAUJO, E.M.N. **Internações das crianças brasileiras menores de cinco anos: revisão sistemática da literatura.** Epidemiol. Serv. Saúde [Internet]. 2017 Mar [citado 2018 Jun 29]; 26(1): 169-182

PIZZO, L.G.P.; ANDRADE, S.M.; SILVA, A.M.R.; MELCHIOR, R.; GONZÁLES, A.D. **Mortalidade infantil na percepção de gestores e profissionais de saúde: determinantes do seu declínio e desafios atuais em município do sul do Brasil.** Saúde Soc. São Paulo, v.23, n.3, p.908-918, 2014;

SANTOS, C.S.; SANTOS, I.G.; SOUZA, J.S.; SANTOS, S.S.T.; MORAES, A. **O Assistente Social e a saúde no Brasil: a importância do trabalho em rede.** Revista Maiêutica, Indaial, v. 3, n. 1, p. 83-94, 2016;

SARDINHA, L.M.V. **Mortalidade Infantil e fatores associados à atenção à saúde: estudo caso-controle no Distrito Federal (2007-2010).** Tese de Doutorado - Universidade de Brasília. Faculdade de Medicina. Programa de Pós-graduação em Medicina Tropical, 2014;

TAVARES, L.T.; ALBERGARIA, T.F.S.; GUIMARÃES, M.A.P.; PEDREIRA, R.B.S.; JUNIOR, E.P.P. **Mortalidade infantil por causas evitáveis na Bahia, 2000-2012.** RECIIS – Rev Eletron Comun Inf Inov Saúde. 2016 jul.-set.; 10(3) | [www.reciis.icict.fiocruz.br] e-ISSN 1981-6278;

ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM A PESSOAS COM ACIDENTE VASCULAR ENCEFÁLICO

Rosana Franciele Botelho Ruas

Faculdades Santo Agostinho de Montes Claros,
Departamento de Enfermagem
Montes Claros – Minas Gerais

Valdineia Vieira de Queiros Brito

Faculdades Santo Agostinho de Montes Claros,
Departamento de Enfermagem
Montes Claros – Minas Gerais

Gabriel Silvestre Minucci

Universidade Federal de São João del Rei,
Departamento de Medicina
São João del Rei – Minas Gerais

Ingred Gimenes Cassimiro de Freitas

Faculdades Santo Agostinho de Montes Claros,
Departamento de Enfermagem
Montes Claros – Minas Gerais

Ana Lígia Passos Meira

Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa
de São Paulo, Programa de Pós-Graduação em
Saúde Coletiva
São Paulo - SP

Carla Silvana de Oliveira e Silva

Universidade Estadual de Montes Claros,
Departamento de Enfermagem
Montes Claros – Minas Gerais

Luís Paulo Souza e Souza

Universidade Federal de São João del Rei,
Departamento de Medicina
São João del Rei – Minas Gerais

RESUMO: O objetivo do estudo foi levantar as ações de enfermagem aos pacientes acometidos pelo Acidente Vascular Encefálico (AVE) na literatura científica. Realizou-se uma revisão integrativa, a partir do acesso on-line a duas bases de dados no mês de abril de 2018. Utilizou-se os descritores Acidente Vascular encefálico, cuidados de enfermagem, reabilitação e assistência ao paciente, na língua portuguesa e período de 2010 a 2018. Foram encontrados 249 artigos e selecionados 11. Identificou-se um maior número de ações de enfermagem assistenciais, seguidas de ações gerenciais e educativas, portanto, a análise de estudos diversos contribui para o conhecimento das principais ações de enfermagem frente ao acometido pelo AVE, corrobora também a participação fundamental nas atividades de reabilitação, sistematização da enfermagem, incentivo de práticas de autocuidado e ações educativas ao cuidador para melhoria da qualidade de vida desses pacientes.

PALAVRAS-CHAVE: Acidente Vascular Encefálico; Assistência de Enfermagem; Reabilitação; Assistência ao paciente.

NURSING CARE TO PEOPLE WITH CEREBROVASCULAR ACCIDENT

ABSTRACT: The objective of the study was to raise nursing actions to patients affected by

stroke in the scientific literature. An integrative review, from the online access to two databases in April 2018. The descriptors used cerebrovascular accident, nursing care, rehabilitation and patient care, in portuguese language and period of 2010 to 2018. Were found 249 articles and selected 11. Identified a greater number of nursing assistance actions, followed by managerial and educational actions, therefore, the analysis of various studies contributes to the knowledge of the main nursing actions facing the affected by stroke, corroborates the fundamental participation also in rehabilitation activities, systematization of nursing, encouragement of self-care practices and educational actions to caregiver for improving the quality of life of these patients.

KEYWORDS: Stroke; Nursing Care; Rehabilitation; Patient Care.

1 | INTRODUÇÃO

Em todo o mundo, o Acidente Vascular Encefálico (AVE), é a segunda mais importante causa de óbitos, ocorrendo principalmente em adultos de meia-idade e idosos. Nos últimos anos, o AVE vem liderando no Brasil como a principal causa de internações e mortalidade, ocasionando na maior parte dos pacientes algum tipo de limitação, seja parcial ou completa (ALMEIDA, 2012). Segundo Nunes *et al.* (2017), no ano de 2011 houve um desembolso de 1.979 milhões de reais em reabilitação motora após a lesão cortical e troca de lateralidade nos pacientes com paresia dos membros superiores.

O Acidente Vascular Encefálico, antes denominado acidente vascular cerebral, é uma das principais causas de mortalidade, constituindo um grave problema de saúde pública, com consequências negativas como déficit funcional, cognitivo, alterações emocionais e comportamentais no paciente e na família (MANIVA; FREITAS, 2012; NUNES *et al.*, 2017).

Diante das informações apresentadas, identifica-se que as pessoas com AVE são dependentes de ações de saúde, nesse contexto o papel do enfermeiro vai muito além do domínio de habilidades técnicas, devendo ter conhecimento científico acerca do atendimento ao paciente com AVE e suas complicações, fundamentais no planejamento de uma assistência de enfermagem eficaz e suas principais intervenções. Para isso, é comumente utilizado a Classificação das Intervenções de Enfermagem (NIC), que é uma ferramenta que padroniza a linguagem para a documentação e direciona o profissional na seleção de intervenções adequadas, trazendo maior segurança na reabilitação do paciente (BAVARESCO; LUCENA, 2012).

O paciente acometido com a patologia descrita requer uma atenção distinta. Apesar de não existir evidências e/ou orientações claras e seguras para intervir em todos os obstáculos enfrentados por esses pacientes. Observam-se as dificuldades relacionadas à assistência às pessoas com inúmeras carências de cuidado. Destaca-se que quanto maiores forem as necessidades do paciente afetado, será maior a urgência do planejamento da assistência, pois sistematizar as ações intenta à organização e a

eficiência do cuidado prestado (CAVALCANTE, 2011).

Diante desse contexto, surge a seguinte questão: *Quais ações descritas na literatura têm sido utilizadas por enfermeiros para o cuidado de pacientes vítimas de AVE?* Acredita-se que os cuidados de enfermagem para o paciente de AVE sejam predominantemente voltados para reabilitação motora, muitas vezes deixando de lado outros pontos importantes para a autonomia e integralidade dos indivíduos, como os relacionados à dimensão psicológica e social. O processo de reabilitação deve ser holístico, se atentando também para os anseios e dificuldades de cada indivíduo, além disso, o profissional deve garantir recursos para a reintegração na sociedade.

Nesse sentido, o objetivo do presente trabalho é levantar as ações de enfermagem realizadas com pacientes acometidos pelo AVE na literatura científica. Tal levantamento viabiliza a reflexão e pode auxiliar em ações e políticas públicas de saúde que dêem maior apoio social nesse âmbito. Permite também ampliar o conhecimento e desempenho eficaz dos profissionais na aplicação de suas intervenções.

2 | MATERIAIS E MÉTODO

Trata-se de uma revisão integrativa, acerca da assistência à saúde de pessoas em processo de adoecimento por AVE, que consiste em busca, avaliação e descrição de estudos presentes em materiais relevantes como livros, artigos, relatórios, visando construir conhecimento além de, produzir um saber fundamentado para os profissionais de enfermagem.

Consiste em coleta de dados realizada por meio de fontes secundárias, através de levantamento bibliográfico, alicerçado na experiência vivenciada pelos autores para a realização de uma revisão integrativa (SOUZA *et al.*, 2010).

Para a realização da presente revisão integrativa, seguiu-se os seguintes passos: 1) elaboração da questão e pesquisa; 2) estabelecimento de critérios para inclusão de estudos; 3) definição das informações a serem extraídas dos estudos selecionados; 4) avaliação dos estudos selecionados; 5) interpretação dos resultados; 6) apresentação da revisão e síntese do conhecimento (CALVACANTE *et al.*, 2011).

Este estudo baseou-se na pesquisa de artigos publicados em periódicos científicos nacionais disponíveis na Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), *Scientific Electronic Library Online* (Scielo), relacionados aos Descritores em Ciências da Saúde (DeCS) “Acidente Vascular Encefálico; Reabilitação; Cuidados de Enfermagem; Assistência de Enfermagem; Qualidade de vida”.

Em seguida, realizou-se a leitura e análise dos artigos, e procurou-se reconhecer as ações da enfermagem direcionadas ao paciente com AVE. As ações foram organizadas e elencadas quanto ao seu conteúdo.

Foram definidos como critérios de inclusão: 1) ser artigo de pesquisa completo publicado no período de 2010 a 2018; 2) estar publicado em português; e abordar

a assistência de enfermagem frente ao paciente com AVE. Os estudos que não se enquadram nas características foram excluídos dessa revisão.

Foi utilizado para coleta de dados o instrumento adaptado Ursi (2005), que organiza as informações em título, ano, principais resultados e conclusões dos estudos e define dados que serão extraídos e como serão organizados.

Local de busca	Descritores	Encontrados com o cruzamento dos descritores	Selecionados após critérios de inclusão/refinamento nas bases	Detalhe da pesquisa refinada (critérios de inclusão)	Selecionados após leitura seletiva
BVS	Acidente Vascular Encefálico AND Cuidados de enfermagem AND Reabilitação.	19	4	DeCS: (Acidente Vascular Encefálico AND Cuidados de enfermagem AND Reabilitação); tradução: (português); ano: 2010	1
BVS	Acidente vascular encefálico AND Cuidados de enfermagem	99	12	DeCS: (Acidente vascular encefálico AND Cuidados de enfermagem); tradução: (português); ano: 2017; 2014.	2
BVS	Acidente vascular encefálico AND Assistência de Enfermagem	76	8	DeCS: (Acidente vascular encefálico AND Assistência de enfermagem); tradução: (português); ano 2010.	1
BVS	Acidente Vascular Encefálico AND Cuidados de enfermagem AND Qualidade de vida	11	2	DeCS: (Acidente Vascular Encefálico AND Cuidados de enfermagem AND Qualidade de vida); tradução: (português); ano 2015.	1
SciELO	Acidente vascular encefálico AND Cuidados de enfermagem	12	3	DeCS: (Acidente vascular encefálico AND Cuidados de enfermagem); tradução: (português); ano 2014; 2011.	2
SciELO	Reabilitação AND Acidente vascular encefálico	27	3	DeCS: (Reabilitação AND Acidente vascular encefálico); tradução: (português); ano 2011; 2015.	2
SciELO	Acidente Vascular Encefálico AND Qualidade de vida	5	1	DeCS: (Acidente Vascular Encefálico AND Qualidade de vida); tradução: (português); ano 2012; 2016	2

Quadro 1 – Detalhes da busca, segundo local de busca, descritores e estratégias.

3 | RESULTADOS E DISCUSSÃO

Identificaram-se 11 estudos decorrentes do entrecruzamento dos termos “acidente vascular encefálico, qualidade de vida, cuidados de enfermagem, reabilitação e assistência de enfermagem. Ao analisar os artigos selecionados, constatou-se que todos aludem acerca da importância da assistência de enfermagem ao paciente

acometido pelo AVE, conforme exemplificado no quadro 2.

A avaliação dos estudos selecionados será apresentada de acordo com as categorias temáticas: Ações de enfermagem Assistenciais; Ações de enfermagem Gerenciais; Ações de enfermagem Educacionais e Diagnósticos de Enfermagem. Discorrendo sobre as principais ações/cuidados encontrados nos artigos presentes, além de descrever os diagnósticos de enfermagem em uma categoria temática própria, pois subsidiam a assistência de enfermagem, enfocando assim a sua importância nas ações.

Ações de Enfermagem Assistenciais

Nessa categoria, foram abordadas as principais intervenções assistências descritas nos estudos, destacando-se a “Monitorização de funções fisiológicas”. O paciente acometido por AVE, necessita de um monitoramento contínuo. A abordagem inicial na emergência é realizado pela enfermagem, enfocando na análise das vias aéreas, respiração, circulação e exame neurológico. Além disso, destaca-se a importância da mensuração da temperatura, oferta de oxigênio, se necessário, monitoramento cardíaco às 72 horas e monitoramento de complicações hemorrágicas (CALVACANTE *et al.*, 2011).

O “Posicionamento correto no leito” destaca-se como o mais frequentemente abordado pelos estudos em questão. Segundo Bianchini *et al.* (2010) o posicionamento correto resulta em melhor saturação de O₂ e ventilação, principalmente na posição sentada, minimizando o risco de queda deste parâmetro.

A “Reabilitação motora e funcional” constitui-se em uma estratégia utilizada pela equipe de enfermagem para a recuperação do paciente. A mobilização imediata é destacada de extrema relevância para a prevenção de atrofia e contração articular. Além disso, a reabilitação funcional ajuda a reintegrar as atividades de vida diária e algumas habilidades perdidas que estão em processo de readaptação (NUNES *et al.*, 2017). De acordo com Moreira *et al.* (2014), as pessoas acometidas por AVE precisam ser incluídas no processo de reabilitação, devendo ser promovido pelos profissionais de saúde envolvidos no processo de recuperação do mesmo, além disso, devem iniciar em programas de exercícios para melhoria da mobilidade, pois a maior parte apresentam incapacidades residuais significativas.

Título do artigo	Autores	Ano de publicação	Tipo de estudo	Objetivo	Principais resultados e Conclusões
Cuidado de enfermagem ao paciente com acidente vascular encefálico: revisão integrativa	BIANCHINI <i>et al.</i>	2010	Revisão integrativa da literatura	Buscar e analisar as evidências disponíveis na literatura sobre o cuidado de enfermagem prestado ao paciente na fase aguda do AVE.	O estudo aborda diferentes tipos de assistência: monitorização; posicionamento; reconhecimento de sinais e sintomas; organização do serviço de enfermagem; criação de unidades especializadas e capacitação da equipe; escalas de avaliação neurológicas; indicadores de cuidado; organização dos registros de enfermagem e investimento de educação continuada na área. A presente revisão indica recomendar, que a enfermagem busque maior rigor metodológico em pesquisas que contribuam para fortalecer as evidências necessárias no cuidado ao AVE.
Diagnóstico de enfermagem: mobilidade física prejudicada em pacientes acometidos por acidente vascular encefálico	COSTA <i>et al.</i>	2010	Estudo transversal	Investigar a ocorrência do diagnóstico de enfermagem Mobilidade física prejudicada, em pacientes com AVE, no período de reabilitação e identificar as principais características definidoras e fatores relacionados de tal diagnóstico.	Em estudo sobre o diagnóstico de enfermagem Mobilidade física prejudicada, a diminuição da capacidade de mover-se significativamente no ambiente foi identificada. Assim, o enfermeiro deve proporcionar uma assistência voltada às necessidades dessa clientela, como ações educativas e mudanças no hábito de vida. Destaca-se, a importância da etapa diagnóstica do processo de enfermagem, com vistas à identificação das principais características definidoras e à elaboração de um plano de ações eficaz e individualizado.
Atuação da enfermagem no autocuidado e reabilitação de pacientes que sofreram Acidente Vascular Encefálico	LESSMANN <i>et al.</i>	2011	Relato de experiência	Relatar/compartilhar a experiência de cuidado de enfermagem junto ao indivíduo acometido pelo AVC, com ênfase na reabilitação e autocuidado tendo por base a Teoria Geral de Enfermagem de Orem.	Vários fatores tornam a reabilitação um processo único. O enfoque do cuidado também está voltado para a família, sendo necessário que estes aprendam novos métodos. O referencial teórico de Orem serviu de instrumento para déficits de autocuidado, podendo observar também os cuidados em diversos aspectos como o controle postural, exercícios de movimento, treino da marcha, manutenção do equilíbrio e terapia ocupacional.
Intervenções de enfermagem aos pacientes com acidente vascular encefálico: uma Revisão integrativa de literatura	CALVACANTE <i>et al.</i>	2011	Revisão integrativa da literatura.	Analisar o conhecimento sobre as intervenções de enfermagem aos pacientes com acidente vascular encefálico no âmbito hospitalar.	Foi identificado um maior número de Intervenções assistenciais como reabilitação motora e funcional, cuidados com a pele, posicionamento, etc. Intervenções gerenciais: coordenação do cuidado, organização e avaliação. Intervenções educacionais: educação do paciente e cuidador, orientações sobre tratamento etc. Intervenções. Os resultados deste estudo poderão subsidiar a elaboração de protocolos clínicos por enfermeiros envolvidos nos cuidados aos pacientes com AVE.

Identificação do diagnóstico de enfermagem “risco de quedas em idosos com acidente vascular cerebral	MORAIS <i>et al.</i>	2012	Estudo transversal	Identificar o diagnóstico de enfermagem Risco de quedas em idosos após AVC, presente na NANDA-I.	Os riscos ambientais podem se modificar de forma eficaz, caso o enfermeiro assume a função de promover um ambiente seguro, modificando-os, por meio de estratégias de visita domiciliar e de educação em saúde. Identificar fatores de risco ambientais presentes no de Risco de quedas possibilita uma intervenção do enfermeiro no sentido de eliminar esses fatores e evitar eventos de quedas.
Análise de conceito do resultado de enfermagem Mobilidade em pacientes com acidente vascular cerebral	MOREIRA <i>et al.</i>	2014	Revisão integrativa da literatura	Realizar análise do conceito do resultado de enfermagem Mobilidade em paciente com AVC.	Esse resultado colabora com o cuidado de enfermagem e fisioterapia, destacando as pesquisas descritivas ou qualitativas com definição de mobilidade. Recuperar a mobilidade é talvez o principal objetivo do paciente após o AVC. Seu grau de mobilidade depende de quais movimentos são possíveis após o AVE e barreiras ambientais, contribuindo para o aprimoramento do resultado de enfermagem Mobilidade presente na NOC de 2010.
Estratégias de comunicação da Equipe de Enfermagem na afasia decorrente de acidente vascular encefálico.	SOUZA e ARCURI	2014	Estudo transversal	Descrever as estratégias de comunicação referidas e usadas pelos membros da equipe de enfermagem para cuidar do paciente afásico após AVE.	As estratégias de comunicação mais referidas foram os gestos (100%), a comunicação verbal (33,3%), a comunicação escrita (29,6 %) e os toques (18,5%). Como resultados, os gestos atingiram 40,7% e o toque esteve presente em todas as situações, dado seu caráter imprescindível aos cuidados. Não foram observadas diferenças significativas entre as categorias profissionais em função do tempo de experiência com respeito às estratégias referidas pela equipe de enfermagem para cuidar do paciente afásico.
Classificação da dependência de cuidados de enfermagem dos pacientes acometidos por acidente vascular encefálico	ARAÚJO <i>et al.</i>	2015	Estudo transversal	Caracterizar os pacientes acometidos por AVE quanto aos aspectos sociodemográficos e classificar esses indivíduos segundo o grau de dependência dos cuidados de enfermagem.	A classificação do grau de dependência estava entre os cuidados intermediários (58%) e semi-intensivos (22%). O conhecimento do perfil assistencial auxilia no atendimento dos diferentes graus de dependência, contribuindo para o quadro de pessoal adequado para o cuidado. Houve maior prevalência de pacientes classificados em cuidados intermediários, estáveis e com parcial dependência de cuidados de enfermagem. Os indicadores que mais contribuíram para o aumento do grau de dependência foram: locomoção, cuidado corporal, terapêutica e eliminações.

Diagnósticos de enfermagem de incontinência urinária em pacientes com acidente vascular cerebral.	LEANDRO <i>et al.</i>	2015	Estudo transversal	Determinar a prevalência dos diagnósticos de enfermagem Incontinência urinária de esforço, urgência, funcional, por transbordamento e Incontinência e reflexa em pacientes com AVC.	Os resultados obtidos evidenciaram uma elevada prevalência de incontinência urinária em pacientes com AVE. Portanto, os enfermeiros não devem ignorar na sua clínica a ocorrência de tal fenômeno e devem incluir práticas de cuidado como exercícios físicos, comportamentais, entre outros, com o objetivo de melhorar o padrão de eliminação, direcionando assim intervenções mais específicas e de qualidade.
Diagnósticos de enfermagem em pacientes com acidente vascular cerebral: revisão integrativa	LIMA <i>et al.</i>	2016	Revisão integrativa da literatura.	Verificar os diagnósticos de enfermagem presentes nos pacientes acometidos por AVC.	Foram destacados os principais diagnósticos encontrados nas publicações como: Mobilidade física prejudicada; Risco de queda, entre outros. A identificação dos diagnósticos é etapa crucial para o plano de cuidados, de acordo com o estudo, o enfermeiro deve implementar e avaliar intervenções à prevenção de quedas, além disso, deve haver atendimento rápido, eficaz e condizente com as reais necessidades do paciente.
Cuidado de Enfermagem ao Paciente Vítima de Acidente Vascular Encefálico	NUNES <i>et al.</i>	2017	Revisão de literatura	Investigar as intervenções de enfermagem aos pacientes com acidente vascular encefálico no âmbito hospitalar.	Os resultados mostram que vários fatores interferem no cuidado, sendo a reabilitação motora e funcional, monitoramento das funções fisiológicas, cuidado emocional, prevenção de complicações, cuidados com a pele, autocuidado, cuidado oral, posicionamento e orientações familiares. Ainda assim, existem pontos de convergência que reiteram importância do cuidado continuado e busca por referenciais teóricos metodológicos que guiem a assistência.

Quadro 2 – Artigos incluídos nesta revisão, segundo autores, ano de publicação, tipo de estudo, título, objetivo, principais resultados e conclusões.

Ainda segundo Nunes *et al* (2017), podemos observar a ação de enfermagem “Cuidado emocional”, devendo ser provido pela enfermagem para que seja estabelecida uma relação de confiança do paciente, auxiliando no processo de enfrentamento da patologia, superação de medos e complicações.

Outra ação identificada consiste em “Cuidados higiênicos” que inclui o banho e higiene oral, que inclui escovação dos dentes, limpeza da língua e cavidade bucal. Os cuidados básicos na higiene corporal são indispensáveis para a manutenção da saúde, devendo fazer parte das ações de enfermagem (ARAUJO *et al.*, 2015).

Além disso, observa-se também a ação de “Cuidados na prevenção de traumas”, no qual, o enfermeiro deve promover a manutenção da função habitual e um ambiente seguro, prevenindo complicações e facilitando o processo de reabilitação. Entre os traumas, o mais comum são as quedas, pois decorre de desequilíbrio postural e dificuldade motora (MORAIS *et al.*, 2012).

Ações de Enfermagem assistenciais com o paciente com AVE	
Monitorização de funções fisiológicas	(CALVACANTE <i>et al.</i> , 2011)
Posicionamento correto no leito	(BIANCHINI <i>et al.</i> , 2010)
Reabilitação motora e funcional	(NUNES <i>et al.</i> , 2017)
Cuidado emocional	(NUNES <i>et al.</i> , 2017)
Cuidados higiênicos	(ARAUJO <i>et al.</i> , 2015)
Cuidados na prevenção de traumas	(MORAIS <i>et al.</i> , 2012)

Quadro 3 - Ações de Enfermagem assistenciais com o paciente com AVE encontradas nos artigos incluídos nesta revisão.

Ações de Enfermagem Gerenciais

A enfermagem no papel de liderança exerce também atividades gerenciais. Dentre as principais ações encontradas podemos destacar a “Coordenação dos cuidados”. O enfermeiro deve estar preparado para coordenar os diversos tipos de cuidados aplicáveis aos pacientes com AVE, norteando através de instrumentos institucionalizados, os cuidados cabíveis para reabilitação da saúde, além disso, percebe-se a importância de estratégias de comunicação pela equipe para cuidar do paciente afásico (SOUZA; ARCURI, 2014).

A “Sistematização da Assistência de Enfermagem” tem representado o principal instrumento metodológico e gerencial para a prática profissional, pois norteia as ações de enfermagem para a reabilitação do adoecido por AVE. Uma etapa comumente destacada nos estudos em questão são os diagnósticos de enfermagem, responsáveis por definir meios para intervenções exclusivas do enfermeiro (COSTA *et al.*, 2010).

Ações de Enfermagem gerenciais com o paciente com AVE	
Coordenação dos cuidados	(SOUZA; ARCURI, 2014)
Sistematização da assistência de enfermagem	(COSTA <i>et al.</i> , 2010)

Quadro 4 - Ações de Enfermagem gerenciais com o paciente com AVE encontradas nos artigos incluídos nesta revisão.

Ações de Enfermagem Educativas

Nessa categoria, foi perceptível que o enfermeiro possui grande relevância em

processos educativos principalmente na “Capacitação da equipe”, destacando-se como ação de importância que envolve treinamentos para obtenção do sucesso desde a triagem do paciente com suspeita de AVE, até a sua alta hospitalar ou transferência, garantido assim a educação continuada (BIANCHINI *et al.*, 2010).

A “Educação do paciente e familiares” também é destacada nos estudos, pois o enfermeiro possui importante papel na orientação e atividades educativas para a compreensão dos pacientes e familiares sobre as características da patologia, suas limitações, além do tratamento para recuperação da pessoa com AVE (CALVACANTE *et al.*, 2011). Segundo Lessmann *et al* (2011), é indispensável que todos os envolvidos aprendam métodos atuais conforme suas demandas, logo, os ensinamentos devem ser contínuos e objetivos, incentivando a influência positiva das ações, a percepção das principais técnicas de recuperação e participação de todos em virtude do mesmo propósito.

Ações de Enfermagem educativas com o paciente com AVE.	
Capacitação da equipe	(BIANCHINI <i>et al.</i> , 2010)
Educação do paciente e dos familiares	(CALVACANTE <i>et al.</i> , 2011) (LESSMANN <i>et al.</i> , 2011)

Quadro 5- Ações de Enfermagem educativas com o paciente com AVE encontradas nos artigos incluídos nesta revisão.

Diagnósticos de Enfermagem

Os Diagnósticos de Enfermagem apresentam-se como importante ferramenta nas ações de cuidado, contribuindo para a elaboração de um plano de assistência individualizado e eficaz. Nesta temática do estudo, Lima *et al* (2016) discorre a “Comunicação verbal prejudicada” como sequela importante, que requer maior atenção e habilidade do profissional de enfermagem para proporcionar cuidados específicos aos pacientes com AVE. Ainda nesse tocante, outro diagnóstico identificado foi “Mobilidade física prejudicada”, estando presente, de acordo com a pesquisa, em 90% dos participantes.

A “Incontinência urinária” é conhecida por provocar mudanças consideráveis que interferem negativamente na vida dos pacientes, as situações de incontinência urinária são consideradas um problema de saúde pública. Os anseios provocados por essa condição geram impactos psicológicos, sociais e físicos. De acordo com os dados, 41% dos indivíduos apresentaram tal diagnóstico (LEANDRO *et al.*, 2015).

Outro diagnóstico identificado é o “Risco de quedas”, decorrente da hemiplegia ou paresia dos membros, afetando a marcha e o equilíbrio, com dificuldade da deambulação segura. No presente estudo, o risco de queda foi identificado em 100% dos indivíduos, visto que todos possuíam ao menos um fator de risco para o incidente (MORAIS *et al.*, 2012).

Diagnósticos de Enfermagem ao paciente com AVE	
Comunicação verbal prejudicada	(LIMA <i>et al.</i> , 2016)
Mobilidade física prejudicada	(LIMA <i>et al.</i> , 2016)
Incontinência urinária	(LEANDRO <i>et al.</i> , 2015)
Risco de quedas	(MORAIS <i>et al.</i> , 2012)

Quadro 6 - Diagnósticos de Enfermagem ao paciente com AVE encontrados nos artigos incluídos nesta revisão.

Os resultados obtidos, proporcionam tecermos pilares temáticos ao realizarmos uma síntese dos resultados obtidos da pesquisa, os quais foram discutidos no decorrer do estudo, podendo auxiliar na apropriação das ações para o cuidado baseado em evidências.

4 | CONSIDERAÇÕES FINAIS

Foi perceptível uma quantidade insatisfatória de pesquisas atuais e conseqüentemente a escassez de publicações acerca do tema, dificultando na realização da Revisão Integrativa, além disso, percebe-se a complexidade de se encontrar dados sobre o processo de enfermagem e ações padronizadas pelos profissionais à população estudada, muitas vezes as ações são empíricas e sem embasamento científico.

De acordo com a pesquisa, identifica-se nos artigos selecionados um maior número de ações de enfermagem assistenciais, seguidas dos diagnósticos de enfermagem, ações gerenciais e educativas.

A análise de estudos diversos contribui para o conhecimento das principais ações de enfermagem frente ao acometido pelo AVE, corrobora também a participação fundamental nas atividades de reabilitação, sistematização da enfermagem, incentivo de práticas de autocuidado e ações educativas ao cuidador para melhoria da qualidade de vida desses pacientes, ou seja, foi observado que o enfermeiro participa ativamente, de forma direta ou indireta, de todos os processos que envolvem a recuperação do paciente. Além disso, é importante destacar a atuação do profissional de enfermagem junto à equipe multiprofissional, proporcionando o compartilhamento de saberes, o que culmina na realização de assistência integral e satisfatória.

Diante da necessidade de garantir uma prática alicerçada em evidências científicas, surge a necessidade de desenvolvimento de pesquisas de enfermagem, também se mostra imprescindível aos enfermeiros a incorporação de estudos atualizados, portanto, tal revisão integrativa irá permitir, de forma sintetizada, o acesso a diversas pesquisas, fomentando subsídios para a melhoria da assistência de enfermagem e conhecimento pelos profissionais em questão.

REFERÊNCIAS

- ALMEIDA, S.R.M. Análise epidemiológica do Acidente Vascular Cerebral no Brasil. **Revista Neurociências**, v.20, n.4, p.481-482, 2012.
- ARAÚJO, A.R.C. *et al.* Classificação da dependência de cuidados de enfermagem dos pacientes acometidos por acidente vascular encefálico. **Cogitare Enfermagem**, v.20, n.3, p.581-588, 2015.
- BAVARESCO, T.; LUCENA, A.F. Intervenções da Classificação de Enfermagem NIC validadas para pacientes em risco de úlcera por pressão. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v.20, n.6, p.1109-1116, 2012.
- BIANCHINI, S.M. *et al.* Cuidado de enfermagem ao paciente com Acidente Vascular Encefálico: revisão integrativa. **Online Brazilian Journal of Nursing**, v.9, n. 2, 2010.
- CAVALCANTE, T.F. *et al.* Intervenções de enfermagem aos pacientes com acidente vascular encefálico: uma revisão integrativa de literatura. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v.45, n.6, p.1495-1500, 2011.
- COSTA, A.G.S. *et al.* Diagnóstico de enfermagem: mobilidade física prejudicada em pacientes acometidos por acidente vascular encefálico. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 44, n. 3, p. 753-8, 2010.
- LEANDRO, T.A. *et al.* Diagnósticos de enfermagem de incontinência urinária em pacientes com acidente vascular cerebral. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v.49, n.6, p.924-932, 2015.
- LESSMANN, J.C. *et al.* Atuação da enfermagem no autocuidado e reabilitação de pacientes que sofreram Acidente Vascular Encefálico. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v.64, n.1, p.198-202, 2011.
- LIMA, A.C.M.A.C.C., *et al.* Diagnósticos de enfermagem em pacientes com acidente vascular cerebral: revisão integrativa. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v.69, n.4, p.785-92, 2016.
- MANIVA, S.J.C.F.; FREITAS, C.H.A. Cuidado de enfermagem no adoecimento por acidente vascular encefálico: revisão integrativa da literatura brasileira. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, v.14, n.3, p.679-89, set. 2012.
- MORAIS, H.C.C. *et al.* Identificação do diagnóstico de enfermagem “risco de quedas em idosos com acidente vascular cerebral”. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, v.33, n.2, p.117-124, 2012.
- MOREIRA, R.P., *et al.* Análise de conceito do resultado de enfermagem Mobilidade em pacientes com acidente vascular cerebral. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v.67, n.3, p.443-9, 2014.
- NUNES, D.L.S., *et al.* Cuidado de Enfermagem ao Paciente Vítima de Acidente Vascular Encefálico. **Revista Brasileira de Ciências da Saúde**, v.21, n.1, p.87-96, 2017.
- SOUZA, M.T. *et al.* Revisão integrativa: o que é e como fazer. **Einstein**, v.8, n.1, p.102-6, 2010.
- SOUZA, R.C.S.; ARCURI, E.A.M. Estratégias de comunicação da Equipe de Enfermagem na afasia decorrente de acidente vascular encefálico. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v.48, n.2, p.292-8, 2014.
- URSI, E.S. **Prevenção de lesão de pele no perioperatório: revisão integrativa da literatura.** Dissertação (Mestrado) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2005.

SOBRE A ORGANIZADORA

ISABELLE CORDEIRO DE NOJOSA SOMBRA: Enfermeira pelas Faculdades Nordeste - FANOR (Bolsista pelo PROUNI). Doutoranda em Obstetrícia (DINTER UFC/ UNIFESP). Mestre em Saúde Coletiva - PPSAC/UECE. Especialização em Enfermagem Obstétrica - (4 Saberes). Especialista em Saúde Pública - UECE. Atua como consultora materno-infantil. Atuou como docente do curso de Graduação em Enfermagem do Centro Universitário Estácio do Ceará e do Centro Universitário Pitágoras de Fortaleza. Atuou como professora do Grupo de Pesquisa em Avaliação da Saúde da Mulher - GPASM/ESTÁCIO. Atuou como docente do Curso Técnico em Cuidado de Idosos - PRONATEC/ Unichristus. Atuou como supervisora pedagógica do Curso Técnico em Enfermagem da Diretoria de Educação Profissional em Saúde (DIEPS) da Escola de Saúde Pública do Ceará - ESP/CE. Atuou como enfermeira assistencial no Hospital Distrital Dr. Fernandes Távora (HFT). Atuou na preceptoria de estágio das Faculdades Nordeste - FANOR. Atuou como pesquisadora de campo da Universidade Federal do Ceará (UFC) - Faculdade de Medicina - no Projeto vinculado ao Departamento de Saúde Materno Infantil. Atuou no Projeto de Práticas Interdisciplinares no Contexto de Promoção da Saúde sendo integrante do grupo de pesquisa “Cuidando e Promovendo a Saúde da Criança e do Adolescente” - FANOR;. Atuou como Membro do Grupo de Pesquisa em Estudos Quantitativos da Universidade Estadual do Ceará (UECE). Atua principalmente nos seguintes temas: saúde da mulher, saúde materno-infantil e saúde coletiva.

ÍNDICE REMISSIVO

A

Aleitamento materno 13, 14, 15, 16, 17, 20, 21, 22, 23, 24, 25, 27, 29, 30, 31, 32, 34, 35, 36, 37, 39, 41, 343

Alimentação infantil 13

Amamentação 3, 4, 8, 12, 13, 14, 15, 16, 17, 18, 19, 20, 21, 22, 23, 24, 25, 26, 27, 28, 29, 30, 31, 34, 35, 37, 40, 47

Assistência à saúde 11, 119, 161, 175, 179, 214, 216, 219, 220, 224, 270, 273, 344, 355

B

Banco de leite 33, 34, 35, 36, 37, 39, 41, 42

C

Cesárea 5, 43, 47

Criança 14, 15, 16, 17, 18, 19, 23, 25, 28, 29, 30, 36, 41, 67, 80, 81, 82, 83, 84, 85, 86, 87, 88, 89, 90, 91, 92, 94, 96, 99, 100, 101, 102, 103, 104, 105, 106, 107, 108, 109, 113, 114, 115, 117, 118, 119, 120, 121, 122, 123, 124, 125, 126, 128, 129, 130, 131, 132, 133, 134, 135, 139, 141, 142, 143, 145, 147, 148, 150, 341, 342, 343, 345, 351, 365

Cuidado 4, 7, 8, 9, 10, 24, 33, 36, 41, 44, 49, 52, 53, 54, 63, 69, 75, 76, 83, 86, 89, 91, 92, 93, 94, 96, 97, 106, 113, 117, 118, 119, 122, 123, 124, 126, 129, 130, 132, 133, 134, 135, 139, 142, 143, 144, 153, 156, 157, 161, 165, 167, 172, 173, 174, 175, 176, 216, 217, 218, 220, 221, 223, 224, 226, 227, 229, 233, 234, 235, 236, 237, 238, 239, 240, 252, 254, 255, 258, 259, 262, 265, 274, 275, 276, 277, 278, 279, 282, 283, 285, 286, 287, 288, 290, 291, 292, 294, 295, 296, 300, 307, 309, 311, 312, 313, 314, 317, 318, 322, 323, 336, 338, 343, 344, 354, 355, 358, 359, 360, 361, 362, 363, 364, 365

D

Depressão 29, 115, 133, 140, 142, 144, 218, 280, 281, 282, 283, 284, 285, 286, 287, 288, 289, 290, 291, 292, 293, 294, 295, 297, 299, 312, 322, 330, 331, 333, 334, 335, 337, 338

Desenvolvimento infantil 14, 27, 88, 99, 110, 119, 125

Desmame 13, 15, 17, 19, 20, 22, 23, 24, 25, 27, 28, 29, 30, 31, 32

Diabetes Mellitus Tipo 1 29, 99, 101, 110, 111

Diagnóstico de enfermagem 39, 40, 41, 145, 146, 147, 152, 216, 303, 307, 308, 323, 358, 359, 364

Direitos da mulher 43

Doação de sangue 229, 231, 232, 233, 234, 236, 237, 239, 240

E

Emergência 65, 130, 132, 133, 160, 167, 171, 174, 176, 192, 202, 204, 206, 210, 212, 253, 310, 352, 357

Enfermagem 12, 13, 23, 24, 25, 28, 31, 33, 34, 36, 37, 39, 40, 41, 42, 51, 64, 67, 68, 69, 70, 71, 75, 76, 77, 78, 79, 80, 82, 89, 90, 91, 93, 94, 96, 97, 98, 99, 110, 119, 123, 126, 127, 130, 131, 132, 133, 134, 135, 136, 139, 140, 141, 142, 143, 144, 145, 146, 147, 148, 149, 150, 151, 152, 153, 154,

158, 164, 165, 167, 168, 169, 170, 171, 173, 174, 175, 176, 177, 182, 186, 190, 191, 192, 200, 202, 209, 210, 214, 215, 216, 218, 219, 220, 221, 223, 226, 227, 229, 230, 231, 232, 233, 234, 235, 236, 237, 238, 239, 240, 241, 253, 254, 255, 256, 257, 258, 259, 260, 261, 262, 264, 265, 266, 267, 268, 269, 270, 271, 272, 273, 274, 275, 276, 277, 278, 279, 280, 282, 283, 284, 285, 286, 287, 288, 290, 291, 292, 293, 294, 295, 296, 297, 298, 300, 301, 303, 304, 306, 307, 308, 309, 310, 311, 312, 313, 314, 318, 319, 321, 322, 323, 324, 326, 335, 336, 337, 338, 339, 340, 352, 365

Estratégia Saúde da Família 13, 155, 156, 157, 252

F

Família 5, 12, 13, 16, 21, 24, 25, 39, 41, 54, 79, 80, 82, 84, 85, 86, 87, 88, 93, 96, 115, 117, 139, 155, 156, 157, 171, 174, 175, 177, 220, 222, 223, 224, 226, 242, 252, 255, 282, 285, 286, 287, 288, 290, 291, 293, 297, 303, 306, 316, 318, 327, 329, 333, 334, 335, 336, 337, 340, 343, 344, 354, 358

G

Gravidez 30, 44, 53, 61, 62, 65, 66, 349

H

Hemodiálise 145, 146, 147, 148, 149, 150, 151, 153, 154, 244, 247, 276, 296, 297, 298, 299, 300, 301, 304, 305, 306, 307, 308, 309

Hepatite B 147, 241, 243, 244, 245, 246, 247, 248, 249, 250, 251, 252

Hospitalização 52, 56, 114, 115, 116, 117, 118, 119, 120, 121, 125, 126, 143, 167, 341, 345, 350

Humanização 2, 43, 50, 113, 115, 119, 162

I

Idoso 124, 215, 280, 282, 283, 284, 285, 286, 287, 288, 289, 290, 291, 292, 293, 294, 295, 324, 325, 326, 327, 328, 329, 330, 331, 332, 333, 335, 336, 337, 338, 340

Infecção hospitalar 179, 180

J

Jejum 120, 121, 122, 123, 124, 125, 126, 127, 128, 129, 130, 131

L

Ludoterapia 113, 114, 115, 116, 117, 118, 119

M

Método Canguru 11

N

Neonato 11, 132, 310

P

Papaína 258, 259, 260, 261, 262, 263, 264, 265, 266

Parto domiciliar 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10

Parto Obstétrico 43

Perfil de enfermeiros 68

Processo de trabalho 12, 15, 67, 68, 69, 70, 72, 160, 215

R

Radioterapia 132, 133, 134, 135, 139, 140, 141, 142, 143

Reanimação cardiorrespiratória 200, 201, 209

S

Saúde da criança 14, 23, 29, 99, 100, 113, 119, 145, 341, 342, 343, 345, 351, 365

Saúde da mulher 36, 52, 53, 54, 56, 63, 132, 365

Saúde do adolescente 91

Saúde mental 91, 92, 94, 97, 98, 289, 295

Segurança do paciente 68, 75, 77, 143, 214, 215, 216, 217, 218, 219, 220, 221, 222, 223, 225, 226, 227, 236, 238, 269, 274, 276

Sistemas de medicação 68

T

Terapia Intensiva Neonatal 11, 68, 72, 177, 277, 278

Transfusão de sangue 229, 230, 231, 235, 238

Tuberculose 28, 160, 192, 193, 194, 195, 196, 197, 198, 199

U

Útero 62, 65, 66, 116

V

Vigilância epidemiológica 52, 56, 193, 194, 199, 251, 341, 345

Violência contra a mulher 44

Agência Brasileira do ISBN
ISBN 978-85-7247-539-6

