



**Benedito Rodrigues da Silva Neto
(Organizador)**

Alicerces e Adversidades das Ciências da Saúde no Brasil 4

Atena
Editora
Ano 2019

Benedito Rodrigues da Silva Neto
(Organizador)

Alicerces e Adversidades das Ciências da Saúde no Brasil 4

Atena Editora
2019

2019 by Atena Editora
Copyright © Atena Editora
Copyright do Texto © 2019 Os Autores
Copyright da Edição © 2019 Atena Editora
Editora Chefe: Profª Drª Antonella Carvalho de Oliveira
Diagramação: Natália Sandrini
Edição de Arte: Lorena Prestes
Revisão: Os Autores



Todo o conteúdo deste livro está licenciado sob uma Licença de Atribuição Creative Commons. Atribuição 4.0 Internacional (CC BY 4.0).

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

Profª Drª Adriana Demite Stephani – Universidade Federal do Tocantins
Prof. Dr. Álvaro Augusto de Borba Barreto – Universidade Federal de Pelotas
Prof. Dr. Alexandre Jose Schumacher – Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia de Mato Grosso
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
Profª Drª Cristina Gaio – Universidade de Lisboa
Prof. Dr. Deyvison de Lima Oliveira – Universidade Federal de Rondônia
Prof. Dr. Edvaldo Antunes de Faria – Universidade Estácio de Sá
Prof. Dr. Eloi Martins Senhora – Universidade Federal de Roraima
Prof. Dr. Fabiano Tadeu Grazioli – Universidade Regional Integrada do Alto Uruguai e das Missões
Prof. Dr. Gilmei Fleck – Universidade Estadual do Oeste do Paraná
Profª Drª Ivone Goulart Lopes – Istituto Internazionele delle Figlie de Maria Ausiliatrice
Prof. Dr. Julio Candido de Meirelles Junior – Universidade Federal Fluminense
Profª Drª Keyla Christina Almeida Portela – Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia de Mato Grosso
Profª Drª Lina Maria Gonçalves – Universidade Federal do Tocantins
Profª Drª Natiéli Piovesan – Instituto Federal do Rio Grande do Norte
Prof. Dr. Marcelo Pereira da Silva – Universidade Federal do Maranhão
Profª Drª Miranilde Oliveira Neves – Instituto de Educação, Ciência e Tecnologia do Pará
Profª Drª Paola Andressa Scortegagna – Universidade Estadual de Ponta Grossa
Profª Drª Rita de Cássia da Silva Oliveira – Universidade Estadual de Ponta Grossa
Profª Drª Sandra Regina Gardacho Pietrobon – Universidade Estadual do Centro-Oeste
Profª Drª Sheila Marta Carregosa Rocha – Universidade do Estado da Bahia
Prof. Dr. Rui Maia Diamantino – Universidade Salvador
Prof. Dr. Urandi João Rodrigues Junior – Universidade Federal do Oeste do Pará
Profª Drª 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
Profª Drª Daiane Garabeli Trojan – Universidade Norte do Paraná
Prof. Dr. Darllan Collins da Cunha e Silva – Universidade Estadual Paulista
Profª Drª Diocléa Almeida Seabra Silva – Universidade Federal Rural da Amazônia
Prof. Dr. Fábio Steiner – Universidade Estadual de Mato Grosso do Sul
Profª Drª Girlene Santos de Souza – Universidade Federal do Recôncavo da Bahia
Prof. Dr. Jorge González Aguilera – Universidade Federal de Mato Grosso do Sul
Prof. Dr. Júlio César Ribeiro – Universidade Federal Rural do Rio de Janeiro
Profª Drª Raissa Rachel Salustriano da Silva Matos – Universidade Federal do Maranhão
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. Dr. Edson da Silva – Universidade Federal dos Vales do Jequitinhonha e Mucuri
Profª Drª 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 Magnólia de Araújo Campos – Universidade Federal de Campina Grande
Profª Drª Natiéli Piovesan – Instituto Federal do Rio Grande do Norte
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. Alexandre Leite dos Santos Silva – Universidade Federal do Piauí
Profª Drª Carmen Lúcia Voigt – Universidade Norte do Paraná
Prof. Dr. Eloi Rufato Junior – Universidade Tecnológica Federal do Paraná
Prof. Dr. Fabrício Menezes Ramos – Instituto Federal do Pará
Prof. Dr. Juliano Carlo Rufino de Freitas – Universidade Federal de Campina Grande
Profª Drª Neiva Maria de Almeida – Universidade Federal da Paraíba
Profª Drª Natiéli Piovesan – Instituto Federal do Rio Grande do Norte
Prof. Dr. Takeshy Tachizawa – Faculdade de Campo Limpo Paulista

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP) (eDOC BRASIL, Belo Horizonte/MG)	
A398	<p>Alicerces e adversidades das ciências da saúde no Brasil 4 [recurso eletrônico] / Organizador Benedito Rodrigues da Silva Neto. – Ponta Grossa, PR: Atena Editora, 2019. – (Alicerces e Adversidades das Ciências da Saúde no Brasil; v. 4)</p> <p>Formato: PDF Requisitos de sistema: Adobe Acrobat Reader Modo de acesso: World Wide Web Inclui bibliografia ISBN 978-85-7247-673-7 DOI 10.22533/at.ed.737190210</p> <p>1. Ciências da saúde – Pesquisa – Brasil. 2. Saúde – Brasil. I. Silva Neto, Benedito Rodrigues da. II. Série.</p> <p style="text-align: right;">CDD 362.1</p>
Elaborado por Maurício Amormino Júnior – CRB6/2422	

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

APRESENTAÇÃO

A coleção “Alicerces e Adversidades das Ciências da Saúde no Brasil” é uma obra composta de cinco volumes que tem como foco as bases e as interfaces multidisciplinares dos trabalhos desenvolvidos em diversos locais do país que compõe os diversos capítulos de cada volume. De forma categorizada os trabalhos, pesquisas, relatos de casos e revisões tentarão demonstrar ao leitor os princípios de cada área da saúde assim como suas peculiaridades.

Apresentamos aqui o quarto e último volume desta obra tão relevante e interessante para todos aqueles que se interessam pelos atuais alicerces aos quais as ciências da saúde tem se sustentado no Brasil. Diversos eixos foram abordados nos volumes anteriores, e complementando este volume final trás consigo temas como Hanseníase, Neurogênese, Políticas públicas. Saúde, Continuidade da Assistência ao Paciente, Câncer Ginecológico, Filariose Síndrome de Meigs, Glioma, proteômica do câncer, Bioética, Alocação de recursos para atenção em saúde, Trauma de membros inferiores, Infecções Bacterianas, Doenças Negligenciadas, Carcinoma hepatocelular, Hepatite, Triatomíneos, Vigilância Entomológica, Biomarcadores, Sistema Internacional de Estadiamento e Metodologias ativas.

A fundamentação, e o estabelecimento de conceitos e padrões básicos é muito importante na ciências da saúde uma vez que novos estudos e pesquisas tanto de revisão quanto experimentais sempre se baseiam em técnicas e fontes já publicadas. Assim, destacamos a relevância deste material com informações recentes sobre diversas temáticas da saúde.

Portanto a obra “Alicerces e Adversidades das Ciências da Saúde no Brasil 2” oferece ao leitor teoria bem fundamentada aliada à resultados práticos obtidos pelos diversos grupos de pesquisa em saúde do país, que arduamente desenvolveram seus trabalhos aqui apresentados de maneira concisa e didática. A divulgação científica de qualidade, em tempos de fontes não confiáveis de informação, é extremamente importante. Por isso evidenciamos também a estrutura da Atena Editora capaz de oferecer uma plataforma consolidada e confiável para estes pesquisadores apresentarem e divulguem seus resultados.

Desejamos à todos uma excelente leitura!

Benedito Rodrigues da Silva Neto

SUMÁRIO

CAPÍTULO 1	1
A APLICAÇÃO DO DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM NA DOENÇA DE PARKINSON	
Cesarina Excelsa Araújo Lopes da Silva	
Raimunda Rejane Viana da Silva	
Josemir do Carmo Santos	
Cícera Brena Calixto Sousa	
Talita de Oliveira Franco	
Paula Vitória Nunes Calisto	
Ingrid dos Santos Goes	
Jandira Márcia Sá da Silva Cordeiro	
Juliana Alencar Moreira Borges	
Priscila Alencar Mendes Reis	
DOI 10.22533/at.ed.7371902101	
CAPÍTULO 2	3
A DEPRESSÃO E O SUICÍDIO ENTRE OS PROFISSIONAIS DE ENFERMAGEM	
Luana Cristina Rodrigues Venceslau	
Ingrid Lima Felix de Carvalho	
Antonia Samara Pedrosa de Lima	
Diana Alves Ferreira	
Guthieris Luciano Alves	
Maria Elisa Regina Benjamin de Moura	
Crystianne Samara Barbosa de Araújo	
Maria Leni Alves Silva	
DOI 10.22533/at.ed.7371902102	
CAPÍTULO 3	9
A FONOAUDIOLOGIA NA SAÚDE PÚBLICA – ATENÇÃO BÁSICA	
Kelly Ferreira	
Korina Cardoso	
Cleiber Marcio Flores	
Lucio Mauro Braga Machado	
DOI 10.22533/at.ed.7371902103	
CAPÍTULO 4	13
A TRAJETÓRIA DO PROGRAMA DE EDUCAÇÃO PELO TRABALHO NO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE	
Guilherme Pioli Resende	
Karoline Cordeiro Silva	
Nirlande Rodrigues da Silva	
Marla Brenda Pires Coimbra	
Graciano Almeida Sudré	
DOI 10.22533/at.ed.7371902104	

CAPÍTULO 5 20

ABRINDO O JOGO: SENTIDOS ATRIBUÍDOS POR ESTUDANTES DE MEDICINA SOBRE A CONSULTA MÉDICA À POPULAÇÃO LGBT

Danilo de Sousa Rodrigues
Cícera dos Santos Moura
Cíntia Maria de Melo Mendes
Breno de Oliveira Ferreira
Maria da Consolação Pitanga de Sousa

DOI 10.22533/at.ed.7371902105

CAPÍTULO 6 31

ACOLHIMENTO AO IDOSO: PRINCIPAIS DIFICULDADES ENCONTRADAS PELOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE

Cícera Thanise Pereira Alves
Isabelly Rayane Alves dos Santos
Hercules Pereira Coelho
Ana Beatriz Linard de Carvalho
Camila Maria do Nascimento
Cícera Emanuele do Monte Simão
Elisângela Oliveira da Silva
Carlos Vinícius Moreira Lima
Luzianne Clemente de Meneses
Ozeias Pereira de Oliveira
Ana Paula Ribeiro Castro
Ana Maria Machado Borges

DOI 10.22533/at.ed.7371902106

CAPÍTULO 7 42

ACOLHIMENTO E ASSISTÊNCIA A SAÚDE DO IDOSO NA ATENÇÃO PRIMÁRIA

Monyka Brito Lima dos Santos
Elcilene Fernandes da Silva Pereira
Franc-Lane Sousa Carvalho do Nascimento

DOI 10.22533/at.ed.7371902107

CAPÍTULO 8 53

ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM A UMA PACIENTE ACOMETIDA POR SÍFILIS CONGÊNITA

Luana Cristina Rodrigues Venceslau
Ingrid Lima Felix de Carvalho
Antonia Samara Pedrosa de Lima
Diana Alves Ferreira
Maria Elisa Regina Benjamin de Moura
Crystianne Samara Barbosa de Araújo
Maria Leni Alves Silva

DOI 10.22533/at.ed.7371902108

CAPÍTULO 9	60
ATENÇÃO ÀS MULHERES EM SITUAÇÃO DE ABORTAMENTO: REFLEXÕES NO CONTEXTO DOS PRINCÍPIOS NORTEADORES DO SUS	
Natácia Élem Felix Silva	
Rachel de Sá Barreto Luna Callou Cruz	
Dayanne Rakelly de Oliveira	
Simone Soares Damasceno	
Edilma Gomes Rocha Cavalcante	
Paula Suene Pereira dos Santos	
Thaís Rodrigues de Albuquerque	
DOI 10.22533/at.ed.7371902109	
CAPÍTULO 10	72
ATUAÇÃO DO ENFERMEIRO EM CUIDADOS PALIATIVOS À CRIANÇA COM CÂNCER TERMINAL	
Sara Pinto Teixeira	
Tamyris Pinheiro Gouveia	
Renata Brito Souza	
Tatiana do Socorro dos Santos Calandrini	
Rubens Alex de Oliveira Menezes	
DOI 10.22533/at.ed.73719021010	
CAPÍTULO 11	85
AUTOPERCEPÇÃO DE SAÚDE DAS MULHERES NA GESTAÇÃO	
Katiele Hundertmarck	
Marília Cunha Maroneze	
Patrícia Pasquali Dotto	
DOI 10.22533/at.ed.73719021011	
CAPÍTULO 12	95
AVALIAÇÃO DE DESEMPENHO POR MEIO DOS REGISTROS EM PRONTUÁRIO: ESTRATÉGIAS DA GESTÃO EM SAÚDE	
Olguimar Pereira Ivo	
Jocelio Matos Amaral	
Manuele Miranda Mafra Oliveira	
Matheus Marques da Silva Leite	
Heloísa Ribeiro Alves	
Thainá Emí Barreto Gomes	
Thayane Gomes de Almeida	
Viviane Moreira dos Santos Teixeira	
Ivana Paula Ferraz de Andrade	
DOI 10.22533/at.ed.73719021012	
CAPÍTULO 13	106
CONVERGÊNCIA DA PRÁTICA INVESTIGATIVA E A PROMOÇÃO DE SAÚDE EM PREVENÇÃO DE QUEDAS EM UM GRUPO DE CONVIVÊNCIA DE IDOSAS DO PROJETO DE EXTENSÃO CONVIVER PARA RE-VIVER PUCMINAS	
Edirlene de Melo Nogueira	
Isadora Laboriê Ferreira Martins	
Maelly Gil Pereira	
Patrícia Dayrell Neiva	
Sabrina Miranda Baptista	
Viviane Almeida	
DOI 10.22533/at.ed.73719021013	

CAPÍTULO 14 112

DESAFIOS ENCONTRADOS PELOS ACADÊMICOS DE ENFERMAGEM NO ATENDIMENTO AO PACIENTE SURDO NA ATENÇÃO BÁSICA: RELATO DE EXPERIÊNCIA

Francielton de Amorim Marçal
Isabelly Rayane Alves dos Santos
Hercules Pereira Coelho
Paloma Ingrid dos Santos
Dennis Rodrigues de Sousa
Mauro McCarthy de Oliveira Silva
Eduarda Brennda Ferreira Gonçalves de Lima
Ana Paula Ribeiro de Castro
Andréa Couto Feitosa

DOI 10.22533/at.ed.73719021014

CAPÍTULO 15 120

EDUCAÇÃO EM SAÚDE - SENSIBILIZAÇÃO SOBRE O CÂNCER DE MAMA E DE COLO DE ÚTERO: UM RELATO DE EXPERIÊNCIA

José Leonardo Gomes Coelho
Milena D'Avila Nascimento Barbosa
Beatriz da Silva Nicácio
Karoline Feitosa Sobreira
Emanuela Machado Silva Saraiva
Bruno Pinheiro Maximo
Francisco Leonardo da Silva Feitosa
Herta Gonçalves Parente Pinheiro Teles
Rafael de Carvalho Mendes
Rayane Silva Alves
Willma José de Santana
Maria do Socorro da Silva

DOI 10.22533/at.ed.73719021015

CAPÍTULO 16 125

EXPERIÊNCIA DOS ALUNOS DE ENFERMAGEM NO CENTRO DE SIMULAÇÃO REALISTICA NA DISCIPLINA SAÚDE DA MULHER E DO RECÉM-NASCIDO

Silmara Alves de Souza
Denise de Souza Ribeiro
Daisy Machado

DOI 10.22533/at.ed.73719021016

CAPÍTULO 17 133

FATORES ASSOCIADOS AO DESMAME PRECOCE EM MÃES ADOLESCENTES: REVISÃO INTEGRATIVA

Natália dos Santos Almeida
José Gerlucio da Silva Morais
Eugenia Leopoldina Ferreira
Renata Vilar Bernardo
Cicera Ariane Rodrigues Bezerra
Alyce Brito Barros
Iannaele Oliveira do Vale Batista
Eduarda Correia dos Santos
Yolanda Gomes Duarte
Gefersson Matias de Lima Silva
Eveline Naiara Nuvens Oliveira
Luciano Moreira Alencar
Willma José de Santana

DOI 10.22533/at.ed.73719021017

CAPÍTULO 18 141

FEIRA DO SUS- A POLÍTICA NACIONAL DE HUMANIZAÇÃO: UM RELATO DE EXPERIÊNCIA

Lorrany Terezinha Oliveira de Souza
Suelen Marçal Nogueira
Thaynara Cristina Oliveira Braga Gonçalves
Renata Sousa Nunes
Murilo Marques Costa
Monalisa Salgado Bittar
Heloiza Dias Lopes Lago
Francisco Ronaldo Caliman Filho
Menandes Alves de Souza Neto

DOI 10.22533/at.ed.73719021018

CAPÍTULO 19 145

FORMAÇÃO INTERNA DE PRÁTICAS INTEGRATIVAS E COMPLEMENTARES EM SAÚDE NA LIGA INTERDISCIPLINAR DE SAÚDE DA FAMÍLIA E SAÚDE COLETIVA: CAPACITAÇÃO PARA ESTRATÉGIA DE EMPODERAMENTO E ALTERNATIVA À MEDICAMENTALIZAÇÃO

Mariana Nóbrega Marcon
Diogo Henrique Meneguelli
Ricardo Souza Heinzemann
Liane Beatriz Righi
Cid Gonzaga Gomes
Matheus dos Santos Coelho

DOI 10.22533/at.ed.73719021019

CAPÍTULO 20 148

INFLUENCE OF SCIENTIFIC DISCOURSE ON PUBLIC HEALTH: VALIDATION OF A QUESTIONNAIRE IN PUBLIC SCHOOLS INSIDE THE STATE OF SAO PAULO

Meykson Alexandre da Silva
Leticia Gomes de Pontes

DOI 10.22533/at.ed.73719021020

CAPÍTULO 21 158

O CONHECIMENTO DO ENFERMEIRO NA ATENÇÃO ÀS CRIANÇAS COM TRANSTORNO DO ESPECTRO AUTISTA

Lairton Batista de Oliveira
Marília Costa Cavalcante
Pallysson Paulo da Silva
Fellipe Batista de Oliveira
Isadora Almeida de Sousa
Paulo Cilas de Carvalho Sousa
Francisca Thamilis Pereira da Silva
Bruna Martins Nogueira Leal
Lany Leide de Castro Rocha Campelo

DOI 10.22533/at.ed.73719021021

CAPÍTULO 22 167

O PERFIL DOS PROFISSIONAIS ENFERMEIROS NA PREVENÇÃO DO CÂNCER DE MAMA

Raimunda Rejane Viana da Silva
Cesarina Excelsa Araújo Lopes da Silva
Edith Ana Ripardo da Silveira
Josemir do Carmo Santos
Cícera Brena Calixto Sousa
Talita de Oliveira Franco
Paula Vitória Nunes Calisto
Thaís Marques Lima
Juliana Alencar Moreira Borges
Priscila Alencar Mendes Reis

DOI 10.22533/at.ed.73719021022

CAPÍTULO 23 169

PERCEPÇÃO DOS PACIENTES QUANTO AO CUIDADO DE ENFERMAGEM EM RELAÇÃO AO TRATAMENTO DE TUBERCULOSE

Suelen Rayanne Moreira da Silva
Rayanne de Sousa Barbosa
Karine Nascimento da Silva
Tainá Araújo Rocha
Jeane Lima Cavalcante
Aliéren Honório Oliveira
Edilma Gomes Rocha Cavalcante

DOI 10.22533/at.ed.73719021023

CAPÍTULO 24 181

PERSPECTIVA DO ENFERMEIRO NO SERVIÇO DE ATENDIMENTO MÓVEL DE URGÊNCIA

Andressa Gislanny Nunes Silva
Jefferson Abraão Caetano Lira
Camylla Layanny Soares Lima
Angela Raquel Cruz Rocha
Hellen Gomes Evangelista
Alane Jhaniele Soares

DOI 10.22533/at.ed.73719021024

CAPÍTULO 25 190

PLANO MUNICIPAL DE SAÚDE: INSTRUMENTO FORTALECEDOR DE GESTÃO DAS AÇÕES DE SAÚDE DO TRABALHADOR

Grasiele Fatima Busnello
Mariana Mendes
Carolina Fajardo Valente Pagliarin Brüggemann
Fabiane Pertille
Letícia de Lima Trindade

DOI 10.22533/at.ed.73719021025

CAPÍTULO 26 201

PREPARO PSICOLOGICO DOS ACADÊMICOS DE ENFERMAGEM NO ENFRENTAMENTO DO PROCESSO DE MORTE

Carleana Kattwilly Oliveira
Monyka Brito Lima dos Santos
Valdênia Guimarães e Silva Menegon

DOI 10.22533/at.ed.73719021026

CAPÍTULO 27 213

PROJETO DE EXTENSÃO COMVIVER

Giselle Carvalho Maia
Mariza Aparecida Alves Araújo
Cíntia Kelly Campos de Oliveira Sabadini
Mary Lee dos Santos
Jorge Costa Neto
Cristian de Souza Freitas

DOI 10.22533/at.ed.73719021027

CAPÍTULO 28 218

PROMOÇÃO DA VIDA NA ESCOLA: UM CUIDADO DE SAÚDE DO ADOLESCENTE

Katiele Hundertmarck
Josi Nunes Barreto
Vânia Terezinha Rigo Segalin
Sandra Suzana Stankowski

DOI 10.22533/at.ed.73719021028

CAPÍTULO 29 224

RECIDIVAS DE ARTRALGIA QUE LEVAM À DEPRESSÃO: RELATO DE UM CASO EXTREMAMENTE DEBILITANTE DE CHIKUNGUNYA

Camila Amato Montalbano
Sarah Brena Aparecida Rosa
Michel Vergne Félix Sucupira
Karen Soares Trinta
Rivaldo Venâncio da Cunha

DOI 10.22533/at.ed.73719021029

CAPÍTULO 30 235

SAÚDE, QUALIDADE DE VIDA E ESPIRITUALIDADE DE IDOSOS INSTITUCIONALIZADOS

Raquel Silva de Souza
Déborah Santana Pereira
José Erivan Lima de Carvalho
Genáina Alves de Oliveira
Juliana Rodrigues da Silva
Thereza Maria Magalhães Moreira

DOI 10.22533/at.ed.73719021030

CAPÍTULO 31 246

SEGURANÇA DO PACIENTE RELACIONADA AO NOME SOCIAL COMO IDENTIFICADORES HOSPITALARES EM CLIENTES TRANSGÊNEROS

Lorena Alencar Sousa
Diego Ravelly dos Santos Callou
Joanderson Nunes Cardoso
Uilna Natércia Soares Feitosa
Mabel Maria Sousa Figueiredo
Edglê Pedro de Sousa Filho
Izadora Soares Pedro Macedo
Maria Jeanne de Alencar Tavares
Itamara da Costa Sousa
Amanda Cristina Araújo Cavalcante

DOI 10.22533/at.ed.73719021031

CAPÍTULO 32 255

SINAIS DE PREDIÇÃO À DEPRESSÃO NA ADOLESCÊNCIA: REVISÃO INTEGRATIVA

Néliton da Costa Silva
Adriana Sousa Carvalho de Aguiar
Edina Silva Costa
Hernágila Costa Freitas
Jesyskelly Duarte dos Santos Tenório
José Alexandre Alves do Nascimento
Juliana Ariádina de Vasconcelos
Lara Anísia Menezes Bonates
Rosilane da Silva Soares
Tereza D'Ávila de Araújo Gomes Silva
Ticyanne Soares Barros
Wanderson Alves Martins

DOI 10.22533/at.ed.73719021032

CAPÍTULO 33 267

TECNOLOGIAS EDUCACIONAIS DIGITAIS NO ENSINO DE GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM NO BRASIL

Lorena Alencar Sousa
Diego Ravelly dos Santos Callou
Joanderson Nunes Cardoso
Izadora Soares Pedro Macêdo
Sara Beatriz Feitoza Ricardino
Lindiane Lopes de Souza
Juliana Maria da Silva
Mabel Maria Sousa Figueiredo
Edglê Pedro de Sousa Filho
Maria Jeanne de Alencar Tavares
Itamara da Costa Sousa
Uilna Natércia Soares Feitosa

DOI 10.22533/at.ed.73719021033

CAPÍTULO 34 278

USO DE ANÁLISE INFERENCIAL PARA AVALIAR A ASSISTÊNCIA À GESTANTE DURANTE O PRÉ-NATAL NA REGIÃO NORDESTE DO BRASIL

Antonio Alberto Ibiapina Costa Filho
Lya Raquel Oliveira dos Santos
Paulo Germano Sousa
Aline Raquel de Sousa Ibiapina
Ana Paula Cardoso Costa
Janainna Maria Maia
Deyna Francéilia Andrade Próspero
Emanuel Osvaldo de Sousa

DOI 10.22533/at.ed.73719021034

CAPÍTULO 35	291
VIOLÊNCIA NO TRABALHO DA ENFERMAGEM BRASILEIRA: ANÁLISE DO FENÔMENO NO CENÁRIO HOSPITALAR E NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE	
Letícia de Lima Trindade	
Grasiele Fatima Busnello	
Daiane Dal Pai	
Daiana Brancalione	
Manoela Marciane Calderan	
Chancarlyne Vivian	
DOI 10.22533/at.ed.73719021035	
CAPÍTULO 36	303
CHAGAS CONGÊNITA: POLÍTICAS PÚBLICAS, RASTREABILIDADE, PREVENÇÃO E TRATAMENTO	
Priscilla Inocência Rodrigues Ribeiro	
Alex Miranda Rodrigues	
Marislene Pulsena da Cunha Nunes	
DOI 10.22533/at.ed.73719021036	
CAPÍTULO 37	310
CO ₂ LASER IN CARDIOLOGY FOR REVASCULARIZATION	
Maryam Liaqat	
Adnan Malik	
Sobia Kanwal	
Ali Raza	
Kaienat Asghar Ali	
Shaukat Ali Shahid	
Saher Jabeen	
DOI 10.22533/at.ed.73719021037	
CAPÍTULO 38	326
EARLY DETECTION OF BREAST CANCER SAVES LIFE: A REVIEW OF MICROWAVE IMAGING AGAINST X-RAYS MAMMOGRAPHY	
Maryam Liaqat	
Ali Raza	
Saher Jabeen	
Ramiza Ali	
Sobia Kanwal	
Maria Naqve	
Kaienat Asghar Ali	
Shaukat Ali Shahid	
DOI 10.22533/at.ed.73719021038	
SOBRE O ORGANIZADOR	344
ÍNDICE REMISSIVO	345

A APLICAÇÃO DO DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM NA DOENÇA DE PARKINSON

Cesarina Excelsa Araújo Lopes da Silva

Centro Universitário da Grande Fortaleza-
UNIGRANDE, Fortaleza-CE.

Email: excelsalopess@gmail.com

Raimunda Rejane Viana da Silva

Centro Universitário da Grande Fortaleza-
UNIGRANDE, Fortaleza-CE.

Josemir do Carmo Santos

Centro Universitário da Grande Fortaleza-
UNIGRANDE, Fortaleza-CE.

Cícera Brena Calixto Sousa

Centro Universitário da Grande Fortaleza-
UNIGRANDE, Fortaleza-CE.

Talita de Oliveira Franco

Centro Universitário da Grande Fortaleza-
UNIGRANDE, Fortaleza-CE.

Paula Vitória Nunes Calisto

Centro Universitário da Grande Fortaleza-
UNIGRANDE, Fortaleza-CE.

Ingrid dos Santos Goes

Centro Universitário da Grande Fortaleza-
UNIGRANDE, Fortaleza-CE.

Jandira Márcia Sá da Silva Cordeiro

Centro Universitário da Grande Fortaleza-
UNIGRANDE, Fortaleza-CE.

Juliana Alencar Moreira Borges

Universidade Federal do Ceará – UFC, Fortaleza-
CE.

Priscila Alencar Mendes Reis

Universidade Federal do Ceará – UFC, Fortaleza-
CE.

Introdução: A Doença de Parkinson (DP) é uma doença neurodegenerativa, idiopática, que atinge especialmente, indivíduos com mais de 60 anos. **Objetivo:** Realizar um levantamento bibliográfico sobre os principais Diagnósticos e Intervenções de Enfermagem descritas em prontuários de pacientes com doença de Parkinson. **Metodologia:** Trata-se de uma revisão bibliográfica. A busca dos artigos foi realizada por meio das bases de dados eletrônicas LILACS e SCIELO, no período de julho a novembro de 2018, com as palavras-chave: Doença de Parkinson; Diagnóstico de Enfermagem; Intervenções, nos idiomas em português e inglês. Elaborou-se um instrumento contendo identificação do artigo, nome dos autores, ano de publicação, população/amostra e análise da assistência de enfermagem. Para os artigos, os critérios de inclusão foram textos específicos que abordassem o cuidado de enfermagem ao paciente com DP e critérios de exclusão foram utilizados a não relevância com o tema e artigos datados com mais de cinco anos. **Resultados:** Foram encontrados 27 artigos, destes, 9 foram excluídos, totalizando 18 estudos analisados que responderam aos objetivos do estudo. Os estudos revelaram a presença do enfermeiro como profissional essencial de valor participante no cuidado ao paciente com Parkinson. Diagnósticos de Enfermagem: (DE1) Mobilidade física

comprometida relacionada com rigidez muscular e fraqueza motora: (IE1) planejar um programa de exercícios diários para aumentar a força muscular, melhorar a coordenação e a destreza; (DE2) Déficit de autocuidado relacionados com o tremor e o distúrbio motor: (IE2) incentivar, orientar e apoiar o paciente durante as atividades da vida diária e modificar o ambiente para compensar as incapacidades funcionais.

Conclusão: Deste modo, o estudo possibilitou a universalização e a consolidação do papel do enfermeiro reabilitador na doença de Parkinson.

PALAVRAS-CHAVE: Doença de Parkinson; Diagnósticos; Intervenções; Enfermagem.

A DEPRESSÃO E O SUICÍDIO ENTRE OS PROFISSIONAIS DE ENFERMAGEM

Luana Cristina Rodrigues Venceslau

Faculdade de Juazeiro do Norte, Departamento de Enfermagem. Juazeiro do Norte – Ceará.

Ingrid Lima Felix de Carvalho

Faculdade de Juazeiro do Norte, Departamento de Enfermagem. Juazeiro do Norte – Ceará.

Antonia Samara Pedrosa de Lima

Faculdade de Juazeiro do Norte, Departamento de Enfermagem. Juazeiro do Norte – Ceará.

Diana Alves Ferreira

Faculdade de Juazeiro do Norte, Departamento de Enfermagem. Juazeiro do Norte – Ceará.

Guthierris Luciano Alves

Faculdade de Juazeiro do Norte, Departamento de Enfermagem. Juazeiro do Norte – Ceará.

Maria Elisa Regina Benjamin de Moura

Faculdade de Juazeiro do Norte, Departamento de Enfermagem. Juazeiro do Norte – Ceará.

Crystianne Samara Barbosa de Araújo

Faculdade de Juazeiro do Norte, Departamento de Enfermagem. Juazeiro do Norte – Ceará.

Maria Leni Alves Silva

Faculdade de Juazeiro do Norte, Departamento de Enfermagem. Juazeiro do Norte – Ceará.

ambientais. Objetivou-se identificar os fatores de depressão e suicídio entre os profissionais de enfermagem. Trata-se de uma revisão integrativa da literatura, realizada nas bases de dados MEDLINE, LILACS e Banco de dados em enfermagem (BDENF). Para busca dos estudos foram usados os descritores suicídio, depressão e enfermagem com o uso do operador booleano AND. Foram estabelecidos alguns critérios de inclusão e exclusão dos estudos. Dentre os critérios de inclusão, estudos em português, inglês e espanhol, entre os anos de 2010-2019, disponíveis de maneira completa e gratuita e com abordagem da temática de maneira específica. Como critérios de exclusão foram retirados estudos repetidos e/ou inconclusivos. Foram extraídas informações como autor, ano, objetivo do estudo, principais resultados e desfecho. Inicialmente foram encontrados 300 estudos. A partir da aplicação dos critérios de inclusão e exclusão foram selecionados 03 estudos. Dentre os fatores que mais contribuem para a depressão e o suicídio na enfermagem destaca-se: o ambiente de trabalho, conflitos familiares, conflitos interpessoais no ambiente de trabalho, estresse, falta de autonomia, maior nível educacional, plantões noturnos, baixa renda familiar, sobrecarga de trabalho, além de outros fatores. Para mudar essa situação é necessário implementar medidas que valorizem os profissionais; olhar o profissional para além

RESUMO: A depressão e o suicídio são considerados problemas de saúde pública que causam intenso sofrimento aos indivíduos, suas famílias, amigos e comunidade. Ambas as situações resultam de alterações hormonais, psicológicas, sociológicas, culturais e

do âmbito profissional, enxergá-lo como ser humano antes de tudo.

PALAVRAS-CHAVE: Suicídio; Depressão; Enfermagem.

ABSTRACT: Depression and suicide are considered public health problems that cause intense suffering to individuals, their families, friends and community. Both situations result from hormonal, psychological, sociological, cultural and environmental changes. The aim of this study was to identify the factors of depression and suicide among nursing professionals. It is an integrative review of the literature, carried out in MEDLINE, LILACS and Nursing Database (BDENF) databases. To search for the studies, the descriptors suicide, depression and nursing were used with the use of the boolean AND operator. Some criteria for inclusion and exclusion of the studies were established. Among the inclusion criteria, studies in Portuguese, English and Spanish, between the years 2010-2019, are available in a complete and free manner and with a specific approach. As exclusion criteria, repeated and / or inconclusive studies were withdrawn. Information was extracted as author, year, study objective, main results and outcome. Initially 300 studies were found. From the application of the inclusion and exclusion criteria, 03 studies were selected. Among the factors that contribute most to depression and suicide in nursing are: work environment, family conflicts, interpersonal conflicts in the work environment, stress, lack of autonomy, higher educational level, night shift, low family income, overwork, in addition to other factors. To change this situation it is necessary to implement measures that value professionals; look at the professional beyond the professional scope, sees him as a human being first of all.

KEYWORDS: Suicide; Depression; Nursing.

INTRODUÇÃO

A depressão é responsável pelo aumento dos índices de adoecimento global e gera diversas incapacidades, principalmente entre as mulheres (SILVA et al, 2015). Enquanto o suicídio é um fenômeno complexo que envolve diversos fatores e visa pôr fim propositalmente a própria vida (REISDORFER, 2015).

É estimado que 15 a 25 % da população sofra de depressão, onde uma a cada quatro pessoas fará tratamento dessa patologia. No Brasil estima-se que de 24 a 30 milhões terão depressão em algum momento da sua vida (CAMARGO; SOUSA; OLIVEIRA, 2014).

A depressão e o suicídio são considerados problemas de saúde pública que causam intenso sofrimento aos indivíduos, suas famílias, amigos e comunidade. Ambas as situações resultam de alterações hormonais, psicológicas, sociológicas, culturais e ambientais (SILVA et al, 2015).

Nos últimos anos devido à sobrecarga de trabalho vê-se que os profissionais de enfermagem vêm se destacando em número de profissionais acometidos por depressão, muitos chegando até mesmo a cometer o suicídio. No dia 10 de janeiro de 2019 o Conselho Federal de Enfermagem (COFEN) lançou nota em seu site

oficial alertando a todos sobre a sobrecarga de trabalho dos profissionais vinculados ao conselho após suicídio de enfermeira no Mato Grosso do Sul.

Dessa forma o presente estudo visa identificar os fatores de depressão e suicídio entre os profissionais de enfermagem.

MÉTODOS

Trata-se de uma revisão integrativa da literatura, desenvolvida em seis etapas: identificação do tema e seleção da questão norteadora da pesquisa; estabelecimento de critérios para a inclusão e exclusão de estudos; definição das informações a serem extraídas dos estudos selecionados; avaliação dos estudos incluídos na revisão; interpretação dos resultados e apresentação da revisão com a síntese do conhecimento (MENDES; SILVEIRA; GALVÃO, 2008).

A busca de dados se deu a partir de seguinte questão norteadora: Quais os fatores que influenciam no acometimento da depressão e o suicídio entre os profissionais de enfermagem? A busca de dados aconteceu através da busca de periódicos na Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS) e na Medical Literature Analysis and Retrieval System Online (MEDLINE) e Banco de dados em enfermagem (BDENF), via Biblioteca Virtual em Saúde (BVS) com utilização de descritores em português: suicídio, depressão e enfermagem utilizados em associação ao operador booleano AND, durante os meses fevereiro a abril de 2019.

Estabeleceu-se como critérios de inclusão: artigos originais, disponíveis na íntegra e de forma gratuita; ter como idioma de publicação o português, inglês e espanhol que abordassem a temática do estudo e possibilitassem responder à questão norteadora desta pesquisa; publicados entre os anos de 2010 a 2019. E como critérios de exclusão: estudos repetidos e/ou inconclusivos.

A busca nas bases de dados foi realizada por dois pesquisadores de forma independente, os quais realizaram a seleção inicial pelos títulos e resumos obtidos na busca; ao final da pesquisa, os pesquisadores reuniram-se para apresentar seus resultados e resolver os casos de discrepância na seleção de estudos, determinando assim os artigos a serem incluídos na revisão.

Após a leitura e a seleção, os dados foram inseridos em um instrumento elaborado pelos autores. Dos estudos foram extraídas informações como autor, ano, objetivo do estudo, principais resultados e desfecho. Na etapa de avaliação, foi realizado uma análise crítica dos estudos, o que facilitou a interpretação dos dados baseando-se na literatura vigente e discussão entre os autores.

RESULTADOS

A partir das buscas, foram encontrados 300 estudos, desses apenas 74 estavam disponíveis, 41 não atendiam aos critérios pré-estabelecidos, 33 estudos foram analisados na íntegra, desses 29 não respondiam à questão norteadora do estudo, havia 01 artigo duplicado, resultando na amostra final de 03 estudos, sendo estes incorporados nos resultados.

Nº DO ACHADO	AUTOR/ ANO	OBJETIVO	DESFECHO
01	YU-MEI CHIAG, YUNHSUAN CHANG, 2012	Comparar os níveis de estresse, depressão e intenção de sair do serviço entre enfermeiros clínicos empregados em diferentes unidades médicas em relação às suas características demográficas no âmbito do Sistema Nacional de Seguro de Saúde.	Existem diferenças significativas entre os setores de atuação e a relação entre o estresse, depressão e intenção de demissão do serviço de saúde. Foi possível verificar que os enfermeiros clínicos têm maior índice de estresse que os enfermeiros da sala de reanimação, e maior índice de depressão ao serem comparados aos enfermeiros da emergência.
02	REISDORFER et al, 2015	Analisar o conhecimento e as estratégias de intervenção de profissionais de enfermagem de um hospital geral, acerca do comportamento suicida	O suicídio é entendido pelos profissionais de enfermagem como um meio de fuga da realidade, relacionado ao sofrimento e dificuldades vivenciados durante a vida, ocorre em decorrência do adoecimento mental, representando por vezes a resolução de problemas de ordem psicológica, familiar e/ou pessoal.
03	ALVES et al, 2015.	Identificar sintomas de ansiedade e depressão, cronotipo e a presença de ideações suicidas em enfermeiros e policiais na cidade de Arapiraca-Alagoas, Brasil.	Enfermeiros e policiais militares possuem alto risco para desenvolvimento de ansiedade e depressão. A ideação suicida foi apontada em níveis baixos. O estudo ainda mostra que o trabalho noturno , aumenta o nível de estresse o que facilita a ocorrência de transtornos mentais.

Quadro 1: Caracterização da amostra do estudo. Juazeiro do Norte, CE.

Fonte: Elaboração própria dos autores

DISCUSSÃO

A depressão é a doença que mais causa incapacidades em todo o mundo, é considerada uma situação crítica que na pior das circunstâncias leva os pacientes ao suicídio. O suicídio gera cerca de 800 mil óbitos ao ano, sendo a segunda causa de morte mais prevalente na população entre 15 e 29 anos (OMS, 2018).

Dentre os fatores desencadeantes para a depressão destacam-se os altos

níveis de estresse e diminuídas horas de atividades de lazer (CYBULSKI; MANSANI, 2017). Os enfermeiros são expostos a diversas situações que geram ansiedade dentro do seu ambiente de trabalho, dentre elas pode-se destacar a falta de equipamentos básicos para execução de sua assistência, quadro de funcionários reduzido o que gera a sobrecarga da equipe, instabilidade da clínica do paciente o que leva muitas vezes ao sentimento de impotência (ALVES et al., 2015).

SILVA et al., (2015) ainda destaca como fatores que contribuem para o acometimento de depressão dos enfermeiros: os conflitos familiares e interpessoais no ambiente de trabalho, estado civil, estresse, falta de autonomia profissional, insegurança em desenvolver atividades, maior nível educacional, plantão noturno, renda familiar. E como fatores que facilitam o suicídio destaca a depressão, baixa realização pessoal e síndrome de burnout.

A associação entre o quadro depressivo e a satisfação com a carreira profissional contribui de forma relevante para a desesperança e a ideação suicida (MIRANDA e MENDES, 2018). A enfermagem é uma profissão belíssima, porém ainda é marcada por baixa remuneração e excesso de horas de trabalho para se alcançar um salário digno, por isso que nos últimos anos vê-se a luta da categoria por um piso salarial e pela aprovação das 30 horas semanais.

Mediante tudo isso ainda temos algumas questões que dificultam a busca por diagnóstico e tratamento, podendo-se citar o acesso a informações sobre saúde mental, o alto custo das terapias complementares e medicamentosas, os tabus sociais que rondam a morte e o suicida, falha na formação em saúde mental dos profissionais de saúde, além do preconceito que gira em torno do paciente com diagnóstico de doença mental (BARBOSA; MACEDO; SILVEIRA, 2011).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Dessa forma, vê-se cada vez mais o aumento dos índices de depressão e suicídio entre os profissionais da enfermagem, sendo necessário olhar mais atentamente para essa classe de profissionais que cuidam mas que muitas vezes não são cuidados. Para mudar essa situação é necessário implementar medidas que valorizem os profissionais; olhar o profissional para além do âmbito profissional, enxergá-lo como ser humano antes de tudo, sendo necessário rastrear previamente e tratar aqueles que estão sendo acometidos pela depressão ou burnout.

REFERÊNCIAS

ALVES et al., **Suicidal ideation and chronotype assessment in nurses and police officers.** MedicalExpress, v. 2, n. 3, p. mai-jun, 2015.

BARBOSA, F.O.; MACEDO, P.C.M.; SILVEIRA, R.M.C.. **Depressão e o Suicídio.** Revista Sociedade

Brasileira de Psicologia Hospitalar, v. 14, n.1, jan-jun, 2011.

CAMARGO, R.M.; SOUSA, C.O.; OLIVEIRA, M.L.C.. **Prevalência de casos de depressão em acadêmicos de enfermagem em uma instituição de ensino de Brasília.** Revista Mineira de Enfermagem, v. 18, n. 2, p. 392-397, abr-jun, 2014.

CHIANG, Y.; CHANG, Y.. **Stress, depression, and intention to leave among nurses in diferente medical units: Implications for healthcare management/nursing practice.** Health Policy, n. 108, p. 149-157, 2012.

COFEN. **Suicídio de enfermeira no MS acende alerta quanto à sobrecarga de trabalho.** Disponível: http://www.cofen.gov.br/suicidio-de-enfermeira-no-ms-acende-alerta-quanto-a-sobrecarga-de-trabalho_67901.html. Acesso: 14 de jul 2019.

CYBULSKI, C.A.; MANSANI, F.P..**Análise da Depressão, dos Fatores de Risco para Sintomas Depressivos e do Uso de Antidepressivos entre Acadêmicos do Curso de Medicina da Universidade Estadual de Ponta Grossa.** *Rev. bras. educ. med.* [online], vol.41, n.1, p.92-101, 2017.

MENDES, K.D.S; SILVEIRA, R.C.C.P; GALVÃO, C.M. Revisão integrativa: **método de pesquisa para a incorporação de evidências na saúde e na enfermagem.** Texto Contexto Enfermagem,v.17, n.4, p.758-64, 2008.

MIRANDA, F.A.N.; MENDES, F.R.P.. **Nos cenários da urgência e emergência: ideação suicida dos profissionais de enfermagem.** Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste, v.19, 2018.

OMS. **Folha informativa- Depressão.** Disponível: https://www.paho.org/bra/index.php?option=com_content&view=article&id=5635:folha-informativa-depressao&Itemid=1095. Acesso: 16 de jul 2019.

REISDORFER et al., **Suicídio na voz dos profissionais de enfermagem e estratégias de intervenção diante do comportamento suicida.** Revista de Enfermagem da UFSM, v. 5, n. 2, p. 295-304, abr-jun, 2015.

SILVA et al., **Depressão e risco de suicídio entre profissionais de Enfermagem: revisão integrativa.** Revista da escola de Enfermagem da USP, v. 49, n. 6, p. 1027-36, 2015.

A FONOAUDIOLOGIA NA SAÚDE PÚBLICA – ATENÇÃO BÁSICA

Kelly Ferreira

Fonoaudiologia, 2º período, IESSA, kellyf2504@gmail

Korina Cardoso

Fonoaudiologia, 2º período, IESSA, rock_kmc@hotmail.com

Cleiber Marcio Flores

Professor Orientador, Cleiber Marcio Flores, secretaria@iessa.edu.br

Lucio Mauro Braga Machado

Professor Orientador, Lucio Mauro Braga Machado, secretaria@iessa.edu.br

RESUMO: A Fonoaudiologia é um campo recente na área da saúde pública. Esta profissão tem atuado junto à promoção da saúde, prevenção e tratamento de danos relacionados à voz, audição e linguagem. Estes danos acometem a comunicação e assim a qualidade de vida das pessoas que apresentam problemas relacionados à fonoaudiologia em geral. Em conjunto com o SUS, os profissionais fonoaudiólogos puderam ampliar sua atuação, para os variados níveis de assistência à saúde, em particular na atenção básica. Com isso, os fonoaudiólogos têm vivenciado atuar em todos os níveis de atenção com ações de promoção, proteção e recuperação da saúde nos diferentes aspectos ligados à comunicação dos indivíduos. O objetivo deste trabalho é tratar de um assunto

atual para a Fonoaudiologia: a Fonoaudiologia inserida na Saúde Pública, suas áreas de atuação dentro da atenção básica: promoção e prevenção.

PALAVRAS-CHAVE: Saúde Pública. Fonoaudiologia. Atenção Básica.

INTRODUÇÃO

Segundo Andrade (1996), a Fonoaudiologia é a ciência que se destina a cuidar do indivíduo ou de populações no que se refere à comunicação humana em seus aspectos de fala (articulação, voz e fluência), linguagem oral e escrita (aspectos fonológicos, morfológicos, sintáticos, semânticos e pragmáticos), audição (sensibilidade, acuidade, função e processamento) e ao sistema motor-oral (postura, tônus e sistema neurovegetativo). Promove, habilita, aperfeiçoa e recupera os padrões comunicativos, sem preconceitos de ordem política, social, racial e/ou religiosa.

A fonoaudiologia está ocupando o seu papel na saúde pública. A atuação nessa área específica da saúde, diz respeito à adição da Fonoaudiologia no sistema de saúde público como postos, creches, unidades de saúde, assim como na comunidade em geral. A ideia inclui inserir o profissional fonoaudiólogo no

campo da promoção e no da prevenção e não apenas dando suporte aos transtornos mais comuns na população.

OBJETIVO

O objetivo deste trabalho é tratar de um assunto atual para a Fonoaudiologia: a Fonoaudiologia inserida na Saúde Pública, suas áreas de atuação dentro da atenção básica: promoção e prevenção.

METODOLOGIA

Neste estudo serão usados os métodos de pesquisa bibliográfica através de livros da internet.

Köche (1997) nos revela que se pode utilizar a pesquisa bibliográfica para diferentes fins como:

- a) para ampliar o grau de conhecimentos em uma determinada área, capacitando o investigador a compreender ou delimitar melhor um problema de pesquisa;
- b) para dominar o conhecimento disponível e utilizá-lo como base ou fundamentação na construção de um modelo teórico explicativo de um problema [...];
- c) para descrever ou sistematizar o estado da arte, daquele momento, pertinente a um determinado tema ou problema.

Neste caso a pesquisa será baseada em fontes de pesquisadores/autores que já produziram e registraram acerca do tema desejado.

CONCEITO DE SAÚDE PÚBLICA

Winslow (1920, *apud* AIRIS, s/d) definiu a saúde pública como sendo a ciência e a arte de evitar doenças, prolongar a vida e desenvolver a saúde física, mental e a eficiência, através de esforços organizados da comunidade para o saneamento do meio ambiente, o controle das infecções na comunidade, a organização dos serviços médicos e paramédicos para o diagnóstico precoce e o tratamento preventivo de doenças, e o aperfeiçoamento da máquina social que irá assegurar a cada indivíduo, dentro da comunidade, um padrão de vida adequado à manutenção da saúde.

A SAÚDE PÚBLICA NO BRASIL

A história de Saúde Pública no Brasil teve início em 1808, porém só foi instituído um Ministério da Saúde em 1953, com a Lei nº1920.

As transformações começaram a ocorrer a partir da chegada da família real portuguesa. Dom Pedro I criou o Instituto Vacínico do Império, juntas municipais e a Lei da Junta Central de Higiene Pública. Mas foi a partir de 1900, com Oswaldo Cruz que se iniciou uma mudança importante na Saúde Pública brasileira que ficou conhecido como a Revolta da Vacina.

Com a chegada de Getúlio Vargas ao poder, foi criado o Ministério da Educação e Saúde e as Caixas de Aposentadorias e Pensões foram substituídas pelo Instituto de Aposentadoria e Pensão (IAP), que eram controlados pelos sindicatos. Em 1960 foi instaurada a lei orgânica que consolidou as leis trabalhistas.

Contudo, foi em 1988, através da CF, que surgiu uma base mais sólida para um sistema público e universal da saúde brasileira (VIEIRA et al).

FONOAUDIOLOGIA NA SAÚDE PÚBLICA

O SUS traz consigo princípios de Universalidade, Integralidade e Equidade, com isso a assistência integral à saúde da população vai para além do conceito médico, mas também abrange as causas sociais. Vários profissionais da saúde foram incorporados à rede de assistência pública para atender a estes princípios. O fonoaudiólogo é um destes profissionais e o seu apoio ocorre desde o nascimento do bebê até a velhice, pois seu campo de atuação engloba o processo de respiração, deglutição, voz, audição, amamentação e linguagem. O alto índice de inúmeras patologias pertinentes à comunicação na população faz com que a inserção do fonoaudiólogo junto às equipes de saúde seja fundamental para favorecer a prevenção, reabilitação e aprimoramento da comunicação.

FONOAUDIOLOGIA NA PROMOÇÃO À SAÚDE

O fonoaudiólogo deve atuar atento ao desenvolvimento e transformação social, comprometido integralmente com a saúde e a equidade, que é 3º princípio do SUS. Na promoção, o fonoaudiólogo irá trabalhar em equipe, junto de outros profissionais da saúde. Portanto, o papel do fonoaudiólogo na promoção da saúde, não deve consistir apenas na operação de caráter técnico, mas geral.

FONOAUDIOLOGIA NA PREVENÇÃO À SAÚDE

A prevenção à saúde está relacionada com a integralidade, 2º princípio do SUS. A prevenção divide-se em prevenção primária, secundária e terciária.

- Prevenção primária: ações voltadas para o cuidado da saúde;
- Prevenção secundária: Precaver complicações, intervindo no período patológico;

- Prevenção terciária: reabilitação do paciente em casos incuráveis.

A atividade do fonoaudiólogo na APS (atenção primária a saúde), abarca a inclusão do profissional em postos, unidades de saúde, creches, na coletividade.

Silva et al (2003) afirmam que a abrangência do trabalho fonoaudiólogo na saúde pública é enorme, pois esse atendimento pode ser direcionado para gestantes, bebês chegando até aos idosos, o que justifica a alta demanda.

O Fonoaudiólogo também pode atuar em outras áreas do SUS como: núcleos de apoio à saúde da família (NASF), programa saúde na escola (PSE), atenção especializada - Serviço de atenção familiar (SAD), Centro de atenção psicossocial (CAPS), Ambulatórios de reabilitação, Centros especializados de reabilitação, Hospitais e maternidades e Vigilância em saúde do trabalhador (CFFo, 2015).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O fonoaudiólogo, aos poucos, está ocupando seu espaço na área da saúde pública, desde a baixa até a alta complexidade. A implantação das políticas públicas na fonoaudiologia, especialmente no SUS, é uma necessidade real, pois tem apresentado crescimento na procura. O alto índice de doenças ligadas ao sistema fonológico na população faz com que a inserção do fonoaudiólogo junto às equipes de saúde seja de suma importância para promover desde a prevenção até a reabilitação do indivíduo. No entanto, a atenção voltada à Fonoaudiologia, focado no panorama preventivo e coletivo ainda é falho.

REFERÊNCIAS

ANDRADE, C.R.F. **Fonoaudiologia Preventiva – Teoria e Vocabulário Técnico Científico**. São Paulo: Lovise, 1996.

BEFI, L.. **Fonoaudiologia na Atenção Básica**. São Paulo, Lovise, 1997.

CAPPELLETTI, I. F. – **A Fonoaudiologia no Brasil**. São Paulo, Cortez, 1985.

KOCHE, C.J. – **Fundamentos de Metodologia Científica: Teoria da ciência e prática da Pesquisa**. 14ªed rev. e amp. Petrópolis. Vozes. 1997.

SILVA, F.P. et al Organização de Grupos Terapêuticos no Serviço Público Municipal de São José dos Campos. **Revista Fonoaudiologia Brasil**, vol.2, junho de 2003.

VIEIRA, M.R et al. – **Fonoaudiologia e Saúde Pública**. 2ªed rev. e amp. Pro-Fono. 2008.

AIRIS, K. OnneKalel RG – Projetos de Acessibilidade. Disponível em: <<http://intervox.nce.ufrj.br/~kalel/saude.txt>>, acesso em: 15 de agosto de 2017.

CONSELHO FEDERAL DE FONOAUDIOLOGIA (CFFo). **Contribuição da Fonoaudiologia para o Avanço do SUS**. 2015. Disponível em: <http://www.fonoaudiologia.org.br/cffa/wp-content/uploads/2013/07/Cartilha-sus.pdf>>, acesso em: 15 de agosto de 2017.

A TRAJETÓRIA DO PROGRAMA DE EDUCAÇÃO PELO TRABALHO NO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

Guilherme Pioli Resende

Interno do Curso de Medicina da Universidade Federal de Mato Grosso, Câmpus Universitário de Rondonópolis
Rondonópolis - Mato Grosso

Karoline Cordeiro Silva

Enfermeira Residente pelo Programa de Residência Multiprofissional em Saúde do Adulto e Idoso da Universidade Federal de Mato Grosso, Câmpus Universitário de Rondonópolis
Rondonópolis - Mato Grosso

Nirlande Rodrigues da Silva

Acadêmica do Curso de Enfermagem da Universidade Federal de Mato Grosso, Câmpus Universitário de Rondonópolis
Rondonópolis - Mato Grosso

Marla Brenda Pires Coimbra

Acadêmica do Curso de Enfermagem da Universidade Federal de Mato Grosso, Câmpus Universitário de Rondonópolis
Rondonópolis - Mato Grosso

Graciano Almeida Sudré

Enfermeiro, Mestre, Docente do Curso de Medicina e Tutor no Programa de Residência Multiprofissional em Saúde do Adulto e Idoso da Universidade Federal de Mato Grosso, Câmpus Universitário de Rondonópolis
Rondonópolis - Mato Grosso

GraduaSUS), configurou-se como uma proposta conjunta do Ministério da Saúde e do Ministério da Educação que teve o objetivo de contribuir para a formação de novos profissionais da área da saúde, preconizando seu contato com o ambiente da Atenção Primária à Saúde, assim como possibilitou a educação continuada dos profissionais já inseridos nesse contexto por meio do trabalho conjunto e do compartilhamento de experiências no âmbito universitário. A integração proposta pelo programa correlacionou a demanda dos cursos de graduação por uma maior participação nos serviços de saúde oferecidos no município com a necessidade das Estratégias de Saúde de Família de articular suas ações de promoção à saúde, acompanhamento da população e produção de indicadores que orientem o planejamento dos serviços. Da mesma forma, também integrou a educação universitária com a comunidade, ampliando as possibilidades de atuação no contexto social em que a população se insere, trabalhando assim nos contextos de ensino, pesquisa e extensão. Desse modo, o PET-Saúde/GraduaSUS, implementado na Universidade Federal de Mato Grosso, Câmpus Universitário de Rondonópolis, contou com a atuação interdisciplinar dos cursos de graduação em enfermagem e medicina, configurando-se como uma oportunidade de trabalho interprofissional propiciando o

RESUMO: O Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde (PET-Saúde/

desenvolvimento da formação acadêmica, qualificação profissional e efetivação dos vínculos ensino-serviço-comunidade.

PALAVRAS-CHAVE: Assistência à saúde. Estratégia Saúde da Família. Políticas Públicas de Saúde. Sistema Único de Saúde.

THE TRAJECTORY OF THE HEALTH WORK EDUCATION PROGRAM IN THE BRAZILIAN UNIFIED HEALTH SYSTEM

ABSTRACT: The Health Work Education Program was a joint proposal of the Ministry of Health and the Ministry of Education that aimed to contribute to the formation of new professionals of the health work area, professing their contact with the Primary Health Care environment, as well as enabling the continued education of professionals already inserted in this context through joint work and sharing of experiences in the university scope. The integration proposed by the program correlates the demand of undergraduate courses for a greater participation in the health services offered in the cities with the need of the Family Health Strategy programs to articulate their actions of health promotion, population monitoring and the production of indicator that guide the planning of their services. In the same way, it also integrated university education with the community, expanding the possibilities of action in the social context in which the population is inserted, thereby working in the contexts of teaching, research and university extension. Thus, The Health Work Education Program, implemented at the Federal University of Mato Grosso, University Campus of Rondonópolis, counted on the interdisciplinary performance of undergraduate courses in nursing and medicine, being configured as an opportunity for interprofessional work fostering the development of academic formation, professional qualification and effectiveness of teaching-service-community bonds.

KEYWORDS: Delivery of Health Care. Family Health Strategy. Public Health Policy. Unified Health System.

1 | INTRODUÇÃO

O Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde (PET-Saúde) é uma ação conjunta do Ministério da Saúde (MS) e da Educação (MEC), regulamentada pela Portaria Interministerial nº 421 de 03 de março de 2010. Assim como definido no Plano Nacional de Saúde (PNS), o programa surge como um instrumento direcionado para suprir as necessidades do Sistema Único de Saúde (SUS) no contexto da formação e qualificação de profissionais que atuam em seus serviços, conciliando atividades acadêmicas em âmbito universitário e de educação permanente com trabalhadores já inseridos no sistema (BRASIL, 2010; BRASIL, 2018).

O programa volta-se para a integração ensino-serviço-comunidade, proporcionando a interação entre a formação acadêmica e a vivência prática nas Unidades Básicas de Saúde (UBS), possibilitando o contato precoce dos graduandos

com os serviços do SUS, além de impulsionar o vínculo entre a comunidade da área de abrangência e suas respectivas unidades. Um dos objetivos do programa envolve o incremento à comunicação entre cursos da saúde de instituições de ensino superior e a realidade experimentada por profissionais atuantes nos serviços da Atenção Primária à Saúde (APS), promovendo o intercâmbio de conhecimentos e a elaboração conjunta de estratégias que contribuam tanto para as Estratégias de Saúde da Família (ESF) selecionadas para o projeto, quanto para a universidade e comunidade (BRASIL, 2018; CALDAS et al., 2012; FERREIRA et al., 2012).

Em sua edição PET-Saúde/GraduaSUS, implementada na Universidade Federal de Mato Grosso, Câmpus Universitário de Rondonópolis (UFMT/CUR), o projeto conciliou o aprendizado teórico com a aplicação prática do conhecimento, assim como a pesquisa em campo, com entrevistas realizadas com a comunidade local, direcionadas à identificação dos indicadores de saúde específicos das microáreas trabalhadas. As atividades teóricas basearam-se no conceito das metodologias ativas, instaurando o sistema de discussões em forma de sessões tutoriais entre os acadêmicos de cursos de graduação na área da saúde para possibilitar o contato precoce com de temas e conceitos relevantes na ESF para assim facilitar a compreensão da aplicação prática do que define e é preconizado pelo sistema no âmbito da APS.

O projeto foi desenvolvido por docentes e discentes dos cursos de enfermagem e medicina da Universidade Federal de Mato Grosso, em parceria com os profissionais de saúde da Secretaria Municipal de Saúde (SMS), tendo como área de atuação três Unidades Básicas de Saúde (UBS) – Jardim Europa, Vila Cardoso e Jardim Assunção. No total, o programa contou com cinco tutores docentes, seis preceptores (enfermeiros e médicos das unidades de saúde) e 12 estudantes de graduação, e um período de dois anos para a realização das atividades propostas.

OBJETIVO

Descrever a experiência vivenciada por graduandos dos cursos de medicina e enfermagem no desenvolvimento do PET-Saúde/GraduaSUS implementado na Universidade Federal de Mato Grosso, Câmpus Universitário de Rondonópolis (UFMT/CUR), no contexto das Estratégias de Saúde da Família do município.

METODOLOGIA

O programa contou com dois eixos principais: sessões de discussão teórica onde o processo educativo desenvolvido baseou-se na metodologia ativa tendo como ferramenta de facilitação dos processos de ensino aprendizagem a espiral construtivista, e o eixo prático caracterizado por atividades de pesquisa-extensão,

cuja metodologia envolveu a problematização e, por vezes, a pesquisa participante, intimamente ligada à produção e a disseminação de conhecimentos relevantes para a Atenção Primária em Saúde.

A elaboração e o desenvolvimento dos projetos trabalhados pelos graduandos de enfermagem e medicina, também foram pautados na metodologia da problematização, de modo que a construção do conhecimento se desenvolvesse de forma conjunta para o grupo, permeando as suas vivências práticas e estimulando a transformação do território, serviço e universidade. O processo de ensino-aprendizagem permitiu que os conteúdos trabalhados através da problematização e das narrativas emergissem do cenário da APS, priorizando-se situações relacionadas à rotina das UBS, contexto em que o PET-Saúde está inserido. Vale ressaltar que as necessidades em saúde dos serviços foram identificadas e trabalhadas por meio de uma pesquisa desenvolvida no território adscrito de três unidades de Estratégia de Saúde da Família.

A pesquisa tinha como objetivo a obtenção dos indicadores de saúde da população cadastradas em três microáreas das ESF Jardim Europa, Jardim Assunção e Vila Cardoso, situadas no município de Rondonópolis. Para viabilizar a aplicação prática das entrevistas necessárias para a coleta de dados na comunidade, houve a necessidade dos graduandos construírem um instrumento de coleta de dados, um questionário, o qual foi aplicado no levantamento e análise do perfil socioeconômico, demográfico e epidemiológico da população residente nas áreas eleitas para o projeto; no reconhecimento das características ambientais e sociais do território das unidades de saúde; identificação de situações de risco para agravos à saúde e, implantação das rotinas de cuidado do território por meio da construção intersetorial do projeto terapêutico, considerando sempre as ações intersetoriais e a participação da comunidade, assim como a elaboração de Projetos Terapêuticos Singulares (PTS) dos usuários em condições de vulnerabilidade nos territórios, visando-se aprimorar o serviço prestado à comunidade e, trabalhando também o vínculo entre as Unidades Básicas de Saúde e a população adstrita.

DISCUSSÃO

O PET-Saúde/GraduaSUS proporcionou tanto o desenvolvimento crítico discente quanto contribuiu para o aprimoramento de habilidades comunicativas, conhecimento e respeito entre os membros do programa, uma vez que, o desenvolvimento de discussões orientadas por metodologias ativas possibilitou o compartilhamento de informações e a formação de um conhecimento direcionado aos contextos que se apresentam nos serviços de saúde que, por sua vez, determinaram a reflexão e engrandecimento individual de cada petiano. Além disso, o temas trabalhados favoreceram a correlação prática da problematização, possibilitando aos envolvidos a oportunidade de ampliar sua formação acadêmico-

profissional no âmbito da APS, da integralidade do cuidado e no ambiente de trabalho multidisciplinar. Oportunidades como as vivenciadas no projeto configuram-se como um forte instrumento para fortalecer os princípios do SUS na atenção básica à saúde e no contexto universitário (HADDAD et al., 2012).

A implementação do programa ampliou as possibilidades do Ministério da Saúde como ordenador da formação de profissionais de saúde por meio de seu apoio ao desenvolvimento do ensino direcionado às características sociais e regionais, desenvolvendo a qualificação técnica e científica, bem como a atuação profissional pautada na reflexão crítica interdisciplinar sobre a saúde pública, cidadania e função social da educação superior, orientados pelo princípio da indissociabilidade entre ensino, pesquisa e extensão, preconizado pelo Ministério da Educação, desenvolvendo atividades acadêmicas de ensino e aprendizado que gerem resultados de âmbito acadêmico, comunitário e profissional (ARAÚJO; MIRANDA; BRASIL, 2007).

A estruturação do PET-Saúde no município de Rondonópolis configurou-se como uma oportunidade de grande valor para a formação acadêmica dos cursos de medicina e enfermagem da Universidade Federal de Mato Grosso, na medida que estimulava a busca pelo conhecimento a respeito das possíveis estratégias que poderiam ser implementadas nos serviços disponibilizados pelo SUS. Em seu contexto geral, o projeto foi desenvolvido em duas frentes de atuação: a abordagem teórica por meio de discussões em grupo baseadas em metodologias ativas e a abordagem prática, por meio da pesquisa em campo que atrelava a participação ativa dos profissionais dos serviços de saúde, os petianos e a comunidade adstrita.

Em seu eixo tutorial, foram realizadas sessões quinzenais de discussão de temas relevantes para aplicabilidade na Atenção Primária à Saúde, onde discutiu-se desde os princípios e diretrizes que regulamentam o SUS até métodos e estratégias de gestão em saúde que poderiam ser implementadas nos serviços da Estratégia de Saúde da Família para ampliar suas possibilidades de atuação e melhorar os serviços prestados à população.

A aplicação de metodologias ativas como a espiral construtivista teve bons resultados no sentido de estimular maior envolvimento dos acadêmicos participantes, que atuavam em conjunto para a construção de um conhecimento comum, onde discutiam-se temas previamente pesquisados em sua fundamentação teórica a partir de diferentes pontos de vista, atrelando-se tais discussões com as vivências anteriores dos acadêmicos e profissionais presentes assim como sua experiência prática no âmbito da APS.

Uma vez que o conhecimento teórico se estabelecia, o planejamento prático de ações de intervenção nas Unidades Básicas de Saúde também era realizado. Inicialmente elaborou-se um instrumento de coleta de dados, baseado no método da estimativa rápida, para a pesquisa de campo, o qual viabilizou uma aplicação mais direcionada e a tabulação de dados padronizados obtidos na comunidade residente nas microáreas selecionadas pelas ESF envolvidas no projeto. Por meio

desta pesquisa, pode-se identificar algumas demandas da população local, assim como algumas necessidades ainda não atendidas pelos serviços. Ainda, os dados obtidos possibilitaram a atualização dos indicadores de saúde de cada microárea, o que contribuirá para o melhor direcionamento das ações a serem executadas pelas equipes das UBS.

Além da coleta de dados, os acadêmicos puderam envolver-se na elaboração de Projetos Terapêuticos Singulares (PTS), de usuários e famílias residentes nas áreas trabalhadas que necessitavam de atenção especial e continuada das ESF, o que possibilitou o contato prático dos petianos com essa ferramenta de gestão da clínica assim como viabilizou e estimulou o trabalho interdisciplinar nas unidades, o que contribuiu diretamente na melhoria dos serviços prestados, na maior capacitação dos profissionais já atuantes nos serviços e ampliação dos vínculos da comunidade nos âmbitos universitário e da Atenção Primária à Saúde.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A execução do PET-Saúde no contexto da atenção primária à saúde mostrou-se como uma importante e efetiva ferramenta de aprendizagem dialógica seja para os acadêmicos participantes do programa, seja para os profissionais da saúde inseridos nesse contexto, uma vez que, trabalhou-se conjuntamente os problemas identificados na pesquisa com a comunidade e renovou-se os conhecimentos teóricos indispensáveis para o trabalho nas Unidades Básicas de Saúde.

Durante a aplicação do projeto, pôde-se integrar a tríade ensino-pesquisa-extensão, onde os petianos puderam trabalhar a busca e análise de dados específicos e, por meio destes, contribuir para os registros das ESF. Da mesma forma, puderam disseminar em âmbito universitário, por meio de oficinas e eventos acadêmicos, os conhecimentos obtidos no programa, além de também estabelecer um vínculo cada vez mais estreito entre a comunidade, a universidade e os serviços de saúde.

REFERÊNCIAS

ARAÚJO, D.; MIRANDA, M.C.G.; BRASIL, S.L. Formação de profissionais de saúde na perspectiva da integralidade. **Revista Baiana de Saúde Pública**, Bahia, v.31, supl.1, p-20-31, 2007.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde: um panorama da edição PET-Saúde/GraduaSUS**. 1. ed. Brasília: Editora MS/CGDI, 2018. Disponível em: <http://portalarquivos2.saude.gov.br/im_ages/pdf/2018/dezembro/13/Programa-de-Educacao-pelo-Trabalho-para-a-Saude-SaudeGraduaSUS-FINAL-WEB.pdf>. Acesso em: 01 julho de 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria Interministerial nº 421, de 3 de março de 2010**. Diário Oficial da União: Ministério da Saúde, seção 1, p.52-53. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2010/pri0421_03_03_2010.html>. Acesso em: 03 julho de 2019.

CALDAS, J.B. et. al. A Percepção de Alunos Quanto ao Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde-PET-Saúde. **Revista Brasileira de Educação Médica**, Rio de Janeiro, v.36, n.1, supl. 2, p.33-

41, 2012.

FERREIRA, J.B.B.; FORSTER, A.C.; SANTOS, J.S. Reconfigurando a Interação entre Ensino, Serviço e Comunidade. **Revista Brasileira de Educação Médica**, v.36, n.1, supl.1, p.127-133, 2012.

HADDAD, A.E. et al. Pró-Saúde e PET-Saúde: a construção da política brasileira de reorientação da formação profissional em saúde. **Revista Brasileira de Educação Médica**, Rio de Janeiro, v.36, n.1, supl.1, p. 03-04, 2012.

ABRINDO O JOGO: SENTIDOS ATRIBUÍDOS POR ESTUDANTES DE MEDICINA SOBRE A CONSULTA MÉDICA À POPULAÇÃO LGBT

Daniilo de Sousa Rodrigues

Médico Residente em Psiquiatria da Secretaria Estadual de Saúde/Hospital Nina Rodrigues.

São Luís – Maranhão

Cícera dos Santos Moura

Médica do Programa Mais Médicos

Coelho Neto – Maranhão

Cíntia Maria de Melo Mendes

Médica Docente do Centro Universitário

UNINOVAFAPI

Teresina – Piauí

Breno de Oliveira Ferreira

Psicólogo Preceptor da residência multiprofissional em Saúde da Família – UESPI

Teresina – Piauí

Maria da Consolação Pitanga de Sousa

Assistente Social Docente do Centro Universitário

UNINOVAFAPI

Teresina – Piauí

RESUMO: O artigo analisa os sentidos atribuídos por estudantes de medicina acerca da consulta médica à população LGBT. Pesquisa descritiva e exploratória com abordagem qualitativa, realizada por meio de dois grupos focais com 11 estudantes de medicina. O processamento dos dados foi realizado pelo software IRAMUTEQ, sendo utilizando uma análise hierárquica descendente, resultando na divisão em cinco classes: 1-Relação médico-paciente na consulta

médica à população LGBT, 2-Formação pessoal x acadêmica: implicações na consulta médica à população LGBT, 3-Vivências e reflexões sobre o atendimento médico à população LGBT, 4-Perspectivas do acesso da população LGBT aos serviços de saúde e 5-Desmistificando os conceitos de gênero e sexualidade. Os resultados evidenciaram fragilidades acadêmicas na formação para o atendimento das especificidades da população LGBT, sobretudo, a consulta médica representou um cenário de desrespeito às diversidades de gênero, revelando iniquidades no acesso aos serviços de saúde.

PALAVRAS-CHAVE: Saúde das Minorias. Assistência à Saúde. Educação Médica. LGBT

COMING CLEAN: THE MEANINGS ABOUT HEALTHCARE ASSISTANCE TO LGBT PEOPLE BY MEDICAL STUDENTS

ABSTRACT: The article aims to analyze the meanings of healthcare assistance to LGBT people by medical students. This is a descriptive and exploratory research with the qualitative approach conducted in 2018, through two focus groups with 11 medical students. The IRAMUTEQ software processed the data using descendent hierarchy analyses and it resulted in five classes: 1- healthcare professional

versus patient relationship; 2- personal versus academic development: impacts on healthcare assistance for LGBT community; 3- routines and reflections over LGBT assistance; 4- LGBT perspectives on access to healthcare and 5- unfolding genre and sexuality concepts. The results showed academic fragilities on accomplishing LGBT community's demands. The healthcare assistance studied has shown an uncertain scenario for gender diversity.

KEYWORDS: minority health; health care; medical education

1 | INTRODUÇÃO

As questões de saúde da população LGBT foram por muito tempo marginalizadas e reduzidas ao enfrentamento da epidemia de HIV/AIDS. A discriminação e preconceito enfrentados pela população LGBT devido às questões de orientação sexual e identidade de gênero, refletem diretamente nos determinantes sociais do processo saúde-doença e colocam este grupo em situação de vulnerabilidade (BRASIL, 2011).

Com a implantação da Política Nacional de Saúde Integral da População LGBT, houve o reconhecimento da complexidade da saúde LGBT e a necessidade de ampliação do conjunto de demandas em saúde deste grupo. A política visa diminuir as desigualdades relacionadas à assistência à saúde da população LGBT e reafirmar a equidade no SUS, com ações integrais que englobam promoção, prevenção, recuperação, reabilitação e educação em saúde (BRASIL, 2013).

Apesar dos avanços na articulação do governo com a sociedade civil na formulação de políticas públicas para população LGBT, Mello, Avelar e Maroja (2012) discutem a real efetividade destas políticas como políticas de Estado, uma vez que estão sujeitas à colaboração dos gestores. Sampaio e Araújo Jr. (2006) destacam que “a política em si caracteriza-se como o diálogo entre sua formulação e sua implementação, ou seja, a interação entre o que se propõe executar e o que se realmente executa”.

No Brasil, o ensino médico deve seguir as orientações preconizadas pelas Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Medicina com objetivo de uma formação generalista, crítica e humanística, focada no cuidado integral e isenta de preconceitos, considerando o reconhecimento das dimensões (biológica, socioeconômica e cultural) e diversidades humanas (étnico-racial, gênero e orientação sexual) (BRASIL, 2014).

Entretanto, Pedrosa (2015) descreve a incongruência teórico-prática existente nos projetos pedagógicos dos cursos e sugere a aplicabilidade dos documentos acadêmicos na prática docente. Para Ferreira et al., (2015), a abordagem das questões de sexualidade é deficiente e pautada no modelo biomédico com enfoque em patologias e riscos associados.

De acordo com Silva (2014), a ampliação da discussão de questões de

sexualidade e exclusão gerada pela heteronormatividade e LGBTfobia são importantes para formação médica e, e por conseguinte, para a efetivação da política de saúde LGBT, tendo em vista que estes futuros profissionais precisam estar preparados para atender esse público e diminuir os entraves na assistência à saúde. Desta forma, o estudo buscou analisar os sentidos atribuídos por estudantes de medicina acerca da consulta médica à população LGBT.

2 | MÉTODO

Pesquisa descritiva e exploratória de abordagem qualitativa, com a participação de 11 estudantes de medicina de um Centro Universitário do Nordeste do Brasil. Foi realizado um levantamento socioeconômico dos estudantes, além das atividades do grupo focal, a qual seguiu um roteiro de estrutura, leitura de textos, apresentação e discussão de vídeos sobre a temática da pesquisa. Os estudantes estão identificados nos relatos pela letra “E”, e um número arábico, para preservar o anonimato. A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Centro Universitário UNINOVAFAPI sob parecer número 2.420.550.

Os dados foram processados pelo software IRAMUTEQ (Interface de R pour lês Analyses Multidimensionnelles de Textes et de Questionnaires), um programa ancorado no software R, que analisa estatisticamente o *corpus* textual (CAMARGO; JUSTO, 2013a). A análise estatística do *corpus* apresenta uma Classificação Hierárquica Descendente, a qual classificou os segmentos de texto de acordo com seu vocabulário, sendo o conjunto então dividido conforme a frequência das formas reduzidas para a obtenção de classes de segmentos de textos. Os dados foram organizados pelo software na forma de dendrogramas para demonstrar a relação entre as diferentes classes (CAMARGO; JUSTO, 2013b).

3 | RESULTADOS

A caracterização sociodemográfica dos participantes do estudo demonstrou que a maioria dos participantes tinha idade entre 20-24 anos 8 (72,7%), era católica 8 (72,7%) e encontrava-se distribuída no 12º 6 (54,5%) e 9º 5 (45,5%) semestres acadêmicos. Quanto às questões de gênero, todos os participantes identificaram-se como sendo cis-gênero (correspondência do sexo com o gênero), sendo 9 participantes (81,8%) do sexo feminino e 2 participantes (18,2%) do sexo masculino. Quanto à orientação sexual houve predomínio de participantes heterossexuais 10 (90,9%) e 1 bissexual (9,1%).

O *corpus* analisado pelo software foi composto por 11 unidades de contexto inicial (UCI) ou depoimentos dos participantes, que foram divididas em 502 unidades de contexto elementar (UCE). Destes, 436 segmentos do texto foram selecionados

para análise, representando 86,85% de aproveitamento do *corpus*.

A análise hierárquica descendente dos segmentos selecionados resultou na divisão em cinco classes ou contextos temáticos. O dendrograma representado na figura 1 mostra a relação entre estas classes, assim como as palavras mais frequentes e significativas em cada classe. Foram selecionados trechos de discursos mais significativos para discussão e compreensão dos sentidos elaborados pelos estudantes sobre a temática.

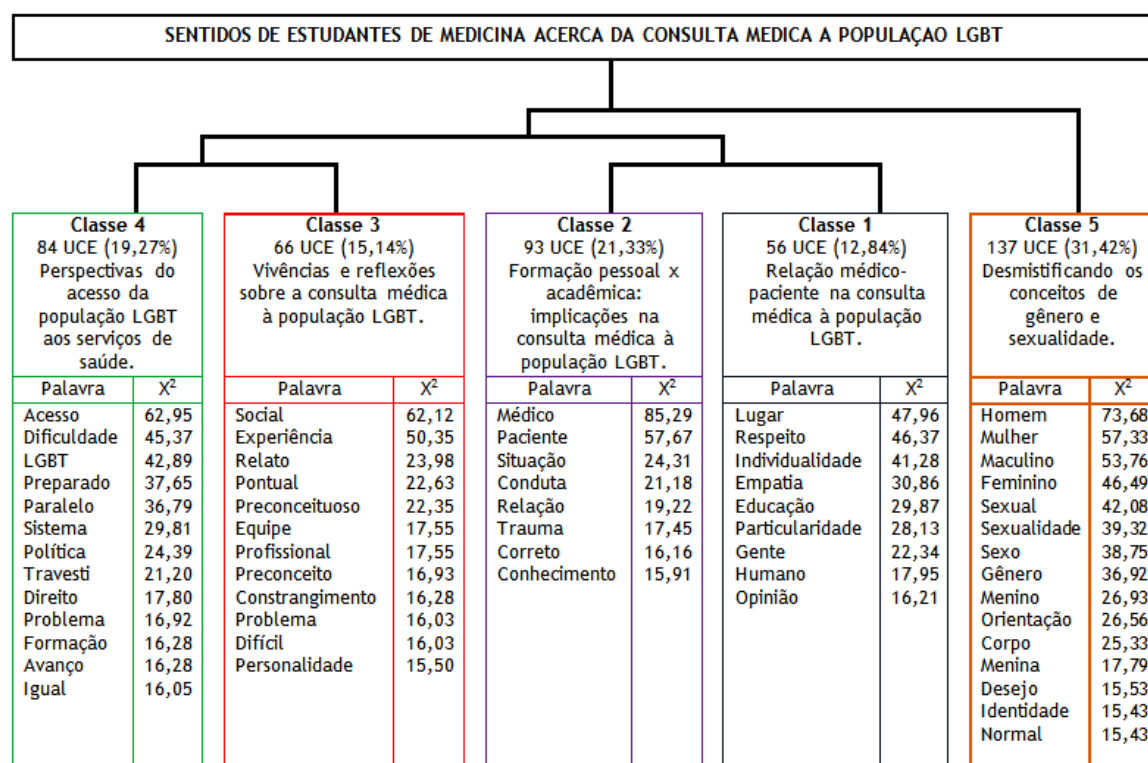


Figura 01: Dendrograma de classificação hierárquica descendente das classes temáticas dos sentidos atribuídos por estudantes de medicina sobre a consulta médica a lésbicas, gays, bissexuais, travestis e transexuais, Teresina, (PI) 2018.

Fonte: Elaboração dos pesquisadores.

Classe 1: Relação médico-paciente na consulta médica à população LGBT

As concepções dos participantes foram semelhantes em vários pontos, com a descrição de uma relação médico-paciente sustentada nos pilares da empatia, respeito e igualdade no atendimento. A empatia recebeu destaque especial, sendo entendida como o cerne da boa relação médico-paciente, como descreve E09 “empatia é uma palavra que acaba englobando as outras qualidades, porque às vezes quem tem respeito, nem sempre tá ali contigo”. Definiu-se a empatia como a capacidade do médico “colocar-se no lugar do paciente” (E01), independente de circunstâncias externas, tratar com humanidade e respeito, de forma igual, sem distinções.

Diante do cenário das questões de diversidade sexual E2 expõe que “a injustiça

no sentido do julgamento, da aceitação é muito presente”. O aspecto emotivo da empatia é reiterado na fala de E3 “se você tiver empatia e amor pela pessoa, você vai tratar ela bem, independente de você concordar com ele ou não”. Neste contexto, destacou-se os aspectos éticos na relação médico-paciente LGBT como forma de minimizar as iniquidades: “partindo do pressuposto que eu sou médico, sigo minha cartilha ética, eu tenho que atender humanamente” (E2).

Classe 2 – Formação pessoal x acadêmica: implicações na consulta médica à população LGBT

As questões de diversidade sexual não são encaradas com naturalidade e os discursos dos participantes revelaram que a formação pessoal foi vivenciada na informalidade das experiências cotidianas. A escola e família foram retratadas como ambientes que perpetuam o não acolhimento, o silêncio e o preconceito.

Foi pouquíssimo comentado na escola e em toda a minha educação escolar, inclusive na educação familiar. Minha família é muito preconceituosa, minha mãe é preconceituosa e tem consciência disso, muitos primos que são gays, mas sofrem muito preconceito dentro da família. (E6)

O eventual ou real contato direto com atendimento médico à população LGBT foi descrito pelos participantes como algo inesperado e constrangedor. O discurso de E8 reforça as fragilidades da sexualidade no ensino médico “a faculdade de medicina não prepara você para esta situação [...] você vai aprender essa situação na prática [...] eu fiquei no branco [...] eu me senti muito constrangida”.

Diante destas lacunas na formação pessoal e profissional dos estudantes observou-se alguns discursos confusos, impregnados de mitos e moralismos, que refletem um certo grau de naturalização do preconceito e discriminação como ilustrado no relato de E8 “Eu não discordo que os LGBT sofrem preconceito no ambiente de saúde, mas o preconceito não é porque ele é LGBT, é o mesmo preconceito que uma gestante, um idoso, um negro, um pobre porque isso depende do pessoal de cada profissional”.

Classe 3 – Vivências e reflexões sobre o atendimento médico à população LGBT

As vivências de atendimento médico à população LGBT expressaram constrangimento, despreparo e preconceito. A falta de preparo referida pelos estudantes somada às deficiências de médicos e preceptores nos campos de estágio refletem diretamente na qualidade do atendimento médico e foram colocadas como situações estressoras na consulta médica.

Eu já vi uma discussão de ginecologistas falando que tinha chegado um paciente

que tinha sido submetido a mudança de sexo, já tinha genitália feminina e queria ser atendida por uma ginecologista, e ela se recusou a atendê-lo por n motivos que ela discutiu no momento. (E6)

Eu vi no internato, uma pessoa do sexo feminino, nome feminino, mas ela era toda masculina, não tinha mamas, mas ela tomava hormônio masculino, você vê pelo corpo dela, tinha tatuagem masculina, cabelo masculino, tudo! [...] Eu nem perguntei como ela queria ser chamada, eu chamava ela de ela, baseado no documento que foi trazido pra gente, mas eu me sentia constrangida com aquilo, porque eu não sabia como chamá-la [...] não soube lidar com a situação, mas serviu de aprendizagem caso outra apareça. (E8)

Os relatos acima ilustram como questões de gênero são apresentadas na prática dos cuidados em saúde: corpos subversivos que fogem dos padrões sociais de masculinidade e feminilidade preconizados.

No discurso de E2 evidenciou-se uma contradição entre reconhecimento e enaltecimento das diversidades versus o discurso naturalizado de atendimento igualitário para todos e a negação da politização e setorialização LGBT.

[...] Eu, particularmente posso colocar uma questão, eu não sou muito de levantar bandeira não, o que eu não gosto muito é da setorialização da questão do LGBT QXYZ [...].

No contexto das diversidades, como falado anteriormente, não cabe o discurso de atendimento igualitário, tendo em vista que as diferenças existem e demandam especificidades no atendimento em saúde.

Classe 4: Perspectivas do acesso da população LGBT aos serviços de saúde

Apenas um participante reconheceu a existência de iniquidades quanto o acesso a serviços de saúde por LGBT “Eu acho assim, que eles enfrentam uma barreira mais invisível, não é uma barreira que você não consegue marcar uma consulta, proibida de entrar [...] esse acesso é uma coisa tão utópica” (E07).

A maior parte dos estudantes não identificou dificuldades no acesso de LGBT aos serviços de saúde, sob o argumento de que o sistema (SUS) é democrático e de igual acesso a todos, conforme ilustrado: “Eu também acho que não tem problema de acesso só por ser LGBT não, o nosso sistema de saúde é uma das poucas coisas democráticas [...]” (E2).

No relato de duas participantes destacou-se a dispensabilidade da política específica para população LGBT, sob os argumentos de que “o sistema de saúde tem que ser universal, de forma integral e da melhor maneira possível para todos” (E8) e “que quando você diferencia, tá tendo um preconceito, você tá colaborando como o preconceito” (E9).

Três estudantes reconheceram a necessidade da política, mas com diferentes enfoques: “essa política seria mais no sentido de educar o profissional da saúde” (E4); “Deveria existir para LGBT pois seria um lugar para ele desabafar, ter serviço psicológico, com o psiquiatra, porque a classe LGBT têm os problemas específicos

dela”(E7);“alguma coisa voltada para pessoa que, por exemplo, faz mudança de sexo, a transição sexual, pra um exame ou voltado pra aquela genitália que foi modificada” (E6).

A narrativa do participante 11 questiona a efetivação da política de saúde LGBT “Eu realmente não sabia que existia, não sei como funciona, posso tá falando uma idiotice, mas acho que só o fato de existir não é uma garantia que o problema vai se resolver” (E11).

Embora a grande maioria dos participantes não tenha reconhecido diretamente obstáculos no acesso à saúde, muitos colocaram questões paralelas, relacionadas ao acolhimento, comentários desrespeitosos de profissionais e atendimento não resolutivo às demandas da população LGBT, como ilustrado nas falas a seguir “[...] não no atendimento em si, eles vão dar medicação, vão fazer o exame físico, mas vão ter comentários que podem machucar, não podem ser legais pra pessoa” (E1). “Em termos de acesso acredito que eles tenham acesso como uma população normal, em termos de resolver o caso, de ser atendido da mesma forma eu acredito que ainda não, a gente vê tanto preconceito, tantas falas ridículas” (E5).

O participante (E8) revelou que: “é que essa população LGBT, não todos, boa parte, eles se vitimizam [...] A pessoa se vitimiza e de certa forma, acaba sendo preconceituoso, não acaba vendo o lado do profissional que não está preparado”.

Classe 5: Desmistificando os conceitos de gênero e sexualidade

A discussão sobre diversidade sexual e gênero revelou uma pluralidade de sentidos que englobou desde significados puramente pautados no modelo biomédico - com enfoque no corpo biológico e sua fisiologia, até discursos mais amparados na valorização de aspectos sociais como crenças religiosas e padrões sociais.

A totalidade dos participantes considerou-se cis gênero e reconheceu a existência de padrões de comportamento mais bem aceitos socialmente. Entretanto observou-se nas falas citadas abaixo uma reafirmação deste discurso normatizador, sem ampliação do debate para um contexto que acolha as diversidades. Além disso, constatou-se equívocos quanto ao uso dos conceitos de gênero (construção social do ser masculino/feminino/não binário), orientação sexual (desejo afetivo-sexual por pessoas do mesmo sexo, sexo diferente, ambos ou nenhum) e dimensões da sexualidade, conforme nas falas abaixo:

Nasceu esse menino do sexo masculino, o pai vai orientar sempre: não pode brincar com isso, é de menina, não pode fazer isso é de menina, [...] como se ele fosse fazer alguma coisa de menina aquilo fosse transformar a orientação sexual dele, fosse aflorar o desejo dele por aquele mesmo sexo eu vejo orientação sexual assim (...) é via de regra de dizer: aquilo é o sexo masculino e tem que fazer coisas de menino e sexo feminino tem que fazer coisas de menina e se relacionar com sexo oposto. (E1)

Eu penso que gênero é a mesma coisa que sexo. Na hora que vem na minha

cabeça, vem isso: feminino e masculino. Para mim sexualidade, eu tô vendo as coisas bem pelo lado biológico mesmo, sexualidade é produto das suas interações hormonais no seu corpo, [...] quando é criança não sente né? mas vai desenvolvendo com o tempo, quando o corpo vai se desenvolvendo a sexualidade vai se desenvolvendo, vai amadurecendo, os órgãos sexuais, todo o sistema hormonal relacionado a isso, e aí a pessoa desenvolve a necessidade de ter uma sexualidade para que ela vá a reproduzir, vá se relacionar, se sentir bem com aquilo [...]. (E3)

A atenção à saúde no SUS deve ser entendida como um processo multidimensional, complexo e não reduzido apenas à dimensão biológica. Deste modo, a sexualidade como dimensão humana está presente em todas as fases da vida, desde a vida intraútero, e reúne aspectos relacionados não somente ao corpo, ao ato sexual e aos órgãos genitais, mas também os sentimentos, crenças, costumes, relações afetivas, prazer, a como nos conectamos às pessoas e à vida (BRASIL, 2006). As narrativas dos estudantes E02 e E04 ratificam este conceito:

Sexualidade para mim é o que alimenta a nossa vivência como ser orgânico, como ser humano, é o que dá fogo à vida, é uma forma muito romântica de definir né, e que está centrado muito no desejo, naquilo que você gosta verdadeiramente sabe?. (E2)

Sexualidade pra mim não é apenas um conjunto de ações como a ação do sexo, da fecundação, acho que sexualidade é sua interação com o indivíduo, já abrange uma coisa bem maior, bem ampla, não significa só o sexo em si, mas tudo aquilo que lhe gera amor, prazer, criatividade, vontade de viver, acordar pra ser feliz [...] No meu conjunto de crenças eu acredito que, espiritualmente falando, a parte sexual seria conectada ao xacra básico, considerado o maior produtor de energia que nós temos, então é onde explode a nossa criatividade, nosso amor [...] ali já tá expresso seu amor, então ali já é sexualidade. (E4)

Os discursos trouxeram conotações diversas sobre os conceitos de gênero e sexualidade, muitos, carregados de moralismo e senso comum conforme também relatado por Rufino, Madeiro e Girão (2013) e Silva (2015). Com isso, percebe-se a importância de se disseminar informações na formação acadêmica para desmistificar estereótipos socialmente construídos e ampliar as discussões acerca da diversidade sexual.

4 | DISCUSSÃO

No âmbito profissional, a formação médica no cuidado às diversidades sexual e de gênero foi descrita pelos estudantes como restrita e insatisfatória, voltada ao modelo biomédico tradicional, abordada principalmente nas disciplinas de ginecologia, psicologia, psiquiatria e bioética. Em conformidade, Rufino, Madeiro e Girão (2013) relatam que o ensino da sexualidade na medicina é focado em aspectos biológicos e patológicos, discutidos nas disciplinas de ginecologia, psiquiatria, psicologia médica e urologia. Destacou-se a deficiência no debate dos aspectos sociais da sexualidade, especialmente nas questões de direitos sexuais e reprodutivos, papéis de gênero, identidade, cultura e homofobia.

Nos relatos dos estudantes ficou claro o “discurso da não diferença”, que segundo Paulino (2016) este visa diminuir as desigualdades, numa perspectiva de igualdade e justiça. Entretanto, num contexto de igualdade, as diferenças não são expressas, as particularidades e especificidades são invisibilizadas.

Isto reflete principalmente para travestis e transexuais, que enfrentam dificuldades desde o acesso à saúde, pois apesar da Estratégia Saúde da Família (ESF), na prática, ainda é vista como lugar “de família”, no sentido mais tradicional da palavra, portanto, inapropriado para travestis e transexuais. Somado ao acesso limitado, a falta de acolhimento às travestis e transexuais nos serviços de saúde é presente desde a recepção com o desrespeito ao direito, amparado nos níveis estadual e federal, de identificação pelo nome social no atendimento e em documentos oficiais, dentre eles o prontuário, fichas de cadastro e congêneres (SAMPAIO; AVARCA, 2016).

Outras questões que refletem no distanciamento de travestis e transexuais do serviço de saúde na atenção básica dizem respeito à discriminação, limitação dos cuidados ao campo de IST/AIDS e atendimento não resolutivo quanto às demandas específicas deste grupo, tais como: hormonioterapia, acompanhamento clínico e procedimentos cirúrgicos de adequação corporal (próteses de silicone e redesignação sexual) (FREITAS, 2016). Diante das negativas do sistema, as práticas clandestinas de automedicação hormonal e cirurgias caseiras surgem como alternativa para modificação corporal, sendo, porém, frequentemente associadas a riscos e complicações de saúde (FERREIRA, 2016; RODRIGUEZ, 2014).

A vivência de uma orientação sexual fora dos padrões heteronormativos, associada ao reconhecimento da não aceitação natural das diversidades influenciam na tomada de decisão quanto a exposição da orientação sexual e engajamento nas causas LGBTs, por medo da discriminação e preconceito (VITIRITTI; ANDRADE; PERES, 2016).

O termo heteronormatividade, descrito por Petry e Meyer (2011) como sendo uma estrutura hegemônica de controle social, visa regular o modo de vida, as vontades, desejos sexuais e sexualidades das pessoas com base nas convenções sociais do que é considerado norma para o comportamento masculino ou feminino, numa perspectiva essencialmente biológica e determinista.

No contexto das políticas públicas de saúde, o Sistema Único de Saúde - SUS propõe ampliar o acesso à saúde e reduzir os impactos dos determinantes sociais na saúde dos indivíduos para garantir as necessidades dos diversos grupos sociais (BRASIL, 2011). A Política Nacional de Saúde Integral de LGBT, reitera o reconhecimento das demandas de saúde diferenciadas desta população, bem como o impacto da discriminação e exclusão no processo saúde-doença, visando reduzir as iniquidades em saúde e garantir o acesso deste público a ações e serviços de saúde de qualidade (BRASIL, 2013).

5 | CONCLUSÃO

Os resultados mostraram que os estudantes em sua grande maioria tiveram resistência quanto ao reconhecimento das especificidades do cuidado em saúde à população LGBT, bem como as iniquidades no acesso ao serviço de saúde, o que retoma a projeção formativa em moldes do modelo médico-centrado, que não contempla as diversidades sexuais e de gênero no campo da saúde coletiva e reforça a exclusão dos mais vulneráveis.

A consulta médica mostrou-se ligada diretamente à formação profissional, a qual os participantes reconheceram fragilidades no atendimento à população LGBT, ao mesmo tempo que colocam dificuldades na formação global em tópicos considerados básicos para o médico, como a relação médico-paciente. As experiências dos estudantes demonstram um cenário de incertezas marcado por desrespeito à individualidade LGBT.

É necessário ampliar a formação médica para um cenário que considere as diversidades sexuais e de gênero como determinantes sociais do processo saúde-doença-cuidado, criando um espaço de interface entre saúde e educação ao unir elementos teóricos e práticos sobre o saber médico para a saúde da população LGBT. Assim, novos estudos fazem-se necessários para acompanhar os impactos e propor caminhos para que haja inclusão curricular de questões de saúde das diversidades sexuais

REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. **Saúde sexual e reprodutiva**. 1. ed. Brasília, 2006. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/saude_sexual_saude_reprodutiva.pdf>. Acesso em: 09 Maio 2017.

_____. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **Sistema único de saúde**. Brasília, 2011. 291 p. (Coleção para entender a gestão do SUS 2011, v.1). Disponível em:<http://www.conass.org.br/bibliotecav3/pdfs/colecao2011/livro_1.pdf>. Acesso em: 09 Maio 2017.

_____. Ministério da Saúde. **Política nacional de Saúde integral de lésbicas, gays, bissexuais, travestis e transexuais**. 1. ed. Brasília, 2013. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_saude_lesbicas_gays.pdf>. Acesso em: 09 Maio 2017.

_____. Ministério da Educação. Conselho Nacional de Educação, Câmara de Educação Superior. Resolução CNE/CES nº. 3, de 23 de Junho de 2014. **Institui diretrizes curriculares nacionais do curso de graduação em medicina**. Brasília: Diário Oficial da União, 2014; Seção 1, p.8-11. Disponível em:<http://portal.mec.gov.br/index.php?option=com_docman&view=download&alias=15874-rces003-14&category_slug=junho-2014-pdf&Itemid=30192>. Acesso em: 22 Maio 2017.

CAMARGO, B. V.; JUSTO, A. M. **IRAMUTEQ: um software gratuito para análise de dados textuais**. Temas psicol., Ribeirão Preto, v. 21, n. 2, p. 513-518, dez. 2013a. Disponível em:<http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-389X2013000200016&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em 31 Maio 2017.

CAMARGO, B. V.; JUSTO, A. M. **Tutorial para uso do software de análise textual IRAMUTEQ**.

Florianópolis-SC: Universidade Federal de Santa Catarina, 2013b. 18 p. Disponível em: <<http://www.iramuteq.org/documentation/fichiers/tutoriel-en-portugais>>. Acesso em: 31 Maio 2017.

FERREIRA, B.O. **Babado, confusão e gritaria: vivências e reflexões da população LGBT no SUS**. 2016. 102f. Dissertação (Mestrado em Ciências e Saúde), Universidade Federal do Piauí, Teresina. Disponível em: <<http://repositorio.ufpi.br/xmlui/bitstream/handle/123456789/215/Disserta%C3%A7%C3%A3o.pdf?sequence=1>>. Acesso em: 15 Junho 2017.

FREITAS, F.R.N.N. **Saúde da população LGBT: da formação médica à atuação profissional**. Programa de Mestrado em Ciências da Saúde. Universidade Federal do Piauí. 2016. Disponível em: <<http://repositorio.ufpi.br/xmlui/handle/123456789/754>> Acesso em 14 Abril 2018.

MELLO, L.; AVELAR, R. B.; MAROJA, D. **Por onde andam as políticas públicas para a população LGBT no Brasil**. Soc. estado., Brasília , v. 27, n. 2, p. 289-312, Ago. 2012 . Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-69922012000200005&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 20 Maio 2017.

PAULINO, D.B.P. **Discursos sobre o acesso e a qualidade da atenção integral à saúde da população lgbt entre médicos(as) da estratégia saúde da família**. Programa de Pós Graduação em Psicologia. Universidade Federal de Uberlândia. 2016. Disponível em: <<https://repositorio.ufu.br/bitstream/123456789/17907/1/DiscursosAcessoQualidade.pdf>> Acesso em 05 de Maio de 2018

PEDROSA, J. I. S. Ensino na saúde: quanto ainda poderia ser feito. In: _____. **Ensino na saúde: narrativas, experiências e invenções de novos caminhos**. Teresina: Nova Aliança, 2015. Cap. 1 p.17-31.

PETRY, A.R.; MEYER, D. E. E. **Transexualidade e heteronormatividade: algumas questões para a pesquisa**. Textos e contextos. Porto Alegre,v.10, n.1, p.193-198, jan/jul 2011 .Disponível em:<<http://revistaseletronicas.pucrs.br/ojs/index.php/fass/article/view/7375/6434>>. Acesso em: 16 Março 2018.

RODRIGUEZ, A.M.J. **Experiências de atenção à saúde e percepções das pessoas transgênero, transexuais e travestis sobre os serviços públicos de saúde em Florianópolis/SC**. Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva. Universidade Federal de Santa Catarina. 2014. Disponível em: < <https://repositorio.ufsc.br/bitstream/handle/123456789/129499/329251.pdf?sequence=1&isAllowed=y>>. Acesso em: 01 Junho 2018

RUFINO, A. C.; MADEIRO, A. P.; GIRAO, M. J. B. C. **O Ensino da sexualidade nos cursos médicos: a percepção de estudantes do Piauí**. Rev. bras. educ. med., Rio de Janeiro , v. 37, n. 2, p. 178-185, Junho 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-55022013000200004&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 23 Maio 2017.

SAMPAIO, J.; ARAÚJO JR, J. L. **“Análise das políticas públicas: uma proposta metodológica para o estudo no campo da prevenção em Aids”**. Revista Brasileira de SaúdeMaterno Infantil, Recife, volume 6, nº 3, 2006, p. 335-346. Disponível em:<<http://www.scielo.br/pdf/rbsmi/v6n3/31905.pdf>>. Acesso em: 20 Maio 2017

SAMPAIO, J.C; AVARCA,C.A.D. **(SIDA) dania e saúde de travestis e transexuais**. Vivência: revista de antropologia. n.48, 2016, p.59-74. Disponível em: < <https://periodicos.ufrn.br/vivencia/article/view/11500/8092>>. Acesso em 02 Junho 2018

SILVA, M. C. B. A. **Sentidos da diversidade sexual entre estudantes de medicina**. Programa de Pós Graduação em Psicologia. Universidade Federal de Uberlândia. 2014. Disponível em: <<https://repositorio.ufu.br/bitstream/123456789/17217/1/SentidosDiversidadeSexual.pdf>>. Acesso em: 10 Maio 2017.

VITIRITTI, B. ANDRADE, S. M. O. PERES, J. E. C. **Diversidade Sexual e Relações Profissionais: Concepções de Médicos e Enfermeiros**. Trends in Psychology / Temas em Psicologia – 2016, Vol. 24, nº 4, 1389-1405. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1413-389X2016000400011. Acesso em 06 de Junho de 2018.

ACOLHIMENTO AO IDOSO: PRINCIPAIS DIFICULDADES ENCONTRADAS PELOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE

Cicera Thanise Pereira Alves

Enfermeira. Centro Universitário Doutor Leão Sampaio (UNILEÃO). Juazeiro do Norte - Ceará.

Isabelly Rayane Alves dos Santos

Discente do Curso de Graduação em Enfermagem do Centro Universitário Doutor Leão Sampaio (UNILEÃO). Juazeiro do Norte - Ceará.

Hercules Pereira Coelho

Discente do Curso de Graduação em Enfermagem do Centro Universitário Doutor Leão Sampaio (UNILEÃO). Juazeiro do Norte - Ceará.

Ana Beatriz Linard de Carvalho

Discente do Curso de Graduação em Enfermagem do Centro Universitário Doutor Leão Sampaio (UNILEÃO). Juazeiro do Norte - Ceará.

Camila Maria do Nascimento

Discente do Curso de Graduação em Enfermagem do Centro Universitário Doutor Leão Sampaio (UNILEÃO). Juazeiro do Norte - Ceará.

Cicera Emanuele do Monte Simão

Discente do Curso de Graduação em Enfermagem do Centro Universitário Doutor Leão Sampaio (UNILEÃO). Juazeiro do Norte - Ceará.

Elisângela Oliveira da Silva

Enfermeira. Pós-graduanda em Saúde Pública. Universidade Estadual do Ceará (UECE). Fortaleza – Ceará.

Carlos Vinícius Moreira Lima

Enfermeiro. Centro Universitário Doutor Leão Sampaio (UNILEÃO). Juazeiro do Norte - Ceará.

Luzianne Clemente de Meneses

Enfermeira. Centro Universitário Doutor Leão

Sampaio (UNILEÃO). Juazeiro do Norte - Ceará.

Ozeias Pereira de Oliveira

Enfermeiro. Centro Universitário Doutor Leão Sampaio (UNILEÃO). Juazeiro do Norte - Ceará.

Ana Paula Ribeiro Castro

Enfermeira. Mestre em Ciências da Saúde. Professora do Curso de Graduação em Enfermagem do Centro Universitário Doutor Leão Sampaio (UNILEÃO). Juazeiro do Norte – Ceará, Brasil.

Ana Maria Machado Borges

Enfermeira. Mestre em Ciências da Saúde. Professora do Curso de Graduação em Enfermagem do Centro Universitário Doutor Leão Sampaio (UNILEÃO). Juazeiro do Norte – Ceará, Brasil.

RESUMO: A pesquisa tem como objetivo analisar as características do processo de acolhimento aos idosos realizado pelos profissionais da saúde atuantes nas Unidades Básicas de Saúde do município de Juazeiro do Norte, Ceará. Trata-se de uma pesquisa descritiva, exploratória, de natureza quantitativa, realizada com 22 profissionais, provenientes de quatro unidades básicas de saúde do supracitado município. A coleta de dados foi realizada através da aplicação de um questionário, e os dados foram tratados utilizando o programa SPSS. Quanto à caracterização dos participantes da pesquisa, o maior percentual da amostra são

mulheres 86,4% (19); solteiros(as) 40,9% (9); casados(as) 40,9% (9); com uma média de idade de 34,5 anos; e tempo médio de atuação de 9,36 anos. Foi apontado como benefícios com o acolhimento, o direcionamento para resolver as necessidades do usuário (39,5%). A dificuldade apresentada com maior percentual foi o estresse no trabalho (20,3%). Quanto as ações que contribuem para um melhor acolhimento, a mais identificada foi o interesse pela condição do usuário (69%). Através da realização da pesquisa foi possível analisar as características envolvidas no processo de acolhimento aos idosos realizado pelos profissionais de saúde nas UBS, percebendo-se que embora haja capacitações e participação ativa dos profissionais em cursos e treinamentos, ainda há outros fatores envolvidos que são necessários para que o processo de acolhimento seja desempenhado de modo qualitativo.

PALAVRAS-CHAVE: Idoso. Acolhimento. Atenção primária à saúde.

ACCEPTANCE TO THE ELDERLY: MAIN DIFFICULTIES FOUND BY HEALTH PROFESSIONALS

ABSTRACT: The objective of the research is to analyze the characteristics of the process of reception to the elderly carried out by health professionals working in the Basic Health Units of the city of Juazeiro do Norte, Ceará. This is a descriptive, exploratory, quantitative research carried out with 22 professionals from four basic health units of the aforementioned city. The data collection was performed through the application of a questionnaire, and its analysis was accomplished through the use of the SPSS program. Regarding the characterization of the participants of the research, the highest percentage of the sample are women 86.4% (19); unmarried 40.9% (9); married 40.9% (9); with an average age of 34.5 years; and average time of operation of 9.36 years. It was pointed out as benefits with the reception, the targeting to solve the needs of the user (39.5%). The difficulty presented with the highest percentage was work stress (20.3%). As for the actions that contribute to a better reception, the most identified was the interest in the condition of the user (69%). Through the research, it was possible to analyze the characteristics involved in the process of reception for the elderly carried out by the health professionals in the UBS, realizing that although there is training and active participation of professionals in courses and training, there are still other factors involved that are necessary so that the reception process is carried out in a qualitative way.

KEYWORDS: Elderly. Acceptance. Primary attention to Health.

1 | INTRODUÇÃO

Nos últimos anos, houve redução significativa nos níveis de fecundidade e natalidade, e, paralelo a estes, um aumento expressivo do envelhecimento demográfico, o que, por conseguinte, remete a uma maior incidência das doenças crônicas relacionadas à saúde do idoso (RISSARDO et al., 2016).

O processo de envelhecimento pode ser vislumbrado como uma nova fase da vida do indivíduo, associado ainda às grandes mudanças na área da saúde e da tecnologia, as quais visam promover o aprimoramento da qualidade da assistência despendida pelos serviços públicos. Porém, ainda há uma carência em ações preventivas e educativas voltadas ao processo de envelhecimento (MIRANDA, MENDES, SILVA, 2016).

A atual inversão da base da pirâmide etária pode ser justificada pela ocorrência de diversos fatores, dentre os quais podemos citar a redução da taxa de fecundidade, alteração demográfica e os avanços tecnológicos. Assim, o envelhecimento tem se tornado uma preocupação populacional, em detrimento das diversas alterações patológicas e fisiológicas que acompanham este processo, o que pode remeter o idoso a um maior acometimento de doenças crônicas e outras enfermidades que causam declínio físico e psíquico no mesmo (RISSARDO et al., 2016).

No ano de 2006, o Ministério da Saúde, por meio da Portaria nº 399, de 22 de fevereiro de 2006, aprovou o Pacto pela Vida e a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa (PNSPI), estabelecendo que a atenção à saúde da pessoa idosa deve ser realizada preferencialmente na Atenção Primária à Saúde (APS). A partir desta portaria o cuidado com a população idosa passou a ser uma prioridade do Sistema Único de Saúde (SUS) e, por conseguinte, da Estratégia de Saúde da Família (ESF) (BRASIL, 2006; RISSARDO et al., 2016).

Um dos princípios doutrinários do SUS é garantir a universalidade do acesso aos serviços públicos de saúde. Assim, no que tange a população idosa, é necessário que a APS promova ações programadas de promoção da saúde, prevenção de agravos, tratamento, reabilitação, e a organização da demanda do serviço, com o intuito de promover uma assistência equânime ao idoso, a partir da atuação da equipe interdisciplinar em saúde (VELLO et al., 2014).

Os serviços que compõem a APS são considerados a porta de entrada do SUS, e principal meio de acesso aos demais níveis de assistência em saúde. Tendo em vista que a APS organiza e distribui o uso de serviço, do básico ao especializado, proporcionando promoção da saúde e qualidade no atendimento (COUTINHO, BARBIER, SANTOS, 2015).

Neste contexto, o processo de acolhimento surgiu para reorganizar a APS, sendo essencial para as diversas áreas da saúde. Assim, foi criada a Política Nacional de Humanização (PNH), do Ministério da Saúde, com a finalidade de promover uma assistência mais humanística e qualitativa a todos os indivíduos assistidos pelo SUS, nos diversos níveis de atenção em saúde, desde a recepção, atendimento até a saída do paciente do serviço (COUTINHO, BARBIER, SANTOS, 2015).

2 | OBJETIVO

Analisar as características do processo de acolhimento aos idosos realizado pelos profissionais da saúde atuantes nas Unidades Básicas de Saúde do município de Juazeiro do Norte, Ceará.

3 | METODOS

Trata-se de uma pesquisa descritiva, exploratória, de natureza quantitativa.

A amostra desse estudo foi constituída por 22 profissionais provenientes de quatro UBS da cidade de Juazeiro do Norte, Ceará, Brasil. A população do estudo foi definida após aplicação dos critérios de inclusão: profissionais com idade entre 24 e 55 anos; de ambos os sexos; que participam do processo de acolhimento na UBS; que atuam no serviço há no mínimo um ano; e que estavam presentes no momento da coleta de dados. Bem como dos critérios de exclusão: profissionais com idade inferior a 24 anos; profissionais que atuam somente na gerência do serviço; que não participam do acolhimento na UBS; e aqueles que detêm menos de um ano de atuação profissional.

A coleta de dados foi realizada por meio da aplicação de um questionário elaborado previamente de maneira didática e objetiva, de modo a facilitar a compreensão dos participantes do estudo.

Consequente a coleta dos dados, os mesmos foram tabulados em uma planilha do Programa Microsoft Excel (2010), processados no programa Statistical Package for the Social Sciences (SPSS), versão 21.0, e, posteriormente analisados por meio da estatística descritiva.

Ressalta-se que o projeto de pesquisa obedeceu a todos os aspectos éticos e legais propostos pela Resolução nº 466/12, do Conselho Nacional de Saúde, que trata de pesquisas com seres humanos, sendo o mesmo aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Centro Universitário Doutor Leão Sampaio (UNILEÃO) com parecer nº 2.913.802.5.

4 | RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os dados obtidos através da amostra do estudo, 22 profissionais da saúde atuantes em UBS do município de Juazeiro de Norte – CE foram agrupados, tabulados e analisados, sendo os resultados expostos em tabelas, e apresentados em números absolutos e percentuais, além da média e mediana.

Variável	N	%
GÊNERO		
Feminino	19	86,4
Masculino	3	13,6
ESTADO CIVIL		
Solteiro	9	40,9
Casado	9	40,9
Viúvo	1	4,5
Divorciado	3	13,6
TOTAL	22	100
IDADE (EM ANOS)		Mínimo – Máximo
Média	34,5	17 - 69
Mediana	36	
TEMPO DE ATUAÇÃO (EM ANOS)		Mínimo – Máximo
Média	9,36	1 – 23
Mediana	10,5	

Tabela 1 - Perfil dos profissionais da saúde participantes da pesquisa. Juazeiro do Norte, Ceará. Brasil. 2018.

Fonte: Pesquisa Direta, 2018.

Quanto à caracterização da amostra do estudo, os resultados apontam que os profissionais da saúde, participantes da pesquisa, são em sua maioria: mulheres 86,4% (19); solteiros(as) 40,9% (9); casados(as) 40,9% (9); detêm uma média de idade de 34,5 anos; e tempo médio de atuação profissional de 9,36 anos.

Uma pesquisa realizada por Mahl e Tomasi (2009), que teve como objetivo descrever o perfil dos profissionais de saúde atuantes na ESF de uma coordenadoria de saúde do Rio Grande do Sul – RS, também evidenciou uma predominância de profissionais do sexo feminino, 76%, e uma média de idade de 37 anos.

Apesar das duas pesquisas avaliarem realidades geográficas diferentes, elas mostram as semelhanças encontradas nos perfis dos profissionais atuantes na atenção básica brasileira nas diferentes regiões do país.

Dessa maneira, foi possível caracterizar o perfil dos participantes da pesquisa quanto às variáveis gênero, estado civil, idade e tempo de atuação profissional.

Quando avaliada a participação dos profissionais em reuniões, treinamentos, integração das equipes e ações em saúde, foram obtidos os seguintes dados:

Variável	N	%
Participação em reuniões e treinamentos		
Sim	16	72,7
Não	6	27,3
Profissionais são treinados		
Sim	20	90,9
Não	2	9,1
Equipe integrada		

Sim	20	90,9
Não	2	9,1
Ações de educação em saúde		
Sim	22	100
Não	-	-
TOTAL	22	100,0

Tabela 2 - Distribuição dos participantes do estudo segundo participação em capacitações e integração das equipes para atuação profissional. Juazeiro do Norte, Ceará. Brasil. 2018.

Fonte: Pesquisa Direta, 2018.

Uma das variáveis analisadas na pesquisa foi a participação em treinamentos e reuniões para os profissionais que atuam no acolhimento. O resultado obtido foi positivo, haja vista que 72,7% (16) afirmaram que haviam participado tanto dos treinamentos como das reuniões. Quando indagados se os profissionais são treinados, 90,9% (20) afirmaram que sim.

A partir deste resultado é possível reconhecer a importância da participação dos profissionais de saúde em treinamentos e reuniões durante seu exercício profissional, o que contribui para uma maior integração da equipe de saúde e para o processo de educação continuada, haja vista que, comumente, os mesmos não buscam cursos ou outras atualizações, além das que lhes são oferecidas nos serviços que atuam.

Variável	N	%
Ordem de chegada		
Sim	16	72,7
Não	6	27,3
Idosos são agendados		
Sim	22	100
Não	-	-
Usuários acolhidos		
Sim	22	100
Não	-	-
TOTAL	22	100,0

Tabela 3 - Distribuição dos participantes do estudo segundo a avaliação dos aspectos organizacionais do acolhimento realizado nas Unidades Básicas de Saúde. Juazeiro do Norte, Ceará. Brasil. 2018.

Fonte: Pesquisa Direta, 2018.

Quando avaliada a organização do serviço de saúde, em relação ao acolhimento, 72,7% (16) profissionais relataram que o agendamento ocorre por ordem de chegada.

Uma pesquisa realizada por Caldas (2015), que avaliou a procura do atendimento em uma unidade de saúde, com o intuito de averiguar o processo de abordagem da demanda espontânea, registrou uma média de atendimentos de 132 pacientes por dia, fragmentados entre as categorias médica, de enfermagem e odontologia, ou

seja, cada categoria, se divididos, atendia uma média de 44 pacientes por dia, o que pode remeter os profissionais a uma sobrecarga laboral.

Quando questionados quanto ao agendamento de consultas dos idosos, 100% (22) da amostra referiu que as mesmas são agendadas, resultado este satisfatório quando comparado ao obtido em uma pesquisa realizada no município de Natal - RN, em quatro ESF, que teve como objetivo analisar a perspectiva do usuário na atenção básica sobre o acolhimento ao idoso, a qual revelou que os mesmos caracterizavam o atendimento como bom, no entanto elencaram vários percalços no serviço, tais como: carência de médicos, dificuldades no agendamento de consultas, falta de atenção e respeito à prioridade no atendimento, dificuldade de referência e contrarreferência, e demora na obtenção de consultas clínicas (MEDEIROS et al., 2018).

Diante do processo de acolhimento, 100% (22) da amostra referiu que os usuários são acolhidos, resultado este que caminha ao encontro do que é exposto nas diretrizes propostas pela PNH e PNSPI, que caracterizam o processo de acolher o paciente como uma das principais ferramentas de atenção a saúde da pessoa idosa, pela qual se torna possível a constituição de vínculos entre os usuários do serviço e os profissionais da saúde, ação esta que pode alicerçar e maximizar a qualidade da assistência dispendida a estes pacientes.

O processo de acolhimento traz consigo vários benefícios para os usuários e para os profissionais atuantes nos serviços de saúde, ao passo que possibilita a reorganização do serviço, com a finalidade de proporcionar o atendimento qualitativo às demandas dos usuários, e um melhor direcionamento destes para os demais serviços dentro da rede de saúde.

Variável	N	%
Benefícios		
Atender as necessidades dos usuários	15	34,9
Ter suas dúvidas esclarecidas	11	25,6
Ter um direcionamento para resolver suas necessidades	17	39,5
TOTAL	43	100,0

Tabela 4 – Benefícios do processo de acolhimento realizado nas Unidades Básicas de Saúde. Juazeiro do Norte, Ceará. Brasil. 2018.

Fonte: Pesquisa direta, 2018.

* O cálculo foi baseado no número de resposta, e não em número total de profissionais, portanto, n=43.

Diante da análise dos principais benefícios advindos do processo de acolhimento 39,5% (17) dos profissionais afirmaram promover um direcionamento para resolução das necessidades dos usuários, ao passo que 34,9% (15) relataram atender as necessidades dos usuários.

A resolutividade é um dos princípios do SUS que destaca o papel dos serviços de

saúde em resolver, dentro do seu nível de competência, os problemas dos usuários, sendo o paciente encaminhado para o próximo nível de atenção a saúde quando não for possível a resolução de seu quadro no nível assistencial em que se encontra.

Assim percebe-se que o processo de acolhimento envolve desde a entrada do usuário no serviço de saúde até a continuidade da assistência prestada, tendo vários benefícios que contribuem significativamente na vida dos usuários, de modo a permitir que os mesmos esclareçam suas dúvidas, recebam orientações, e tenham a atenção devida à suas necessidades básicas e clínicas.

Embora a PNH tenha sido implementada a partir de 2003, dando grande destaque ao processo de acolhimento dos usuários do SUS, e a importância que esse processo tem para reorganizar e atender as demandas dos indivíduos, ainda há algumas dificuldades na realização do acolhimento (BRASIL, 2012).

Variável	N	%
Dificuldades		
Falta de conhecimento	5	6,7
Estresse no trabalho	15	20,3
Ignorância do usuário	12	16,3
Falta de recursos humanos	12	16,3
Estrutura física inadequada	08	10,8
Falta de união da equipe	08	10,8
Insuficiência de cursos e treinamentos	05	6,7
Não reconhecimento profissional	05	6,7
Desmotivação no trabalho	04	5,5
TOTAL	74	100,0

Tabela 5 - Dificuldades relacionadas à implementação do acolhimento aos idosos nas Unidades Básicas de Saúde. Juazeiro do Norte, Ceará. Brasil. 2018.

* O cálculo foi baseado no número de resposta, e não em número total de profissionais, portanto, n=74.

Fonte: Pesquisa direta, 2018.

Dentre as principais dificuldades na implementação do acolhimento nas UBS, foram citadas pelos profissionais: o estresse no trabalho, 20,3% (15); ignorância do usuário, 16,3% (12); e a falta de recursos humanos, 16,3% (12).

A principal dificuldade citada pelos profissionais da saúde neste estudo foi o estresse no trabalho, que pode estar associado a diversos fatores, tanto pessoais como profissionais. O estresse além de prejudicar a qualidade do atendimento dos usuários, é uma barreira na construção de vínculo entre a díade profissional-paciente (LEONELLI et al., 2017).

Assim, o estresse no trabalho pode ser resultado da desvalorização profissional, sobrecarga de trabalho, insatisfação com a atividade desempenhada, recursos escassos, e outros. Entretanto, o estresse também pode estar relacionado a problemas individuais, como conflitos familiares, problemas de saúde e/ou problemas

peçoais (LEONELLI et al., 2017).

A ignorância do usuário foi o segundo ponto mais evidenciado pelos entrevistados. A ignorância do usuário em geral tem dois fatores: falta de conhecimento sobre o trâmite do atendimento na UBS, e desgaste por este processo. A falta de conhecimento sobre o trâmite de atendimento na UBS envolve a carência de compreensão dos usuários sobre o funcionamento dos serviços de saúde e suas esferas, além do processo de encaminhamento e referência (ARRUDA, BOSI, 2017).

Sobre o desgaste do processo, em muitos casos os pacientes enfrentam uma longa espera para serem atendidos nos serviços, tendo que procurar as unidades mais de uma vez, além das filas para atendimento, o que gera um desgaste nos mesmos, que tende a contribuir para a ignorância dos usuários (ARRUDA, BOSI, 2017).

Existem algumas ações que permitem facilitar e contribuir para que o processo de acolhimento realmente ocorra nos serviços de saúde, e que, assim, possam contribuir para a melhoria do atendimento dos usuários.

Variável	N	%
Ações		
Postura profissional diante do usuário	9	31
Interesse pela condição do usuário	20	69
TOTAL	29	100

Tabela 6 – Ações que contribuem para implementação do acolhimento nas Unidades de Saúde. Juazeiro do Norte, Ceará. Brasil. 2018.

Fonte: Pesquisa direta, 2018.

* O cálculo foi baseado no número de resposta, e não em número total de profissionais, portanto, n=29.

Na visão dos profissionais que participaram da pesquisa, a ação que mais contribui para implementação do processo de acolhimento nas UBS é o interesse pela condição do usuário 69% (20), seguido da postura profissional diante do usuário 31% (9).

O interesse pela condição do usuário envolve a promoção de uma assistência equitativa e empática ao paciente, o que remete a real compreensão de todas as suas necessidades básicas e clínicas, de modo a favorecer uma atenção equânime ao mesmo, visando não apenas a doença, mas o indivíduo como um todo.

A postura profissional envolve comprometimento com a assistência prestada, realizando-a com zelo e ética, seguindo uma conduta que foque no bem estar do usuário, bem como no respeito a suas especificidades (CURVO, 2016).

5 | CONCLUSÃO

Através da realização da pesquisa foi possível analisar as características envolvidas no processo de acolhimento aos idosos realizado pelos profissionais de saúde nas UBS, percebendo-se que embora haja capacitações e participação ativa dos profissionais em cursos e treinamentos, ainda há outros fatores envolvidos que são necessários para que o processo de acolhimento seja desempenhado de modo qualitativo.

Diante do perfil dos participantes, foi evidenciado que os profissionais de saúde que realizam atendimento nas UBS do município de Juazeiro do Norte – CE são enquadrados em sua maioria no seguinte perfil: mulheres 86,4% (19); solteiros(as) 40,9% (9); casados(as) 40,9% (9); com uma média de idade de 34,5 anos; e tempo médio de atuação de 9,36 anos.

A partir dos resultados obtidos no estudo foi possível compreender os principais benefícios advindos do processo de acolhimento, as dificuldades encontradas diante da implementação deste, e as ações que contribuem para o processo, dados estes que poderão servir como espelho para gestores e profissionais da saúde que almejam incrementar o acolhimento nas UBS de suas regiões.

Assim, dentre os principais benefícios associados ao acolhimento, podemos citar: o atendimento às necessidades dos usuários, esclarecimentos de dúvidas e um direcionamento para solução das necessidades dos indivíduos. Bem como, diante das dificuldades para implementação deste processo foram citados o estresse no trabalho e a ignorância dos usuários. Ao passo que, quanto às ações que contribuem para o acolhimento, os profissionais apontaram como ponto mais importante o interesse pela condição do usuário.

O acolhimento, a partir da implementação da PNH, se tornou uma necessidade nos serviços de saúde em todas as suas esferas. Entretanto, até hoje os profissionais ainda possuem dificuldades para que a implementação ocorra de maneira eficaz, pois organizar os serviços de saúde, possuir uma equipe treinada e integrada, que se preocupa com os usuários tende a ser o grande diferencial para se realizar o acolhimento a todos os usuários dos serviços de saúde, dentre estes o público idoso.

REFERÊNCIAS

ARRUDA, Carlos André Moura; BOSI, Maria Lúcia Magalhães. Satisfação de usuários da atenção primária à saúde: um estudo qualitativo no Nordeste do Brasil. **Articles Interface**, 21 (61) Apr-Jun. 2017. DOI: <https://doi.org/10.1590/1807-57622015.0479>

BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução nº466, 12 de dezembro de 2012**. Aprova as Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisa Envolvendo Seres Humanos. Diário Oficial da União. Brasília, 13 jun. 2013. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2013/res0466_12_12_2012.html>. Acesso em: 22 de março de 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica.

Acolhimento à demanda espontânea: queixas mais comuns na Atenção Básica. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. Brasília – DF. 2012. Disponível em: <http://www.saude.sp.gov.br/resources/humanizacao/biblioteca/documentos-norteadores/cadernos_de_atencao_basica_-_volume_ii.pdf>. Acesso em: 25 de outubro de 2018.

BRASIL. **Portaria Nº 399, de 22 de fevereiro de 2006.** Dispõe sobre a divulgação o Pacto pela Saúde 2006, consolidação do SUS e aprovação das Diretrizes Operacionais do Referido Pacto. 2006. Disponível em: <http://bvsmis.saude.gov.br/bvsmis/saudelegis/gm/2006/prt0399_22_02_2006.html>. Acesso em: 10 de maio de 2018.

CALDAS, Juliana Barreto. **Abordagem da demanda espontânea na unidade básica de saúde cristais - Nova Lima [MONOGRAFIA].** Universidade Federal de Minas Gerais. Curso de Especialização Estratégia Saúde da Família. Belo Horizonte – MG. 2015. Disponível em: <http://www.bibliotecadigital.ufmg.br/dspace/bitstream/handle/1843/BUOS-AAVV6J/vers_o_final_do_tcc_juliana__2_.pdf?sequence=1>. Acesso em: 15 de setembro de 2018.

COUTINHO, Larissa Rachel Palhares; BARBIERI, Ana Rita; SANTOS, Mara Lisiane de Moraes dos. Acolhimento na Atenção Primária à Saúde: revisão integrativa. **Saúde debate [online]**. vol.39, n.105, pp.514-524. 2015. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/0103-110420151050002018>

CURVO, Patrícia Abrahão. **Avaliação da atenção básica em saúde destacando satisfação e insatisfação na perspectiva dos usuários, com ênfase na integralidade da atenção [DISSERTAÇÃO].** Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto. Enfermagem em Saúde Pública. Ribeirão Preto – SP. 2016. Disponível em: <<http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/22/22133/tde-16052011-171359/pt-br.php>>. Acesso em: 03 de junho de 2018.

LEONELLI, Luiz Bernardo; ANDREONI, Solange; MARTINS, Patricia; KOZASA, Elisa Harumi; SALVO, Vera Lúcia de; SOPEZKI, Daniela; MONTERO-MARIN, Jesus; GARCIA-CAMPAYO, Javier; DEMARZO, Marcelo Marcos Piva. Estresse percebido em profissionais da Estratégia Saúde da Família. **Rev bras epidemiol.**, abr-jun., 20(2): 286-298. 2017. DOI: 10.1590/1980-5497201700020009

MAHL, Claudiane; TOMASI, Elaine. Estratégia Saúde da Família na 19ª. Coordenadoria Regional de Saúde do Rio Grande do Sul: Perfil dos Profissionais e Estrutura das Unidades Básicas de Saúde. **Ciência et Praxis v. 2, n. 4.** 2009. Disponível em: <<http://revista.uemg.br/index.php/praxys/article/view/2095/1088>>. Acesso em: 07 de Novembro de 2018.

MEDEIROS, Camyla Bernardo; ALVES, Maria do Socorro Costa Feitosa; MOURA, Luana Kelle Batista; SOUZA, Roberta Kaliny; SILVA, Edna Maria da. A perspectiva do usuário na atenção básica sobre o acolhimento ao idoso. **Revista Ciência Plural.** 4(3):43-56. 2018.

MIRANDA, Gabriella Morais Duarte; MENDES, Antonio da Cruz Gouveia; SILVA, Ana Lucia Andrade da. O envelhecimento populacional brasileiro: desafios e consequências sociais atuais e futuras. **Rev. bras. geriatr. gerontol.**, vol.19 no.3. Rio de Janeiro – RJ. 2016. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/1809-98232016019.150140>

RISSARDO, Leidyani Karina; REGO, Anderson da Silva; SCOLARI, Giovana Aparecida de Souza; RADOVANOVIC, Cremilde Aparecida Trindade; DECESARO, Maria das Neves; CARREIRA, Lígia. Idosos atendidos em unidade de pronto-atendimento por condições sensíveis à atenção primária à saúde. **Rev. Min Enferm.**, 20:e971. 2016. DOI: 10.5935/1415-2762.20160041

VELLO, Lais Soares; POPIM, Regina Célia; CARAZZAI, Elisabete Manieri; PEREIRA, Maria Alice Ornelas. Saúde do Idoso: percepções relacionadas ao atendimento. **Esc. Anna Nery [online]**. vol.18, n.2, pp.330-335. 2014. DOI: <http://dx.doi.org/10.5935/1414-8145.20140048>

ACOLHIMENTO E ASSISTÊNCIA A SAÚDE DO IDOSO NA ATENÇÃO PRIMÁRIA

Monyka Brito Lima dos Santos

Centro Universitário de Ciências e Tecnologia do Maranhão - UniFacema, Caxias-MA.

Elcilene Fernandes da Silva Pereira

Centro Universitário de Ciências e Tecnologia do Maranhão - UniFacema, Caxias-MA.

Franc-Lane Sousa Carvalho do Nascimento

Universidade Estadual do Maranhão - UEMA, Caxias-MA.

RESUMO: O acolhimento e assistência à saúde do idoso na atenção primária é essencial para uma melhor qualidade de vida e deve ser assegurado integralmente, visto que, os idosos no seu processo de envelhecimento podem estar fragilizados por diversos problemas de saúde. Objetivou-se avaliar, na perspectiva do paciente, o acolhimento e assistência de saúde prestada ao paciente idoso na Estratégia de Saúde da Família (ESF). Pesquisa exploratória descritiva, abordagem qualitativa. O cenário de investigação foi uma Unidade Básica de Saúde (UBS) localizada na cidade de Caxias, Maranhão, Brasil. A coleta de dados ocorreu mediante aplicação de questionário aberto entre os meses de setembro e outubro de 2016 e contou com uma amostra de 12 idosos. Foram incluídos no estudo idosos cadastrados e assistidos pela ESF, que tivesse autonomia e concordassem assinar o Termo de

Consentimento Livre e Esclarecido. A análise dos dados das entrevistas se deu a partir da Técnica de Análise de Conteúdo, proposta por Bardin (2010). A pesquisa aprovada com CAAE nº 60381916.2.0000.8007. Os resultados demonstraram que os idosos investigados estão satisfeitos com o acolhimento e a assistência à saúde que lhes é ofertada na atenção primária. Contudo, alguns idosos confirmam a ocorrência de atendimentos desagradável realizado por alguns profissionais da equipe de saúde da UBS, o que confronta os primeiros relatos de satisfação com a assistência à saúde. Para que o acolhimento e assistência sejam prestados com eficiência, a equipe de saúde deve planejar e implementar suas ações, bem como capacitar profissionais para assistir adequadamente o público idoso.

PALAVRAS-CHAVE: Atenção Primária à Saúde. Acolhimento. Assistência Integral à Saúde do Idoso.

RECEPTION AND HEALTH CARE OF THE ELDERLY IN PRIMARY CARE

ABSTRACT: The reception and health care of the elderly in primary care is essential for a better quality of life and should be fully ensured, as the elderly in their aging process may be weakened by various health problems. The objective was to evaluate, from the patient's perspective, the

reception and health care provided to elderly patients in the Family Health Strategy (FHS). Descriptive exploratory research, qualitative approach. The research scenario was a Basic Health Unit (BHU) located in the city of Caxias, Maranhão, Brazil. Data collection took place by applying an open questionnaire between September and October 2016 and included a sample of 12 elderly. The study included elderly registered and assisted by the FHS who had autonomy and agreed to sign the Free and Informed Consent Form. The data analysis of the interviews was based on the Content Analysis Technique proposed by Bardin (2010). The research approved with CAAE No. 60381916.2.0000.8007. The results showed that the investigated elderly are satisfied with the reception and health care offered to them in primary care. However, some seniors confirm the occurrence of unpleasant care provided by some professionals of the UBS health team, which confronts the first reports of satisfaction with health care. For the reception and assistance to be provided efficiently, the health team must plan and implement their actions, as well as train professionals to properly assist the elderly public.

KEYWORDS: Primary Health Care. Reception. Comprehensive Health Care for the Elderly.

1 | INTRODUÇÃO

O processo de envelhecimento, em alguns casos, fragiliza o idoso, além do surgimento e agravamento de doenças, pode ocorrer a perda da autonomia e a até mesmo debilidade físico mental. Com o aumento exponencial da população idosa, principalmente nos países em desenvolvimento, surge a necessidade que envolve diretamente os serviços e profissionais de saúde nas questões que envolvam a qualidade de vidas dos idosos (NICOLUSSI, 2012).

Com isso, é necessário que os profissionais de saúde tenham uma visão ampla sobre tudo que se refere a saúde dos idosos, ao processo de envelhecimento, políticas públicas de assistência ao idoso e principalmente demonstrar a partir do acolhimento e da humanização da assistência de enfermagem que esse processo não significa apenas adoecimento ou um possível encontro com a morte, mais sim, um segmento de qualidade de vida e longevidade (CASSOLA; TÓLIO; BACKES, 2011).

O acolhimento e assistência do idoso na Estratégia de Saúde da Família (ESF) deve ser assegurado integralmente, visto que, os idosos no seu processo de envelhecimento encontram diversas dificuldades e problemas de saúde. Com a melhoria das condições de vida da população brasileira e o crescimento populacional, aumentou consideravelmente o número de idosos no Brasil, desta forma criou-se ao longo do tempo programas para garantir o atendimento ao idoso e um envelhecimento saudável (CRUVINEL, 2009).

A problemática que conduziu esta pesquisa delimitou-se na seguinte indagação:

Os idosos sentem-se acolhidos e assistidos integralmente na Estratégia de Saúde da Família? Neste cenário, objetivou-se avaliar, na perspectiva do paciente, o acolhimento e assistência de saúde prestada ao paciente idoso na Estratégia de Saúde da Família. O acolhimento é uma prática humanizada que deve ser desempenhado de modo corriqueiro nas ações e práticas de assistência à saúde do público idoso, uma vez que indica a qualidade dos serviços de saúde.

O acolhimento na atenção primária à saúde é uma estratégia fundamental para o bom desempenho da assistência e qualidade dos serviços prestados direcionado ao público idoso e com o aumento da população idosa, torna-se cada vez mais constante a busca pelos serviços da atenção primária, com isso, o processo de envelhecimento deve ser reconhecido e acompanhado pelos profissionais enfermeiros da atenção primária, fazendo do envelhecimento uma etapa satisfatória para o paciente idoso (SILVA; BORGES, 2008).

2 | METODOLOGIA

Trata-se de um estudo exploratório descritivo, com abordagem qualitativa. O cenário de investigação foi uma Unidade Básica de Saúde (UBS) localizada no povoado Buenos Aires, distrito da cidade de Caxias, região leste do estado do Maranhão. A pesquisa ocorreu com 12 idosos cadastrados na Estratégia de Saúde da Família (ESF), que foram informados quanto aos objetivos e relevância da pesquisa, convidados a participar voluntariamente mediante assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Os critérios de inclusão priorizaram idosos cadastrados na ESF, que gozassem de autonomia e pleno juízo. A coleta dos dados ocorreu entre os meses de setembro e outubro de 2016, no povoado de Buenos Aires, distrito da cidade de Caxias - Maranhão, foi realizada uma entrevista semiestruturada com perguntas abertas acerca do acolhimento e da assistência à saúde prestados às pessoas idosas na Unidade Básica de Saúde.

A análise dos dados das entrevistas se deu a partir da Técnica de Análise de Conteúdo, proposta por Bardin (2010). A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Ciências e Tecnologia do Maranhão – FACEMA, aprovado com o Certificado de Apresentação para Apreciação Ética (CAAE) de nº 60381916.2.0000.8007. Os pesquisadores responsáveis comprometeram-se com as normas da Resolução CNS nº 466/12 e suas complementares (BRASIL, 2012).

3 | RESULTADOS E DISCUSSÃO

Para garantir o total sigilo e anonimato dos sujeitos participantes do estudo, seus nomes foram substituídos pela sigla “ID1, ID2, ID3...” posteriormente enumerados

de acordo com a ordem de coleta de dados, além da identificação, o quadro abaixo caracteriza a idade, o sexo e a ocupação de todos os participantes. A pesquisa analisou falas dos idosos cadastrados na ESF na UBS Buenos Aires, desta análise emergiram duas categorias das questões norteadoras, quais sejam: Categoria I: O acolhimento e a assistência de enfermagem prestada ao idoso na ESF e Categoria II: Melhoria do atendimento direcionado aos idosos na ESF.

Categoria I: O acolhimento e a assistência de enfermagem prestada ao idoso na ESF

Esta categoria surge a partir dos relatos dos idosos quando questionados sobre como eles são atendidos e assistidos na ESF da UBS Buenos Aires, bem como suas opiniões sobre o acolhimento e o atendimento. Os fragmentos das falas selecionadas revelam como os idosos percebem o atendimento, assistência e acolhimento. Pode-se perceber que alguns idosos remetem que os serviços prestados são bons, visto que o atendimento e a assistência prestados na ESF são o que almejam:

Gosto muito do atendimento, sempre sou muito bem atendido (ID3).

Sim, bem atendido (ID1).

Bem, gosto do atendimento e da assistência (ID2, ID5, ID8, ID10).

Acho bom, sempre sou bem atendido (ID6, ID12).

É bom o atendimento e também recebo os meus remédios (ID4).

Dentre os 12 idosos participantes desse estudo, 09 deles demonstraram satisfação para com o acolhimento e assistência que lhes é ofertada na Atenção Básica, todas as afirmativas foram de aprovação, evidenciando que os serviços prestados a eles, até o presente momento, têm atendido suas necessidades e demandas do seu processo de envelhecimento.

Segundo Backes et al. (2012), quando o paciente perceber que suas reclamações recebem atenção e são resolvidas, seja pelo atendimento prestado ou pela relação com os profissionais da saúde, ou ainda pelo acolhimento ofertado, o regresso ao serviço é contínuo, pois a eficiência do atendimento fica notório, pois o método de como o paciente é acolhido no serviço de saúde potencializa os vínculos entre os profissionais e o usuário, evidenciando a importância do preparo dos trabalhadores da saúde para cuidar, acolher e assistir a população, na conquista serviços de excelência.

A partir dos relatos de atendimento, assistência e acolhimento efetivos e satisfatórios para os idosos, concluiu-se que os profissionais de saúde da UBS estão atuando de modo correto, evidenciado que à satisfação por parte dos idosos

e acolhimento prudentes dos profissionais que estão preparados para exercer suas funções, beneficiando os idosos e sustentando sua assiduidade na busca pelos serviços da ESF.

Em consonância com a assertiva, as pesquisas realizadas por Pasqual, Rezende e Chirelli (2016) realizada com mulheres idosas usuárias dos serviços da ESF, apontaram resultados similares, tendo em vista que a maioria das idosas entrevistadas asseguraram satisfação com o acolhimento e assistência a saúde que adquiriram na atenção primária.

Almeja-se que o atendimento qualificado supere o simples cuidado, técnicas de procedimentos e burocracias, e assim, ultrapasse esses mecanismos para assistir os pacientes de acordo com suas necessidades pessoais, contudo, o acolhimento, é a melhor ferramenta para que o enfermeiro desenvolva essa e organize seu atendimento com eficiência total, potencializando mudanças substanciais na comunidade (GARUZI et al., 2014).

A partir de treinamentos e capacitações, a equipe da ESF deverá identificar a realidade epidemiológica e sócio demográfica das famílias cadastradas, reconhecer os problemas da comunidade, necessidades de saúde, identificar, riscos aos quais estão expostos, planejar ações resolutivas para os fatores que desencadeiam doenças, atender demanda programada ou espontânea levando em consideração as necessidades da comunidade, utilizar o sistema de referência e contra referência, prevenção e educação em saúde para os problemas identificados na comunidade (COSTA, CARBONE, 2009).

Para tanto, o enfermeiro desenvolve seu trabalho na unidade, gerenciando a equipe de saúde, e na comunidade, supervisionando o trabalho dos agentes comunitários e assistindo aos usuários que necessitam de atenção de enfermagem. Este possui as seguintes atribuições: é responsável pelas ações de vigilância sanitária e epidemiológica, pela capacitação dos agentes comunitários de saúde e dos técnicos em enfermagem, pela realização de ações de educação em saúde, pela promoção da qualidade de vida e meio ambiente mais saudável e por programar e planejar as ações e organização do trabalho com os demais profissionais da equipe (GARUZI et al., 2014).

Enfim, quando os profissionais da saúde não exercem sua assistência e cuidados de forma mecânica, e levam em consideração a origem social, econômica, política, religiosa, as relações familiares e os problemas que o levaram o paciente a buscar ajuda, geralmente os profissionais permitem produzir um cuidado numa situação de acolhimento satisfatórios, levando o paciente a sentir-se bem assistido e acolhido (PELISOLI et al., 2014).

É o que demonstraram os idosos entrevistados, quando enfatizam que “*sempre são muito bem atendido*”, demonstrando que os profissionais estão preparados e estão atuando de acordo com as suas expectativas. No entanto percebeu-se durante as entrevistas que os idosos ficaram receosos, buscando frases e demorando a

responder as indagações, o que remete as frases tão diretas e resumidas.

Categoria II: Melhoria do atendimento direcionado aos idosos na ESF

Quanto a esta segunda categoria, emergiram descrições sobre as possíveis melhoras no atendimento na ótica do idoso, as diferenças que os idosos sentiam entre os atendimentos com diferentes profissionais, bem como a insuficiência de profissionais e o despreparo desses no acolhimento dos idosos.

Contudo, percebeu-se que a maioria dos entrevistados constataram a necessidade de profissionais da saúde, assim como, um atendimento desagradável de alguns profissionais da UBS, o que confronta as primeiras constatações nos relatos de alguns idosos que confirmaram satisfação com o atendimento, assistência e acolhimento recebidos.

A Atenção Básica é sem dúvidas a porta de entrada nos serviços de saúde para a atenção à saúde do idoso, assim, posteriormente aos serviços seguintes de média e alta complexidade. Para Costa e Ciosak (2010) a assistência primária é onde se desenvolvem os principais conjuntos de ações de saúde, sejam elas individuais ou coletivas, as ações buscam promover a proteção e a prevenção à saúde a partir da identificação de diagnósticos, tratamentos, reabilitação e a manutenção da saúde.

Tendo conhecimento de como deve ser a Atenção Básica, elaborou-se as seguintes indagação: O que você não gosta no atendimento da ESF? Você acha que deve melhorar algo na ESF? Se sim, o quê? Em discordâncias com a satisfação referida na categoria I, alguns idosos afirmaram positivamente com confiança. As falas revelam as seguintes expressões:

Não gosto por causa da deficiência de marcar exame, por que lá é só se você entrar na hora. Acho que o atendimento tem que melhorar (ID1).

Não gosto quando o médico fica muitos dias sem vir no posto. Acho que o atendimento deve melhorar na parte dentaria (ID3).

Quando sou atendida não tem medicamento e os profissionais médicos e enfermeiros não trabalham o dia todo (ID7).

Acho que o atendimento do médico e do dentista deveriam melhorar mais (ID8).

O atendimento dentário deve melhor muito (ID10).

As falas mostram problemas frequentes no atendimento aos idosos nas UBS e dificuldades como a falta de medicação, atrapalham a continuidade da assistência e do acolhimento aos idosos e desencoraja a assiduidade, o que implica na falta de empenho em buscar os serviços por esses determinados problemas citados nas falas. Para que haja melhorias, o acolhimento pode ser usado como instrumento capaz de desencadear mudanças, organizar a assistência e cuidados de saúde, possibilitando total acesso aos serviços prestados e melhorando as relações entre

usuários e profissionais.

Em relação ao atendimento e acolhimento aos idosos, principalmente os residentes na zona rural, o serviço pode expressar baixa qualidade, pois as unidades de atenção primária da zona rural ainda estão desprovidas de assistência adequada. No entanto, cabe aos profissionais da equipe de saúde da ESF ampliar seus conhecimentos e atuação através da promoção e prevenção à saúde, orientado e acompanhando os pacientes idosos afim de ofertar a melhor assistência possível (SILVA; BORGES, 2008).

Um estudo feito por Brito et al. (2015) constatou que a falta de medicações é um problema crítico a ser enfrentado pelos profissionais nas UBS, podendo minimizar a assiduidade de alguns idosos na busca de assistência e orientações de saúde, isso por que alguns idosos só comparecem nas consultas para receber a medicação, e, quando falta a medicação, não fazer questão alguma de comparecer a UBS. Outro desafio da equipe de saúde da UBS é a aceitação dos idosos sobre suas necessidades de acompanhamento no processo de envelhecimento, alguns demonstram resistência nas visitas domiciliares existe porque afirmam não precisar de medicações e consultas.

De acordo com Oliveira et al. (2010) e Lopes et al. (2014), todos os profissionais de equipe de ESF, devem estar empenhados e capacitados para acolher a e atender a população, sendo uma atividade comum para todos os profissionais e não privativa de um profissional específico. Conversar diretamente com os pacientes pode ser o primeiro passo para a resolução das necessidades desses usuários, sendo essa uma ferramenta do acolhimento.

Para tanto, a prática do acolhimento é uma estratégia que traz aos serviços de saúde uma qualidade satisfatória, sendo fundamental para o atendimento na ESF. O acolhimento adequado dos pacientes tem a capacidade de melhorar as relações interpessoais de profissionais, pacientes e serviços administrativos da UBS, quando se exerce a prática de acolher, os profissionais criam um vínculo seguro com o paciente, familiares e comunidade, facilitando a comunicação e a resolutividade das demandas de saúde que estes necessitam (SAES; RAYS; GATTI, 2011).

A construção de uma relação de confiança e empatia pode ser primordial para que os serviços de saúde da ESF sejam aperfeiçoados entre o serviço de saúde prestado e as exigências da comunidade. A comunicação entre a equipe e paciente pode favorecer a compreensão e a conscientização para o seguimento correto das orientações terapêuticas pelo usuário, fazendo com que ele se sinta bem assistido é não haja pré-julgamento contra os serviços prestados e sim um vínculo de apoio mutuo (GARUZI et al., 2014).

O agente de saúde não me visita. Sim, vejo que tem coisas para melhorar (ID2).

O agente de saúde não informa agente de nada. Muita coisa tem que melhorar e o principal são os remédios que faltam muito (ID4).

Gosto muito do atendimento, mais acho que deve melhorar muita coisa (ID5, ID6).

Demora muito para ser atendido e alguns profissionais devem melhorar muito (ID12).

Os idosos participantes desse estudo retratam a falta de informações sobre os serviços de saúde que deveriam ser repassadas pelos Agentes Comunitários de Saúde (ACS), ressaltaram a não assiduidade nas visitas dos ACS's, evidenciando a falta de acolhimento, acompanhamento, orientações e ações educativas por parte de alguns ACS do povoado Buenos Aires.

O ACS é a ponte de comunicação entre a equipe da ESF e a família, é fundamental para o sucesso do acolhimento e das práticas de saúde, que este profissional exerça as atribuições de mapear a área de abrangência, identificar áreas de risco, cadastro e acompanhamento de famílias, visitas domiciliares, atualização de cadastro, orientações às famílias sobre a utilização adequada dos serviços de saúde disponíveis, ações educativas visando à promoção de saúde, à prevenção de doenças e agravos de saúde (MURTA, 2008; CREPILHO, POLUBRIAGINOF, 2009).

Em consonância, Coutinho et al. (2013) realizaram uma pesquisa com profissionais enfermeiros da ESF, onde estes profissionais revelaram desenvolver poucas ações de saúde voltadas ao público idoso e, dentre as escassas ações, aquelas desenvolvidas estavam direcionadas os idosos mais doente e que necessitam de acompanhamento por conta de patologias já existentes. Entretanto, as explicações para tal negligência foram a falta de capacitação profissional, disponibilidade de tempo, de profissionais e de investimentos, além disso, os enfermeiros alegaram que as equipes de saúde ainda têm uma visão medicalizadora e centralizada na doença.

A aplicação do acolhimento humanizado como estratégia do cuidado de enfermagem, faz com que as atividades da ESF sejam elaboradas de forma a aproximar o usuário dos profissionais, além de fazer os objetivos da unidade serem cumpridos, através da atenção singular de cada idosos, juntamente com a elaboração de ações educativas para a comunidade, visando a resolução de problemas simples como é o caso do acolhimento ao idoso na UBS.

Ao serem questionados sobre se haviam diferenças no atendimento e acolhimento com diferentes profissionais, os idosos foram muito diretos quanto as respostas, como mostram as falas abaixo.

Alguns atendem melhor que outros (ID2, ID4, ID7, ID12).

Não (ID3, ID5, ID6, ID10, ID11).

Sim (ID1, ID8, ID9).

As falas revelam que os idosos percebem o diferencial de alguns profissionais que exercem suas ações de cuidado e assistência de modo empático e coerente, no entanto, outros profissionais não os atendem tão bem, o que demonstra a necessidade

de traçar um plano de atendimento que avaliem o idoso em sua totalidade, assim, eles não identificaram diferenças nos atendimentos entre uns profissionais e outros.

Ao atenderem seus pacientes, os profissionais da saúde devem se expressar de forma clara e direta buscando visualizar as necessidades específicas desses pacientes idosos, é importante que acolham e cuidem dos mesmos de maneira igualitária e adequada, fornecendo apoio emocional e respeito, ajustando sua assistência de acordo com as suas necessidades individuais de cada idoso e assim tenham qualidade de vida (CANEPA, CARDOSO, RICARDINO, 2014).

Levando essa perspectiva anterior em consideração, Fagundes (2015) ressalta que a Enfermagem não deve dispensar suas ações e cuidado na assistência ao idoso visando atender as demandas das doenças portadas pelos mesmos, mas sim planejar e desenvolver ações de promoção, educação, manutenção e recuperação da saúde deste idosos e de toda a comunidade, que também envelhecerá, todavia, devesse respeitar e estimular a independência do idoso, envolvendo-o na participação e no processo de cuidado, tornando-os autônomos e autossuficientes.

O profissional deve conhecer necessidades e especificidades da comunidade que assiste, deve-se atentar-se a atenção aos idosos e deixar de praticar somente ações programáticas usando protocolos. É necessário adequar a assistência e o acolhimento ao idoso, pois não atendem totalmente as suas necessidades ou seus problemas de saúde, o que requer profissionais qualificados e equipes multidisciplinares (CORREIA; FREIRES; LUCENA, 2015).

Neste aspecto, Tavares e Tocantins (2015) consideram relevante que os profissionais adquiram conhecimento sobre as principais ações em educação e saúde tais como métodos de prevenção de agravos, nutrição adequada, saneamento básico, imunização, entre outras. A proposta de acolhimento, como forma de organização da porta de entrada dos serviços de saúde tem sido implantada em alguns municípios.

Quando buscam os serviços de saúde e não o encontra, os pacientes idosos simplesmente reflete sua insatisfação. É importante esses serviços estejam aptos a responder as necessidades dos idosos em todo processo de envelhecimento, a ESF por exemplo, é um programa fundamental para o auxílio, orientação e acompanhamento desse processo vital do ser humano.

4 | CONSIDERAÇÕES FINAIS

O acolhimento e o cuidado prestado ao idoso na Atenção Básica deve atender de forma integral, ofertando o máximo de assistência de que a UBS pode oferecer, até que este seja direcionado a outros especialistas. O acolher deve ter em sua essência o estabelecimento de laços permanentes, a confiança do idoso no serviço prestado e um atendimento humanizado, levando em consideração não apenas os cuidados terapêuticos, mais todas as necessidades físicas, mentais e sociais do idoso, tendo em vista que, acolher é mais que um atendimento sistematizado.

Os resultados dessa pesquisa demonstraram que a maioria dos idosos manifestam satisfação para com o acolhimento que lhes é ofertada na unidade de saúde, pois todas as afirmativas foram de aprovação, evidenciando que o atendimento e a assistência prestados aos idosos, até o presente momento, têm suprido suas necessidades básicas no processo de saúde/doença.

No entanto, concluiu-se que a uma discordâncias com a satisfação referida pelos idosos na categoria I, pois na Categoria II, alguns idosos referiram não gostar do atendimento da UBS por causa das dificuldades em marcar exames, falta de profissionais para complementar a equipe, medicamentos e melhorarias na parte da assistência dentária, apontando ainda, que o atendimento deve ser melhorado, além de verbalizarem, a insatisfação com a ausência das visitas dos ACS's e a falta de informação advindas desses profissionais, que deveriam ser a ponte entre pacientes e UBS.

Esse estudo busca contribuir para o desenvolvimento de estratégia precisas para o acolhimento e a humanização na ESF, visando mudar o processo de trabalho dos profissionais da equipe, e posteriormente, a visão dos idosos sobre o atendimento e o acolhimento que lhes é prestados, além de favorecer a construção de um elo de comunicação entre pacientes, ACS's e profissionais da unidade, para que todos conheçam os fatores socioeconômicos dos idosos e suas principais necessidades, pois conhecer como eles vivem é determinante para planejar as ações e posteriormente aplica-las.

Ressaltando ainda, quão conveniente é a capacitação dos profissionais da atenção básica para potencializar o atendimento direcionado ao idoso, os profissionais da ESF devem reconhecer a importância de acolher o idoso em sua totalidade e humanizar assistência que prestam.

REFERÊNCIAS

BACKS, D. S. et al. O papel profissional do enfermeiro no Sistema Único de Saúde: da saúde comunitária a estratégia de saúde da família. **Ciência e Saúde Coletiva**, v.17, n.01, p.223-230, 2012.

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

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução 466/12 de 12 de dezembro de 2012**. Dispõe sobre diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Brasília, 2012.

BRITO, R. F. S. L. V. et al. O idoso na estratégia saúde da família: atuação do enfermeiro durante o envelhecimento ativo. **Revista Interd.**, v.08, n.04, p.99-108, 2015.

CANEPA, E. B. S.; CARDOSO, A. I. Q.; RICARDINO, A. R. O enfermeiro e a promoção da qualidade de vida aos idosos: uma revisão. **Interbio**, v.08, n.01, p.56-64, 2014.

CORREIA, A. de A.; FREIRES, F. C.; LUCENA, A. L. R. de. Assistência de Enfermagem ao Idoso em Unidades de Saúde da Família. **Rev. Ciênc. Saúde**, v.13, n.02, p.33-41, 2015.

- COSTA, M. F. B. N. A. da; CIOSAK, S. I. Atenção integral na saúde do idoso no Programa Saúde da Família: visão dos profissionais de saúde. **Rev. Esc. Enferm. USP**, v.44, n.02, p.437-444, 2010.
- COSTA, E.; CARBONE, M. **Saúde da família: uma abordagem multidisciplinar**. Rio de Janeiro: Editora Rubio, 2009.
- CASSOLA, T.; TÓLIO, C.; BACKES, D. O olhar de profissionais da saúde para um novo envelhecer. **Rev contexto & saúde**, v.10, n.20, p.1127-1132, 2011.
- COUTINHO, A. T. et al. Integralidade do cuidado com o idoso na estratégia de saúde da família: visão da equipe. **Esc Anna Nery**, v.17, n. 04, p: 628-637, 2013.
- CRESPILHO, M do C. R.; POLUBRIAGINOF, C. A ótica dos agentes comunitários de saúde sobre o Programa Saúde da Família. **Rev Enferm. UNISA**, v.10, n.02, p:113-7, 2009.
- CRUVINEL, T. A. C. **Promoção da saúde e qualidade de vida nos idosos na saúde da família**. 2009. 27 f. Monografia (Pós-Graduação em Saúde da Família). Universidade Federal de Minas Gerais, 2009.
- FAGUNDES, S.N. Humanização da assistência de enfermagem frente ao paciente idoso na estratégia de saúde da família. **Facider Revista Científica**, n.09, 2015.
- GARUZI, M. et al. Acolhimento na Estratégia Saúde da Família: revisão integrativa. **Rev Panam Salud Publica**, v.35, n.02, 2014.
- KLAKONSKI, E. A. et al. Atuação do enfermeiro no atendimento domiciliar ao paciente idoso: revisão integrativa da literatura. **Saúde e Pesquisa**, v.08, Edição Especial, p.161-171, 2015.
- LOPES, G. et al. Acolhimento: Quando o usuário bate a porta. **Rev Bras Enferm.**, v.67, n.01, p.104-10, 2014.
- MAYNART, V. et al. Escuta Qualificada e o Acolhimento na atenção psicossocial. **Acta Paul Enferm.**, v.27, n.04, p.300-3, 2014.
- MURTA, G. F. **Saberes e práticas: guia para ensino e aprendizado de enfermagem**. São Paulo; 2008.
- NICOLUSSI, A. C. et al. Qualidade de vida em idosos que sofreram quedas: revisão integrativa da literatura. **Ciências e Saúde coletiva**, v.17, n.3, p.723-730, 2012.
- OLIVEIRA, E. et al. Acolhimento em saúde e desafios em sua implementação: percepção do acadêmico de enfermagem. **Revista Brasileira de Pesquisa em Saúde**, v.12, n.02, p.46-51, 2010.
- PASQUAL, K. K.; REZENDE, K. T. A.; CHIRELLI, M. Q. O cuidado prestado pela Estratégia Saúde da Família na percepção das mulheres idosas. **Rev. Gest. Saúde**, v.07, n.02, p.685-99. 2016.
- PELISOLI, C. et al. Acolhimento em saúde: uma revisão sistemática em periódicos brasileiros. **Estudos de Psicologia**, v.31, n.02, p. 225-235, 2014.
- SAES, S; RAYS, J; GATTI, M. Acolhimento, alteridade e estratégia saúde da família. **Salusvita**, v.30, n.03, p.203-214, 2011.
- SILVA, A. A.; BORGES M. M. M. de C. Humanização da assistência de enfermagem ao idoso em uma unidade de saúde da família. **Revista Enfermagem Integrada – Ipatinga**, v.01, n.01, 2008.
- TAVARES, R. E.; TOCANTINS, F. R. Ações de enfermagem na Atenção Primária e o controle de doenças imunopreveníveis. **Rev Bras. Enferm.**, v.68, n.05, p.803-9, 2015.

ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM A UMA PACIENTE ACOMETIDA POR SÍFILIS CONGÊNITA

Luana Cristina Rodrigues Venceslau

Faculdade de Juazeiro do Norte, Departamento de Enfermagem. Juazeiro do Norte – Ceará.

Ingrid Lima Felix de Carvalho

Faculdade de Juazeiro do Norte, Departamento de Enfermagem. Juazeiro do Norte – Ceará.

Antonia Samara Pedrosa de Lima

Faculdade de Juazeiro do Norte, Departamento de Enfermagem. Juazeiro do Norte – Ceará.

Diana Alves Ferreira

Faculdade de Juazeiro do Norte, Departamento de Enfermagem. Juazeiro do Norte – Ceará.

Maria Elisa Regina Benjamin de Moura

Faculdade de Juazeiro do Norte, Departamento de Enfermagem. Juazeiro do Norte – Ceará.

Crystianne Samara Barbosa de Araújo

Faculdade de Juazeiro do Norte, Departamento de Enfermagem. Juazeiro do Norte – Ceará.

Maria Leni Alves Silva

Faculdade de Juazeiro do Norte, Departamento de Enfermagem. Juazeiro do Norte – Ceará.

RESUMO: A sífilis é uma doença infecciosa sistêmica, de evolução crônica, causada pelo *treponema pallidum*. De transmissão sexual ou vertical que pode causar respectivamente a forma adquirida ou congênita. A sífilis pode ser transmitida para o conceito em qualquer fase da gestação por via transplacentária ou pelo canal do parto. Objetivou-se desenvolver

a assistência de enfermagem a uma paciente portadora de sífilis congênita. Trata-se de um estudo de caso, de caráter exploratório e descritivo, com abordagem qualitativa aplicado a uma paciente acometida por sífilis e usuária de drogas. Para elaboração da Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) com seus respectivos diagnósticos prioritários, resultados esperados e intervenções de enfermagem foram utilizados as taxonomias NANDA, NOC e NIC. Dessa forma o estudo evidenciou a importância da assistência de enfermagem durante o pré-natal para identificar, diagnosticar e tratar de forma adequada a paciente com sífilis, sendo possível a redução dos riscos da doença para o feto.

PALAVRAS-CHAVE: Sífilis Congênita; Recém-Nascido; Enfermagem.

ABSTRACT: Syphilis is a chronic, systemic infectious disease caused by *treponema pallidum*. Of sexual or vertical transmission that can cause respectively acquired or congenital form. Syphilis can be transmitted to the concept at any stage of gestation via the placenta or via the birth canal. The objective was to develop nursing care for a patient with congenital syphilis. It is a case study, exploratory and descriptive, with a qualitative approach applied to a patient affected by syphilis and drug users. To elaborate Nursing Care Systematization (SAE) with its

respective priority diagnoses, expected results and nursing interventions, the NANDA, NOC and NIC taxonomies were used. Thus, the study evidenced the importance of nursing care during the prenatal period to identify, diagnose and treat the patient with syphilis adequately, and it is possible to reduce the risk of the disease to the fetus.

KEYWORDS: Congenital Syphilis; Newborn; Nursing.

1 | INTRODUÇÃO

A sífilis é uma doença infecciosa sistêmica, de evolução crônica, sujeita a surtos de agudização e períodos de latência. É causada pelo *Treponema pallidum*, uma espiroqueta de transmissão sexual ou vertical que pode causar respectivamente a forma adquirida ou congênita da doença. No Brasil, a prevalência de sífilis em gestantes é de 1,6%. São estimadas 12 mil crianças que nascem com sífilis congênita. Entre os casos notificados em 2004, 78,8% das mães realizaram pré-natal (BRASIL, 2012).

A sífilis é uma doença de notificação compulsória, que quando transmitida intraútero ocasiona a sífilis congênita, apresentando até 40% de taxa de mortalidade. Entre as gestantes não tratadas a transmissão aumenta de 70 a 100%, nas fases primária e secundária (LAZARINI, 2017).

A infecção do feto depende do estágio da doença na gestante: quanto mais recente a infecção materna, maior é o risco de comprometimento fetal. Na sífilis primária e secundária, o risco de infecção fetal varia de 70% a 100%, enquanto nas fases latente tardia e terciária chega a 30%. As manifestações clínicas variam desde o abortamento espontâneo à morte perinatal, ocorrendo em cerca de 40% das gestantes infectadas não tratadas. Além disso, a sífilis congênita representa uma série de alterações clínicas importantes, podendo ser assintomática ao nascimento em até 50% das crianças infectadas (BRASIL, 2012).

O tratamento da sífilis é dependente da fase de infecção da doença. Sífilis primária: penicilina benzatina, 2,4 milhões UI, intramuscular, em dose única (1,2 milhão UI em cada glúteo); Sífilis recente secundária e latente: penicilina benzatina, 2,4 milhões UI, intramuscular, repetida após 1 semana, sendo a dose total de 4,8 milhões UI; Sífilis tardia (latente e terciária): penicilina benzatina, 2,4 milhões UI, intramuscular, semanal (por 3 semanas), sendo a dose total de 7,2 milhões UI (BRASIL, 2015).

Diante deste estudo temos como objetivo desenvolver a assistência de enfermagem a uma paciente acometida por sífilis.

2 | METODO

Trata-se de um estudo de caso, com abordagem descritiva, visando identificar fatores que acometem a Sífilis, promovendo assim uma melhor qualidade de vida.

Para Parente (2010) o relato de caso consiste em uma descrição detalhada de casos clínicos, contendo características importantes sobre sinais, sintomas e outras características do paciente e relatando os procedimentos terapêuticos utilizados, bem como o desenlace do caso.

A coleta de dados foi realizada através dos métodos propedêuticos como, anamnese e exame físico, prontuário da paciente e seguindo do histórico de enfermagem autoelaborado pelos pesquisadores, realizada em um Hospital Maternidade referência do Cariri, na região sul do Ceará, desenvolvido com uma paciente portadora de Sífilis, no intuito de conhecer melhor a patologia e de desenvolver a SAE para melhorar a qualidade de vida dos portadores da mesma. A pesquisa foi feita segundo a resolução 466/12 que regulamenta a pesquisa envolvendo seres humanos.

3 | RESULTADOS E DISCUSSÕES

3.1 Histórico de Enfermagem

M.Z.S.S, 25 anos, sexo feminino, em uma união estável, mora com o companheiro, a sogra e o cunhado, ensino fundamental incompleto, dona de casa, católica. Residente em um município no interior do Ceará. Deu entrada na Maternidade acompanhada por familiar. Relatando dor em baixo ventre irradiando para região lombar. HD: Trabalho de parto e sofrimento fetal agudo. História obstétrica: G4P4A0 DUM: 27/09/2017 DPP: 04/07/18 IG (DUM): 36s IG (USG): 37s2d Consultas: 6. Partos: 2 normais e 2 cesarianas, 1 parto prematuro. Paciente portadora de sífilis e usuária de drogas. Há 4 anos durante um surto psicótico por causa da abstinência de drogas matou o filho recém-nascido no banheiro do hospital. Apresenta sífilis reagente não tratada no pré-natal, com titulação de 1/32, em tratamento com Penicilina (2º dose). Em uso de diclofenaco e bromoprida segundo prescrição médica. Nega alergias, tabagista e etilista. Ao exame físico apresenta-se, Afebril: 35,4°C; normocárdico: 90 bpm; normotensa: P.A: 120X60mmHg; taquipnéica: 23 rpm. Ao exame físico geral encontra-se: consciente, orientada, ansiosa, preocupada, com padrão de linguagem preservada, pele pouco desidratada e hipocorada, anictérico, acianótico, padrões de sono e repouso preservados. Cabeça e pescoço: Cabeça normocefálica arredondada e simétrica, sem lesões, couro cabeludo íntegro, sem descamação, rarefação ou sujidade. Olhos simétricos, límpidos e brilhantes, pálpebras com oclusão completa, mucosa conjuntiva palpebral rosada, bulbar transparente, esclerótica branca e limpa, pupilas isocóricas, redondas e reativas a luz. Acuidade auditiva normal. Nariz sem anormalidades. Pescoço forma cilíndrica de contorno regular, posição mediana e mobilidade ativa. Pele com boa coloração. Exame de Tórax: Disposição simétrica. Ausculta cardíaca: bulhas normofonéticas em 02 tempos, ritmo regular; Ausculta pulmonar: murmúrios vesiculares presentes em ambos os tórax. Exame de

abdome:Globoso, doloroso a palpação. Ruídos hidroaéreos presentes. Exame de extremidades: sem presença de edemas. Pulsos periféricos filiformes. Rede venosa pouco visível. Eliminações: presentes de características normais. FO: limpa,seca, porem hiperemiada e com rubor. Acesso venoso em membro superior esquerdo.





3.2 Diagnósticos de Enfermagem

Diante dos achados na entrevista e exame físico, realizou-se a sistematização da assistência de enfermagem e destaca-se a seguir 03 diagnósticos de enfermagem com suas respectivas intervenções de enfermagem e resultados esperados.

3.2.1 3Diagnostico de Enfermagem 1

NANDA: Ansiedade caracterizado apor inquietação relacionado a abuso de substância.

NOC: Nível de ansiedade

Nível de Ansiedade Graduação Geral	Grave 1	Substancial 2	Moderado 3	Leve 4	Nenhum 5
Agitação	1	2		4	
Andar de um lado a outro		2	3	4	
Ansiedade verbalizada		2	3	4	
Preocupação exagerada sobre eventos da vida	1		3		5

Legenda: Está em  Evoluir para 

NIC: Redução da ansiedade

Atividades:


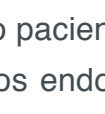

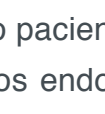

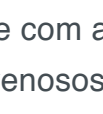

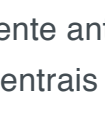
- Esclarecer as expectativas de acordo com o comportamento do paciente.
- Encorajar a expressão de sentimentos, percepção e medos.
- Identificar mudanças no nível de ansiedade.
- administrar medicação para reduzir a ansiedade, conforme apropriado.

- Observar sinais verbais e não verbais de ansiedade.

3.2.2 Diagnostico de Enfermagem 2

NANDA: Risco de infecção relacionado a procedimento invasivo.

NOC: Conhecimento: controle de infecção

Conhecimentos: controle de infecção Graduação Geral	Nenhum conhecimento 1	Conhecimento limitado 2	Conhecimento moderado 3	Conhecimento substancial 4	Conhecimento amplo 5
Importância da higiene das mãos	1	2		4	
Atividades para aumentar a resistência a infecções	1		3	4	
Influência de práticas nutricionais na infecção	1		3	4	
Quando obter assistência de profissional de saúde	1	2		4	

Legenda: Está em  Evoluir para 

NIC: Controle de INFECÇÃO









Atividades:

- Limpar adequadamente o ambiente após o uso de cada paciente.
- Orientar as visitas a lavarem as mãos ao entrar no quarto do paciente e ao sair dele.
- Limpar a pele do paciente com agente antimicrobiano, conforme apropriado.
- trocar os acessos endovenosos centrais e periféricos, bem como curativos, conforme as orientações atuais do CDC.
- Assegurar o emprego da técnica adequada no cuidado de feridas.
- Ensinar o paciente e a familiares como evitar infecções.

3.2.3 Diagnostico de Enfermagem 3

NANDA: Risco de binômio mãe-feto perturbado relacionado a abuso de substância.

NOC: Funcionamento Familiar

Funcionamento familiar Graduação Geral	Nunca demonstrado 1	Raramente demonstrado 2	Algumas vezes demonstrado 3	Frequentemente demonstrado 4	Conscientemente demonstrado 5
Socialização de novos membros da família	1	2		4	
Cuidado de membros dependentes	1		3		5
Regulação do comportamento dos membros		2	3		5
Adaptação a crises inesperadas		2	3		5

Legenda: Está em  Evoluir para 

NIC: Promoção de vínculo

Atividades:

- Oferecer alívio da dor para a mãe.
- Da oportunidade para os pais verem, segurarem e examinarem o recém nascido logo após o nascimento.
- Partilhar com os pais informações obtidas na investigação física inicial do recém nascido.
- Reforçar comportamentos do papel do cuidador.

4 | CONSIDERAÇÕES FINAIS

A identificação das principais alterações e sintomas dos pacientes fornece subsídios para que o enfermeiro em tempo integral possa acompanhar o tratamento

de forma eficaz, sinalizando a equipe multiprofissional e implementando ações de enfermagem a fim de evitar a evolução da doença.

Diante das causas identificadas é evidente o papel do enfermeiro na prevenção e identificação precoce, onde a atuação é abrangente uma vez que existem inúmeras intervenções a serem realizadas.

REFERÊNCIAS

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Atenção Integral às Pessoas com Infecções Sexualmente Transmissíveis / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. – Brasília : Ministério da Saúde, 2015.

BRASIL. Secretaria de Vigilância em Saúde - Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. Boletim Epidemiológico – Sífilis. Ministério da Saúde, 2012.

BULECHEK, G.M.; McCloskey, J.C.. **NIC, Classificação Das Intervenções De Enfermagem**. 3ª edição. Artmed, 2004

GIL, A.C. **Métodos e técnicas de pesquisa social**. In: Métodos e técnicas de pesquisa social. Atlas, 2010;

JOHNSON, M.; MAAS, M.; MOORHEAD, S.. **Classificação dos Resultados de Enfermagem (NOC)**. 2ª edição. Artmed, 2004.

LAZARINI, FLAVIANE M.; BARBOSA, DULCE A. **Intervenção educacional na Atenção Básica para prevenção da sífilis congênita**. Rev. Latino-Americana de Enfermagem 2017;25:e2845. DOI: 10.1590/1518-8345.1612.2845

NANDA Internacional. **Diagnósticos de Enfermagem da NANDA, Definições e classificação 2012 – 2014**. Artmed;

PARENTE, RAPHAEL CÂMARA MEDEIROS; OLIVEIRA, M. A. P.; CELESTE, ROGER KELLER. Relatos e série de casos na era da medicina baseada em evidência. **Bras J Video-Sur**, v. 3, n. 2, p. 67-70, 2010.

ATENÇÃO ÀS MULHERES EM SITUAÇÃO DE ABORTAMENTO: REFLEXÕES NO CONTEXTO DOS PRINCÍPIOS NORTEADORES DO SUS

Natácia Élem Felix Silva

Universidade Regional do Cariri-URCA, Curso de Especialização em Saúde da Mulher
Crato – Ceará

Enfermagem
Crato – Ceará

Rachel de Sá Barreto Luna Callou Cruz

Universidade Regional do Cariri-URCA,
Professora Adjunta do Departamento de Enfermagem
Crato – Ceará

Dayanne Rakelly de Oliveira

Universidade Regional do Cariri-URCA,
Professora Adjunta do Departamento de Enfermagem
Crato – Ceará

Simone Soares Damasceno

Universidade Regional do Cariri-URCA,
Professora Assistente do Departamento de Enfermagem
Crato – Ceará

Edilma Gomes Rocha Cavalcante

Universidade Regional do Cariri-URCA,
Professora Adjunta do Departamento de Enfermagem
Crato – Ceará

Paula Suene Pereira dos Santos

Universidade Regional do Cariri-URCA, Discente do Programa de Mestrado Acadêmico em Enfermagem
Crato – Ceará

Thaís Rodrigues de Albuquerque

Universidade Regional do Cariri-URCA, Discente do Programa de Mestrado Acadêmico em

RESUMO: Esta pesquisa objetivou discorrer sobre a assistência às mulheres em situação de abortamento, na perspectiva dos princípios do sistema único de saúde brasileiro. Trata-se de uma revisão integrativa da literatura, realizada no período de agosto a setembro de 2018. A busca ocorreu em seis bases de dados eletrônicas, abrangendo o período de 2014 a 2018, com os descritores: aborto, assistência à saúde, SUS, integralidade em saúde, humanização da assistência, serviços de saúde. Incluíram-se, ainda, documentos oficiais do Ministério da Saúde. Constituíram o *Corpus* da presente pesquisa um quantitativo de 15 publicações. As mulheres em situação de abortamento devem ser compreendidas no contexto da integralidade, pois sua cidadania plena não é alcançada, nem seus direitos reprodutivos são respeitados. A criminalização do aborto pune todas as mulheres, ainda que em graus diferenciados, descumprindo os princípios norteadores do SUS e, apesar do avanço obtido com a instalação dos serviços de aborto legal, as mulheres que o procuram vivenciam muitas dificuldades para a efetivação do princípio da universalidade.

PALAVRAS-CHAVE: Aborto. Assistência à

ATTENTION TO WOMEN IN SITUATIONS OF ABORTION: REFLECTIONS IN THE CONTEXT OF SUS GUIDING PRINCIPLES

ABSTRACT: This research aimed at discuss the assistance of women in abortion, from the perspective of the principles of the Brazilian single health system. This is a narrative review of the literature, carried out from August to September 2018. The search was carried out in six electronic databases, covering the period from 2014 to 2018, with the descriptors: abortion, health care, SUS, integrality in health, humanization of assistance, health services. Also included were official documents of the Ministry of Health. The Corpus of the present study was a quantitative of 15 publications. Women in situations of abortion must be understood in the context of completeness, since their full citizenship is not achieved nor their reproductive rights respected. Criminalization of abortion punishes all women, albeit to varying degrees, disregarding the guiding principles of SUS, and despite the progress made with the establishment of legal abortion services, the women who seek it experience many difficulties the realization of the principle of universality.

KEYWORDS: Abortion. Health care. SUS. Integrality in health. Humanization of assistance.

1 | INTRODUÇÃO

Em consequência da realidade de milhares de mulheres de todas as idades, classes sociais, etnias e religiões que recorrerem às clínicas abortivas clandestinas, o aborto e o abortamento figuram como uma das principais causas de morbimortalidade materna no mundo, inclusive no Brasil (ADESSE et al., 2015; LIMA; PEREIRA, 2016).

Abortamento é a interrupção, espontânea ou provocada, de uma gravidez até a 20^a ou 22^a semanas de gestação e com produto da fecundação com o peso inferior a 500g. O aborto é o produto da fecundação eliminado ao final do processo de abortamento (BRASIL, 2011).

A promulgação da Constituição Federal de 1988 e criação do SUS são marcos históricos que alavancaram a saúde brasileira, abrindo caminhos para criação das várias políticas, planos e programas de prevenção de doenças, promoção e recuperação da saúde, inclusive na área de saúde da mulher, alicerçados nas diretrizes organizativas do SUS (descentralização, regionalização e hierarquização da rede dos serviços de saúde) assim como nos seus princípios fundamentais (universalidade, integralidade e a equidade) (BRASIL, 2016; BRASIL, 2012).

No Brasil, estima-se que são realizadas mais de um milhão de interrupções intencionais de gravidez por ano (BRASIL, 2011). O abortamento espontâneo, de ocorrência acidental ou natural, acontece em aproximadamente 10 a 15% das

gestações (BRASIL, 2011). Independente da classificação, a interrupção de uma gestação é um processo íntimo que pode afetar o equilíbrio psicológico da mulher e trazer problemas para sua saúde reprodutiva. Por esses riscos, a atenção técnica adequada, realizada por profissionais qualificados, é necessária para essa população (BRASIL, 2011).

Com o propósito de evidenciar dados sobre a prática do aborto no Brasil, a Pesquisa Nacional de Aborto, realizada em 2016, estimou o perfil das mulheres e a gravidade do aborto e confrontou os resultados com os resultados da PNA realizada em 2010 (DINIZ; MEDEIROS; MADEIROS, 2017). Em 2016, 2.002 mulheres alfabetizadas entre 18 e 39 anos foram entrevistadas, e dessas, 251 já fizeram ao menos um aborto. Entre as idades de 35 a 39 anos, cerca de 18% já abortou. As de 38 e 39 anos, a taxa foi de 19%. Calculou-se que até os 40 anos, quase uma em cada cinco mulheres, já havia tido um aborto. Entre as mulheres mais jovens, a frequência do último aborto é maior, com 29% (73) dos abortos ocorrendo em idades de 12 a 19 anos; 28% (70) dos 20 aos 24 anos; e abaixo de 13% (32) a partir dos 25 anos (DINIZ; MEDEIROS; MADEIROS, 2017). A gestação não planejada mostra forte associação com a ocorrência do aborto (ALMEIDA et al., 2015). Metade dessas mulheres abortou usando o justamente o medicamento recomendado pela OMS, o misoprostol (DINIZ; MEDEIROS; MADEIROS, 2017)

A Norma Técnica Atenção Humanizada ao Abortamento propõe um modelo de atenção ao abortamento humanizado tendo como elementos essenciais o acolhimento e a orientação; a atenção clínica ao abortamento; o planejamento reprodutivo pós-abortamento; assistência ao abortamento em condições inseguras para mulheres e adolescentes (BRASIL, 2011). Destaca-se que após lançamento da primeira edição da norma técnica, em 2005, foram realizados poucos estudos que avaliassem em que medida estas normas, que foram reeditadas e publicadas em 2011, estão sendo cumpridas no SUS (AQUINO et al., 2012).

No Nordeste, o estudo “Complicações Precoces da Gravidez e atenção prestada na rede SUS no Nordeste – GravSUS-NE” avaliou a qualidade da assistência ao aborto nos serviços públicos e evidenciou que a atenção à mulher em processo de abortamento nas maternidades de Salvador, Recife e São Luís encontrava-se distante do que propõe as normas brasileiras e os organismos internacionais, incluindo os acordos de saúde assumidos pelo governo brasileiro (AQUINO et al., 2012; AQUINO et al., 2011).

Diante do exposto, justifica-se a realização do presente estudo, subsidiado na discussão do modelo de atenção à saúde ofertada às mulheres em situação de abortamento nos serviços de assistência vinculados ao SUS, um problema de saúde considerado condição sensível à Atenção Primária e que, entre os seus determinantes, encontram-se crenças histórico-sociais de alguns profissionais sobre o aborto, muitas vezes desqualificando e desumanizando a assistência às mulheres.

Neste cenário, este estudo tem como objetivo discorrer sobre a assistência à

saúde das mulheres em situação de abortamento, sob a perspectiva dos princípios norteadores do Sistema Único de Saúde brasileiro.

2 | METODOLOGIA

Para a elaboração deste trabalho, utilizou-se pesquisa narrativa, com estudo descritivo que analisou artigos científicos (originais) e documentos oficiais do Ministério da Saúde (MS). Formulou-se a seguinte questão norteadora: como se dá a assistência à saúde das mulheres em situação de abortamento sob a perspectiva SUS?

Considerando o objeto do estudo, inicialmente os artigos referentes à temática abordada foram pesquisados no portal de periódicos da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES), nas bases de dados e bibliotecas *Medical Literature Analyses and Retrieval System Oline* (MEDLINE), *Literatura Latino Americana em Ciências da Saúde* (LILACS), *Scientific Electronic Library Online* (SciELO), *Cumulative Index to Nursing and Allied health Literature* (CINAHL), na Base de Dados de Enfermagem (BDENF) e no Índice Bibliográfico Espanhol de Ciências da Saúde (IBECS), no período de agosto a setembro de 2018.

Para tanto, utilizou-se os seguintes descritores: Aborto, Assistência à Saúde, SUS, Integralidade em Saúde, Humanização da Assistência e Serviços de Saúde. Após os cruzamentos (Aborto AND Assistência à Saúde; Aborto AND SUS; Aborto AND Integralidade em Saúde; Aborto AND Humanização da Assistência; Aborto AND Serviços de Saúde) foram identificados 394 trabalhos.

Após essa etapa da busca, procedeu-se a aplicação dos seguintes filtros: delimitação temporal de janeiro de 2014 a outubro de 2018 e idiomas em português, inglês e espanhol. Nesta etapa ficaram 155 artigos.

Após a aplicação dos filtros selecionados, partiu-se para a etapa de leitura dos títulos e resumos dos artigos identificados, aplicando-se os critérios de inclusão. Para os artigos, os critérios de inclusão foram: texto completo disponível e artigos classificados como pesquisa original que falassem sobre a assistência à saúde das mulheres em situação de abortamento, sob a perspectiva do SUS, publicados nos últimos cinco anos, nos idiomas português, inglês ou espanhol. Como critério de exclusão, adotou-se o princípio de não responder à questão norteadora.

Aplicados os critérios de inclusão, restaram 16 artigos. Incluiu-se, ainda, a Norma Técnica Atenção Humanizada ao Abortamento (BRASIL, 2011), documento referencial do MS, totalizando uma amostra de 17 publicações que constituem o *corpus* analítico deste estudo.

A avaliação inicial do material bibliográfico ocorreu mediante a leitura dos resumos, com a finalidade de selecionar aqueles que atendiam aos objetivos do estudo. De posse dos artigos completos, passou-se à etapa seguinte, ou seja, leitura

minuciosa, na íntegra, de cada artigo, visando ordenar e sistematizar as informações necessárias para a construção da pesquisa bibliográfica atendendo aos objetivos especificados. No total foram escolhidas 15 publicações que respondiam à questão condutora do estudo e se adequavam aos critérios de inclusão.

O material selecionado passou pela técnica de fichamento, proporcionando uma aproximação inicial do assunto. Sequencialmente procederam-se releituras objetivando uma análise interpretativa guiada pela questão condutora.

O material coletado não esgota os referenciais para novos estudos sobre o tema. Para realizar a difícil tarefa, que é a análise do material coletado, levou-se em consideração a técnica da análise documental (MINAYO, 2013).

Nesse sentido, esse tipo de estudo nos possibilitou alcançar os objetivos propostos, uma vez que permitiu ampliar o conhecimento sobre a assistência ao abortamento.

3 | RESULTADOS

Após a análise dos 15 documentos selecionados, optou-se por apresentar os resultados por meio de quadros informativos sumarizando as recomendações atuais sobre a assistência às mulheres em situação de abortamento, assim como os principais resultados encontrados à luz da perspectiva dos princípios norteadores do SUS, conforme mostram-se abaixo nos quadros.

RECOMENDAÇÕES ATUAIS	
1.	Acolhimento e orientação para responder às necessidades de saúde mental e física das mulheres, além de outras preocupações que possam surgir.
2.	Atenção clínica adequada ao abortamento e suas complicações, segundo referenciais éticos, legais e bioéticos.
3.	Oferta de serviços de planejamento reprodutivo às mulheres pós-abortamento, inclusive orientações para aquelas que desejam nova gestação.
4.	Integração com outros serviços de atenção integral à saúde e de inclusão social para as mulheres.

Quadro 1. Recomendações para a implementação da atenção humanizada nos serviços de saúde vinculados ao SUS, de acordo com a Norma Técnica de Atenção Humanizada ao Abortamento, 2011.

ACOLHIMENTO E ESCUTA QUALIFICADA	
Tratamento digno, escuta qualificada, evitando julgamentos, preconceitos e comentários desrespeitosos, respeitando a autonomia das mulheres e seu poder de decisão, o reconhecer e aceitação das diferenças com intuito de estabelecer uma relação de confiança, assim como o acesso e a resolubilidade da assistência à saúde.	

Quadro 2. Orientações para o acolhimento e escuta qualificada, de acordo com a Norma Técnica de Atenção Humanizada ao Abortamento, 2011.

MODALIDADES DE ABORTO PREVISTO NO CÓDIGO PENAL BRASILEIRO

São considerados atos de aborto necessário os casos que se destina salvar a vida da mãe (quando não há outro meio a que recorrer) e de gestação decorrente de estupro, necessitando de consentimento da gestante ou de um representante legal no caso de incapacidade. Uma nova proposta encontrada no anteprojeto do novo Código Penal, cita como aborto legal os casos em que o feto apresenta “graves e irreversíveis anomalias que o torne inviável”.

Quadro 3. Modalidades de aborto previsto no código penal brasileiro, segundo Rezende et al. (2016).

ORIENTAÇÕES CLÍNICAS E GERAIS

Sinais e sintomas de emergência: cólicas por tempo prolongado; sangramento por mais de duas semanas; sangramento mais abundante do que uma menstruação normal; dor intensa ou prolongada; febre, calafrios ou mal-estar geral; e desmaios. Orientar sobre rotina de higiene pessoal; sinais de recuperação normal (presença de cólica uterina durante dois dias; uso de analgésicos leves para controle da dor; presença de sangramento, que não deve exceder de uma menstruação normal); reinício da atividade sexual (pós-abortamento não complicado pode ocorrer tão logo a mulher desejar); retorno da menstruação de 4–8 semanas; planejamento reprodutivo (fertilidade retorna logo após o procedimento); revisão pós abortamento, no máximo em 15 dias.

AUTONOMIA PESSOAL, DIREITOS SEXUAIS E REPRODUTIVOS COMO EXPRESSÃO DOS DIREITOS HUMANOS

Assistência humanizada, promoção da autodeterminação, segundo o princípio ético da autonomia, é privilégio de toda mulher em processo de abortamento. Também deve ser garantido o acesso à informação e orientação humana e solidária; o abortamento previsto em lei; a atenção de qualidade em complicações derivadas de abortos; e planejamento reprodutivo pós-aborto, afastando-se preconceitos, estereótipos e discriminações de qualquer natureza, que possam negar e desumanizar o atendimento. O direito à assistência ao abortamento é marco ético e jurídico dos direitos sexuais e reprodutivos afirmados nos planos internacional e nacional de direitos humanos.

ASPECTOS ÉTICO-PROFISSIONAIS E JURÍDICOS DO ABORTAMENTO NO BRASIL

Atenção humanizada às mulheres em abortamento é dever de todo(a) profissional de saúde e pressupõe o respeito aos princípios fundamentais da Bioética (ética aplicada à vida): autonomia, beneficência, não maleficência e justiça. Do ponto de vista ético, deve-se adotar a conduta de não fazer juízo de valor e não julgar as mulheres nesta situação. A legislação brasileira incorpora os direitos humanos internacionais e prevê princípios e normas éticas e jurídicas relacionadas à prevenção da gestação indesejada e ao abortamento. **Do consentimento** - De acordo com o Código Civil, artigos 3º, 4º, 5º, 1631, 1690, 1728 e 1767, o consentimento da mulher é necessário para o abortamento em quaisquer circunstâncias, exceto em caso de eminente risco de vida, estando à mulher impossibilitada de expressar-se.

Quadro 4. Orientações clínicas e gerais, direitos sexuais e aspectos ético-profissionais e jurídico relacionados ao abortamento, de acordo com a Norma Técnica de Atenção Humanizada ao Abortamento, 2011.

OBRIGAÇÕES INSTITUCIONAIS

Embora exista o direito do médico à objeção de consciência dentro dos limites, é obrigação da instituição oferecer as usuárias do SUS todos os seus direitos, inclusive o da interrupção das gestações dos casos previstos em Lei. Pode ser requerida e/ou questionados à luz da justiça qualquer forma de exposição ou negação desse direito. Portanto é importante que os gestores e diretores clínicos estejam preparados para a implementação destes serviços nos hospitais públicos do País. Todos os métodos anticoncepcionais devem estar disponíveis no local onde se atende à mulher em abortamento, dando-lhe oportunidades de iniciar o uso antes de receber alta.

PLANEJAMENTO REPRODUTIVO PÓS-ABORTAMENTO

A anticoncepção deve iniciar-se imediatamente, mesmo que a mulher não deseje relações sexuais tão em breve. Ofertar Informações sobre todos os métodos anticoncepcionais, inclusive sobre a eficiência de cada um. Destacar a Anticoncepção Hormonal de Emergência (AHE) e não deixar de prover informação completa sobre o uso de preservativos. No caso do DIU, oferecer a inserção no fim do esvaziamento uterino (AMIU ou curetagem) nas mulheres sem nenhum sinal ou suspeita de infecção, na alta hospitalar ou no retorno ao hospital ou à unidade de saúde ou logo depois da primeira menstruação após o esvaziamento. O injetável mensal ou trimestral pode ser administrado entre o dia do esvaziamento e o quinto dia pós-abortamento, da mesma forma que o anticoncepcional hormonal oral.

Quadro 5. Obrigações institucionais e Planejamento Reprodutivo pós-abortamento, de acordo com a Norma Técnica de Atenção Humanizada ao Abortamento, 2011.

OBJEÇÃO DE CONSCIÊNCIA DOS PROFISSIONAIS

Em todo caso de abortamento, a atenção à saúde da mulher deve ser prioritária, provendo-se a atuação multiprofissional e, acima de tudo, respeitando a mulher na sua liberdade, dignidade, autonomia e autoridade moral e ética para decidir. Porém, com a possibilidade ética dos profissionais conhecida como objeção da consciência, encontra-se um dos entraves na busca pela interrupção da gestação. Tal conduta ratifica a ausência de profissionais dispostos a prestar atendimento às mulheres.

Quadro 6. Objeção de consciência dos profissionais, segundo Camargo et al. (2014).

4 | DISCUSSÃO

Na assistência às mulheres que vivenciam o aborto são fundamentais abordagens que visem a integralidade da assistência e a promoção da saúde, já que julgamentos morais e situações de reprovação não resolvem esse problema de saúde pública (CARVALHO; PAES, 2014). As experiências de maus-tratos e discriminação vivenciadas pelas mulheres podem ter impacto sobre sua saúde global, além violar seu direito ao atendimento digno, respeitoso e baseado em evidências científicas (MADEIRO; RUFINO, 2017).

A legislação nacional da assistência ao aborto estabelece que o atendimento deve ser apoiado no acolhimento com escuta qualificada, na oferta de informação e orientação e no suporte emocional, independente das crenças da equipe de saúde (MADEIRO; RUFINO, 2017). Portanto, é necessário que os profissionais de saúde acolham essas mulheres de forma que se sintam protegidas e seguras para superem esse difícil momento em suas vidas (CARVALHO; PAES, 2014).

A prática do acolhimento é uma das dimensões da integralidade expressa pela capacidade dos profissionais em atender ao sofrimento manifesto (CARVALHO; PAES, 2014). A Constituição Brasileira propõe que as práticas dos profissionais de saúde sejam focadas nas necessidades do sujeito, e não somente no cumprimento de protocolos e rotinas que visam o oferecimento de ações ou procedimentos preventivos (CARVALHO; PAES, 2014).

Especificamente aos enfermeiros, profissional mais presente nos cuidados diretos, ao acolher as mulheres nos serviços de saúde, devem atentar para as particularidades desse atendimento, procurando prestar o cuidado de forma integral, principalmente no que se refere à escuta qualificada, ao apoio e orientação para o planejamento reprodutivo e prevenção de novos episódios de aborto (CARVALHO; PAES, 2014).

O MS, em 2005, lançou a Norma Técnica Atenção Humanizada ao Abortamento, a qual foi reeditada em 2011. Esta norma se apresenta como modelo de atenção hospitalar às mulheres em situação de abortamento e preconiza a oferta de assistência humanizada, tendo como elementos essenciais do cuidado o acolhimento e a orientação; a atenção clínica ao abortamento; o planejamento reprodutivo pós-abortamento; planos de ação do Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PNAISM), obstétrico e neonatal; assistência ao abortamento em condições inseguras, para mulheres e adolescentes (BRASIL, 2011).

A Norma Técnica (2011) propõe um modelo humanizado de atenção às mulheres em abortamento não somente como um documento que orienta os cuidados em saúde, mas, principalmente, como um guia designado a oferecer às mulheres, aos serviços de saúde e à sociedade um exemplo de modelo de atenção que torne seguro, sustentável e efetivo a atenção às mulheres em situação de abortamento (BRASIL, 2011).

A padronização e qualificação da atenção às mulheres através de uma série de recomendações visando não só aos cuidados imediatos às mulheres, particularmente a contracepção pós-aborto, mas também à humanização da atenção, com uma postura profissional ética e de respeito aos direitos humanos das mulheres, são objetivos da publicação da Norma Técnica (2011). Independentemente de o abortamento ter sido espontâneo ou induzido, a atenção qualificada às mulheres que o vivenciam é considerada prioridade, sobretudo para minimizar danos como a morte materna e neonatal, principais desafios que persistem no atual contexto de assistência à saúde (BORGES et al., 2014; SILVEIRA; MCCALLUM; MENEZES, 2016).

No Brasil, as mortes ocasionadas por complicações pós-aborto atingem predominantemente mulheres jovens, negras, de estratos sociais baixos e que residem em áreas urbanas periféricas (SILVEIRA; MCCALLUM; MENEZES, 2016). Além disso, espelham um sistema de saúde, que, apesar da existência de uma política pública voltada para o atendimento humanizado ao aborto, não atende as necessidades das mulheres com equidade, um dos princípios fundamentais da assistência à saúde no Brasil (MADEIRO; RUFINO, 2017).

Para o exercício do direito à saúde, há necessidade que as mulheres tenham serviços de saúde acessíveis, disponíveis e de boa qualidade, incluindo profissionais capacitados e capazes de compreender suas demandas (MADEIRO; RUFINO, 2017). O aprimoramento da política pública existente, a melhor estruturação dos serviços de saúde, além do continuado treinamento e sensibilização de profissionais de saúde para a violência de gênero, devem ser encarados como etapas significativas na melhoria da assistência às complicações do aborto provocado (MADEIRO; RUFINO, 2017).

Um estudo realizado com usuárias de 19 hospitais públicos de três capitais do Nordeste evidencia como a impessoalidade na atenção, a falta de informações e a ausência do planejamento reprodutivo pós-aborto desconsidera as necessidades concretas das mulheres e sua capacidade de tomar decisões nos campos da sexualidade e da reprodução. No estudo sobre experiências de abortos provocados em clínicas privadas no nordeste brasileiro, parte das entrevistadas, mesmo pertencendo a estratos sociais médios, relatou experiências que as aproximam daquelas mulheres de camadas populares (SILVEIRA; MCCALLUM; MENEZES, 2016).

As mulheres que necessitam de tratamento esperam apoio, privacidade, confidencialidade e respeito durante seu atendimento. Entretanto, principalmente

nos países onde o aborto não é permitido, muitas mulheres podem sofrer desrespeito e abusos nos serviços de saúde. (BORGES et al., 2014). As que têm acesso a informações e condições financeiras favoráveis e optam por pagar pelo aborto, se sua saúde física for mais preservada e enfrentar percursos menos tortuosos, quando comparados aos realizados pelas mulheres de camadas populares, elas apenas consomem um serviço de saúde que não coloca suas vidas em risco (SILVEIRA; MCCALLUM; MENEZES, 2016).

São recorrentes relatos de julgamento moral, adiamento da curetagem e, ainda, baixo controle da dor no cotidiano da assistência (BORGES et al., 2014) ofertada pela iniciativa privada ou pública. Segundo Silveira et al. (2016), os médicos, na maior parte das clínicas privadas de abortamento, não respeitaram a norma técnica. Seja pelo estigma de serem conhecidos como “aborteiros”, pelo medo de ser processado ou ainda por objeção de consciência moral ou religiosa, o fato é que muitos médicos se recusam a realizar o aborto.

Uma pesquisa realizada em 2003, por meio de questionários enviados pelo correio a ginecologistas e obstetras, evidenciou que cerca de 2/3 dos médicos acreditavam ser necessária a autorização judicial para realização do aborto previsto em lei. Outro levantamento entre ginecologistas e obstetras de todo o país, em 2012, evidenciou que 81,6% deles solicitavam BO ou outro tipo do documento (como laudo do IML, autorização do comitê de ética hospitalar ou alvará judicial). Além disso, a veracidade do relato de estupro feito pela mulher é frequentemente contestada, e sua palavra não é suficiente para garantir a interrupção da gravidez (MADEIRO; DINIZ, 2016).

A norma técnica estabelece que os médicos têm o direito individual de objeção de consciência à prática do aborto, mas também regulamenta que os serviços públicos credenciados para atendimento das vítimas de violência sexual devem garantir o atendimento em tempo hábil por outro profissional da instituição ou de outro serviço. Entretanto, o direito à objeção de consciência não é reconhecido na falta de outro médico para atender a mulher, se houver risco de morte ou se a omissão do atendimento puder causar danos (MADEIRO; DINIZ, 2016).

No Brasil, o MS estabeleceu a definição de violência institucional como sendo “aquela exercida nos/pelos próprios serviços públicos, por ação ou omissão”, englobando tanto atos praticados por profissionais durante a assistência como condições estruturais do sistema de saúde. Esse fenômeno causa sofrimento para a mulher, que influencia negativamente a qualidade do cuidado prestado e que atua como barreira para a utilização do serviço de saúde no futuro (BORGES et al., 2014).

A magnitude e o impacto da violência institucional na assistência às complicações do aborto provocado ainda são pouco conhecidos no Brasil (BORGES et al., 2014). Entretanto, para a sua mensuração, os critérios: ausência de confidencialidade, cuidado clínico não consentido, violência física, negligência, detenção na instituição, cuidado não digno e discriminação, sugeridos em 2010 pela Agência para

Desenvolvimento Internacional dos Estados Unidos (USAID), têm sido a referência para a avaliação de maus-tratos durante a assistência obstétrica (BORGES et al., 2014). Se considerarmos que o problema da violência institucional é multifatorial, as intervenções para eliminá-la necessitam atuar em diversos níveis (MADEIRO; RUFINO, 2017).

A Norma Técnica também prevê atendimento às mulheres que solicitam interrupção legal da gestação nos casos de gravidez decorrente de violência sexual, situação prevista no Decreto-Lei 2848, Inciso II do Artigo 128 do Código Penal Brasileiro, de 1940 (BRASIL, 2011). Ressalta-se que o enfrentamento do estupro requer, dentre outras coisas, a garantia de um atendimento qualificado e humanizado, com uma rede de atendimento fortalecida e com profissionais capacitados para tal atendimento (MACHADO et al., 2015).

Em 2012, o levantamento do Instituto Anis – Instituto de Bioética, Direitos Humanos e Gênero encontrou 63 hospitais e clínicas no território nacional que referiram oferecer o programa de abortamento previsto em lei. Entretanto, na prática, os hospitais que efetivamente dispensavam esse atendimento eram em menor número e tinham o acesso dificultado por diversos motivos, entre eles a falta de informação das próprias mulheres e dos provedores de saúde sobre os direitos da mulher à interrupção legal pelo motivo de violência sexual (MACHADO et al., 2015).

Um estudo que buscou traçar o perfil dos serviços públicos de atendimento à violência sexual descreveu que, dos estabelecimentos que declararam realizar a interrupção legal por motivo de estupro, apenas 5,6% haviam efetivamente realizado pelo menos um procedimento ao longo dos 10-14 meses que antecederam a pesquisa (MACHADO et al., 2015).

Reafirmando esta condição, a pesquisa “Violência institucional contra a mulher em situação de abortamento e a assistência de enfermagem” evidenciou que, a maioria das participantes, ao procurar assistência hospitalar, foram atendidas pelos profissionais, sejam médicos/a ou enfermeiros/a, de forma “fria” e “estúpida” (SILVA; CORDEIRO; SILVA, 2016).

O estatuto ambíguo dos serviços pressiona os profissionais de saúde a se manterem sob vigilância para a moral que descreve suas práticas de assistência como imorais. É nessa duplicidade de guardiões da lei penal e da imoralidade do aborto que as práticas de inquérito pela verdade do estupro surgem no encontro dos profissionais.

Um estudo de 2014 aponta que poucas mulheres tiveram alta hospitalar pós-abortamento com Métodos Anticonceptivos (MAC) prescrito, de forma que as diretrizes do MS em relação à atenção em anticoncepção pós-abortamento não têm sido cumpridas (BORGES et al., 2014). Ter alta hospitalar com MAC prescrito mostrou tendência de associação com o uso de MAC no mês subsequente ao abortamento. Esses dados evidenciam a importância da atenção e da prática anticonceptiva no período pós-abortamento (BORGES et al., 2014).

Quando procuram o hospital, as mulheres em situação de abortamento, principalmente as que induziram, estão vivenciando uma situação difícil e podem ter sentimentos conflituosos, ansiedade, culpa, medo de falar, de ser punida, de ser humilhada. O acolhimento e o modelo de atenção da equipe de saúde são fatores determinantes para que a mulher se sinta confortável a procurar a assistência de saúde e para que a assistência seja resolutiva (BRASIL, 2011).

Nesse contexto, as mulheres, em qualquer situação de abortamento devem ter acesso aos serviços de saúde, intimidade preservada, *resolutividade* e integralidade da atenção assegurada, sem ser vítima de discriminação ou negligência. O cuidado a sua saúde deve ser livre de julgamento, preconceitos, estereótipos e discriminações de qualquer natureza, que possam negar e desumanizar esse atendimento. Dessa forma, o respeito aos princípios da universalidade, equidade e integralidade da atenção à saúde do SUS são essenciais e devem estar presentes em todos os atendimentos.

5 | CONSIDERAÇÕES FINAIS

As mulheres em situação de abortamento devem ser compreendidas no contexto da integralidade para que sua cidadania plena seja alcançada e os seus direitos reprodutivos respeitados. A definição da integralidade é complexa e multidimensional, sendo caracterizado como um dos maiores desafios para operacionalização do SUS.

Apesar do avanço obtido com a instalação dos serviços de aborto legal em todas as regiões do país, as mulheres que o procuram vivenciam muitas dificuldades para a efetivação do princípio da universalidade. Em especial, o percurso de uma mulher vítima de violência sexual que deseja interromper a gravidez pode ser dificultado por obstáculos geográficos, institucionais ou de consciência dos profissionais que as atendem.

REFERÊNCIAS

ADESSE, L.; SILVA, K. S.; BONAN, C.; FONSECA, V. M. Complicações do abortamento e assistência em maternidade pública integrada ao programa Nacional de Rede Cegonha. **Saúde Debate**, 2015. Vol. 39, n. 106, 6, p.694-706.

AQUINO, E. M. L et al. Qualidade da atenção ao aborto no Sistema Único do Nordeste brasileiro: o que dizem as mulheres? **Ciência & Saúde Coletiva**, 2012. Vol. 17, n. 7, p.1765-1777.

AQUINO, E. M. L. et al. (Cord.). GRAVESUS.NE. Complicações precoces da gravidez e atenção prestada na rede sus do Nordeste. **Questionário de Avaliação da Estrutura das Maternidades (Manual)**. Universidade Federal da Bahia. Universidade Federal de Pernambuco. Universidade Federal do Maranhão. 18p. 2011.

BORGES, A. L. V.; MONTEIRO, R. L.; HOGA, L. A. K.; FUJIMORI, E.; CHOFKIAN, C. B. N.; SANTOS, O. A. Anticoncepção pós-abortamento: atenção e práticas. **Revista Latino-americana de Enfermagem**, 2014. Vol. 22, n. 2, p.293-300.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Atenção ao pré-natal de baixo risco**. Cadernos de Atenção Básica, n. 32. Brasília: Ministério da Saúde, 2012.

BRASIL. [Constituição (1988)] **Constituição da República Federativa do Brasil**: texto constitucional promulgado em 5 de outubro de 1988, com as alterações determinadas pelas Emendas Constitucionais de Revisão nos 1 a 6/94, pelas Emendas Constitucionais nos 1/92 a 91/2016 e pelo Decreto Legislativo no 186/2008. Brasília: Senado Federal, Coordenação de Edições Técnicas, 2016. 496 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Atenção Humanizada ao Abortamento. Norma Técnica**. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2011.

CAMARGO, M. G.; GUILHEM, D. B.; LAGO, D. M. S. K.; RODRIGUES, S. G. Objeção de consciência e aborto legal sob a perspectiva da saúde: revisão integrativa. **Revista de Enfermagem UFPE On Line**, 2014. Vol. 8, n.6, p.1774-1781.

DINIZ, D.; MEDEIROS, M.; MADEIRO, A. Pesquisa Nacional de Aborto 2016. **Ciência & Saúde Coletiva**, 2017. Vol. 22, n.2, p.653-660.

LIMA, H. G.S.; PEREIRA, I. S. S. D. Aborto induzido: um problema de saúde pública. **Revista Diálogos Possíveis**, 2016. Vol. 15, n. 1, p.102-109.

LOUREIRO, C. M.; CATAÑO, C. R.; TORRICELLI, L.; MONTEIRO, J. C. S.; GOMES-SPONHOLZ, F. A. Aspectos sociodemográficos e obstétricos da morbidade materna grave. **Ciencia Y Enfermeria**, 2017. Vol. 23, n.2, p.21-32.

MACHADO, C. L.; FERNANDES, A. M. S.; OSIS, M. J. D.; MAKUCH, MY. Gravidez após violência sexual: vivências de mulheres em busca da interrupção legal. **Cadernos de Saúde Pública**, 2015. Vol. 31, n. 2, p.345-353.

MADEIRO, A. P.; RUFINO, A. C. Maus-tratos e discriminação na assistência ao aborto provocado: a percepção das mulheres em Teresina, Piauí, Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, 2017. Vol. 22, n. 8, p.2771-2780.

MADEIRO, A. P.; DINIZ, D. Serviços de aborto legal no Brasil – um estudo nacional. **Ciência & Saúde Coletiva**, 2016. Vol. 21, n.2, p.563-572.

MINAYO, M. C. S. **Pesquisa Social: teoria, método e criatividade**. 34^a. ed. Rio de Janeiro: Vozes; 2013.

REZENDE, C.; KROETZ, D. C.; LIMA, E. P. A.; MORAIS, R.; BARBOSA, R. C. T. COSTA, F. S. Uma visão sobre o aborto no Brasil. **Visão Universitária**, 2016. Vol.1, n.1, p.45-57.

SILVA, P. F. C.; CORDEIRO, C. S.; SILVA, T. M. A. Violência institucional contra a mulher em situação de abortamento e a assistência de enfermagem. **Revista Saúde em Foco**, 2016. Vol. 1, n.1, p.1-6.

SILVEIRA, P.; MCCALLUM, C.; MENEZES, G. Experiências de abortos provocados em clínicas privadas no Nordeste brasileiro. **Cadernos de Saúde Pública**, 2016. Vol. 32, n. 2, p.1-10.

ATUAÇÃO DO ENFERMEIRO EM CUIDADOS PALIATIVOS À CRIANÇA COM CÂNCER TERMINAL

Sara Pinto Teixeira

Universidade Federal do Amapá (Unifap).
Graduanda em Enfermagem. Macapá – Amapá.

Tamyris Pinheiro Gouveia

Universidade Federal do Amapá (Unifap).
Graduanda em Enfermagem. Macapá – Amapá.

Renata Brito Souza

Universidade Federal do Amapá (Unifap).
Graduanda em Enfermagem. Macapá – Amapá.

Tatiana do Socorro dos Santos Calandrini

Docente da Universidade Federal do Amapá
(Unifap). Macapá – Amapá.

Rubens Alex de Oliveira Menezes

Laboratório de Estudos Morfofuncionais e
Parasitários (Lemp) da Universidade Federal do
Amapá (Unifap), Macapá – Amapá, Brasil.

RESUMO: O câncer infantojuvenil no Brasil é a maior causa de morte de pessoas com idade até 19 anos. No caso de incurabilidade, o papel do profissional da enfermagem é atuar na amenização da dor e sofrimento, no auxílio técnico e humano ao paciente e sua família. Porém, muitos profissionais têm dificuldades em desenvolver de forma efetiva essa prática. O presente estudo tem por objetivo investigar os problemas e dificuldades que interferem na atuação do enfermeiro em cuidados paliativos a crianças e adolescentes em estágio terminal. Trata-se de uma revisão bibliográfica, de cunho

narrativo, caráter exploratório e abordagem qualitativa. Foram selecionados 14 textos, dos quais nove foram utilizados exclusivamente para a seção de introdução e cinco para a seção de resultados e discussões. Os autores concordam integralmente que os cuidados paliativos prestados por enfermeiros a crianças e adolescentes em estágio terminal, no Brasil, são ineficientes, devido a uma complexa rede de habilidades e competências que são pouco desenvolvidas pelos profissionais. Essas qualidades estão diretamente relacionadas à sua atuação profissional, seus sentimentos e sua capacidade de comunicação. O desequilíbrio entre essas categorias temáticas pode tornar mais difícil o percurso da morte do paciente, a aceitação pela família e pode comprometer a saúde física e mental do enfermeiro. Uma forma de melhorar a atuação do enfermeiro em cuidados paliativos prestados a crianças e adolescentes com câncer em estágio terminal está na busca por uma prática profissional mais humanizada.

PALAVRAS-CHAVE: Câncer infantojuvenil. Cuidados Paliativos. Atuação do Enfermeiro.

ABSTRACT: Infant and juvenile cancer in Brazil is the leading cause of death among people aged between zero and 19 years. In the case of incurability, the role of the nursing professional is to act in the alleviation of pain and suffering,

in the technical and human assistance to the patient and his family. However, many professionals have difficulties in effectively developing this practice. The present study aims to investigate the problems and difficulties that interfere in the nurse's role in palliative care to children and adolescents in the terminal stage. It is a bibliographic review, narrative, exploratory and qualitative approach. We selected 14 texts, of which 9 were used exclusively for the introduction section and 5 for the results and discussions section. The authors fully agree that palliative care provided by nurses to children and adolescents in the terminal stage in Brazil is inefficient due to a complex network of skills and competencies that are poorly developed by professionals. These qualities are directly related to their professional performance, their feelings and their ability to communicate. The imbalance between these thematic categories may make it more difficult to trace the patient's death, acceptance by the family, and may compromise the nurse's physical and mental health. One way to improve nurses' performance in palliative care for children and adolescents with end stage cancer is to seek a more humanized professional practice.

KEYWORDS: Child-juvenile cancer. Palliative care. Nursing performance

1 | INTRODUÇÃO

A neoplasia maligna infantojuvenil é uma enfermidade que provoca o desenvolvimento anormal das células de diversos tecidos. Apesar dos avanços tecnocientíficos, que aumentaram a expectativa de vida ou mesmo a cura do paciente, o câncer infantojuvenil ainda apresenta um processo de tratamento doloroso para o paciente, que, muitas vezes, não tem possibilidade de cura (BENEDETTI; GARANHANI; SALES, 2014).

No Brasil, o câncer é a primeira causa de morte do público infantojuvenil, levando ao óbito cerca de 8% das pessoas com idade até 19 anos. Em 2017 ocorreram cerca de 12.600 casos de câncer, sendo que, as regiões Sul e Sudeste concentram o maior número de casos (69,8%) e a região Norte apresenta menor taxa de incidência (9,6%) (INCA, 2018).

Com o diagnóstico do câncer, momentos de tristeza, desespero e angústia são modificações que acontecem na vida do paciente e seus familiares, conforme a doença evolui. Nesse contexto, o enfermeiro, por meio dos cuidados paliativos, tem o papel de amenizar o sofrimento da criança e de sua família, através de intervenções em saúde, esclarecimentos de dúvidas e do preparo do paciente para o momento final (BERNARDO et al., 2014).

Os cuidados paliativos representam um conjunto de práticas utilizadas para minimizar o sofrimento do paciente, desde o diagnóstico da doença terminal até o luto vivenciado pela família. Os cuidados paliativos não se limitam a procedimentos técnicos para o alívio da dor física, também abrangem questões psicológicas, sociais, culturais e espirituais (FREITAS; PEREIRA, 2013).

Historicamente, os cuidados paliativos eram aplicados apenas aos pacientes

sem possibilidades de cura, nos “hospices”. Atualmente, o termo se abrange de forma a contemplar os cuidados desde o diagnóstico da enfermidade incurável até o período do luto familiar. Nesse contexto histórico, a evolução do termo passa pela prática do hospice, que eram casas ou locais dedicados aos cuidados de estrangeiros e doentes, que muitas das vezes morriam nesses locais (SILVA; SUDIGURSKY, 2008).

O hospice era comum na Europa durante os séculos XIX e XX. Em 1967, a enfermeira, médica e assistente social Cicely Saunders fundou o *St. Christopher's Hospice*, em Londres, Inglaterra. Este usufruía de uma estrutura que possibilitou mais do que prestar cuidados aos pacientes em fim de vida, passando a desenvolver ensino e pesquisa na área, evoluindo a prática de hospice para o que na atualidade passou a ser conhecido como cuidados paliativos (SILVA; SUDIGURSKY, 2008).

Saunders criou objetivos à prática paliativa vinculada à amenização do sofrimento. Entre os objetivos, podem-se citar: i) abordar o paciente e sua família como uma unidade; ii) utilizar equipe multidisciplinar e iii) dar continuidade aos cuidados após a morte do paciente, prestando apoio à família em domicílio (GOMES; OTHERO, 2016).

Com a difusão da prática paliativa pela América, o Comitê de Câncer da Organização Mundial da Saúde (OMS) criou um grupo de trabalho com o objetivo de desenvolver políticas para possibilitar assistência para pessoas diagnosticadas com doenças terminais. A OMS vincula os cuidados paliativos aos procedimentos de alívio da dor, amenização de sintomas e aos apoios psicológico, social e espiritual, no reafirmar do valor da vida e da naturalidade da morte (HERMES; LAMARCA, 2013).

Entre os diversos atores envolvidos nesse processo, tem-se a participação do enfermeiro, que desempenha papel fundamental nos cuidados paliativos e cuidados ao fim da vida. Para esclarecer, os cuidados ao fim de vida são parte dos cuidados paliativos e representam as práticas voltadas à assistência da pessoa e de sua família, na última etapa de sua vida, durante o declínio final.

Nesse contexto, o enfermeiro tem o papel de proporcionar a amenização da dor do paciente e de sua família por meio dos cuidados paliativos, pois é o profissional que passa boa parte do tempo próximo ao paciente, acompanhando sua evolução clínica e suas necessidades. Por meio dos seus conhecimentos técnicos, científicos, experiência e humanidade, o enfermeiro busca esclarecer dúvidas e prestar um serviço humanizado ao paciente e a sua família (DELFINO et al., 2018).

Porém, a prática de cuidados paliativos em enfermagem passa por diversos problemas. Existem dificuldades, sobretudo humanitárias, que fazem com que o enfermeiro seja ineficiente durante o processo de morte. Essas dificuldades, como comunicação ineficiente, descontrole emocional, incapacidade de lidar com a morte, entre outras, têm consequências negativas que podem tornar o processo da morte ainda mais difícil para o paciente, sua família e para o próprio profissional (SILVA et

al., 2015).

Os cuidados paliativos realizados por enfermeiros devem buscar compreender as sinergias do câncer infantojuvenil sobre o paciente e sua família, de modo a promover meios de comunicação que aliem as características sociais, culturais, étnicas, espirituais, entre outras, de forma a facilitar a comunicação, ganhar confiança e melhor atender aos anseios e dúvidas dos envolvidos. Esta é uma abordagem humanística, que depende da sensibilidade do profissional frente a cada caso, sendo a mais difícil de se desenvolver (SILVA; MOREIRA, 2011).

Este estudo, por meio de uma análise qualitativa, aborda o que a literatura especializada tem registrado sobre a atuação do enfermeiro em cuidados paliativos com crianças e adolescentes com câncer em estágio terminal. Descreve quais as dificuldades, os problemas e os possíveis aspectos e soluções envolvidos no contexto de melhorar a prestação desse serviço pelo profissional da enfermagem.

2 | METODOLOGIA

Trata-se de uma revisão bibliográfica, de cunho narrativo, caráter exploratório e abordagem qualitativa. Os estudos de revisão da literatura são fundamentais para o descobrimento dos atuais saberes científicos.

A revisão narrativa se encaixa como um estudo no qual não há critérios rigorosos de pesquisa preestabelecidos, podendo o pesquisador selecionar estudos de forma arbitrária para compor sua pesquisa, sem a preocupação de esgotar as fontes de informação (FERENHOF; FERNANDES, 2016). Porém, segundo Rother (2007), estudos de revisão narrativa são importantes para a educação continuada por permitirem ao leitor a aquisição e a atualização do conhecimento em curto espaço de tempo.

Esta pesquisa pretende verificar o que a literatura especializada diz a respeito da atuação do enfermeiro em cuidados paliativos em pacientes infantojuvenis com câncer, visando elucidar pontos-chave de discussão, apresentando aspectos positivos e/ou negativos sobre a temática proposta.

Para a seleção de trabalhos especializados, foram utilizadas as seguintes palavras-chave: cuidados paliativos, saúde da criança, assistência de enfermagem e câncer. As pesquisas foram realizadas nos seguintes bancos de dados: SCIELO, BVS e nas bibliotecas virtuais das universidades federais com curso de pós-graduação em ciências, ciências da saúde, enfermagem e/ou medicina.

Os critérios de inclusão foram: artigos, dissertações e teses completas, disponíveis na íntegra e gratuitos, publicados no período de 2008 a 2018, em língua portuguesa. Foram estabelecidos como critérios de exclusão: estudos não disponíveis na íntegra, com assunto diverso à temática proposta, com período de publicação fora do proposto.

A partir das palavras-chave propostas na metodologia, foram encontrados 14 trabalhos que abordavam integralmente ou parcialmente o tema de cuidados paliativos a criança e adolescente com câncer sob a perspectiva da enfermagem.

A Figura 1 ilustra o percurso pelo qual se chegou aos estudos que nesta pesquisa foram utilizados, que, em suma, se deu da seguinte forma: por meio das palavras-chave, foram realizadas as buscas nos bancos de dados, após isso, em posse dos critérios de inclusão e exclusão estabelecidos, foram selecionados 14 trabalhos, sendo que dois deles foram provenientes do banco de dados BVS, seis do SCIELO e seis das bibliotecas virtuais de universidades federais.

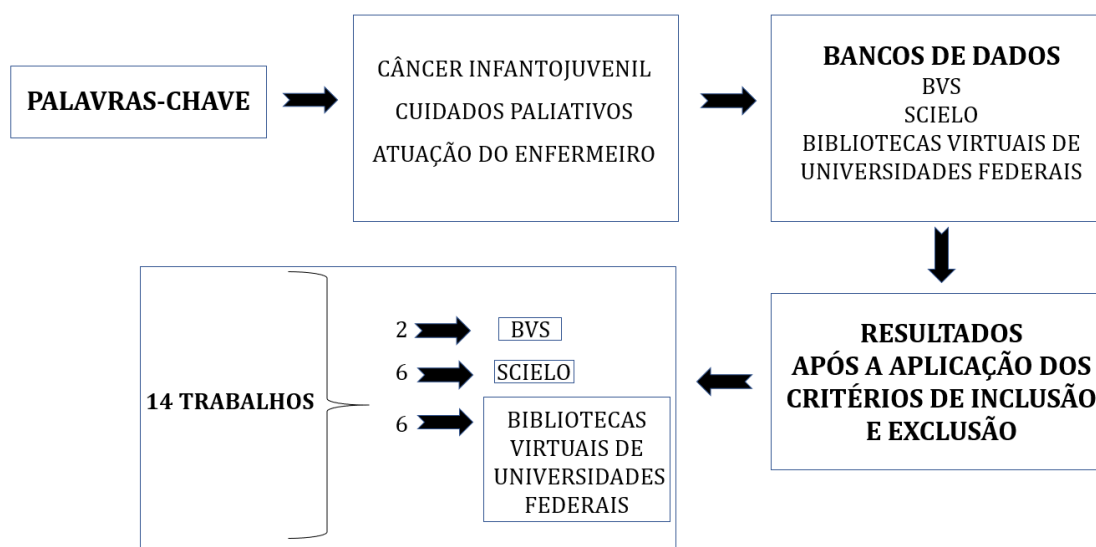


Figura 1- Etapas da coleta de dados

Fonte: os autores.

3 | RESULTADOS E DISCUSSÕES

A partir dos descritores propostos na metodologia, foram encontrados 14 trabalhos que abordavam integralmente ou parcialmente o tema de cuidados paliativos à criança e adolescente com câncer sob a perspectiva da enfermagem. Após as leituras e reflexões, os trabalhos foram classificados de forma a facilitar o processo de escrita e análise dos resultados, sendo utilizados nove artigos para compor a introdução, quatro dissertações e uma tese na seção de resultados e discussões.

Para facilitar o desenvolvimento da discussão, foram elaboradas três abordagens, que surgiram após as leituras dos textos, são elas: i) atuação profissional do enfermeiro nos cuidados paliativos; ii) sentimentos dos profissionais durante o cuidado; iii) comunicação dos profissionais com os pacientes e familiares. Essas abordagens parecem estar no centro da discussão sobre cuidados paliativos e se

apresentam como aspectos a serem melhorados pelos profissionais da saúde. Além disso, no quadro 1, é apresentada uma síntese dos trabalhos selecionados.

AUTOR	TÍTULO/ANO DE PUBLICAÇÃO	OBJETIVO(S)	METODOLOGIA	CONCLUSÕES
*ARAÚJO, M. M. T.	Comunicação em cuidados paliativos: proposta educacional para profissionais da saúde. 2011.	Conceber, aplicar e avaliar a eficácia de um programa de capacitação em comunicação interpessoal em cuidados paliativos.	Pesquisa experimental, exploratória e qualitativa.	O programa ajudou a melhorar a prática em CP exercida pelos profissionais da saúde.
BENEDETTI, G. M. dos S.; GARANHANI, M. L.; SALES, C. A.	O tratamento do câncer infantojuvenil: desvelando as vivências dos pais. 2014.	Compreender as vivências de pais/mães de crianças e adolescentes com câncer, em tratamento.	Pesquisa qualitativa.	Os pais apresentam insegurança durante o tratamento e sentem-se desamparados pelos serviços prestados por profissionais da saúde.
BERNARDO, C. M. et al.	A importância dos cuidados paliativos prestados pelo enfermeiro à criança com câncer em estágio terminal. 2014.	Refletir sobre a importância dos cuidados paliativos prestados pelo enfermeiro à criança com câncer em estágio terminal.	Pesquisa descritiva e exploratória.	Os enfermeiros precisam estreitar vínculos com os pacientes e seus familiares para primoramento dos CP prestados.
*COSTA, T. A. P.	Cuidar da criança em fim de vida: comunicação. 2014.	Identificar as dificuldades dos enfermeiros em falar sobre morte com a criança em fim de vida, quais as suas estratégias e como respondem quando confrontados pelas crianças.	Qualitativa, exploratória e experimental.	Os enfermeiros têm dificuldade em abordar e administrar a prática de CP junto a crianças em fim de vida.
DELFINO, C. T. A. et al.	Câncer infantil: atribuições da enfermagem em cuidado paliativo. 2018.	Compreender as atribuições da enfermagem junto à neoplasia infantil e seus aspectos clínicos, psicológico, social, no cuidado paliativo.	Revisão narrativa e qualitativa.	Falhas no quesito humanístico prejudicam a atuação do enfermeiro em cuidados paliativos.
*DURANTE, A. L. T. C.	Cuidados paliativos no hospital geral: o saber-fazer do enfermeiro. 2014.	Identificar os cuidados dos enfermeiros relacionados ao conforto de pacientes em cuidados paliativos e discutir suas implicações para o saber-fazer dos enfermeiros.	Estudo de caso.	Os componentes psicológicos, espirituais e sociais, que também envolvem os CP, não foram mencionados como inerentes ao cuidado de enfermagem.
FREITAS, N. O.; PEREIRA, M. V. G.	Percepção dos enfermeiros sobre cuidados paliativos e o manejo da dor na UTI. 2013.	Identificar e analisar a percepção dos enfermeiros acerca dos cuidados paliativos e o manejo da dor em uma Unidade de Terapia Intensiva e caracterizar a amostra.	Estudo de caso.	As dificuldades dos enfermeiros em relação aos CP e manejo da dor nos remete a importância da abordagem do tema desde a graduação e de atividades educativas com o objetivo da educação permanente dos profissionais.
GOMES, A. L. Z.; OTHERO, M. B.	Cuidados paliativos. 2016.	Resgatar e discutir o conceito e o contexto dos CP prestados por profissionais da saúde.	Revisão integrativa.	Existem fragilidades jurídicas, institucionais, profissionais e humanas sobre o tema.

HERMES, H. R.; LAMARCA, I. C. A.	Cuidados paliativos: uma abordagem a partir dos profissionais da saúde. 2013.	Tratar a questão da morte e do morrer, tanto na visão tradicional como na contemporaneidade, e como o cuidado paliativo tem sido tratado nas categorias de trabalho de medicina, serviço social, psicologia e enfermagem.	Revisão narrativa.	É evidente a carência de disciplinas que tratem da temática da morte nos currículos profissionais, existem poucos serviços de cuidados paliativos na sociedade brasileira e é comum verificar barreiras multidimensionais que se colocam a esse novo olhar ao paciente terminal.
*MATOS, J. C.	Percepção dos enfermeiros acerca do cuidado paliativo. 2016.	Analisar a percepção dos enfermeiros acerca do significado dos cuidados paliativos.	Pesquisa exploratória.	A fala dos enfermeiros desvelou que as vivências de cuidado cotidiano são permeadas por dificuldades de diferentes ordens, incluindo-se o despreparo emocional.
*PARENTONI, C. C.	Atuação do enfermeiro diante da terminalidade e morte da criança e do adolescente com câncer em cuidados paliativos. 2015.	Analisar e descrever as percepções subjetivas e a atuação técnica dos enfermeiros diante da criança e do adolescente com câncer, sem possibilidade de cura.	Estudo de caso.	Os enfermeiros apresentam dificuldades em lidar com a morte de crianças e nutrem sentimentos negativos que podem atrapalhar sua saúde e sua atuação.
SILVA, E. P.; SUDIGURSKY, D.	Concepções sobre cuidados paliativos: revisão bibliográfica. 2008.	Identificar as concepções dos cuidados paliativos, referidas em periódicos nacionais.	Revisão narrativa.	As concepções encontradas referem-se ao conceito de cuidados paliativos, entendido como cuidado integral voltado para indivíduos em condições terminais, com ênfase no aspecto físico, psicossocial e espiritual do indivíduo e família. Porém, existem lacunas quanto ao entendimento global dessas temáticas.
SILVA, M. M; MOREIRA, M. C.	Sistematização da assistência de enfermagem em cuidados paliativos na oncologia: visão dos enfermeiros. 2011.	Descrever a visão dos enfermeiros a respeito da sistematização da assistência de enfermagem.	Pesquisa descritiva e qualitativa.	Existe certo despreparo das equipes de enfermagem em aplicar de forma sistemática práticas em cuidados paliativos.
SILVA, M. M.; et al.	Cuidados paliativos na assistência de alta complexidade em oncologia: percepção de enfermeiros. 2015.	Identificar as dificuldades enfrentadas na prestação de cuidados paliativos em um Centro de Assistência de Alta Complexidade em Oncologia do estado do Rio de Janeiro, na percepção dos enfermeiros.	Pesquisa descritiva e qualitativa.	O estudo alerta sobre a necessidade de mudanças efetivas para atendimento dessas pessoas, que dependem de esforço coletivo para qualificar a prática e da realização de novas pesquisas

Quadro 1 – Trabalhos selecionados de acordo com a metodologia proposta.

Fonte: os autores.

*Trabalhos utilizados na seção de resultados e discussões.

O aspecto mais abordado nos trabalhos de referência foi a atuação do enfermeiro

em cuidados paliativos dirigidos a criança e adolescente em estado terminal. Para Matos (2016), a atuação profissional diz respeito ao conjunto de métodos técnicos e procedimentos de enfermagem aplicados ao paciente de forma a aliviar seu sofrimento.

O autor enfatiza que o enfermeiro deve ser capaz de analisar, verificar e refletir, com base em suas competências técnico-científicas e legais, a melhor forma de levar conforto ao paciente durante o processo de morrer. Esse cuidado também deve ser estendido à família do paciente, que, muitas das vezes, apresenta dificuldades em aceitar e entender a morte de seu ente.

Na prática, Durante (2014) argumenta que o enfermeiro apresenta muitas fragilidades em sua atuação profissional, devido a uma formação acadêmica que proporciona pouco ou nenhuma abordagem sobre como atender devidamente pacientes, principalmente crianças e adolescentes, em estado terminal.

Em seu estudo, Durante (2014) verificou que 100% dos enfermeiros, em uma amostra de 30 profissionais, que atuavam em cuidados paliativos em um hospital, demonstravam dificuldades em lidar e orientar suas equipes em cuidados paliativos e também não tinham formação complementar na área.

O estudo de Araújo (2011) corrobora os resultados de Durante (2014), justificando a fragilidade dos profissionais da saúde em atender de forma eficiente os pacientes em estado de incurabilidade devido ao modelo de ensino biomédico e positivista, predominante nos cursos da área da saúde do Brasil. Tal modelo busca, de todas as formas, o restabelecimento e/ou cura do doente, tendo a morte como fracasso.

Em sua pesquisa, Parentoni (2015) entrevistou 19 enfermeiros que atuavam em uma clínica infantil hematológica. Em seus resultados, a autora mostrou que todos os enfermeiros que faziam parte de sua amostra tinham dificuldades em aceitar a morte do paciente, o que reafirma as conjecturas de Araújo (2011) sobre o despreparo do enfermeiro em lidar com o fracasso. Entre os sentimentos descritos pelos enfermeiros analisados, destacaram-se: i) impotência; ii) tristeza; iii) ansiedade; iv) medo; v) angústia; vi) insegurança e vii) ansiedade.

Um relato de um dos enfermeiros entrevistados por Parentoni (2015) chama a atenção para o problema do saber lidar com a morte: “Todos os conceitos que eu tinha sobre morte caíram por terra e me deparei com o desespero para aceitá-la nesta ocasião que foi atuar no setor de pediatria”.

Para buscar minimizar esse problema, Araújo (2011) sugere que o tema de cuidados paliativos, tanto à criança quanto ao adulto, deve ser tratado durante toda a graduação do profissional da saúde, sob uma perspectiva humanística. No atual modelo acadêmico, dividido em dezenas de disciplinas, é complexo para o aluno conseguir fazer as associações e reflexões de forma integrativa. Essa fragmentação do ensino, geralmente, acaba desagregando o paciente do processo de aprendizagem, que tem maior foco em questões técnico-científicas.

Em seus resultados, Araújo (2011), ao aplicar um curso de capacitação sobre comunicação em cuidados paliativos para 303 profissionais da saúde, confirmou as dificuldades desses atores em lidar com pacientes terminais. Ao fim do curso, verificou aumento de 66% nos saberes sobre comunicação em cuidados paliativos e que esse conhecimento repercutiu de forma positiva na atuação dos profissionais supracitados.

Costa (2014) afirma que, a partir de uma educação mais humanista, o enfermeiro pode ser capaz de aliviar seus sentimentos negativos, tais como os citados por Parentoni (2015). Partindo de uma abordagem humanizada, é possível fazer com que o acadêmico consiga ver a morte como algo natural e perceber que esse acontecimento vai muito além de sua atuação profissional. Ou seja, fomentar a discussão sobre o processo de morrer e da morte durante a graduação pode tornar-se, no momento da atuação profissional, o falecimento do paciente menos estressante e impactante para o profissional da enfermagem. Além disso, pode melhorar sua empatia com o paciente, a família e a equipe.

Sobre o aspecto sentimental, é comum que ele seja tratado de forma isolada da atuação profissional, ou de forma coadjuvante. Porém, diversos autores afirmam que o equilíbrio entre o saber técnico, a empatia e o controle emocional pode fazer uma diferença positiva ao lidar com crianças, adolescentes e suas respectivas famílias quando a cura não é mais uma possibilidade.

Para Costa (2014) e Matos (2016), o processo de cuidados paliativos à criança e ao adolescente em estado terminal representa um momento de sofrimento para o profissional da enfermagem envolvido. Isso ocorre, pois, durante o agravamento da condição clínica do paciente e a aproximação de sua morte, o enfermeiro é acometido por sentimentos de impotência e tristeza, que podem pôr em risco sua atuação, caso não tenha preparo emocional para esse processo.

Para Durante (2014), é natural que o profissional da enfermagem se envolva emocionalmente com seu paciente enquanto exerce cuidados para garantir seu bem-estar, e esse vínculo tende a se fortalecer conforme o tempo passa. Essa aproximação ocorre devido à convivência, à troca de experiências ou mesmo pelo simples fato de prestar assistência, sendo a recíproca maior observada quando se trata do cuidar de crianças e adolescentes.

Logo, o processo do saber lidar com a perda do paciente se torna mais difícil quanto maior for o envolvimento do profissional da enfermagem com a criança ou adolescente em estágio terminal. E alguns profissionais, ao vivenciarem a perda de seus pacientes, tendem a negar, esconder ou suprimir seus sentimentos, como uma estratégia de enfrentar melhor a situação da perda (COSTA, 2014).

Parentoni (2015) se mostra preocupada com a atitude do enfermeiro em desenvolver vínculos fortes com o paciente, e o contrário também, de se mostrar apático em detrimento de sua atuação profissional. A autora apresenta que uma possível consequência de um envolvimento forte ou fraco demais entre o enfermeiro

e seu paciente pode ser a manifestação de problemas psicológicos persistentes no enfermeiro, como depressão, ansiedade e estresse.

Matos (2016) compartilha do entendimento de Parentoni (2015) e destaca que, quando o enfermeiro se envolve emocionalmente com o paciente terminal, ele acaba desenvolvendo sentimentos de apego, carinho, preocupação exagerada, entre outros. Esse laço afetivo pode fazer com que o profissional apresente dificuldade em aceitar a perda do paciente. A morte de criança ou adolescente afeta a ordem natural da vida e isso, associado aos sentimentos de afeto desenvolvidos, desgasta o enfermeiro no momento da perda.

Noutro caso, Matos (2016) diz que, quando o enfermeiro se torna apático e suprime seus sentimentos frente ao estado terminal de seu paciente em detrimento de sua atuação profissional, o mesmo não encontra mecanismos para expressar suas emoções, sufocando-as dentro de si. Essa ação pode desencadear uma série de sentimentos que podem fragilizar sua saúde física e psicológica.

Para evitar os dois cenários, Araújo (2011) e Parentoni (2015) propõem que, nos centros de tratamentos que oferecem cuidados paliativos, devem existir equipes de profissionais capacitados para prestar apoio e orientação a toda equipe de saúde envolvida no cuidado dos pacientes e oportunidades de formação continuada. De forma a tornar a atuação profissional não somente técnica, mas também humanizada, tanto para o profissional da saúde como para o paciente e sua família.

Quanto à comunicação, Costa (2014) a apresenta como a chave na busca do equilíbrio entre os aspectos supracitados: atuação profissional e sentimentos. A comunicação não se limita à troca de palavras entre o enfermeiro, sua equipe, o paciente e a família envolvida. A comunicação vai além da verbalização, estando presente na gesticulação, no contato físico, na troca de olhares, no semblante e na escuta.

É o conjunto dessas práticas comunicativas que pode dar sustentação para uma assistência em cuidados paliativos menos impactante e mais construtiva para todos os envolvidos. A comunicação pode favorecer as práticas e procedimentos invasivos realizados no paciente, pois ajuda no envolvimento entre o enfermeiro e o paciente, aumentando a confiança e diminuindo a tensão e a ansiedade de ambos, durante as intervenções (MATOS, 2016).

Araújo (2011) conclui que a comunicação facilita a interação entre a criança, sua família e a equipe de saúde, por meio do esclarecimento de dúvidas referentes ao estado clínico, procedimentos, medicamentos e sobre a evolução da enfermidade. Essa prática faz com que a família compreenda melhor a doença, o que ajuda no processo de aceitação do prognóstico e torna menos dramático o ambiente para a criança e o adolescente em estado terminal.

Costa (2014) e Parentoni (2015) corroboram a conclusão de Araújo (2011), porém enfatizam o processo da escuta como medida estratégica para o enfermeiro compreender melhor as necessidades do paciente e da família. Por meio de uma

escuta atenta e reflexiva, o enfermeiro desenvolve maior sensibilidade quanto à avaliação clínica do paciente e percebe de forma mais profunda as necessidades latentes do enfermo e de sua família, como, por exemplo, desabafos, a necessidade de maiores esclarecimentos e os momentos mais adequados para as intervenções técnicas.

Devido à complexidade para efetivar uma comunicação plena, por motivos acadêmicos, de personalidade, de ambiente, entre outros, muitos profissionais da enfermagem acabam subutilizando essa ferramenta, o que dificulta seu trabalho em cuidados paliativos. Muitas das vezes, não são capazes de prestar o amparo necessário para o paciente e sua família, reverberando sobre si mesmos as consequências da inutilização desse recurso, como as observadas e descritas por Parentoni (2015), estresse, insegurança e ansiedade.

4 | CONSIDERAÇÕES FINAIS

O câncer infantojuvenil é uma doença que causa a interrupção de um conjunto de atividades do paciente, tira a esperança de sua família, tem um processo de tratamento desconfortável e traz consigo a iminência da morte. Por isso, quando verificada a impossibilidade de cura da doença, o papel do profissional da enfermagem em cuidados paliativos é importante para diminuir o sofrimento e levar o máximo de conforto possível para o paciente e sua família.

O enfermeiro, com base em seu conhecimento técnico-científico e sua humanidade, deve proporcionar ao paciente e sua família um ambiente acolhedor, de forma a amenizar os sentimentos envolvidos e relativos ao diagnóstico de incurabilidade. Isso se dá por intermédio do esclarecimento de dúvidas, intervenções em saúde, empatia, acompanhamento, entre outras qualidades que ultrapassam o saber técnico.

De acordo com os resultados, os autores estudados compartilham diversos problemas que acometem os enfermeiros e equipes de enfermagem na ação em cuidados paliativos, entre as quais se destacam: i) envolvimento emocional forte com o paciente e sua família; ii) apatia emocional com o paciente e sua família; iii) fragilidades em sua formação acadêmica e continuada, no quesito humanidade; iv) dificuldades de comunicação; v) insensibilidade quanto ao perceber necessidades latentes do paciente e de sua família, entre outros.

Esses problemas têm início dentro da própria instituição formadora, uma vez que os cursos de enfermagem abordam de forma insuficiente a humanização na atuação do profissional em cuidados paliativos e não costumam tratar do tema da morte como algo natural e que precisa ser aceito em determinadas ocasiões. Destarte, o enfermeiro se forma na graduação ainda despreparado para lidar com a perda de um paciente.

Como consequência de um ou mais dos fatores citados pelos autores, o

profissional da enfermagem presta um serviço ineficiente em cuidados paliativos para o paciente em estágio terminal e sua família. Ademais, pode desenvolver patologias físicas e psicológicas decorrentes disso, como a depressão e ansiedade, devido ao seu despreparo em lidar com crianças e adolescentes em estágio terminal.

O tripé atuação profissional, sentimentos e comunicação parece estar na vanguarda do processo de aprimoramento da atuação do profissional da enfermagem em cuidados paliativos. Os autores concordam que essas categorias podem promover e desenvolver, se devidamente trabalhadas desde a graduação, a sensibilidade necessária para que o enfermeiro possa atuar de forma a garantir uma morte digna para seu paciente, amenizar o sofrimento e levar conforto à família, bem como mitigar o efeito da perda do paciente sobre si próprio.

REFERÊNCIAS

ARAÚJO, M. M. T. **Comunicação em cuidados paliativos**: proposta educacional para profissionais da saúde. 2011. 260 f. Tese (Doutorado) – Curso de Pós-graduação em Ciências, São Paulo: USP, 2011.

BENEDETTI, G. M. dos S.; GARANHANI, M. L.; SALES, C. A. O tratamento do câncer infantojuvenil: desvelando as vivências dos pais. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 22, n. 3, p. 425-431, maio/jun., 2014.

BERNADO, C. M. et al. A importância dos cuidados paliativos prestados pelo enfermeiro à criança com câncer em estágio terminal. **Revista de Pesquisa em Enfermagem**, v. 6, n. 3, p. 1221-1230, 2014.

COSTA, T. A. P. **Cuidar da criança em fim de vida: comunicação**. 2014. 92 f. Dissertação (Mestrado) – Curso de Pós-graduação em Cuidados Paliativos, Lisboa: Universidade Católica de Portuguesa, 2014.

DELFINO, C. T. A. et al. Câncer infantil: atribuições da enfermagem em cuidado paliativo. **Revista Saúde e Desenvolvimento**, v. 12, n. 10, p. 18-40, 2018.

DURANTE, A. L. T. C. **Cuidados paliativos no hospital geral**: o saber-fazer do enfermeiro. 2014. 92 f. Dissertação (Mestrado) – Curso de Pós-graduação em Enfermagem, Rio de Janeiro: UNIRIO, 2014.

FREITAS, N. O.; PEREIRA, M. V. G. Percepção dos enfermeiros sobre cuidados paliativos e o manejo da dor na UTI. **O Mundo da Saúde**, São Paulo, v.37, n. 4, p. 450-457, 2013.

GOMES, A. L. Z; OTHERO, M. B. Cuidados paliativos. **Estudos Avançados**, v. 30, n. 88, p. 155-166, 2016.

HERMES, H. R.; LAMARCA, I. C. A. Cuidados paliativos: uma abordagem a partir dos profissionais da saúde. **Revista Ciências e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 9, p. 2577-2588, 2013.

INSTITUTO NACIONAL DO CÂNCER (INCA). **Dados institucionais sobre câncer infantojuvenil no Brasil no ano de 2017**. Disponível em: <<http://www2.inca.gov.br/wps/wcm/connect/tiposdecancer/site/home/infantil>>. Acesso em: 10 de out. de 2018.

MATOS, J. C. **Percepção dos enfermeiros acerca do cuidado paliativo**. 2016. 125 f. Dissertação (Mestrado) – Curso de Pós-graduação em Enfermagem, Brasília: UNB, 2016.

PARENTONI, C. C. **Atuação do enfermeiro diante da terminalidade e morte da criança e do adolescente com câncer em cuidados paliativos**. 2015. 93 f. Dissertação (Mestrado) – Curso de Pós-graduação em Ciências, Campinas: UNICAMP, 2015.

SILVA, E. P.; SUDIGURSKY, D. Concepções sobre cuidados paliativos: revisão bibliográfica. **Acta Paul Enferm**, v. 21, n. 3, p. 504-508, 2008.

SILVA, M. M.; MOREIRA, M. C. Sistematização da assistência de enfermagem em cuidados paliativos na oncologia: visão dos enfermeiros. **Acta Paul Enferm**, v. 24, n. 2, p. 172-178, 2011.

SILVA, M. M.; et al. Cuidados paliativos na assistência de alta complexidade em oncologia: percepção de enfermeiros. **Escola Anna Nery Revista de Enfermagem**, v. 19, n. 3, p. 460-467, jul./set., 2015.

AUTOPERCEPÇÃO DE SAÚDE DAS MULHERES NA GESTAÇÃO

Katiele Hundertmarck

Universidade Franciscana
Santa Maria - RS

Marília Cunha Maroneze

Universidade Federal de Santa Maria
Santa Maria - RS

Patrícia Pasquali Dotto

Universidade Franciscana
Santa Maria - RS

RESUMO: **Introdução:** A autopercepção de saúde é um indicador subjetivo e com repercussões relevantes para a saúde física e mental, pois é um importante preditor de morbidade e mortalidade. A nível de saúde coletiva, tem potencial de contribuir para o planejamento de políticas públicas e em relação ao cuidado de saúde, monitorar a motivação da pessoa para a adoção de hábitos mais saudáveis de vida. **Objetivo:** conhecer o que a literatura científica tem publicado acerca da autopercepção de saúde das mulheres na gestação. **Metodologia:** realizou-se uma busca bibliográfica no Portal Regional da Biblioteca Virtual em Saúde (BVS) e no banco de dados da PubMed, com uso das palavras-chaves “autopercepção de saúde” and “gestantes”. Foram lidos todos os títulos e resumos dos artigos científicos. Após essa etapa, 10 artigos

foram selecionados para comporem a análise. **Resultados:** foi atribuída associação positiva para autopercepção de saúde com autoestima, nível educacional, condições socioeconômicas, discriminação étnica, nível de cortisol e de autoavaliação de peso e alimentação e em relação ao gênero. **Considerações finais:** a literatura científica considera que práticas de educação e promoção da saúde devem ser realizadas a fim de promover socialização do conhecimento por meio da problematização da saúde com as mulheres grávidas.

PALAVRAS-CHAVE: Autoavaliação; Gestantes; Saúde Materno-Infantil.

WOMEN'S HEALTH SELF-PERCEPTION IN PREGNANCY

ABSTRACT: Introduction: Self-perception of health is a subjective indicator and has relevant repercussions for physical and mental health, as it is an important predictor of morbidity and mortality. At the collective health level, it has the potential to contribute to the planning of public policies and in relation to health care, to monitor people's motivation for adopting healthier life habits. **Objective:** To know what the scientific literature has published about the self-perception of women's health during pregnancy. **Methodology:** A bibliographic

search was performed in the Regional Portal of the Virtual Health Library (VHL) and in the PubMed database, using the keywords “health self-perception” and “pregnant women”. All titles and abstracts of the scientific articles were read. After this step, 10 articles were selected to compose the analysis. **Results:** A positive association was attributed for self-rated health with self-esteem, educational level, socioeconomic conditions, ethnic discrimination, cortisol level, self-rated weight and diet and gender. **Final considerations:** The scientific literature considers that education and health promotion practices should be performed in order to promote socialization of knowledge through problematizing health with pregnant women.

KEYWORDS: Self Assessment; Pregnant women; Maternal and Child Health.

1 | INTRODUÇÃO

A autopercepção de saúde tem demonstrado ser um preditor sensível de morbidade e mortalidade das pessoas (DESALVO et al., 2006). É um conceito cada vez mais utilizado nas pesquisas científicas e no cuidado de saúde porque ele retrata a avaliação que a pessoa faz do seu estado de saúde e isso significa que, ao contribuir na sua avaliação diagnóstica, a pessoa tende a aderir a um plano terapêutico singular de forma mais efetiva (BRASIL, 2007).

É considerado um indicador subjetivo de saúde, pois há tendência que contemple todos os aspectos de vida geral, para além dos indicadores clínicos avaliados pelos profissionais da saúde. É uma medida que utiliza o bem-estar, aspectos emocionais, físicos, psicológicos, sociais, culturais, educacionais e econômicos. Logo, contempla dimensões de vida que são inatingíveis pela avaliação clínica do profissional de saúde. Tem relevância social e impactos em alguns desfechos na saúde que merece ser avaliada para um cuidado de saúde resolutivo e em tempo oportuno (BRASIL, 2007; BEZERRA et al., 2011; CARVALHES; CHOR, 2016).

Relaciona-se diretamente com à qualidade e satisfação de vida de modo geral. Podem ser incluídas demandas de trabalho, condições econômicas, prática de atividade física, consumo de drogas, doenças, dor, desconforto, renda, acesso aos serviços de saúde, moradia, educação, entre outras relacionadas ao cotidiano (PAVÃO; WERNECK; CAMPOS, 2013). Os dados de de saúde autoreportada também sinalizam a necessidade de mudança comportamental quando estão em desacordo com as evidências clínicas (LAMARCA, 2012).

Nessa perspectiva, perceber a saúde própria como boa ou muito boa tem impacto positivo na saúde em comparação com a autoavaliação ruim ou péssima. E essa classificação pode designar a adesão e a efetivação das intervenções promocionais à saúde ou de recuperação/reabilitação/ cura propostas pelos profissionais da saúde. Em outras palavras, a forma como a pessoa percebe que está a sua saúde tende a gerar a procura ou não pelos serviços de saúde e se irá considerar adequada e oportuna às ações.

Para as mulheres no período gestacional, a autopercepção de saúde pode indicar o quanto a mulher está motivada para a adesão a mudanças de hábitos de saúde que se fizerem necessárias nos cuidados pré-natais. Percebe-se que nesse público que há maior sensibilidade e receptividade à mudança de hábitos para a melhoria da saúde própria e do bebê. Por isso, propostas promocionais à saúde tendem a ser bem aceitas no período gravídico, com chances de posterior continuidade e extensão ao grupo familiar (LAMARCA et al., 2013).

Contudo, como poucas pesquisas científicas detiveram-se em investigar a autopercepção de saúde das mulheres na gestação afim de averiguar os impactos na saúde em geral, essa pesquisa objetivou conhecer o que se tem publicado acerca da autopercepção de saúde de gestantes e seus desfechos.

Acredita-se que com a elucidação dessa temática, os profissionais da saúde que acolhem à gestante e sua família nos cuidados pré-natais terão subsídios para contemplar a autopercepção de saúde como um indicador relevante.

2 | METODOLOGIA

Trata-se de uma revisão integrativa de literatura. Utilizou-se a estratégia de busca avançada no Portal Regional da Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), por meio da palavra-chave “autopercepção de saúde” e do descritor em ciências da saúde “gestantes”, com uso do operador booleano *and*. Na PubMed, a estratégia de busca avançada foi realizada por meio das palavras-chave “self-perception of health” and “pregnant”. Essa etapa foi feita em julho de 2018.

Foram lidos todos os títulos e resumos dos artigos científicos disponíveis na íntegra. Excluíram-se os duplicados e indisponíveis na versão integral. Após essa etapa, 10 artigos foram selecionados para comporem a análise. Os demais foram excluídos pela incompatibilidade em responder à pergunta de pesquisa.

Os itens incluídos foram fichados por autor, ano de publicação, metodologia do estudo/nível de evidência, objetivos e principais resultados e foram analisados por meio da análise de conteúdo (BARDIN, 2009), com a pré-análise, exploração do material e interpretação dos resultados.

O fluxograma das etapas de busca e seleção das publicações nas bases de dados pode ser visualizado na figura 1.

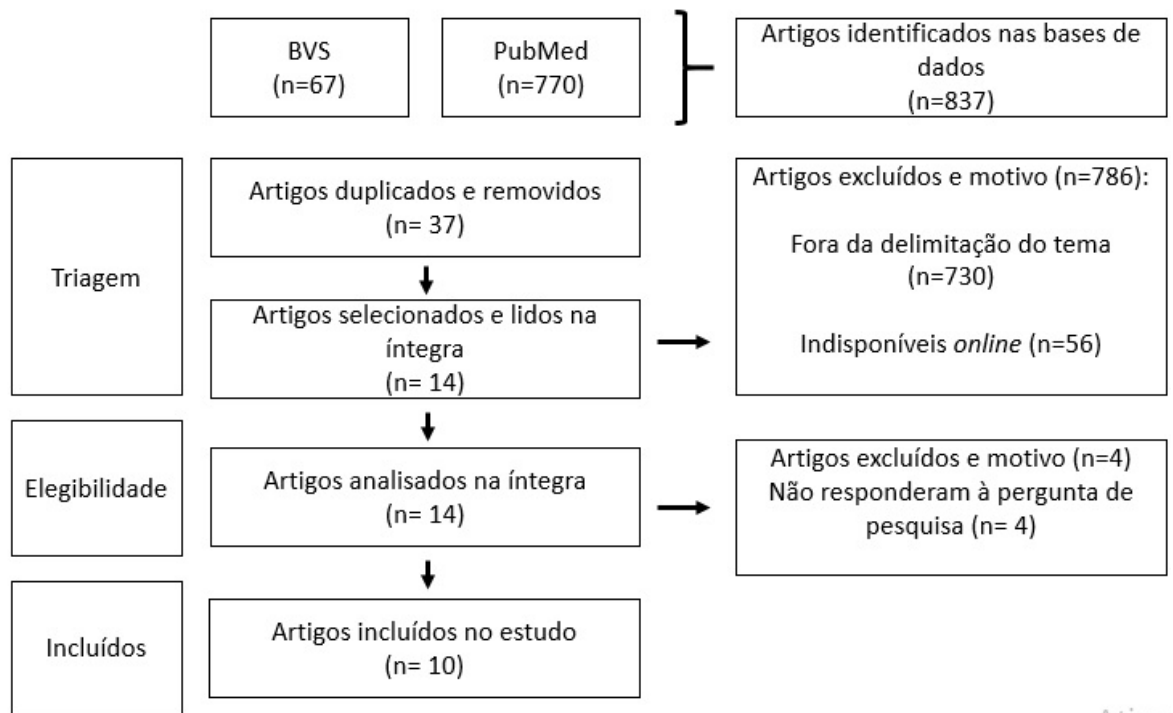


Figura 1. Fluxograma das etapas de busca e seleção dos estudos nas bases de dados. Santa Maria, RS, Brasil.

FONTE: Construção das autoras. Santa Maria, RS, 2018.

Foram selecionados, para constituir o corpus da análise, 10 artigos científicos. Desses, seis disponíveis na PubMed e quatro na BVS.

3 | RESULTADOS E DISCUSSÃO

Quanto ao periódico de publicações, houve o predomínio do Scandinavian Journal of Public Health com dois artigos selecionados e os periódicos de saúde bucal, com três itens. Quanto ao ano de publicação, 2015 foi o ano com mais itens, sendo de três artigos.

No que se refere ao desenho metodológico, houve predomínio de estudos transversais. Os níveis de evidência científica foram VI, sendo de pouca relevância para a prática do cuidado em saúde. Justifica-se pela pouca produção científica sobre a temática em destaque, e que principalmente utilizem metodologias consistentes. Isso corrobora para o incentivo de mais pesquisas na área e com rigor metodológico.

Na figura 2 constam com as principais informações da revisão dos estudos.

Autores	Título	Ano	Metodologia/ Nível de Evidência Científica	Objetivos	Principais Resultados
JAMIESON et al.	Self-efficacy and self rated oral health among pregnant aboriginal Australian women	2014	Transversal/ Nível VI	Determinar se baixa autoeficácia estava associada à autoavaliação de saúde bucal de gestantes	Gestantes com baixa autoeficácia tiveram 2,40 vezes mais chances de classificar sua saúde bucal como “razoável” ou “ruim”.
MATTOS; DAVOGLIO	Saúde bucal: a voz da gestante	2015	Revisão sistemática de literatura/ Nível I	Verificar o conhecimento, as atitudes e as percepções das gestantes sobre sua saúde bucal	A maioria das gestantes tem autopercepção positiva de saúde bucal, embora não seja condizente com a condição clínica
SANTOS et al.	Autoestima e qualidade de vida de uma série de gestantes atendidas em rede pública de saúde	2015	Transversal/ Nível VI	descrever os níveis de autoestima e de qualidade de vida de gestantes atendidas na rede pública de saúde de Rio Branco, estado do Acre	Observou-se menor qualidade de vida, no domínio físico, entre aquelas acima de 30 anos. A presença de companheiro e a classificação econômica parecem influenciar a autoestima e a idade, a qualidade de vida
JEREMIAS et al.	Autopercepção e Condições de Saúde Bucal em Gestantes	2010	Transversal/ Nível VI	Identificar a autopercepção de saúde bucal e avaliar a associação entre as variáveis cárie dentária, periodontopatias, uso e necessidade de próteses.	A maioria considerou sua condição bucal satisfatória, embora a situação clínica seja desfavorável
EURENIUS et al.	Maternal and paternal self-rated health and BMI in relation to lifestyle in early pregnancy: The Salut Programme in Sweden.	2011	Transversal/ Nível VI	Identificar o conhecimento sobre a autoavaliação da saúde materna e paterna e do índice de massa corporal em relação ao estilo de vida na gravidez precoce	A maioria classificou sua saúde geral como boa, muito boa ou excelente, embora as mulheres com menos frequência do que os homens (88% e 93%).
ZULKIFLY et al.	The association between perception of health during pregnancy and the risk of cardiovascular disease: a prospective study	2016	Longitudinal/ Nível VI	Examinar a associação prospectiva entre percepções de saúde durante a gravidez e fatores de risco cardiovascular de mães 21 anos após a gravidez	As mulheres grávidas que perceberam que tiveram complicações, tiveram resultados cardiovasculares mais desfavoráveis 21 anos após essa gravidez.

DRESCHER et al.	Perceived quality of life in pregnant adolescent girls	2003	Transversal/ Nível VI	Descrever a qualidade de vida e o estado de saúde percebidos por gestantes adolescentes	As adolescentes grávidas tiveram pontuações gerais ligeiramente inferiores para todos os componentes da qualidade de vida percebida, inclusive auto percepção de saúde
OSTROVE et al.	Objective and Subjective Assessments of Socioeconomic Status and Their Relationship to Self-Rated Health in an Ethnically Diverse Sample of Pregnant Women	2000	Transversal/ Nível VI	Verificar o status socioeconômico subjetivo em relação à autoavaliação física de saúde em mulheres grávidas	O status socioeconômico subjetivo foi significativamente relacionado à autoavaliação de saúde entre todos os grupos.
THAYER.; KUZAWA.	Ethnic discrimination predicts poor self-rated health and cortisol in pregnancy: Insights from New Zealand	2015	Transversal/ Nível VI	Avaliar a relação entre discriminação étnica percebida, autoavaliação da saúde e o hormônio do estresse cortisol medido no final da gravidez	As mulheres que relataram experiência de discriminação apresentaram pior autoavaliação de saúde, cortisol à noite e deram à luz a bebês com maior reatividade ao cortisol
WAHN; NISSEN.	Sociodemographic background, lifestyle and psychosocial conditions of Swedish teenage mothers and their perception of health and social support during pregnancy and childbirth	2008	Transversal/ Nível VI	Descrever e comparar mães adolescentes com mães adultas quanto às características sociodemográficas antecedentes, percepção de saúde e apoio social	As mães adolescentes perceberam menos apoio e tiveram baixa autoestima e mais sintomas depressivos do que as mães adultas.

Figura 2. Estudos identificados de acordo com referência, ano de publicação, metodologia, nível de evidência, objetivo e principais resultados. Santa Maria (RS), Brasil, 2018.

FONTE: Construção das autoras. Santa Maria, RS, 2018.

A autoavaliação de saúde bucal de gestantes aborígenes da Austrália foi considerada como ruim por mais da metade das participantes. As gestantes que relataram baixa autoeficácia, apresentaram níveis mais baixos de autoavaliação da saúde bucal. Esse achado relacionou-se a maior estresse, menor senso de controle, menor suporte social percebido e menor posição social subjetiva. Nesse estudo, a baixa autoeficácia foi um indicador de risco para autoavaliação saúde bucal das gestantes, um grupo que é reconhecido como sendo de alta risco de cárie dentária e doença periodontal (JAMIESON et al., 2014).

Uma revisão sistemática de literatura acerca das atitudes e as percepções das gestantes brasileiras sobre sua saúde bucal identificou a auto percepção da saúde bucal positiva pelas gestantes, embora não refletisse a real condição clínica

(MATTOS; DAVOGLIO, 2015).

As gestantes autoavaliaram sua saúde bucal como regular para seus dentes (42,0%) e bom para a gengiva (42,0%). Para 36,0% delas, a aparência geral da boca parecia ser satisfatória. Ao exame clínico, todas as participantes apresentavam alguma necessidade de tratamento periodontal (JEREMIAS et al., 2010).

A autoestima das gestantes participantes não-casadas e classificadas segundo a condição econômica em A e B apresentaram a menor autoestima (SANTOS et al., 2015).

A autoavaliação da saúde geral por casais gestantes suecos foi boa, muito boa ou excelente, embora as mulheres com menos frequência do que os homens (88% e 93%). As melhores autoavalições associaram-se com índices de massa corporal considerados normais. Além disso, para mulheres, excelente ou muito boa saúde autorreferida foi associada com um alto nível educacional e para homens com menos consumo de álcool e outras drogas. Para ambos, atividades físicas apareceu como benéficas (EURENIUS et al., 2011).

Os participantes com pior autoavaliação de saúde estavam mais freqüentemente com sobrepeso ou obesidade, o que pode aumentar ainda mais o risco para doenças (EURENIUS et al., 2011).

O estudo que objetivou avaliar as percepções autorreferidas das mulheres da gravidez e do risco cardiovascular depois de 21 anos, descobriu que mulheres que percebiam complicações na gestação tiveram aumento de 30% nas chances de ter hipertensão arterial. A partir disso, conclui-se que a autoavaliação da saúde é um preditor de desfechos objetivos de saúde, incluindo doença (ZULKIFLY et al., 2016).

Para adolescentes grávidas, os resultados do estudo sugerem que a gravidez tem pouco efeito na qualidade de vida autorreferida. Dados preconizam que a autopercepção de saúde das adolescentes são minimamente inferiores às gestantes adultas (DRESCHER et al., 2003).

O *status* socioeconômico subjetivo, medido por educação, ocupação e / ou renda, foi examinada em relação à autoavaliação física de saúde em mulheres grávidas (OSTROVE et al., 2000). Nessa pesquisa, as condições socioeconômicas foram significativamente relacionadas à autoavaliação de saúde das gestantes. Não houve correlação significativa entre a idade gestacional do feto e da saúde autorreferida das mulheres. As gestantes autodeclaradas como brancas relataram melhor saúde do que qualquer um dos outros grupos (OSTROVE et al., 2000).

As gestantes que relataram ser tratadas com menos respeito com base em sua etnia foram significativamente mais propensas a relatar pior autopercepção de saúde em comparação com as mulheres que não sentem discriminação étnica (THAYER; KUZAWA, 2015).

Além disso, nessas mulheres com pior autoavaliação de saúde, houve associação com maior produção noturna de cortisol durante a gravidez. Essas gestantes deram origem a filhos com resposta aumentada do cortisol à vacinação

nas seis semanas após o nascimento. O fato das associações entre a discriminação étnica e o cortisol materno, sugere que essas relações são improváveis de ser confundidas por fatores genéticos específicos da população. Estes achados sugerem que reduzir a exposição à experiência de discriminação étnica pode não só melhorar os resultados de saúde autorreferida entre os indivíduos expostos, mas também nas gerações futuras (THAYER; KUZAWA, 2015).

Não foram encontradas diferenças significativas em relação à saúde física percebida durante a gravidez entre as mães adolescentes e as mães adultas (WAHN; NISSEN, 2008). O suporte social adequado percebido pelas mulheres foi de 80% das adolescentes e 95% das adultas. Entre as adolescentes, 68% relataram autoestima elevada em comparação com 83% relatados pelas gestantes adultas (WAHN; NISSEN, 2008).

As gestantes adolescentes perceberam menos apoio de suas redes do que as mães adultas e adolescentes estavam esperando mais apoio de sua própria mãe do que do parceiro (WAHN; NISSEN, 2008).

Em um estudo com colombianos de 6 a 65 anos, a autopercepção de saúde indicou que homens têm uma maior proporção de percepção de saúde aceitável ou positiva comparado às mulheres. A percepção de saúde para as mulheres foi inaceitável ou negativa. Nessa pesquisa, essa percepção relacionou-se à idade superior a 38 anos, solteiras, trabalho informal e autodeclaradas negras (TUESCA-MOLINA; AMED-SALAZAR, 2014).

As mulheres percebem diferenças na autopercepção de saúde em comparação aos homens. Nesses, os resultados sugerem que eles ocorrem em países em transição, dado que pode relacionar-se ao fato de que as mulheres experimentam maior expectativa de vida e maior comorbidade (TUESCA-MOLINA; AMED-SALAZAR, 2014). Para esse quesito, insere à questão de gênero como um indicador relevante na promoção da saúde das mulheres e que também deve ser considerado no cuidado Pré-Natal.

No mesmo estudo, evidenciou-se que quanto menor o nível de escolaridade e viver em condições de vulnerabilidade, a percepção de saúde foi negativa. As minorias étnicas também tiveram uma pior autoavaliação de sua saúde. Projeta-se, a partir disso, que as pessoas com mais recursos e redes sociais terão uma melhor autopercepção da saúde (TUESCA-MOLINA; AMED-SALAZAR, 2014).

4 | CONSIDERAÇÕES FINAIS

Observa-se, no cenário desta revisão integrativa de literatura, que a ciência da saúde que mais investiga sobre autopercepção de saúde de gestantes é a odontologia. De acordo com esses achados, as mulheres grávidas, de modo geral, referiram boa saúde bucal, mesmo quando os dados clínicos não confirmaram essa situação.

Então, práticas de educação e promoção da saúde bucal devem ser realizadas a fim de promover socialização do conhecimento por meio da problematização da saúde com as mulheres grávidas.

As pesquisas de autopercepção de saúde geral trataram de relacionar o mesmo desfecho a diversos preditores de saúde. Foi atribuído associação positiva para autopercepção de saúde com autoestima, nível educacional, condições socioeconômicas, discriminação étnica, nível de cortisol e de autoavaliação de peso e alimentação e em relação ao gênero.

Contudo, como já mencionado, as pesquisas científicas na área da saúde ainda não revelam-se como investigadoras de autopercepção de saúde das gestantes como preditora de desfechos impactantes na saúde. Por isso, essa revisão de literatura permite afirmar a impreteriosa necessidade de pesquisas de campo que possam contribuir com a saúde materna.

Compreende-se que este estudo tem limitações metodológicas quanto à estratégia de busca bibliográfica e que novas pesquisas podem contribuir com as melhores evidências científicas para respaldar o cuidado de saúde.

REFERÊNCIAS

BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. Lisboa: Edições 70, 2009.

BEZERRA, C. L. B.; OPITZ, S.P.; KOIFMAN, R.J.; MUNIZ, P.T. Percepção de saúde e fatores associados em adultos: inquérito populacional em Rio Branco, Acre, Brasil, 2007 2008. **Cad Saúde Pública**, v.27, n.12, p.2441-51, 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **Clínica ampliada, equipe de referência e projeto terapêutico singular** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização – 2. ed. – Brasília: Ministério da Saúde, 2007. 60 p. : il. color. – (Série B. Textos Básicos de Saúde). Disponível em: <http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/clinica_ampliada_2ed.pdf>. Acesso em: 12 Jul 2019.

CARVALHES, F.; CHOR, D. Posição socioeconômica, idade e condição de saúde no Brasil. **Revista Brasileira de Ciências Sociais**, v. 31, n. 92, p.1, 2016.

DESALVO, K.B.; BLOSER, N.; REYNOLDS, K.; HE, J.; MUNTNER, P. Mortality prediction with a single general self-rated health question. A meta-analysis. **J Gen Intern Med**, v.21, n.3, p.267–75, 2006.

DRESCHER, K. M.; MONGA, M.; WILLIAMS, P.; PROMECENE-COOK, P.; SCHNEIDER, K. Perceived quality of life in pregnant adolescent girls. **Am J Obstet Gynecol**, p.1231-3, 2003.

EURENIUS, E.; LINDKVIST, M.; SUNDQVIST, M.; IVARSSON, A.; MOGREN, I. Maternal and paternal self-rated health and BMI in relation to lifestyle in early pregnancy: The Salut Programme in Sweden. **Scandinavian Journal of Public Health**, v. 39, p.730-741, 2011.

JAMIESON, L. M.; PARKER, E.J.; ROBERTS-THOMSON, K.F.; LAWRENCE, H. P. BROUGHTON, J. Self-efficacy and self-rated oral health among pregnant aboriginal Australian women. **BMC Oral Health**. v.14, p. 29. 2014.

JEREMIAS, F.; SILVA, S. R.C.; JÚNIOR, A.V.; TAGLIAFERRO, E. P.S.; ROSELL, F. L. Autopercepção e Condições de Saúde Bucal em Gestantes. **Odontol. Clín.-Cient.**, Recife, v. 9, n. 4, p.359-363, 2010.

LAMARCA, G. A. et al. The association of neighbourhood and individual social capital with consistent self-rated health: A longitudinal study in Brazilian pregnant and postpartum women. **BMC Pregnancy and Childbirth**, v.13, n.1, p.1, 2013.

LAMARCA, G.A. **A relação do capital social e do contexto ocupacional na auto-avaliação de saúde e na qualidade de vida relacionada à saúde bucal em mulheres na gravidez e no pós-parto.** Tese (Doutorado) – Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Rio de Janeiro, 2012.

MATTOS, B.N.C.; DAVOGLIO, R.S. Saúde bucal: a voz da gestante. **RFO**, Passo Fundo, v. 20, n.3, p.393-399, 2015.

OSTROVE, J. M.; ADLER, N. E.; KUPPERMANN, M.; WASHINGTON, A. E. Objective and Subjective Assessments of Socioeconomic Status and Their Relationship to Self-Rated Health in an Ethnically Diverse Sample of Pregnant Women. **Health Psychology**, v.19, n.6, p.613-618, 2000.

PAVÃO, A. L. B.; WERNECK, G. L.; CAMPOS, M. R. Autoavaliação do estado de saúde e a associação com fatores sociodemográficos, hábitos de vida e morbidade na população: um inquérito nacional. *Cad. Saúde Pública* [online], v.29, n.4, p.723-734, 2013.

SANTOS, A. B.S.; SANTOS, K. E. P.; MONTEIRO, G. T. R.; PRADO, P. R. AMARAL, T. L. M. Autoestima e qualidade de vida de um série de gestantes atendidas em rede pública de saúde. **Cogitare Enferm.** v. 20, n. 2, p.392-400, 2015.

THAYER, Z. M.; KUZAWA, C. W. Ethnic discrimination predicts poor self-rated health and cortisol in pregnancy: Insights from New Zealand. **Social Science & Medicine**, v.128, p.36-42, 2015.

TUESCA-MOLINA, R. DE J.; AMED-SALAZAR, E. J. Capital social y su relación con la percepción de salud. Encuesta nacional de salud, Colombia 2007. **Colombia Médica**, v.45, n.1, p.7–14, 2014.

WAHN, E. H.; NISSEN, E. Sociodemographic background, lifestyle and psychosocial conditions of Swedish teenage mothers and their perception of health and social support during pregnancy and childbirth. **Scandinavian Journal of Public Health**, v.36, p.415–423, 2008.

ZULKIFLY, H. H.; CLAVARINO, A.; KASSAB, Y.W.; DINGLE, K. The association between perception of health during pregnancy and the risk of cardiovascular disease: a prospective study. **SpringerPlus**, v.5, n.6, 2016.

AVALIAÇÃO DE DESEMPENHO POR MEIO DOS REGISTROS EM PRONTUÁRIO: ESTRATÉGIAS DA GESTÃO EM SAÚDE

Olguimar Pereira Ivo

Faculdade Independente do Nordeste (FAINOR);
Vitória da Conquista – BA.

Jocelio Matos Amaral

Universidade Federal do Oeste da Bahia (UFOB)
Barreiras-BA

Manuele Miranda Mafra Oliveira

Enfermeira no Hospital Samur
Vitória da Conquista – BA.

Matheus Marques da Silva Leite

Faculdade Independente do Nordeste (FAINOR);
Vitória da Conquista – BA.

Heloísa Ribeiro Alves

Faculdade Independente do Nordeste (FAINOR);
Vitória da Conquista – BA.

Thainá Emí Barreto Gomes

Enfermeira Egressa da Faculdade Independente
do Nordeste (FAINOR);
Vitória da Conquista – BA.

Thayane Gomes de Almeida

Faculdade Independente do Nordeste (FAINOR);
Vitória da Conquista – BA.

Viviane Moreira dos Santos Teixeira

Faculdade Independente do Nordeste (FAINOR);
Vitória da Conquista – BA

Ivana Paula Ferraz de Andrade

Faculdade Independente do Nordeste (FAINOR);
Vitória da Conquista – BA.

RESUMO: o objetivo desse estudo foi analisar o desempenho dos profissionais que atuam no serviço de Pronto Atendimento- (PA), a partir da avaliação dos registros. Trata-se de uma análise quantitativa, realizada a partir de informações coletadas em 150 fichas preenchidas pelos profissionais. O estudo foi realizado na perspectiva da importância da avaliação de desempenho de forma contínua e sistematizada em instituições de saúde pública ou privada, pois estas necessitam de avaliação sistemática da gestão. Os resultados mostraram que 103 (68%) prontuários estavam sem os registros da evolução do paciente, ação que deveria ter sido realizada pelo enfermeiro. A constatação dos resultados deste estudo mostra a fragilidade relacionada aos registros da evolução de enfermagem nas fichas da unidade, que pode estar relacionada às múltiplas causas: déficit de recursos humanos, dinâmica de trabalho difícil e ausência de educação em saúde e capacitações, pois a qualidade dos registros também costuma ser deficiente. Diante disso, discutem-se estratégias para resolução do problema a partir de alguns instrumentos: programas de planejamento de capacitação, de educação permanente e de desenvolvimento organizacional (PDO).

PALAVRAS-CHAVE: Avaliação de desempenho; Gestão em Saúde; Prontuários; Capacitação;

PERFORMANCE EVALUATION BY MEANS OF THE RECORDS ON CHART: STRATEGY OF MANAGEMENT IN HEALTH

ABSTRACT: the aim of this study was to analyze the performance of professionals working in the Instant Attending (IA), from the assessment of the records. It is a quantitative analysis, carried out from information collected in 150 sheets filled by professionals. The study was carried out in view of the importance of performance evaluation on an ongoing basis and systematized in public or private health institutions, because these require systematic assessment of management. The results showed that 103 (68) records were the records of the patient's evolution, action that should have been performed by the nurse. The observation of the results of this study show the fragility related to the evolution of nursing records in the schedules of the unit, which can be related to multiple causes: lack of human resources, dynamics of hard work and absence of health education and training, because the quality of the records are also often deficient. Given this, strategies are discussed for tackling the problem from a few instruments: training planning programs, of permanent education and organizational development (EOD).

KEYWORDS: Evaluation performance; Management in health; Charts; Capacity building;

1 | INTRODUÇÃO

A Avaliação de Desempenho (AD) é utilizada como um instrumento para análise da qualidade do serviço realizado pelo gestor, com intuito de avaliar as atividades desempenhadas pelos membros da sua equipe. Assim, o objetivo desse estudo foi analisar o desempenho dos profissionais que atuam no serviço de Pronto Atendimento- (PA), a partir da avaliação dos registros contidos nos prontuários dos clientes atendidos no PA de um Hospital Geral, em um município do Sudoeste da Bahia.

Nesse sentido, cabe ao gestor da unidade de Pronto Atendimento fazer a avaliação sistematizada dos resultados prestados pela equipe. Para isso ele precisa ter um Plano de Ação previamente elaborado e aprovado pela direção técnica do hospital, em que estejam descritos os objetivos e funções de cada um dos membros da equipe, para que tenham conhecimento da necessidade de saber fazer as intervenções terapêuticas, de acordo com a necessidade individual e coletiva das pessoas que procuram o serviço de PA.

Conforme Costa (2018), é extremamente importante que os servidores conheçam as competências que lhes são requeridas para o bom andamento das atividades. Portanto, o gestor precisa deixar claro, quais os objetivos da unidade de Pronto Atendimento, e as competências e habilidades que o servidor precisa ter a fim de conferir qualidade ao trabalho prestado. Os resultados poderão ser avaliados

a partir de um processo de mapeamento de competências da unidade, através de um planejamento de ações, com objetivo de sensibilizar os servidores, bem como a administração pública representada pelo governo do Estado.

Dessa forma, cabe ao gestor avaliar os resultados das ações planejadas e executadas no serviço de Pronto Atendimento, a partir do gerenciamento dos riscos, paralelo ao controle interno do desempenho da equipe. A apresentação dos resultados deverá ser feita através de relatório de prestação de contas ao gestor da unidade, a fim de apresentar de forma contínua e sistematizada os resultados avaliativos dos atendimentos realizados no setor de Pronto Atendimento, oportunamente, apresentará os benefícios e as fragilidades enfrentadas pelo setor e sua equipe.

2 | MÉTODO

Trata-se de um estudo de natureza descritiva, exploratória, com análise quantitativa, realizada a partir de informações coletadas em 150 fichas preenchidas na Unidade de Pronto Atendimento, entre os meses de maio, junho, julho e agosto de 2017. Para isso foi utilizada a variável, evolução de enfermagem. Em obediência às normas éticas, o trabalho foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade Independente do Nordeste- Fainor pelo CAAE: 49940615.6.0000.5578.

3 | AVALIAÇÃO DE DESEMPENHO

A avaliação de desempenho é apresentada por Mantovanini (2011) como uma forma sistematizada de verificar o desempenho de cada pessoa em uma determinada organização, tendo em vista as atividades que ela desempenha, bem como as metas traçadas e os resultados a serem alcançados. Desse modo, trata-se de um processo dinâmico que julgará as características individuais, sendo o valor, a excelência e as qualidades de cada pessoa, o que demonstra qual é a sua contribuição no processo da organização.

A avaliação de desempenho é uma prática que existe há muito tempo, porém ainda é pouco utilizada entre os profissionais da área da saúde, principalmente para os servidores públicos da instância federal e estadual, dentro da administração pública brasileira.

Avaliar o desempenho dos servidores da Administração Pública Federal brasileira não é prática recente. Desde os anos 1970, diversos tipos de avaliação vêm sendo normatizados, calcados, principalmente, em mérito (desempenho) e em tempo de serviço (antiguidade), com diferentes finalidades como: aprovação em estágio probatório, progressão funcional, promoção e pagamento de gratificações de desempenho (VELASCO, 2009, p. 28).

Segundo Gil (2012), existem fatores que contribuem para a morosidade no desenvolvimento e execução dos processos de avaliação do desempenho, porque em alguns casos, os objetivos e metas não são bem definidos, pois não existe

envolvimento e comprometimento adequado dos gestores, uma vez que muitos deles não estão preparados para planejar e gerir a tarefa de avaliação de desempenho.

Em se tratando dos serviços da área de saúde, mais precisamente das unidades de urgência/emergência, através deste processo, é possível avaliar o desempenho de cada profissional envolvido no sistema, o que constitui um poderoso meio de resolução de problemas de desempenho e um eficiente instrumento de melhoria da qualidade do trabalho e, conseqüentemente, da qualidade de vida dentro dessas unidades, tendo em vista as características peculiares destes setores.

Esta importante ferramenta gerencial tem exigido das lideranças e das equipes de trabalho, que se remodelem nos novos termos gerenciais, requerendo muito mais que a análise dos resultados das atividades de um profissional, mas sim a análise de todos os potenciais influenciadores do seu desempenho, que constituem componentes subjetivos do comportamento do indivíduo, que direta ou indiretamente pode alterar o resultado final.

Torna-se imprescindível realizar a avaliação de desempenho de forma contínua e sistematizada em instituições de saúde pública ou privada, pois estas necessitam de avaliação sistemática da gestão bem como, da qualidade dos serviços prestados pelos profissionais de saúde, nesse caso o destaque é para os profissionais de enfermagem, enfermeiros e técnicos, além dos médicos.

A avaliação de desempenho pode ser feita baseando-se na atividade em si requerida, que são as atribuições específicas de cada área de trabalho, como por exemplo, o registro em prontuário ou baseando-se no perfil profissional necessário para o exercício daquela função, como: proatividade, iniciativa, comunicação eficaz, entre outros. Estes últimos, por vezes podem determinar a capacidade e habilidade do profissional e influenciar decisivamente nos resultados do seu trabalho.

Segundo Brandão (2012), a avaliação de desempenho objetiva localizar as competências que foram aplicadas e que obtiveram bons resultados na instituição. Assim, a partir das respostas, o gestor avalia se está no caminho certo, ou se precisa alterar o planejamento de ações. Dessa forma, cabe ao gestor planejar a capacitação profissional, a fim de incentivar os indivíduos a desenvolverem atividades necessárias para a melhoria da qualidade do serviço.

Assim, avaliar o desempenho dos profissionais que assumem a função de protagonistas em situações de urgência e emergência é de extrema necessidade, tendo em vista as responsabilidades atribuídas à cada um dos profissionais aqui destacados. Estes são, portanto, os responsáveis pela manutenção da vida dos inúmeros pacientes que dão entrada nestas unidades de porta de entrada em busca de atendimento.

Para se alcançar os objetivos da instituição, é necessário que o profissional tenha conhecimento, habilidades e atitudes, somados ao desempenho, resultando em objetivos alcançados. A consolidação deste processo se torna possível mediante o planejamento de capacitações frente à equipe, para tal, os gestores devem se

comprometer com a atualização permanente e processual de cada profissional inserido (COSTA, 2018).

4 | AVALIAÇÃO DOS REGISTROS

Diante dos registros avaliados, verificou-se que, embora o enfermeiro execute importantes funções no âmbito do Pronto Atendimento, a amostra composta por 150 prontuários mostrou que 103 (68%) estavam sem os registros da evolução do paciente, ação que deveria ter sido realizada pelo enfermeiro, com predomínio de mais de 50% da amostra escolhida de forma aleatória.

A constatação dos resultados deste estudo mostra a fragilidade relacionada aos registros da evolução de enfermagem nas fichas da unidade. Isso significa que existe uma solução de continuidade ligada a estes registros que fere o processo de avaliação da qualidade da assistência prestada pelos enfermeiros a partir da constatação da ausência dos referidos registros nas fichas dos pacientes atendidos no serviço de Pronto Atendimento.

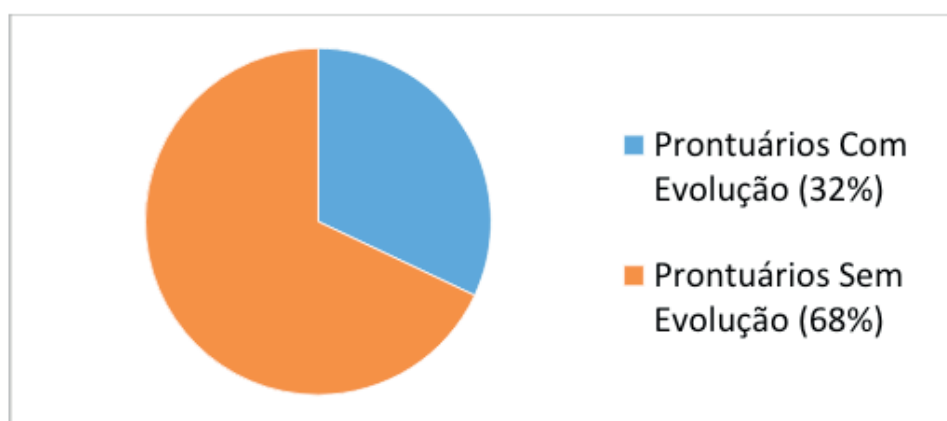


Gráfico1 - Percentual de prontuários com os registros de evolução do paciente.

Fonte: Elaboração própria.

A emergência têm sido o setor do ambiente hospitalar em que mais cresce a demanda por serviços, seja pelo aumento do número de acidentes, violência e déficit das atividades preventivas e de promoção à saúde. Isso resulta na superlotação dos serviços de emergência, o que aumenta a carga de trabalho da enfermagem, inclusive pela gravidade do perfil de pacientes que permanecem internados nestes setores por falta de leitos em unidades de terapia intensiva (PAIXÃO, et al., 2015).

Assim, a falta de registros adequados na emergência pode estar relacionada à dinâmica de trabalho existente neste setor, que é considerada exaustiva, estressante e de superlotação em muitos hospitais públicos. Isso dificulta a realização de todos os processos por parte da equipe de enfermagem, entre eles os registros, devido

à alta carga de trabalho associada ao subdimensionamento de pessoal (KUYAVA, 2016).

Neste contexto, a falta de documentação dos cuidados prestados é preocupante, uma vez que os registros de enfermagem formam importante ferramenta na gerência do cuidado, com propósito de evitar prejuízos no processo de comunicação e na assistência prestada aos pacientes (SETZ, DINNOCENZO, 2009; SOUZA, 2018;).

Diante disso, um dos aspectos que os gestores hospitalares precisam se atentar é a gestão dos recursos humanos de forma a garantir condições adequadas para que a equipe de enfermagem possa desenvolver seu trabalho com eficiência e prestar assistência livre de danos e riscos aos pacientes. Isso inclui garantir condições (estruturais e processuais) para o registro adequado da assistência prestada.

Outro fator importante que merece destaque é qualidade do que é registrado – e não somente a presença do registro em si. Estes ainda costumam apresentarem-se inconsistentes, fragmentados e desprovidos de aspectos técnicos e de padronização, o que pode gerar prejuízos incalculáveis para a instituição e para os pacientes. Diante disso, torna-se necessário, entre alternativas, o planejamento de capacitações acerca desta temática (BRAGAS, 2015, SOUZA, 2018).

5 | PLANEJAMENTO DE CAPACITAÇÃO

O Programa de Capacitação tem como objetivo de contribuir de forma eficiente com a atualização dos profissionais médicos e de enfermagem. Isso pode incentivá-los a perceber a importância da atualização contínua dos processos de atendimento de urgência e emergência para a preservação da vida dos pacientes que necessitam de atendimento emergencial.

Todo Plano de Capacitação deve estar alinhado com os objetivos da instituição, proporcionando a aprendizagem dos servidores e estimular a motivação pessoal (COSTA, RAMOS, 2018). A motivação é um ponto central na implantação de capacitações planejadas, que devem abarcar necessidades e sugestões da equipe, oferecendo segurança e assertividade no processo de trabalho.

Dessa forma, cabe aos gestores dos serviços apresentarem propostas para implantação de Programa de Educação Permanente ou em situações específicas, implantar também o Programa de Educação em Serviço. Essa última modalidade atende necessidades específicas de trabalho, com correções pontuais e emergenciais, utilizando como cenário o próprio ambiente de trabalho, chamada educação *in loco*.

O Planejamento de Capacitação culminará no atendimento às necessidades levantadas na Unidade de Pronto Atendimento, com objetivo de priorizar o investimento na produção de conhecimentos a partir dos conteúdos elencados pelos servidores.

Dentro desse planejamento, incluem-se atividades de educação em saúde com propósito de implantação do Processo de Enfermagem (PE) como forma de

desenvolver ações sistematizadas na assistência ao paciente, considerando o dinamismo do serviço de emergência. Isso pode ser feito considerando as etapas de sensibilização da equipe, definição de prioridades, estabelecimento de metas, além de preparo teórico e aplicação prática dos instrumentos com a equipe, além de reavaliação periódica e controle dos processos implantados (MARIA, QUADROS, GRASSI, 2012).

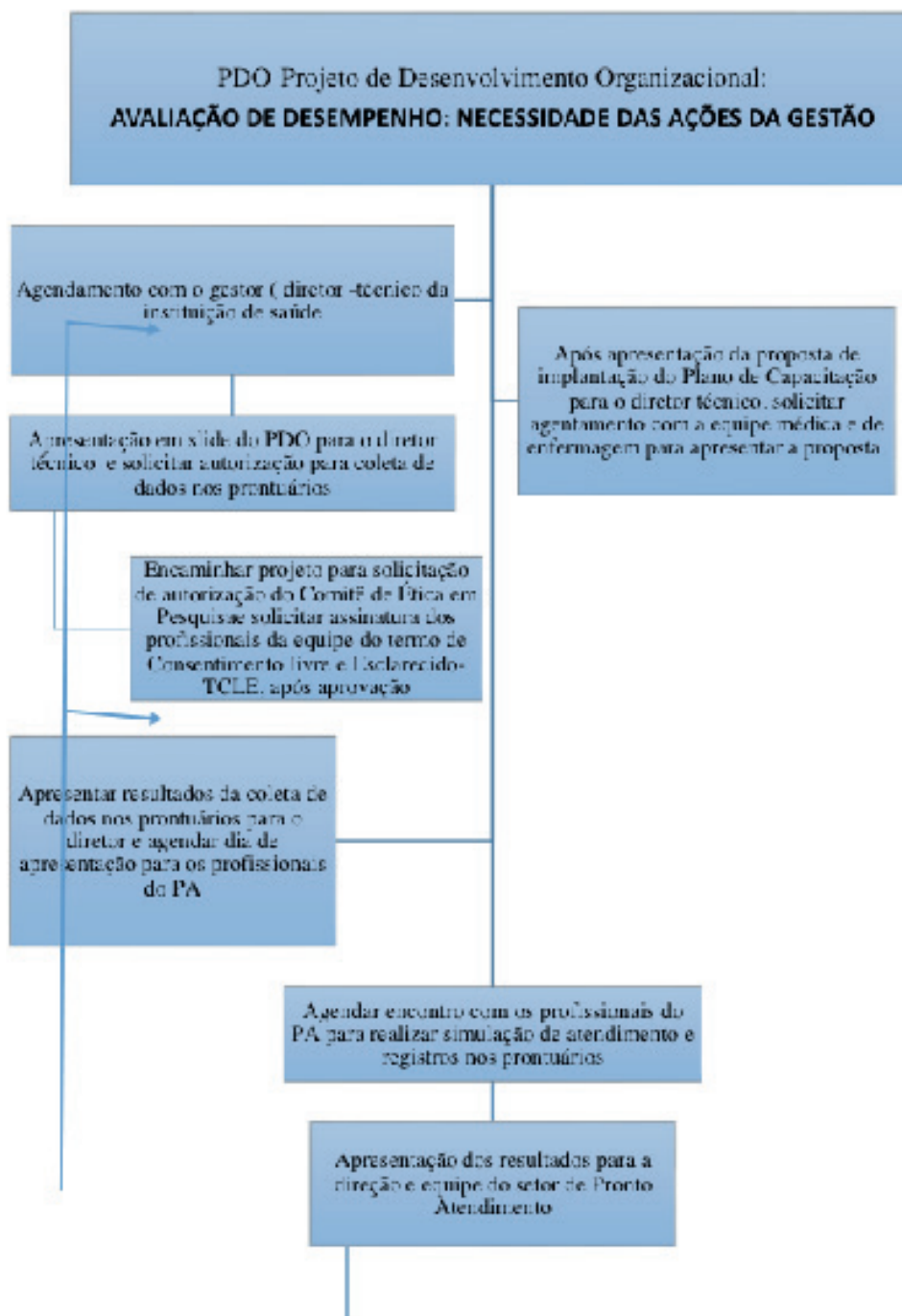


Figura 1. Fluxograma do delineamento metodológico

Fonte: Elaboração própria.

6 | PROGRAMA DE EDUCAÇÃO PERMANENTE

Segundo a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS), a EPS é uma tática que sugere que se tome como ponto de partida os processos que emanam do método de trabalho em saúde. Tem como objetivo de destaque, o aperfeiçoamento do processo de trabalho, com destaque para o fortalecimento da humanização durante a realização das atividades desenvolvidas dentro da instituição. Isso busca fortalecer a relação política da gestão com a instituição assim como no contexto federal, estadual e municipal (BRASIL, 2018).

Historicamente, a formação contínua da área de saúde tendia a adotar planejamento engessado, formal, sem envolver necessidades e expectativas do profissional atuante, de forma esporádica e desassociada da realidade de trabalho. Busca-se, na atualidade, refutar esse modelo, substituindo-o por estratégias que colaborem tanto com o que as organizações de saúde esperam dos profissionais, no que se refere às competências, quanto que auxiliem os profissionais na prática do cuidado em enfermagem (MELO et al., 2018).

Nesse contexto, o enfermeiro pode assumir importante protagonismo, pois além de cuidador se insere no contexto de educador, um possível facilitador de Educação Permanente, se tornando ferramenta de aproximação entre meta e concretização da formação contínua em saúde. Espera-se desse profissional a tomada de decisões baseadas na cientificidade, a troca de experiências e de orientações visando a melhor percepção individual, da equipe e da comunidade. (FERRAZ et al., 2014)

Nesse sentido, é importante que os gestores que atuam em instituições de âmbito federal, estadual ou municipal, busquem fortalecer a qualidade da assistência, com base em estratégias que melhorem o desenvolvimento dos seus profissionais e, conseqüentemente, evidenciem resultados tão positivos que contribuam para a ascensão do serviço e dos profissionais que atuam na unidade, com desejo de fazer reflexões críticas sobre seu papel na empresa.

A gestão de recursos humanos, reconhecida mundialmente, tornou-se ferramenta importante para avaliar a eficácia dos procedimentos realizados na organização, com objetivo de assegurar a excelência do serviço de saúde. Nessa perspectiva, as medidas adotadas pelo SUS a partir da PNEPS aliado à boa gestão apontam para melhorias no setor de saúde, bem como para a prestação de serviços de qualidade à população (MATOS, 2004; BRASIL, 2014).

Cabe ao gestor programar estratégias, bem como elaborar relatórios mensais de cunho avaliativo, para serem aplicados à equipe, a fim de identificar fragilidades e realizar avaliação do serviço de saúde através de indicadores pré-estabelecidos. Esta ferramenta é imprescindível, pois possibilita ao gestor enxergar a dimensão total das especificidades do setor e, a partir da adoção delas, erradique as mazelas que persistem na Unidade de Pronto Atendimento.

Uma estratégia que pode ser utilizada, com fins educativos é a resolução de

situações baseadas em problemas, com intuito de promover a aprendizagem e transformações efetivas dos resultados dos processos de trabalho. Nesse sentido, a identificação da situação-problema, permite que o trabalhador discuta as situações incoerentes com todos os componentes da equipe, apontando as possíveis causas do problema, em conjunto com os companheiros. Essa estratégia é configurada como ativadora da integração e amplia oportunidade de crescimento do trabalhador, e conseqüentemente da instituição de saúde (BRASIL, 2014).

Este processo de ensino-aprendizagem proposto pela metodologia com base na problematização, é dinâmico e educativo, pois permite o desenvolvimento de percepções e aptidões diferentes entre os servidores. Nessa perspectiva, é possível afirmar que essa ação educativa reafirma que o fortalecimento de um Programa de Educação Permanente deve ser incentivado de forma inovadora.

7 | PROGRAMA DE DESENVOLVIMENTO ORGANIZACIONAL (PDO)

O desenvolvimento organizacional representa qualquer iniciativa de uma organização para alavancar melhores resultados de trabalho, de modo a aumentar a participação dos integrantes e padronizar o perfil de comportamento para o contexto de trabalho, buscando um modelo institucional que reflita melhores desempenhos (MANTOVANINI, 2011).

Deve-se congregiar o desenvolvimento organizacional ao valor do ser humano com base na definição do trabalho e nas dimensões da organização. Dessa forma, a instituição deverá garantir o equilíbrio das relações interpessoais. Nesse sentido, cabe ao gestor da organização desempenhar o papel de mediador dentro do processo das relações interpessoais, tão necessárias para a manutenção do equilíbrio de crescimento organizacional (LIMA, 2006).

No que tange às instituições de saúde, a complexidade do processo assistencial e a necessidade de evidenciar a assistência prestada por meio de registros oficiais, se tornam forte justificativa para a proposta de mudança do cenário prático. A aplicação de um Projeto de Desenvolvimento Organizacional emerge para uma mudança de atitude e perspectiva de aprimoramento profissional.

A constatação dos resultados deste estudo mostra a fragilidade relacionada aos registros da evolução de enfermagem nas fichas (prontuários) de pacientes na unidade de Pronto Atendimento do hospital. Isso demonstra que existe uma lacuna no processo de registros em prontuário, que fere, sobretudo, o cumprimento de uma obrigação ético-legal da profissão, além de comprometer a avaliação da qualidade da assistência prestada pelos enfermeiros, pois há notória predominância da falta de registros nas fichas dos pacientes atendidos no PA. Fomentar estratégia de melhoria da qualidade dos registros das fichas do Pronto Atendimento é o grande alvo desse projeto.

O PDO foi sugerido em seis etapas, iniciando com o agendamento com o gestor

para apresentação da proposta do Plano de Capacitação, após esse procedimento, será feito o encaminhamento do projeto ao Comitê de Ética em Pesquisa, apresentação dos resultados, logo a seguir, serão sugeridas as alterações na prática de gestão do serviço do Pronto Atendimento bem como, maior investimento em capacitações para os profissionais que atuam neste setor, como mostra a figura 1.

8 | CONSIDERAÇÕES FINAIS

Conforme os dados apresentados e a partir da problematização do assunto, é possível afirmar que se trata de um problema que deve ter a atenção do gestor do serviço de enfermagem do setor em questão. A estratégia deve permear investimento em educação permanente, de modo a elevar a qualidade dos registros das fichas do Pronto Atendimento. Com isso, poderá ser inovada a política de atendimento adotada pela instituição de saúde, além de propor alterações na prática de gestão do serviço do Pronto Atendimento e investir mais em capacitações dos profissionais que atuam neste setor.

Para compreender o ganho institucional após a ação realizada, é necessário avaliar o processo de aprendizagem, comparando o que o indivíduo era capaz de fazer antes e depois dela. Avaliar a competência é observar, portanto, se o indivíduo é capaz de apresentar aqueles comportamentos necessários ao desenvolvimento da organização (COSTA, RAMOS, 2018).

Desse modo, após implantadas as estratégias que capacitem os profissionais a melhorar suas práticas, a avaliação de desempenho deve ser novamente aplicada para medir a adesão aos processos e redefinir metas de melhoria, que precisam ser contínuas, progressivas e ajustadas a novas realidades e protocolos.

REFERENCIAS

BRAGAS, LZT. A importância da qualidade dos registros de enfermagem para gestão em saúde: estudo em hospital na região noroeste do RS. Dissertação. UFRGS. Rio Grande do Sul, 2015.

BRANDÃO, H. P. Aplicações do Mapeamento de Competências à Gestão de Pessoas. In: BRANDÃO, Hugo Pena. Mapeamento de Competências: métodos, técnicas e aplicações em gestão de pessoas. São Paulo: Editora Atlas, p. 70-99, 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Política Nacional de Educação Permanente em Saúde: o que se tem produzido para o seu fortalecimento? 1. ed. rev. – Brasília: Ministério da Saúde, 2018.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria. Educação Permanente em Saúde: um movimento instituinte de novas práticas no Ministério da Saúde: 1. ed., 1. reimpr. – Brasília: Ministério da Saúde, 2014.

_____. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. Guia da gestão da capacitação por competências. Disponível em: <<https://portalsipec.planejamento.gov.br/eventos/iii-encontro-nacional-de-desenvolvimento-de-pessoas/arquivos/arquivo.2013-01-07.0167156876>>. Acesso em: 13 dez. 2012.

_____. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS n. 1.996, de 20 de agosto de 2007. Dispõe sobre as diretrizes para a implementação da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde e dá outras providências [legislação na Internet]. Brasília; 2007. [citada 2009 jun.20]. Disponível em: http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/Portaria_1996-de_20_de_agosto-de2007.pdf

COSTA, T. D. Gestão de Pessoas por Competências. Coleção Gestão de Pessoas com Ênfase em Gestão por Competências. 1ª edição. 1ª reimpressão Salvador: UFBA, 2018.

COSTA, TD; RAMOS, CC. Trilhas de Aprendizagem por Competências. 1ª edição. 1ª reimpressão. Salvador: UFBA, 2018. 60 p: il. - (Coleção Gestão de Pessoas com Ênfase em Gestão por Competências).

FERRAZ L, VENDRUSCOLO C, MARMETT S. Educação permanente na enfermagem: uma revisão integrativa. Rev Baiana Enferm . 2014 May/Aug; [cited 2017Jun21];28(2):196-207.

GIL, Antônio Carlos. *Gestão de Pessoas: um enfoque nos papéis profissionais*. 1. Ed. – 12 reimp. São Paulo: Editora Atlas, 2012.

KUIAVA, Isabel Berns. Registro das ações de enfermagem: avaliação e proposições para a prática Dissertação de mestrado. Universidade Federal de Santa Catarina, SC, 2016.

LIMA, M. B. B. P. B. A gestão da qualidade e o redesenho de processos como modelo de desenvolvimento organizacional em hospitais públicos universitários: o caso do Hospital das Clínicas da UNICAMP. (Dissertação de mestrado). Campinas, 2006.

MANTOVANINI, Viviane Ferreira. A influência da avaliação de desempenho no desenvolvimento profissional. (*Monografia de especialização*) Centro Universitário Católico Salesiano Auxilium – UNISALESIANO, Lins-SP, 2011.

MARIA MA, QUADROS FAA, GRASSI MFO. Sistematização da assistência de enfermagem em serviços de urgência e emergência: viabilidade de implantação. Rev Bras Enferm, Brasília 2012 mar-abr; 65(2): 297-303.

MATTOS RA. A integralidade na prática (ou sobre a prática da integralidade). Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 20(5):1411-1416, set-out, 2004.

MELLO, AL; BRITO, LJS; TERRA, MG; CAMELO, SH. Estratégia organizacional para o desenvolvimento de competências de enfermeiros: possibilidades de Educação Permanente em Saúde. Esc. Anna Nery. Rio de Janeiro , v. 22, n. 1, 2018.

PAIXÃO TCR, et al. Dimensionamento de enfermagem em sala de emergência de um hospital-escola. Rev Esc Enferm USP · 2015; 49(3):486-493.

SAKANO AM, et al. Avaliação de desempenho: conceito, objetivo e metodologia. Revista Ampla de Gestão Empresarial, Registro, SP, V. 3, N° 2, art. 7, p 100-109, outubro 2014.

SETZ, Vanessa Grespan; DÍINNOCENZO, Maria. Avaliação da qualidade dos registros de enfermagem no prontuário por meio da auditoria. Acta Paul Enferm. 2009;22(3):313-7.

SOUZA, Ramon Pacheco. Os registros de enfermagem como ferramenta para a gestão do cuidado. (*dissertação de mestrado*). Universidade Federal de Juiz de Fora, MG, 2018.

VELASCO S. M. V. *Carreira e gestão de desempenho: estudo de uma carreira típica da administração pública federal* (Monografia de graduação). Brasília. ENAP, 2009.

CONVERGÊNCIA DA PRÁTICA INVESTIGATIVA E A PROMOÇÃO DE SAÚDE EM PREVENÇÃO DE QUEDAS EM UM GRUPO DE CONVIVÊNCIA DE IDOSAS DO PROJETO DE EXTENSÃO CONVIVER PARA RE-VIVER PUCMINAS

Edirlene de Melo Nogueira

Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais,
Departamento de Fisioterapia, Belo Horizonte –
Minas Gerais

Isadora Laboriê Ferreira Martins

Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais,
Departamento de Fisioterapia, Belo Horizonte –
Minas Gerais

Maelly Gil Pereira

Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais,
Departamento de Fisioterapia, Belo Horizonte –
Minas Gerais

Patrícia Dayrell Neiva

Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais,
Departamento de Fisioterapia, Belo Horizonte –
Minas Gerais

Sabrina Miranda Baptista

Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais,
Departamento de Fisioterapia, Belo Horizonte –
Minas Gerais

Viviane Almeida

Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais,
Departamento de Fisioterapia, Belo Horizonte –
Minas Gerais

RESUMO: Introdução: O equilíbrio da pessoa idosa encontra-se diminuído devido às alterações que ocorrem nos seus sistemas, facilitando a ocorrência de instabilidades e quedas. Devido ao alto risco de queda presente no cotidiano é importante a aplicação de instrumentos para

avaliar o equilíbrio e identificar a propensão a quedas e a promoção da saúde em prevenção de quedas e suas complicações. **Objetivo:** Avaliar o equilíbrio de idosas do Grupo de Convivência Esperança de Vida para identificar o risco de queda e encaminhá-las para uma avaliação focada no seu Centro de Saúde de referência. **Metodologia:** A prática investigativa foi proposta pela PUC Minas onde participaram 15 idosas do Grupo de Convivência Esperança de Vida. A avaliação do equilíbrio foi realizada através da aplicação dos testes: Semi-Tandem, o Step test, Passar de Sentado Para de Pé e Velocidade da Marcha. **Resultados:** Dentre as 15 idosas avaliadas, no Semi-Tandem, apenas duas (13,33%) foram incapazes de realizá-lo. No Step Test, 11 idosas (73,33%) apresentaram-se incapazes de realizar o teste no tempo estabelecido. No teste Passar de Sentado Para de Pé, 14 idosas (93,33%) foram incapazes de realizar o teste no tempo previsto. No teste de Velocidade de Marcha, oito idosas (53,33%) foram classificadas como funcionais; três (20%) em estado de alerta e quatro em perigo (28,57%). **Conclusão:** Os resultados dos testes demonstraram a necessidade do encaminhamento de oito idosas para uma avaliação específica com objetivo de identificar as possíveis causas do baixo desempenho nos testes de equilíbrio e direcionar para a melhor intervenção visando à prevenção de quedas.

PALAVRAS-CHAVE: Envelhecimento, queda, Promoção em saúde

ABSTRACT: Introduction: The balance of the elderly person is diminished due to the changes that occur in their systems, facilitating the occurrence of instabilities and falls. Due to the high risk of falling in daily life, it is important to apply instruments to assess the balance and identify the propensity for falls and health promotion in the prevention of falls and their complications. **Objective:** To evaluate the balance of elderly women in the Living Life Cohabitation Group to identify the risk of falls and to refer them to an evaluation focused on their Reference Health Center. **Methodology:** The investigative practice was proposed by PUCMinas where 15 elderly women from the Living Hope Living Group participated. The evaluation of the balance was carried out through the application of the tests: Semi-Tandem, the Step test, Pass from Sitting to Foot and Speed of the March. Results: Among the 15 elderly women evaluated in the Semi-Tandem, only two (13.33%) were unable to perform it. In the Step Test, 11 elderly women (73.33%) were unable to perform the test in time established. In the pass from sitting to standing, 14 elderly women (93.33%) were unable to perform the test in the predicted time. In the gait velocity test, eight elderly women (53.33%) were classified as functional; three (20%) on alert and four in danger (28.57%). **Conclusion:** The results of the tests demonstrated the need to refer eight elderly women to a specific evaluation to identify the possible causes of low test performance balance and direct the best intervention to prevent falls.

KEYWORDS: Aging, Fall, Health Promotion

INTRODUÇÃO

Atualmente, é visível o envelhecimento da população em países em desenvolvimento, aumentando o número de idosos. Com o envelhecimento, ocorrem várias alterações no corpo humano, principalmente nos sistemas músculo-esquelético, cardio-respiratório, neurológico, vestibular, visual, proprioceptivo, cognitiva, coordenação motora e de concentração, típicas desse processo e que podem ser potencializadas dependendo do estilo de cada idoso (ALVES, 2014).

O equilíbrio também é um fator que deve ser levado em consideração ao abordar sobre o envelhecimento. O equilíbrio corporal é definido como a manutenção de uma postura do corpo sem provocar oscilações. Ele envolve a recepção e a integração de estímulos sensoriais, o planejamento e a execução de movimentos para controlar o centro de gravidade sobre a base de suporte, sendo realizado pelo sistema de controle postural, que integra informações do sistema vestibular, dos receptores visuais e do sistema sensório-motor (LEME; CARVALHO; SCHEICHER, 2017).

Muitas vezes o equilíbrio do idoso encontra-se diminuído devido as alterações que ocorrem nos seus sistemas, facilitando a ocorrência de desequilíbrio, instabilidades e quedas. É comum que as quedas nos idosos venham acompanhadas de várias

complicações como fraturas e internações.

Devido o risco de queda presente na vida de vários idosos, é importante a aplicação de instrumentos que vão avaliar o equilíbrio e identificar o idoso propenso a quedas, mostrando a necessidade da atuação do fisioterapeuta e de uma equipe multidisciplinar com o objetivo de prevenir as quedas e suas complicações, proporcionando aos idosos a sua independência e qualidade de vida. São vários os instrumentos que são utilizados pelo fisioterapeuta com o objetivo de avaliar o equilíbrio do idoso; como o Romberg, Tandem, Apoio Unipodal, Escala de Berg, entre outros.

O objetivo desse artigo foi avaliar o equilíbrio de um grupo de idosos do Centro Dia do Idoso por meio da aplicação de testes de equilíbrio.

METODOLOGIA

Estudo investigativo desenvolvido no Centro Dia do Idoso Dom Cabral, por meio das disciplinas de fisioterapia aplicada a cardiologia e fisioterapia aplicada a geriatria. A amostra foi composta por um grupo de 30 idosos com uma média de idade entre 58 a 91 anos. Como critério de inclusão foram todos os idosos do Centro Dia idoso que possui mobilidade independente, estava estável hemodinamicamente, ou seja, como pressão arterial entre 120/80 mmHg e 140/90 mmHg e frequência cardíaca entre 60 e 100 batimentos por minutos e os idosos que quisesse participar da atividade. Antes da realização dos testes aferimos os dados vitais dos idosos para a segurança dos indivíduos. Foram excluídos pacientes com mobilidade dependente, instáveis hemodinamicamente e que se recusaram a participar da atividade.

Para avaliação do equilíbrio foi realizada aplicação de 4 (Quatro) testes, sendo eles: o Semi-Tandem, Step Teste, Sentado para de pé e Velocidade da Marcha. Todos os testes foram aplicados em apenas um dia.

O Semi-Tandem consiste em posicionar o idoso em pé com o calcanhar de um dos pés encostado na metade do outro pé. Ele deve permanecer com os olhos fechados nessa posição pelo menos 30 segs. Se obter menos de 5 seg pode ter mais uma chance. O idoso que ficar abaixo de 10 seg nessa posição terá o teste positivo para risco de quedas.

No Step Teste o indivíduo deve fazer o movimento de colocar o pé inteiro em um degrau e depois voltar a posição inicial. Deve fazer esse movimento 8 vezes, sendo 4 vezes com cada pé, o mais rápido possível dentro do limite de segurança. Se o tempo for superior a 10 segundos, o teste é positivo para o risco de quedas.

A avaliação do passar de sentado para de pé é feito com o idoso realizando esse movimento 5 vezes o mais rápido que conseguir com os braços cruzados no peito. Caso ele não consiga, pode realiza-lo com as mãos na coxa ou na lateral da cadeira, sendo importante anotar essas observações. O teste é considerado positivo, ou seja,

o idoso tem um maior risco de queda, se o tempo para realizar essa atividade for superior a 12 segundos

A velocidade da marcha é realizada cronometrando o tempo gasto pelo idoso ao caminhar 14 metros do percurso, sendo esse tempo mensurado na segunda tentativa, já que a o primeiro percurso serve para o idoso se familiarizar com o teste a ser aplicado. Deverão ser descartados os 2 metros iniciais e finais, pois eles representam o tempo de aceleração e desaceleração da marcha. Se a velocidade do idoso for maior que 1m/s ele é classificado como funcional, entre 0,6 a 1m/s é classificado como alerta e menor que 0,6m/s é considerado como perigo e aumentada as chances de risco de queda.

RESULTADOS

Após os critérios de inclusão e exclusão foram selecionados 15 idosos. Como pode ser observado na tabela 1, no Semi-Tandem apenas dois idosos (13,33%) foram incapazes de realizá-lo, diante desse resultado é possível afirmar que o sistema somatosensorial das demais idosas encontra-se íntegro. No Step Test 11 idosos (73,33%) apresentaram-se incapazes de realizar o teste no tempo estabelecido, sugerindo a maior propensão a quedas, provavelmente pela fraqueza de membros inferiores e menor tempo de reação motora. No teste Passar de Sentado Para de Pé 14 idosas (93,33%) foram incapazes de realizar o teste no tempo previsto. No teste de Velocidade de Marcha 8 idosos (53,33%) foram classificadas como funcionais; três (20%) em estado de alerta e quatro em perigo (28,57%), pois geralmente os idosos que apresentam menor velocidade de marcha possuem alta incidência de quedas, entre outros eventos.

SEMI-TANDEM	Incapazes: 2 Pessoas	Incapaz: 13,33%
STEP TEST	Incapaz: 11 Pessoas	Incapaz: 73,33%
SENTADO PARA DE PÉ	Incapaz: 14 Pessoas	Incapaz: 93,33%
VELOCIDADE DA MARCHA	Velocidade: <0,6 m/s = Perigo - 4 Pessoas 0,6 a 1 m/s = Alerta - 3 Pessoas >1m/s =Funcional - 8 Pessoas	Perigo - 28,57% Alerta – 20% Funcional – 53,33%
IDOSOS ENCAMINHADOS PARA AVALIAÇÃO FOCADA	8	53,33%

TABELA 1: Avaliação de risco para quedas em 15 idosos

Fonte: Elaboração das autoras

DISCUSSÃO

Dentre 15 idosos avaliados no teste de equilíbrio Semi Tandem, apenas 2 indivíduos apresentaram-se incapazes de realizar o teste, representando 13,33% da população em estudo. A partir disso, é possível afirmar que o sistema somatosensorial da maioria da amostra encontra-se íntegro. No Step Teste 11 indivíduos apresentaram-se incapazes de realizar o teste no tempo estabelecido (10 seg), indicando uma maior propensão a quedas, que pode ser justificado pela fraqueza de membros inferiores e menor tempo de reação motora (SANTOS; BORGES; MENEZES, 2013).

No Sentado Para de Pé, 14 indivíduos foram incapazes de realizar o teste no tempo previsto de 12 seg, representando 93,33% da amostra. Um fator de risco que leva a essa situação são as alterações fisiológicas do envelhecimento, como a diminuição da força muscular, diminuição no número de fibras musculares, em especial aquelas do tipo II, diminuição na velocidade de condução nervosa, das amplitudes de movimento, que podem influenciar diretamente o equilíbrio do idoso no decorrer da atividade do Passar de Sentado de Pé. Durante a realização desse movimento os idosos utilizam estratégias para facilitar essa ação, como a utilização dos membros superiores como apoio, a fim de aproximar o centro de massa da superfície de suporte através do aumento de flexão de tronco ou aumentando o tempo gasto para a execução do movimento. Estas estratégias resultam em aumento do gasto energético nesta população em consequência ao maior recrutamento de unidades motoras. Outras estratégias utilizadas são apoiar as mãos na coxa ou na lateral da cadeira (GOULART, 2003).

Como a maioria da população avaliada não conseguiu realizar o teste de passar de sentado para de pé no tempo previsto, podemos sugerir que os idosos podem apresentar uma fraqueza do tibial anterior, na qual é responsável pela estabilização da tíbia durante o passar de sentado para de pé (GOULART, 2003). A dificuldade em realizar esse movimento pode limitar atividades como levantar da cama, sentar à mesa para alimentação, usar o banheiro e andar de ônibus, o que consequentemente restringe a participação social desses idosos (GOULART, 2003).

CONCLUSÃO

Concluimos que parte da amostra selecionada tem risco aumentado para queda, o que nos mostra a necessidade de estratégias para mais específica e direcionada a essa população.

É indispensável a utilização de testes de equilíbrio na avaliação do idoso, uma vez que determina o risco de quedas, além de ser de fácil aplicação, necessita de poucos recursos e apresenta boa sensibilidade e especificidade. A partir da avaliação, foi identificado o idoso propenso a quedas, mostrando a necessidade da intervenção do fisioterapeuta e de uma equipe multidisciplinar com o objetivo de prevenir as

quedas e suas complicações, proporcionando aos idosos a sua independência e qualidade de vida (CASTRO et al., 2015).

REFERÊNCIAS

ALVES, Lucas Vieira et al . **Avaliação da tendência à quedas em idosos de Sergipe**. Rev. CEFAC, São Paulo , v. 16, n. 5, p. 1389-1396, Oct. 2014 . Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-18462014000501389&lng=en&nrm=iso>. access on 21 May 2018.

CASTRO, Paula Maria Machado Arantes et al. **Testes de equilíbrio e mobilidade funcional na predição e prevenção de riscos de quedas em idosos**. Rev. Bras. Geriatr. Gerontol., Rio de Janeiro, 2015; 18(1):129-140.

DOS SANTOS, Fernanda Pains Vieira; DE LIMA BORGES, Larissa; LOSADA DE MENEZES, Ruth. **Correlação entre três instrumentos de avaliação para risco de quedas em idosos**. Fisioterapia em Movimento, [S.l.], v. 26, n. 4, set. 2017. ISSN 1980-5918. Disponível em: <<https://periodicos.pucpr.br/index.php/fisio/article/view/21616>>. Acesso em: 13 jul. 2019. doi:<http://dx.doi.org/10.1590/S0103-51502013000400017>.

GOULART, Fátima et al. **O movimento de passar de sentado para de pé em idosos: implicações para o treinamento funcional**. Acta fisiátrica, v. 10, n. 3, p. 138-143, 2003.

LEME, Gianluca Loyolla Montanari; CARVALHO, Isabela Feitosa de; SCHEICHER, Marcos Eduardo. **Melhora do equilíbrio postural em mulheres idosas com o uso de informação sensorial adicional**. Fisioter. Pesqui., São Paulo , v. 24, n. 1, p. 68-73, Mar. 2017 . Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1809-29502017000100068&lng=en&nrm=iso>. access on 21 May 2018.

DESAFIOS ENCONTRADOS PELOS ACADÊMICOS DE ENFERMAGEM NO ATENDIMENTO AO PACIENTE SURDO NA ATENÇÃO BÁSICA: RELATO DE EXPERIÊNCIA

Francielton de Amorim Marçal

Discente do Curso de Graduação em Enfermagem do Centro Universitário Doutor Leão Sampaio (UNILEÃO). Juazeiro do Norte - Ceará.

Isabelly Rayane Alves dos Santos

Discente do Curso de Graduação em Enfermagem do Centro Universitário Doutor Leão Sampaio (UNILEÃO). Juazeiro do Norte - Ceará.

Hercules Pereira Coelho

Discente do Curso de Graduação em Enfermagem do Centro Universitário Doutor Leão Sampaio (UNILEÃO). Juazeiro do Norte - Ceará.

Paloma Ingrid dos Santos

Discente do Curso de Graduação em Enfermagem do Centro Universitário Doutor Leão Sampaio (UNILEÃO). Juazeiro do Norte - Ceará.

Dennis Rodrigues de Sousa

Discente do Curso de Graduação em Enfermagem do Centro Universitário Doutor Leão Sampaio (UNILEÃO). Juazeiro do Norte - Ceará.

Mauro McCarthy de Oliveira Silva

Enfermeiro. Centro Universitário Doutor Leão Sampaio (UNILEÃO). Juazeiro do Norte - Ceará.

Eduarda Brennda Ferreira Gonçalves de Lima

Enfermeira. Centro Universitário Doutor Leão Sampaio (UNILEÃO). Juazeiro do Norte - Ceará.

Ana Paula Ribeiro de Castro

Enfermeira. Mestre em Saúde da Família. Docente do Curso de Graduação em Enfermagem do Centro Universitário Doutor Leão Sampaio (UNILEÃO). Juazeiro do Norte – Ceará, Brasil.

Andréa Couto Feitosa

Enfermeira. Mestre em Ciências da Saúde. Docente do Curso de Graduação em Enfermagem do Centro Universitário Doutor Leão Sampaio (UNILEÃO). Juazeiro do Norte – Ceará, Brasil.

RESUMO: O estudo teve por objetivo relatar a experiência diante dos desafios encontrados pelos acadêmicos de enfermagem no atendimento de pacientes surdos na atenção básica. Trata-se de um estudo qualitativo, descritivo, do tipo relato de experiência, desenvolvido em uma unidade básica de saúde da família, residente em um município do interior cearense. Os resultados foram subdivididos em quatro etapas, sendo estas: o processo de acolhimento; desafios na comunicação; desafios em adquirir a confiança do paciente; e a dificuldade na abordagem ao paciente. De acordo com as vivências dos discentes no atendimento ao paciente com deficiência auditiva, ficou evidente a necessidade, importância, da disciplina de ensino em libras ser obrigatória, devendo ser ofertada nos diversos cursos de graduação na área de ciências da saúde, haja vista a dificuldade dos profissionais em estabelecer uma boa comunicação com esse grupo social, identificar suas queixas, e, por conseguinte, prestar um atendimento adequado para os mesmos. É notável que os

profissionais de saúde não são capacitados para atender o deficiente auditivo e dessa forma acabam falhando com inúmeros princípios estabelecidos pelo SUS.

PALAVRAS-CHAVE: Surdez. Enfermagem. Comunicação.

CHALLENGES FOUND BY NURSING ACADEMIC IN THE ATTENDANCE FOR THE DEAF PATIENT IN BASIC CARE: EXPERIENCE REPORT

ABSTRACT: The study aimed to report the experience in face of the challenges found by nursing students in the attendance of deaf patients in basic care. This is a qualitative, descriptive study of the type of experience report, developed in a basic family health unit, resident in a city in the interior of Ceará. The results were subdivided into four stages, as follows: the welcoming process; communication challenges; challenges in gaining patient confidence; and the difficulty in approaching the patient. According to experiences of students in the care of the hearing impaired patient, it became evident the need, importance, of the teaching discipline in pounds to be compulsory, and should be offered in the various undergraduate courses in the health sciences, considering the difficulty professionals to establish good communication with this social group, identify their complaints, and therefore provide appropriate care for them. It is noteworthy that health professionals are not trained to meet the hearing impaired and thus fail many principles established by the SUS.

KEYWORDS: Deafness. Nursing. Communication.

1 | INTRODUÇÃO

A deficiência auditiva e/ou surdez, sendo ela permanente ou temporária, pode ser conceituada como um conjunto de dificuldades comunicativas que cominam em grandes impactos na vida do indivíduo acometido, conflitos esses que são refletidos no atendimento especializado oferecido nos serviços de saúde (MAGRINI; SANTOS, 2014; RODRIGUES; DAMIÃO, 2014; YOAMA et al., 2017).

Vislumbrada como um impasse diante da comunicação entre profissional-paciente, a deficiência auditiva e/ou surdez pode gerar complicações diante do desenvolvimento da confiança do paciente no profissional, percepções distorcidas sobre o constituído na comunicação, segurança nas medicações, na aderência ao tratamento, e até mesmo nas interações com a equipe interdisciplinar e os conglomerados sociais (MAGRINI; SANTOS, 2014; RODRIGUES; DAMIÃO, 2014; YOAMA et al., 2017).

Pois, a relação de confiança entre o paciente e a equipe profissional envolvida é de extrema necessidade, devendo ocorrer por meio de uma comunicação clara e eficaz, de modo a nortear o profissional diante da sistematização do cuidado humanizado (YOAMA et al., 2017).

Segundo o supracitado autor, no mundo, estima-se que existam, em média,

360 milhões de pessoas com deficiência auditiva ou surdez, entre as classificações leve, moderada ou severa. A população deficiente, no Brasil, assume uma totalidade de 45 milhões de pessoas, sendo aproximadamente 345 mil surdos, o que equivale a 1,1% da população nacional.

A atenção básica tem um grande papel, no que tange a saúde da população, sendo considerada a principal porta de entrada no Sistema Único de Saúde (SUS). Neste contexto, o Decreto N° 5.626, de 22 de dezembro de 2005, que garante o direito à saúde das pessoas surdas ou com deficiência auditiva determina que, a partir de 2006, seja organizado o atendimento a essa população na rede de serviços do SUS, para que tenham acesso a seus direitos com qualidade e resolubilidade (BRASIL, 2005). Assim, é dever do profissional de saúde humanizar a assistência prestada ao paciente/família, observando os aspectos socioeconômicos e culturais, de modo a contemplar uma atenção equânime ao paciente (YOAMA et al., 2017).

Apesar da existência de leis e decretos, a realidade atual, na oferta dos serviços da atenção básica, demonstra uma precariedade de atendimentos, uma vez que a equipe não é suficientemente preparada para cuidar desse tipo de público. Aspecto este, que pode estar relacionado, a nível acadêmico, primordialmente, a inexistência de uma disciplina específica na formação profissional, bem como, à carência de medidas de educação continuada, por parte das secretarias de saúde e gestão, frente à capacitação da equipe interdisciplinar para o atendimento a estes pacientes.

O estudo da Língua Brasileira de Sinais (LIBRAS) ainda é optativo para a saúde brasileira, e o fato do profissional de saúde não ser treinado para entender a comunicação direta e indireta apresentada pelo portador de deficiência auditiva, acarreta, por diversas vezes, em um erro de diagnóstico ou inexatidão de tratamento (MAGRINI; SANTOS, 2014).

Ao analisar os diversos casos clínicos e abordagens tomadas desde o diagnóstico diferenciado até o prognóstico satisfatório, e mesmo diante de uma gama de pesquisas correlacionadas ao tema, vislumbrou-se a importância de um estudo amplo com dados qualitativos, pois o conhecimento, envolto ao conteúdo, para profissionais das diversas áreas de assistência em saúde ainda é falho, no que tange o desenvolvimento de pesquisas sobre o referido tema.

Disponer dessas informações pode viabilizar planejamentos de políticas públicas específicas para o atendimento desses pacientes; demonstrar, através dos relatos, as dificuldades correspondentes a esse tipo de atendimento; promover a conscientização sobre a humanização em saúde; e reforçar o desenvolvimento e aprimoramento de medidas de inclusão social.

2 | OBJETIVO

Relatar a experiência de discentes do curso de graduação em enfermagem diante dos desafios encontrados frente ao atendimento de pacientes surdos na

atenção básica.

3 | METODOLOGIA

Trata-se de um relato de experiência, de cunho descritivo, com abordagem qualitativa, acerca da experiência vivenciada por discentes do Curso de Graduação em Enfermagem, do Centro Universitário Doutor Leão Sampaio (UNILEÃO), durante a realização do estágio curricular de enfermagem em saúde coletiva, disciplina ministrada no quinto período do curso, a qual que tem como objetivo principal proporcionar aos discentes o conhecimento teórico-prático da realidade dos serviços de saúde na atenção básica.

A experiência perpassou-se no primeiro semestre de 2018, em uma Unidade Básica de Saúde (UBS) localizada no município de Juazeiro do Norte – Ceará, Brasil. O estágio durou 12 dias, sendo o mesmo realizado no período vespertino, das 13h00 às 17h00.

Assim, os resultados descritos a partir da experiência dos alunos, após a identificação das dificuldades no atendimento aos pacientes surdos, foram subdivididos nos seguintes tópicos: o processo de acolhimento, desafios na comunicação, desafios em adquirir a confiança do paciente e dificuldade na abordagem ao paciente.

4 | RESULTADOS E DISCUSSÃO

4.1 O processo do acolhimento

O acolhimento consiste na abertura dos serviços de saúde para recepcionar e avaliar as queixas dos usuários, processo este que deve começar, primordialmente, na atenção básica, que representa a porta de entrada da comunidade aos serviços de saúde. É essencial oferecer um atendimento acolhedor, para assim diminuir as desigualdades e promover um cuidado holístico. As dificuldades de acesso enfrentadas pelas pessoas surdas no âmbito da atenção primária podem estar gerando fragilidades no processo de promoção, prevenção e educação em saúde (COSTA et al., 2018).

No contexto do atendimento à pacientes surdos, o processo de acolhimento ainda é falho, o que pode resultar em um déficit na qualidade da consulta e na satisfação do usuário surdo, visto que, pessoas portadoras da surdez possuem necessidades especiais, que atualmente não estão sendo supridas devido à falta de conhecimento dos profissionais, desde a vida acadêmica até a sua inserção no mercado de trabalho, o que ocasiona insatisfação no usuário.

Devido à falta de habilidades em transmitir informações sobre saúde para as pessoas surdas, torna-se imprescindível a implantação da disciplina de libras como

obrigatória na grade curricular dos cursos da área de saúde, como também, a busca particular do profissional pelo seu desenvolvimento constante, frente à ampliação do seu entendimento sobre libras, bem como, a melhoria do relacionamento deste com o público em questão, o que pode remeter ao desenvolvimento do vínculo de confiança entre os profissionais e pacientes, e, por conseguinte, o aumento da procura deste público pelas consultas.

A escuta qualificada, realizada pelos profissionais da saúde, torna-se um desafio, haja vista a carência de conhecimento destes sobre a LIBRAS, associado ainda ao fato da audição ser um sentido essencial para a aquisição e uso da linguagem, assim se sobrepõe as dificuldades enfrentadas pelo usuário surdo em relação aos deficientes físicos e visuais (ARAGÃO et al., 2014).

4.2 Desafios na comunicação

A ausência de compreensão dos profissionais frente a LIBRAS dificulta, de maneira significativa, a consulta de enfermagem e a elaboração de diagnósticos médicos de possíveis patologias, tornando difícil a expressão do paciente sobre seus medos e anseios.

No entanto, mesmo na unidade básica de saúde da família, considerada como porta de entrada do usuário no serviço de atenção à saúde, ainda são encontradas lacunas, pois através dessa carência interativa não há como dispor de uma rede de atenção eficaz, visto que, não há como evidenciar as necessidades do paciente, tendo resultados negativos, como a insatisfação da população, a falha no acolhimento, uma escuta não qualificada e a falta de meios para o desenvolvimento de uma relação interpessoal com o público almejado.

A comunicação é o processo em que se pode interagir, conhecer e compartilhar mensagens e percepções, no entanto, se usada de forma incorreta, pode acarretar no repasse de informações errôneas, sendo capaz de inviabilizar o atendimento equânime, humanizado e resolutivo. Em alusão aos obstáculos ainda existentes, é imprescindível que os prestadores de serviços favoreçam a garantia do desenvolvimento de práticas qualitativas de saúde, capazes de abranger os direitos de todas as pessoas que vivem com alguma deficiência (OYAMA et al., 2017).

4.3 Desafios em adquirir a confiança do paciente

Foi notório que na consulta de enfermagem o paciente e o enfermeiro não tiveram liberdade em suas expressões, porque tudo parte do pressuposto da comunicação clara e objetiva, na qual ambos possam se expressar. O que dificulta essa interação é a inexperiência do profissional enfermeiro frente ao atendimento à pacientes surdos, atrelado, intrinsecamente, a falta de conhecimento deste sobre o uso e compreensão da LIBRAS, o que, conseqüentemente, comina na não compreensão da real necessidade dos pacientes. Assim, diante deste fato, o profissional não

consegue construir um plano de cuidados adequado para este público, o que pode gerar um déficit no atendimento e a inviabilização do retorno do paciente a UBS.

Nesse contexto, ainda que se tenham políticas públicas que garantam os direitos à saúde na acessibilidade, é necessário que seja realizado investimentos na educação continuada dos profissionais, com o intuito de promover sua capacitação e, conseqüentemente, a maximização da qualidade da assistência despendida aos pacientes surdos, o que pode resultar em significativas contribuições perante a prevenção, promoção e cuidado à saúde (FRANÇA et al., 2016).

4.4 Dificuldades na abordagem ao paciente

Dentre os variados obstáculos observados durante a consulta de enfermagem ao paciente surdo, podemos destacar a vulnerabilidade linguística, da qual o enfermeiro, como receptor da mensagem transmitida, torna-se desamparado pela ausência de preparação teórica, e, em detrimento disto, não pode efetivamente compreender o que é dito pelo paciente surdo. Dessa forma, o processo de comunicação é falho e, como consequência, a resposta pode ser inadequada ou não corresponder ao que era esperado.

Nessa perspectiva, considera-se válido o usufruto da criatividade para a elaboração de estratégias de inclusão que estimulem a autonomia e o autocuidado adequando à realidade de cada paciente, dentre as quais, podemos citar: o uso da leitura labial, tendo o profissional como locutor e a necessidade de falar de forma coordenada, clara e lenta para que o paciente surdo possa ler seus lábios frente à frente, possibilitando a visualização dos movimentos da boca, evitando inclusive cobri-la com as mãos, promovendo assim a total compreensão da informação transmitida.

Dessa forma, as características presentes corroboram com o estudo de Araújo et al. (2015), que evidenciaram que um ambiente com iluminação adequada favorece uma melhor compreensão da leitura labial, e que a utilização da escrita pode ser proveitosa durante a consulta de enfermagem, devendo estar atento nas explicações complexas, nas quais sejam utilizadas técnicas e letras ilegíveis.

Por conseguinte, foi observado que a manutenção da prática assistencial tende a transmitir irregularidades sob o olhar clínico, pois no momento em que o surdo procura atendimento de saúde e está com sinais clínicos de doença, o enfermeiro detecta o que está ocorrendo. No entanto, em doenças sem causa aparente, em que é necessário coletar a anamnese de forma ampliada, a situação torna-se mais complicada, refletindo na carência de conhecimento dos profissionais, no que diz respeito à preparação para o atendimento a esse público.

Portanto, a comunicação não verbal é fundamental no atendimento as pessoas com deficiência auditiva, pois permite a excelência do cuidar em saúde, no qual o enfermeiro tem a responsabilidade de reconhecer apropriadamente e potencializar o vínculo com o paciente, diminuindo, posteriormente, a necessidade de solicitar a

ajuda do acompanhante para fazer a intermediação (ARAÚJO et al., 2015).

5 | CONCLUSÃO

A comunicação se configura como uma das principais ferramentas para que o ser humano possa se expressar, sendo por intermédio dela que o indivíduo manifesta suas emoções e dúvidas, construindo relações sociais com os seus semelhantes no meio social. Os indivíduos que apresentam a condição de surdez detêm certa dificuldade para dialogar, pois grande parte da população não está preparada e não contém conhecimentos específicos para estabelecer uma relação com esse grupo. Essa falta de conhecimento se configura como um impasse na questão de saúde, devido à incapacidade dos profissionais de se comunicarem com os deficientes auditivos, e, à vista disso, prestarem uma assistência de qualidade.

Levando em consideração que a UBS é principal porta de entrada do SUS, e que o enfermeiro é um dos principais profissionais que prestam atendimento neste âmbito, é nítida a carência de capacitação e conhecimento teórico para prestar assistência ao público surdo, o que reflete diretamente na qualidade do cuidado.

Infelizmente, a deficiência auditiva se configura como uma condição que ainda é estigmatizada pela sociedade. Esse contexto reflete nos profissionais de saúde que acabam por não estudar a língua brasileira de sinais, e por não se capacitar, acabam negligenciando a prestação de uma assistência equânime, e os princípios estabelecidos pelo SUS, principalmente no que tange a humanização, integralidade, universalidade e equidade.

Em suma, a capacitação em libras não deveria ser opcional, mas sim obrigatória, não apenas para os enfermeiros, mas para todos os profissionais da área da saúde, pois o SUS é um sistema universal que atende toda a população, incluindo os grupos específicos, dentre os quais podemos citar os deficientes auditivos.

REFERÊNCIAS

ARAGÃO, J. S.; MAGALHÃES, I. M. O.; COURA, A. S.; SILVA, A. F. R.; CRUZ, G. K. P.; FRANÇA, I. S. X. Acesso e comunicação de adultos surdos: uma voz silenciada nos serviços de saúde. **J. res.: fundam. care [online]**. Jan./mar. 6(1):1-7. 2014. DOI: 10.9789/2175-5361.2014v6n1p1

ARAÚJO, C. C. J.; COURA, A. S.; FRANÇA, I. X.; ARAÚJO, A. K. F. A.; MEDEIROS, K. K. A. S. Consulta de enfermagem às pessoas surdas: uma análise contextual. **ABCS Health Sci.**, 40(1):38-44. 2015. DOI: <https://doi.org/10.7322/abcshs.v40i1.702>

BRASIL. **Decreto Nº 5.626, de 22 de dezembro de 2005**. Dispõe sobre a Língua Brasileira de Sinais – LIBRAS. 2005. Acesso em: 25 de abril de 2018. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2004-2006/2005/Decreto/D5626.htm

COSTA, A. B.; GOUVEA, P. B.; RANGEL, R. C. T.; SCHEIDER, P.; ALVES, T. F.; ACOSTA, A. S. Percepção dos enfermeiros sobre o acolhimento e classificação de risco na Atenção Primária à Saúde (APS). **Enfermería Actual de Costa Rica [online]**. N.35, pp.103-115. 2018. DOI: <http://dx.doi.org/10.15517/revenf.v0i35.32113>.

FRANÇA, E. G.; PONTES, M. A.; COSTA, G. M. C.; FRANÇA, I. S. X. F. Dificuldades de profissionais na atenção à saúde da pessoa com surdez severa. **Cienc. enferm. [online]**. Vol.22, n.3, pp.107-116. 2016. DOI: <http://dx.doi.org/10.4067/S0717-95532016000300107>.

MAGRINI, A. M.; SANTOS, T. M. M. Comunicação entre funcionários de uma unidade de saúde e pacientes surdos: um problema? **Distúrb Comun.** 26(3): 550-558. São Paulo – SP. 2014.

OYAMA, S. M. R.; MESQUITA TERCEIRO, F. A. B.; PARAZZI, L. C. Comunicação do enfermeiro docente na assistência a pessoas cegas e surdas. **CuidArt. Enferm.**, 11(1): 77-86, jan. 2017.

RODRIGUES, S. C. M.; DAMIÃO, G. C. Ambiente virtual: auxílio ao atendimento de enfermagem para surdos com base no protocolo de atenção básica. **Rev Esc Enferm USP.** 48(4):731-8. 2014. DOI: 10.1590/S0080-623420140000400022

EDUCAÇÃO EM SAÚDE - SENSIBILIZAÇÃO SOBRE O CÂNCER DE MAMA E DE COLO DE ÚTERO: UM RELATO DE EXPERIÊNCIA

José Leonardo Gomes Coelho

Faculdade de Juazeiro do Norte - FJN
Juazeiro do Norte – Ceará

Milena D’Avila Nascimento Barbosa

Faculdade de Juazeiro do Norte - FJN
Juazeiro do Norte – Ceará

Beatriz da Silva Nicácio

Faculdade de Juazeiro do Norte - FJN
Juazeiro do Norte – Ceará

Karoline Feitosa Sobreira

Faculdade de Juazeiro do Norte - FJN
Juazeiro do Norte – Ceará

Emanuela Machado Silva Saraiva

Faculdade de Juazeiro do Norte - FJN
Juazeiro do Norte – Ceará

Bruno Pinheiro Maximo

Faculdade de Juazeiro do Norte - FJN
Juazeiro do Norte – Ceará

Francisco Leonardo da Silva Feitosa

Centro Universitário Leão Sampaio - UNILEÃO
Juazeiro do Norte – Ceará

Herta Gonçalves Parente Pinheiro Teles

Faculdade de Juazeiro do Norte - FJN
Juazeiro do Norte – Ceará

Rafael de Carvalho Mendes

Faculdade de Juazeiro do Norte - FJN
Juazeiro do Norte – Ceará

Rayane Silva Alves

Faculdade de Juazeiro do Norte - FJN
Juazeiro do Norte – Ceará

Willma José de Santana

Faculdade de Juazeiro do Norte - FJN
Juazeiro do Norte – Ceará

Maria do Socorro da Silva

Faculdade de Juazeiro do Norte - FJN
Juazeiro do Norte – Ceará

RESUMO: O estudo tem como objetivo relatar o desenvolvimento de uma ação de conscientização acerca da prevenção de Câncer (CA) de Mama e de Colo de Útero para cuidadores de idosos. Trata-se de um estudo descritivo qualitativo do tipo relato de experiência. A ação foi realizada por discentes de um projeto de extensão do curso de farmácia de uma instituição de ensino superior privada no mês de outubro de 2018. A experiência aconteceu em uma instituição de longa permanência na cidade de Juazeiro do Norte-CE. Realizou-se apresentação oral utilizando como recurso didático um Datashow e manequins de laboratório para demonstração de exames preventivos. Na ocasião, foram explanadas as patologias, descrevendo conceitos, sintomas, tipos de prevenção, diagnóstico e tratamentos. Mais da metade das cuidadoras participantes do estudo, relataram terem dificuldades ou não realizavam com frequência o autoexame das mamas. Percebeu-se que a gratidão das mulheres participantes diante das informações

fornecidas pela equipe, por razão de ter esclarecido dúvidas sobre as doenças em questão. A participação em campanhas de promoção da saúde é de grande relevância aos acadêmicos e à população, tendo em vista que a disseminação de informações sobre o CA de Mama e de Colo Uterino, favorecem o diagnóstico precoce e, conseqüentemente, elevam o prognóstico dessas doenças.

PALAVRAS-CHAVE: Câncer de Mama. Colo de Útero. Promoção da Saúde.

HEALTH EDUCATION - BREAST CANCER AND CERVICAL CANCER

AWARENESS: AN EXPERIENCE REPORT

ABSTRACT: The study aims to report the development of an awareness raising action on breast and cervical cancer prevention (CA) for elderly caregivers. This is a qualitative descriptive study of the experience report type. The action was carried out by students of a pharmacy extension project of a private higher education institution in October 2018. The experiment took place in a long-term institution in the city of Juazeiro do Norte-CE. Oral presentation was performed using as a didactic resource a Datashow and laboratory dummies for demonstration of preventive exams. At the time, the pathologies were explained, describing concepts, symptoms, types of prevention, diagnosis and treatments. More than half of the caregivers participating in the study reported having difficulties or not frequently performing breast self-examination. It was noticed that the participants' gratitude for the information provided by the team, for having clarified doubts about the diseases in question. Participation in health promotion campaigns is of great relevance to academics and the population, given that the dissemination of information about breast and cervical cancer favor early diagnosis and, consequently, increase the prognosis of these diseases.

KEYWORDS: Breast cancer. Cervix. Health promotion.

1 | INTRODUÇÃO

O Câncer é caracterizado pela multiplicação desordenada de células que invadem tecidos e órgão, esse processo gera células anormais que se multiplicam, formando um tumor, encontrando vários tipos de câncer, como o câncer de mama e o de colo do útero, cada uma com sua peculiaridade evoluindo de diferentes formas; alguns tipos possuem desenvolvimento rápido, enquanto outros crescem mais lentamente esses comportamentos distintos se devem as características próprias de cada tumor (INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER JOSÉ ALENCAR DA SILVA, 2019).

No Brasil, a estimativa para 2018 pressupõe que o câncer de mama seja o mais frequente e comum tumor maligno entre as mulheres, com uma estimativa para o Brasil de 59.700 casos novos de câncer de mama, para cada ano do biênio 2018-2019, com um risco estimado de 56,33 casos a cada 100 mil mulheres e para o colo

de útero um estimativa de 16.370, para cada ano do biênio 2018-2019, com um risco estimado de 15,43 casos a cada 100 mil mulheres, ocupando a terceira posição do *ranking* de estatísticas de tipo de câncer nessa população (BRASIL, 2018).

O câncer de mama causa grande impacto psicológico, funcional e social, atuando negativamente nas questões relacionadas à autoimagem e à percepção da sexualidade sendo considerado de grande importância na assistência à saúde da mulher. Os meios mais eficazes para a detecção precoce de câncer de mama são o exame clínico de mamas e a mamografia, pois o autoexame de mama detecta a doença geralmente em estágio avançado, sendo responsável por cerca de 80% das descobertas de câncer de mama. O Instituto Nacional do Câncer (INCA) preconiza a realização do exame clínico de mamas anualmente, a partir dos 40 anos de idade e da mamografia, com intervalo máximo de dois anos, após os 50 anos (ALVES et al., 2019).

A prevenção do câncer de colo de útero consiste no diagnóstico precoce das lesões de colo uterino antes de se tornarem invasivas, a partir de técnicas de rastreamento compreendidas pela colpocitologia oncológica ou teste de Papanicolau e colposcopia. Esses exames são considerados os mais efetivos e eficientes a serem realizados para o diagnóstico rastreamento desse tipo de câncer (GURGEL et al., 2019).

Esse tema tem como importância alertar e sensibilizar a população tendo o enfoque, as cuidadoras de idosos, considerando a elevada carga horária laboral que por sua vez, dificulta rotinas de autocuidado, especialmente na prevenção de câncer de mama e de colo do útero. Sendo assim, o objetivo desse estudo foi relatar as experiências vivenciadas no desenvolvimento de ação de conscientização para cuidadoras de idosos acerca da prevenção de câncer de mama e de colo de útero.

2 | METODOLOGIA

Trata-se de um estudo descritivo qualitativo do tipo relato de experiência vivenciada em ação realizada por discentes de um projeto de extensão do curso de graduação em farmácia, de uma instituição de ensino superior privada, no mês de outubro de 2018.

A experiência aconteceu em uma instituição de longa permanência na cidade de Juazeiro do Norte-CE, mediante consentimento prévio do responsável pela instituição e na presença de professor orientador. Realizou-se apresentação oral utilizando como recurso didáticos um Datashow e manequins de laboratório para demonstração de exames preventivos, além da realização de uma roda de conversa com o intuito de sensibilizar as mulheres presentes na instituição em questão.

Na ocasião, foram explanadas as patologias, descrevendo conceitos, sintomas, prevenção, diagnóstico e tratamentos. A proposta central, foi proporcionar orientações

sobre a importância do autoexame das mamas e incentivar a realização do exame preventivo de colo de útero Papanicolau.

3 | RESULTADOS

Após o cumprimento da metodologia proposta, percebeu-se que mais da metade das cuidadoras participantes do estudo, relataram terem dificuldades ou não realizavam com frequência o autoexame das mamas. Esse achado foi confirmado por estudo realizado por Rodrigues e colaboradores (2015), que demonstrou que mais da metade das mulheres nunca realizaram o autoexame de mama, tendo como justificativa a existência de dificuldades ou o receio do exame, ou quando o realizou, tinha mais de um ano.

O autoexame das mamas pode ser considerado uma técnica de rastreamento do câncer de mama. Dessa maneira, torna-se importante, que as mulheres conheçam o que é normal em suas mamas, para que possam reconhecer qualquer tipo de alterações suspeitas, para assim procurar um serviço de saúde o mais rápido, para possível diagnóstico precoce do CA de mama.

Quanto ao exame do Papanicolau, elas relataram ter feito há muito tempo ou que tinham receio em fazer esse exame. Segundo a pesquisa de monitoramento do sistema de Saúde brasileiro (2008), identificou que 79,3% das mulheres brasileiras haviam realizado o exame de Papanicolau nos últimos 3 anos. Para Sadovsky e colaboradores (2015), 74,3% da população estudada realizou o exame, isso demonstra que uma preocupação maior por parte das mulheres em relação a prevenção do câncer de colo do útero.

Contudo, o número de CA de útero cresce, e isso se dá devido ao receio da realização do exame ou do medo ou com vergonha do médico. Também consideram-se fatores limitante a dificuldade de acesso à prevenção, ao rastreamento ou à intervenção precoce da doença (GARCIA-SUBIRATS et al., 2014).

A participação das cuidadoras ocorreu de forma ativa e espontânea. Percebeu-se que estas se sentiram gratas pela informação passada, por razão de ter esclarecido dúvidas sobre tais doenças, além de demonstrar que a detecção precoce das enfermidades em questão (CA de mama e útero), permite o uso de recursos terapêuticos menos mutiladores, aumentando assim a sobrevida, diminuindo qualquer comprometimento na qualidade de vida, e principalmente diminuindo o impacto sociopsicológico diante a mutilação e tratamento, além de aumentar a possibilidade de cura.

4 | CONSIDERAÇÕES FINAIS

A participação em campanhas de promoção da saúde é de grande relevância

aos acadêmicos e à população, tendo em vista que a disseminação de informações sobre o CA de Mama e de Colo Uterino, favorecem o diagnóstico precoce e, conseqüentemente, elevam o prognóstico dessas doenças.

Diante deste relato, fica aos discentes, a experiência valorosa de aproximar-se da população e de pensar em estratégias efetivas de promoção à saúde.

REFERÊNCIAS

ALVES, Pricilla Cândido et al. Effects of educational intervention on knowledge and attitude on early detection of breast cancer. **Rev Rene**, Fortaleza, v. 20, p.1-8, 9 maio 2019. Rev Rene - Revista da Rede de Enfermagem de Nordeste. <http://dx.doi.org/10.15253/2175-6783.20192040765>.

BRASIL. Ministério do Trabalho. Instituto Nacional de Câncer. **Estimativa 2018**: Incidência de Câncer no Brasil. Rio de Janeiro, 2018.

GARCIA-SUBIRATS, Irene et al. **Inequities in access to health care in different health systems: a study in municipalities of central Colombia and north-eastern Brazil. International Journal For Equity In Health**, Brasil, v. 13, n. 1, p.10-0, 2014. Springer Nature. <http://dx.doi.org/10.1186/1475-9276-13-10>.

GURGEL, Lucineide Coqueiro et al. Percepção de mulheres sobre o exame de prevenção de colo de útero Papanicolau: Uma Revisão Integrativa da Literatura / Perception of women on uterine cervix prevention Papanicolau. **Id On Line Revista de Psicologia**, Pernambuco, V. 13, n. 46, p. 434-445, 29 jul. 2019. Lepidus Tecnologia. <http://dx.doi.org/10.14295/online.v13i46.1895>.

INSTITUTO NACIONAL DO CÂNCER JOSÉ ALENCAR DA SILVA. Tipos de Câncer [Internet]. 2019. Disponível em: <https://www.inca.gov.br/o-que-e-cancer>.

RODRIGUES, Juliana Dantas; CRUZ, Mércia Santos; PAIXÃO, Adriano Nascimento. Uma análise da prevenção do câncer de mama no Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, João Pessoa, v. 20, n. 10, p.3163-3176, out. 2015. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/1413-812320152010.20822014>.

SISTEMA DE SAÚDE BRASILEIRO. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Indicadores sociodemográficos e de saúde no Brasil 2009**. Rio de Janeiro: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística; 2008

SADOVSKY, Ana Daniela Izoton de et al. **Índice de Desenvolvimento Humano e prevenção secundária de câncer de mama e colo do útero: um estudo ecológico. Cadernos de Saúde Pública**, Brasil, v. 31, n. 7, p.1539-1550, jul. 2015. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/0102-311x00073014>.

EXPERIÊNCIA DOS ALUNOS DE ENFERMAGEM NO CENTRO DE SIMULAÇÃO REALÍSTICA NA DISCIPLINA SAÚDE DA MULHER E DO RECÉM- NASCIDO

Silmara Alves de Souza

Universidade São Francisco (USF), Faculdade de
Enfermagem
Bragança Paulista – São Paulo

Denise de Souza Ribeiro

Universidade São Francisco (USF), Faculdade de
Enfermagem
Bragança Paulista – São Paulo

Daisy Machado

Universidade São Francisco (USF), Faculdade de
Enfermagem
Bragança Paulista – São Paulo

RESUMO: A simulação realística dá a possibilidade de experiências da vida real para que os alunos tenham a oportunidade de mostrar o conhecimento teórico, as habilidades e as atitudes na prática profissional, portanto o objetivo do trabalho foi mostrar qual a visão dos alunos quando expostos a uma cena no Centro de Simulação Realística. A aula foi realizada como alunos do 6º semestre da Enfermagem, sendo divididos em dois grupos. O cenário foi uma gestante, em trabalho de parto, que chegou no Pronto Socorro, com seu marido, com muitas dores (contrações) e no momento só estavam membros da equipe de enfermagem, sendo que o parto aconteceu no local. A aula foi dividida em 3 etapas: na 1ª etapa foi realizado um *Pré-Briefing*, na 2ª etapa aconteceu o cenário

e na 3ª etapa foi realizado o *Debriefing*. Após a prática foi coletado depoimento de alunos, aqui representado: “A prática vivenciada foi uma experiência incrível, foi desafiador colocar a teoria na prática. Conseguimos esquecer que aquilo era um simulador e passou a ser um paciente, mãe e bebê, e realizamos um parto que foi concluído com sucesso (B. D.)”. Os professores observaram o quanto foi benéfica esta aula uma vez que foi nítido o desenvolvimento dos alunos tanto na prática quanto na teoria, já que mesmo sobre intensa expectativa tiveram um bom desenvolvimento na cena e aqueles que observaram conseguiram detectar erros e acertos que aconteceram na simulação.

PALAVRAS-CHAVE: Enfermagem, simulação, vivência.

EXPERIENCE OF NURSING STUDENTS IN REALISTIC SIMULATION CENTER IN THE WOMEN AND NEWBORN HEALTH'S DISCIPLINE

ABSTRACT: Realistic simulation gives the possibility of real life experiences so students have the opportunity to show theoretical knowledge, skills and professional practice attitudes, therefore the objective of the work was to show students vision when exposed

to Realistic Simulation Center's scene. The class was held as students of the 6th semestre of Nursing, being divided into two groups. The scenario was a pregnant woman in labor who arrived at the Emergency Room, with her husband, with many pains (contractions) and at the moment they were only members of the nursing team, and the childbirth happened at the place, The class was divided into 3 stages: in the first stage a Pre-Briefing was carried out, in the second stage the scenario took place and in the 3rd stage the Debriefing was carried out. After practice was collected student testimony, here represented: "The practice experienced was an incredible experience, it was challenging to put theory into practice. We managed to forget that this was a simulator and became a patient, mother and baby, and we performed a childbirth that was successfully concluded (B. D.)". The teachers observed how beneficial this lesson was since the students development was clear both in practice and theory, since even on intense expectations they had a good development in the scene and those who observed were able to detect errors and successes that happened in the simulation.

KEYWORDS: Nursing, simulation, experience.

1 | INTRODUÇÃO

A andragogia é a arte de ensinar adultos, e o que difere de outras técnicas e ciências, é ensinar estes adultos a respeitar sua independência e autogestão em um ambiente próprio para recebê-los. A relação com o professor também é diferente na andragogia. O aluno e o professor são indivíduos na mesma faixa etária e que (provavelmente) têm a mesma experiência de vida. O professor se torna um facilitador no processo de aprendizagem do aluno. Além disso, a andragogia permite uma troca maior de experiência entre aluno e professor, fazendo do aprendizado uma via de mão dupla. Com estes princípios de educação de adultos convergem para a síntese de que o campo da prática Simulação Realística é o melhor cenário de aprendizado, por permitir um rápido entendimento, por ser mais motivadora e permitir a aplicação imediata de conhecimentos, habilidades e atitudes, demonstradas pelos alunos nas ações realizadas, além de auxiliar na formação de um profissional ético, crítico, reflexivo e humanista (NETO et al., 2017).

Para que o aprendizado seja efetivo nesta modalidade de ensino é necessário que o professor/facilitador, esteja preparado para sua função, sabendo aplicar os princípios da educação de adultos e aproveitar o máximo cada proposta de simulação. A simulação realística é uma metodologia de treinamento inovadora, com tecnologias de alta complexidade que, por meio de cenários clínicos, demonstra experiências da vida real e permite um ambiente participativo e de interatividade, favorecendo a experiência prática, em ambiente seguro, seguida de reflexão. Gaba (2004) um dos grandes estudiosos do tema, define simulação não como uma tecnologia, mas um conjunto de técnicas metodológicas utilizadas para ampliar experiências reais por experiências planejadas. A utilização de simuladores tem se tornado parte importante

nos cursos da área da saúde como aliada as novas metodologias de ensino, com o objetivo de promover no aluno a consciência crítica, a repetição de habilidades e vivências de situações próximas ao real antes do contato direto com o paciente. É importante orientar os alunos que a simulação deve ser encarada como situação real, mantendo-se postura ética, respeito ao simulador como se fosse um paciente e boas práticas com colegas e com o professor/facilitador. As ferramentas da simulação existem em vários formatos, com manequins básicos e avançados, atores, simulação híbrida, equipamentos simples ou que permitem sensação tátil. A simulação de baixa fidelidade e complexidade é a resolução de cenários simples com desenvolvimento de competências específicas como, por exemplo, uma punção venosa. A simulação de média fidelidade e complexidade, envolve raciocínio clínico e tomada de decisão como, por exemplo avaliar e intervir em uma gestante com hipertensão. A simulação de alta fidelidade e complexidade envolve a resolução de cenários mais completos e complexos, onde possibilita o aluno a desenvolver o raciocínio clínico, a tomada de decisão, o trabalho em equipe e a liderança. É fundamental que a simulação ocorra sempre depois que o aluno aprendeu a teoria. A escolha do simulador deve estar ligada ao objetivo da atividade e ao conteúdo da complexidade (caso clínico).

Para que os objetivos da simulação sejam alcançados, as informações das metas a serem alcançadas devem ser claras e as informações oferecidas antes da realização da simulação, é recomendado que os objetivos propostos não ultrapassem de 3 ou 4 para cada cenário. Antes que ocorra a simulação (cenário) e feito um *pre-briefing*, onde são realizadas as instruções de tudo que o simulador é capaz de realizar, todo o material disponível e passado o caso clínico. O cenário foi construído em oito passos descrito (SEROPINA, 2003). 1º passo - identificação do cenário, referência da paciente simulado (nome e idade), problema principal e o público alvo. O 2º passo – objetivos de aprendizagem, o que os participantes deverão ser capazes de reconhecer no final da atividade. O 3º passo – inventário de recursos, que ambiente ocorrerá a cena, que tipo de simulador, quem são os atores, quais os recursos diagnósticos disponíveis (US, resultados de exames, etc.). O 4º passo - parâmetro iniciais e instruções ao operador. O 5º passo - documentação de suporte, ficha de triagem constando o que está acontecendo com o paciente (contexto do cenário). O 6º passo - ferramentas de apoio ao ensino, vídeo sobre o assunto, disponibilizado antes da simulação. O 7º passo – disponibilização das referências bibliográficas. O 8º e último passo – as observações para o instrutor, tempo de cenário, modificações dos parâmetros do simulador, observação do desempenho dos participantes. A simulação é então iniciada, e deve ter duração de até 20 minutos. Após a simulação é realizado uma discussão (*debriefing*) onde os estudantes terão a oportunidade de refletir sobre as intervenções realizadas, reexaminam a situação clínica, desenvolvem o raciocínio, o pensamento crítico e as competências, fazendo uma abordagem reflexiva consolidando os saberes do grupo.

Deste modo objetivou verificar qual a percepção dos alunos do curso de

enfermagem de uma universidade após passarem por uma cena de simulação realística de alta fidelidade na disciplina de saúde da mulher e do recém-nascidos.

2 | MATERIAL E MÉTODOS

Se trata de uma pesquisa de percepção de alunos do 6º semestre da Enfermagem após uma aula no centro de simulação realística, onde os discentes colocaram em prática o conhecimento teórico anteriormente adquirido. O cenário foi uma gestante que chegou no pronto socorro, acompanhada do seu marido, com contrações do trabalho de parto, sendo que no momento só estavam membros da equipe de enfermagem. O parto aconteceu no local uma vez que os enfermeiros são preparados para dar toda a assistência à paciente, ao recém-nascido e aos familiares neste momento.

Os discentes foram divididos em dois grupos, sendo cada um composto por treze alunos, assim todos puderam participar mais ativamente de todas as etapas da simulação realística, porém nenhum grupo teve acesso ao outro para não induzir nenhuma atitude devido troca de informações.

A aula foi dividida em três momentos: no 1º foi realizado o *pré-briefing*, com os alunos se candidatando como protagonistas – um enfermeiro, dois técnicos de enfermagem e o acompanhante da paciente, além disto neste momento foi explicado tudo que poderia ser realizado no simulador, os materiais disponíveis para o atendimento e o caso clínico da paciente.

No 2º momento ocorreu o cenário, sendo que os demais alunos foram protagonistas assistindo em tempo real toda a cena que teve duração de dez minutos. No último momento, que teve duração de aproximadamente 20 minutos, foi realizado o *debriefing* com todos os discentes, onde houve a discussão entre os mesmos sobre a cena, com a pontuação de fatos importantes que ocorreram tanto no sentido do acerto quanto do que deveria ser melhorado, sempre com a presença de professoras que mediarão a discussão.

Posteriormente, com a avaliação benéfica que a aula causou nos alunos foi pedido para que os mesmos expressassem a experiência vivida em um pequeno texto.

3 | RESULTADOS

A prática como forma de desenvolvimento de habilidades e contato primário com o conhecimento sempre tiveram importante papel no aprendizado em saúde, tanto que o ensino praticado, na sua grande maioria, é ministrado por um mestre com imenso conhecimento teórico/prático para o desenvolvimento das habilidades necessárias para a atividade assistencialista. Com o desenvolvimento das ciências possibilitou

a fusão do conhecimento da saúde, educação e informática e o produto desta fusão foi aos poucos ocupando lugar no ensino o que inclui os laboratórios de simulação realísticas, o que é um recurso muito importante para os cursos de saúde. A figura abaixo representa o centro de simulação realística utilizada para o desenvolvimento da aula, sendo a imagem da esquerda a parturiente e a da direita a mesma com o recém-nascido. Os cenários de simulações oferecem experiências cognitivas, psicomotoras e afetivas, contribuindo para a transferência de conhecimento da sala de aula para a prática profissional. Os simuladores utilizados foram de alta fidelidade, ou seja, possuem respiração espontânea, choro, fala, pulso, apresentam todos os sinais vitais, a partir de uma orientação prévia feita pelo professor e realizada pelo operador. Seu uso é pequeno na graduação, devido ao alto custo de aquisição e manutenção, embora sejam comuns nos centros de simulação, porém foi possível analisar nesta pesquisa o quanto eles são importantes no desenvolvimento dos alunos do curso de enfermagem.



Figura 1: Imagem da sala utilizada no centro realístico com os simuladores de alta fidelidade. Na imagem da esquerda o simulador utilizado para simular a gestante em trabalho de parto e a imagem da direita a gestante após o nascimento com o recém-nascido.

O uso desta estratégia de ensino na disciplina de saúde da mulher e do recém-nascido para verificar os conhecimentos adquiridos pelos discentes durante a aula teórica foi muito satisfatória tanto para os alunos quanto para os docentes. A análise dos resultados foi realizada com o depoimento coletado de todos os alunos, sintetizados através de alguns depoimentos mostrados a seguir que evidenciaram as conquistas alcançadas com a aula:

“A prática vivenciada foi uma experiência incrível, foi desafiador colocar a teoria na prática. Conseguimos esquecer que aquilo era um simulador e passou a ser um paciente, mãe e bebê, e realizamos um parto que foi concluído com sucesso (B. D.)”;

“A experiência foi muito gratificante, poder colocar nosso conhecimento teórico em prática e ter a oportunidade de lidar com o desespero sem realmente colocar uma paciente em risco (C. T. A. S.)”.

“A experiência foi enriquecedora, pois me colocou em uma situação que ainda não havia presenciado. Foi uma experiência sem palavras, pois levarei para o resto da vida. Me mostrou o quanto podemos estar preparados ou não para os desafios da enfermagem, de como podemos agir, manter a calma e pensar nos passos a seguir. Só tenho a agradecer, pois sei que o nervosismo e a forma que fiquei pedido na cena, me ajudarão a me preparar melhor. (A. S. A. M.)”.

Após a análise dos depoimentos colhidos pelos alunos foi possível concluir o quanto importante a simulação realística é importante no aprendizado dos alunos de enfermagem na disciplina de saúde da mulher e do recém-nascido, uma vez que foi possível os alunos vivenciarem algo muito próximo da realidade de trabalho, cometerem “erros” que foram discutidos logo em seguida e até mesmo a discussão de outras cenas para possibilitar que todos os alunos vivenciem como protagonistas as cenas nos laboratório de simulação realística. Outro fator importante a ser levantado é a gana em aprender que os alunos apresentaram durante a aula no centro de simulação, o que não está sempre presente em sala de aula tradicional ou laboratórios que não são de alta tecnologia. Com isto os docentes perceberam que os discentes foram capazes de fazer a ligação da teoria com a experiência clínica vivenciada, atingindo assim o aluno de enfermagem um nível de competência exigido futuramente, ou seja, a prática assistencialista em saúde da mulher e do recém-nascido.

4 | DISCUSSÃO

Nos dias de hoje as tendências pedagógicas estão em constantes mudanças, uma vez que metodologias inovadoras estão em franca ascensão, já que as gerações de adolescentes que chegam nas instituições de ensino estão inseridas numa educação mediada pela informática, áudios e vídeos, imagens. Para que a utilização de tecnologias do processo de ensino-aprendizagem rompa as barreiras do tecnicismo e do modismo é necessário se ter clareza dos objetivos pedagógicos (da SILVA, 2011).

Na área da educação em enfermagem historicamente o ensino sempre se apoiou em ensino das habilidades com uso de simulação, porém os recursos disponíveis possibilitavam a demonstração e devolução da técnica, nem sempre contextualizada, em um ambiente pobre de respostas e de interatividade. Sendo assim os novos currículos com a implementação de simulação realística de alta complexidade possibilita avançar para um conceito mais contextualizado e real da simulação. Tal situação possibilita, o aluno da área da saúde, a praticar o que

foi ministrado na teoria em um ambiente realista que permite erros e crescimento intelectual/profissional, sem arriscar a segurança do paciente (SANINO, 2012; GABA, 2009).

A prática é importante porque o ambiente hospitalar é um cenário onde insegurança profissional pode estar presente, principalmente por aqueles que não têm muita experiência. E a insegurança pode desencadear falha humana, tanto em conduta clínica equivocada como em intervenções que podem desencadear consequências imensuráveis a inúmeras vidas (CLEVER et al., 2011), portanto quanto mais preparados os profissionais estiverem esta sensação poderá ser amenizada ou até mesmo sanada.

O desenvolvimento do passo a passo das técnicas envolvidas na cena da simulação realística permite a interação da aprendizagem de forma interativa com o ensino teórico. Foi possível identificar falhas no conhecimento, dificuldades na execução dos procedimentos, levantar as necessidades de aprendizagem do momento, capacitar e rever as técnicas, reconstruindo os saberes por meio dos questionamentos e reflexões que surgiram durante as simulações (ABREU et al., 2014; SANINO, 2011).

Nesse sentido, há uma sinalização, no Brasil, das Diretrizes Curriculares da formação em saúde, a qual orienta que os alunos dos cursos de graduação em saúde têm que aprender a aprender, ou seja, aprender a ser, aprender a fazer, aprender a viver juntos e aprender a conhecer. A partir desta consideração, reforça-se a necessidade de uma postura mais autônoma por parte dos formandos. Portanto é de suma importância utilizar técnicas que garantam uma formação mais sólida sendo que a simulação realística tem sido um instrumento de grande valia para capacitar os estudantes a partir de situações que podem encontrar no dia a dia de trabalho na realidade com o paciente (COSTA et al., 2015). Esses recursos exigem cada vez mais raciocínio preciso e decisão rápida, pelo processo simultâneo de combinação dos sentidos da visão, audição e tato que, relacionados à simulação, tornam-se um fenômeno de retroalimentação do comportamento pertencente à própria contemporaneidade, e geram impacto na história do aprendiz. Apesar dos bons relatos aqui demonstrados ainda não se encontra, na literatura, tanta evidência de efetividade da simulação realística durante a graduação, portanto estudos são necessários para comprovar sua real efetividade.

5 | CONCLUSÃO

A partir do exposto os docentes envolvidos puderam observar o quanto foi benéfica a aula com simulação realística, uma vez que foi nítido o desenvolvimento dos alunos tanto na prática realizada durante a cena, quanto na teoria discutida durante o *debriefing*, já que mesmo sobre intensa expectativa por ser a primeira

experiência com esta metodologia, conseguiram alcançar os objetivos propostos e que tem como proposta principal a discussão com uma visão comum de todo o grupo. Além disto, foi possível comprovar que a simulação realística é uma excelente ferramenta para a preparação do profissional de enfermagem uma vez que permite ao discente a prática das habilidades em um ambiente onde o erro é permitido, ajustando as possíveis falhas sem risco ao paciente.

REFERÊNCIAS

- ABREU, A. G.; FREITAS, J. S.; BERTE, M.; OGRADOWSKI, K. R. P.; NESTOR, A. **O uso da simulação realística como metodologia de ensino e aprendizagem para as equipes de enfermagem de um hospital infanto-juvenil: relato de experiência.** *Revista Ciência & Saúde* v. 7, n. 3, p. 162-166, 2014.
- CLEVER, S. L.; DUDAS, R. A.; SOLOMON, B. S.; YEH, H. C.; LEVINE, D.; BERTRAM, A. **Medical student and faculty perceptions of volunteer outpatients versus simulated patients in communication skills training.** *Acad Med.* v. 86, n. 11, p. 1437-1442, 2011.
- COSTA, R. R. O.; MEDEIROS, S. M. MARTINS, J. C. A.; MENEZES, R. M. P.; ARAÚJO, M. S. **O uso da simulação no contexto da educação e formação em saúde e enfermagem: uma reflexão acadêmica.** *Revista Espaço para a Saúde*, v. 16, n. 1, p. 59-65, 2015.
- da SILVA, A. C. **Educação e tecnologia: entre o discurso e a prática.** *Ensaio: aval. pol. publ. educ.*, v. 19, n. 72, p. 527-554, 2011.
- GABA, D. M. **The future vision of simulation in health care.** *Qual Saf Health Care.* v. 13, Supp 1; p. 2-10, oct 2004.
- GABA, D. M. **Do as we say, not as you do: using simulation to investigate clinical behavior in action.** *Simul Healthc.* v. 4, n. 2, p. 67-69, 2009.
- NETO, A. S.; FONSECA, A. S.; BRANDÃO, C. F. S. **Simulação realística e habilidade na saúde.** Atheneu, 1ª ed., 2017.
- SANINO, G.E.C. **O uso da simulação em enfermagem no curso técnico de enfermagem.** *J. Health Inform.* v. 4, n. SIIENF 2012, p. 148-151, 2012.
- SEROPINA, M. A. **General concepts in full scale simulation: getting started.** *Anesth Analg.* v. 97, n. 6, p. 1695-1705, dec 2003.

FATORES ASSOCIADOS AO DESMAME PRECOCE EM MÃES ADOLESCENTES: REVISÃO INTEGRATIVA

Natália dos Santos Almeida

Faculdade de Juazeiro do Norte
Juazeiro do Norte-CE

José Gerlucio da Silva Morais

Faculdade de Juazeiro do Norte
Juazeiro do Norte-CE

Eugenia Leopoldina Ferreira

Faculdade de Juazeiro do Norte
Juazeiro do Norte-CE

Renata Vilar Bernardo

Faculdade de Juazeiro do Norte
Juazeiro do Norte-CE

Cicera Ariane Rodrigues Bezerra

Faculdade de Juazeiro do Norte
Juazeiro do Norte-CE

Alyce Brito Barros

Faculdade de Juazeiro do Norte
Juazeiro do Norte-CE

Iannaele Oliveira do Vale Batista

Faculdade de Juazeiro do Norte
Juazeiro do Norte-CE

Eduarda Correia dos Santos

Centro Universitário Leão Sampaio
Juazeiro do Norte-CE

Yolanda Gomes Duarte

Centro Universitário Leão Sampaio
Juazeiro do Norte-CE

Gefersson Matias de Lima Silva

Centro Universitário Leão Sampaio
Juazeiro do Norte-CE

Eveline Naiara Nuvens Oliveira

Faculdade de Medicina de Juazeiro do Norte
Juazeiro do Norte-CE

Luciano Moreira Alencar

Universidade Estadual do Ceará
Fortaleza-CE

Willma José de Santana

Doutora pela Universidade Federal de
Pernambuco
Pernambuco-PE

RESUMO: O aleitamento materno exclusivo é essencial para a saúde materno-infantil. Entretanto, a gestação associada ao período da adolescência apresenta uma série de modificações biopsicossociais intensas, o que favorece o surgimento do desmame precoce. Objetivou-se verificar os fatores associados ao desmame precoce em mães adolescentes. Trata-se de uma revisão integrativa, cuja busca foi delineada nas bases de dados Scientific Electronic Library Online (SciELO) Literatura Latino-americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS) e Medical Literature Analysis and Retrieval System Online (MedLine) e BDNF, via Biblioteca Virtual de Saúde (BVS) que tivessem sido publicados nos últimos 5 anos (2014-2018), durante os meses de outubro a dezembro do ano de 2018. Neste processo, utilizou-se o operador booleano

AND, na associação dos seguintes descritores em DeCS: Adolescente, aleitamento materno desmame. Diversos fatores estão relacionados ao desmame precoce em mães adolescentes, entre eles: baixa escolaridade falta de apoio familiar, instabilidade conjugal, interferência da mama como dificuldades na pega, necessidade de trabalho e falta de apoio profissional. É fundamental o acolhimento integral e multidisciplinar dos profissionais de saúde, transmitindo informações precisas sobre a importância do aleitamento materno. Garantindo assim uma maior diretriz preventiva e cuidado em saúde.

PALAVRAS-CHAVE: Adolescente. Aleitamento materno. Desmame.

FACTORS ASSOCIATED WITH EARLY WEANING IN ADOLESCENT MOTHERS: INTEGRATIVE REVIEW

ABSTRACT: Exclusive breastfeeding is essential for maternal and child health. However, the gestation associated with the adolescence period presents a series of intense biopsychosocial modifications, which favors the emergence of early weaning. The objective was to verify the factors associated with early weaning in adolescent mothers. This is an integrative review, whose search was delineated in the databases Scientific Electronic Library Online (SciELO) Latin American and Caribbean Literature on Health Sciences (LILACS) and Medical literature Analysis and Retrieval System Online (MedLine) and BDNF, via the Virtual Health Library (VHL) that had been published in the last 5 years (2014-2018), during the months of October to December of the year 2018. In this process, we used the Boolean operator and, in the association of the following descriptors in DeCS: adolescent, breastfeeding, weaning. Several factors are related to early weaning in adolescent mothers, among them: low schooling, lack of family support, marital instability, interference of the breast as difficulties in the grip, need for work and lack of support Professional. The integral and multidisciplinary reception of health professionals is fundamental, transmitting accurate information about the importance of breastfeeding. Thus guaranteeing a greater preventive guideline and ' health care.

KEYWORDS: Adolescent. Breastfeeding. Weaning.

INTRODUÇÃO

O Aleitamento Materno Exclusivo (AME) é preconizado tanto pela Organização Mundial de Saúde (OMS) como o Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF), e é caracterizado pelo recebimento somente do leite materno até os 06 primeiros meses de vida do recém-nascido e complementares até os 02 anos de vida, exceto medicamentos (WENZEL; SOUZA, 2014; CONDE et al., 2017).

O aleitamento materno é essencial para a saúde materno-infantil, sendo o alimento mais adequado desde o nascimento aos primeiros anos de vida. Todavia,

o aleitamento é um dos fatores que mais previne a morbimortalidade infantil, promovendo um melhor desenvolvimento biopsicossocial para o binômio mãe e filho (WENZEL; SOUZA, 2014; SANKAR et al., 2015).

Na criança, os benefícios incluem ainda a prevenção de doenças autoimunes e crônicas, infecções gastrintestinais, respiratórias, cardiovasculares e alérgicas, assim como o melhor desenvolvimento neuropsicomotor. Já nas mães, o aleitamento promove a redução da incidência de câncer de ovário e mama, contribui no combate à osteoporose, promove períodos mais longos de amenorreia, o que ajuda como um contraceptivo natural com 98% de eficácia, além de perda de peso mais rápida e favorecimento do vínculo entre o binômio mãe e filho (MARANHÃO et al., 2015; OLIVEIRA et al., 2016; FERREIRA et al., 2018).

No entanto, entre os fatores que levam ao desmame precoce, ser adolescente é uma variável com bastante relevância. Em mães adolescentes se fazem presentes algumas particularidades, pois a gravidez ocorre em um momento de intensas modificações, anseios e descobertas, que podem trazer agravantes que influenciam de forma negativa no processo de aleitamento (MARANHÃO et al., 2015; CAVALCANTI et al., 2015).

Diante do exposto, este trabalho permite um maior conhecimento aos profissionais de saúde, com prioridade aos profissionais de enfermagem, pois com o devido conhecimento sobre o tema, podem desenvolver estratégias voltadas as pacientes no período da gestação e puerpério, diminuindo assim os índices de desmame precoce. Dessa forma, o objetivo do presente estudo é identificar os fatores associados ao desmame precoce em mães adolescentes.

MÉTODOS

Trata-se de uma revisão integrativa da literatura, seguindo as seis etapas: elaboração da pergunta norteadora, descrição dos critérios de inclusão e exclusão dos artigos, busca na base de dados, análise dos dados obtidos, discussão e apresentação dos resultados (MENDES; SILVEIRA; GALVÃO, 2008)

A pergunta norteadora foi: Quais são as evidências apresentadas na literatura sobre os fatores associados ao desmame precoce em mães adolescentes?.

Os critérios de inclusão dos artigos foram: estar disponível na íntegra de forma completa e gratuita, estudos em português e inglês, que tivessem sido publicados nos últimos cinco anos (2014-2018). Foram excluídos artigos inconclusivos e/ou replicados.

O período de busca foi realizado durante os meses de outubro a dezembro de 2018, contemplando as bases de dados Scientific Electronic Library Online (SciELO) Literatura Latino-americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS) e Medical Literature Analysis and Retrieval System Online (MedLine) e BDNF, através da

Biblioteca Virtual de Saúde (BVS).

Na definição dos descritores foi empregado o DeCS (Descritores em Ciências da Saúde), um dicionário de indexação de termos criado pela Bireme. Foi executado um cruzamento com o operador booleano AND com os descritores: Adolescente, aleitamento materno, desmame. Após a identificação da amostra, prosseguiu-se com a análise dos dados por meio da leitura dos artigos na íntegra e posteriormente, a inclusão na amostra final.

RESULTADOS

Empregados os descritores mencionados, apareceram 90 artigos faziam referência à associação dos termos procurados. Os resumos foram analisados, e os que faziam referência ao tema contemplaram a amostra. Permaneceram 22 estudos para a leitura na íntegra. Destes, 16 estudos foram excluídos, pois não faziam referência ao tema central da pesquisa, restando 06 artigos.

Com base nos artigos selecionados, foi elaborada uma tabela contendo o nome dos autores e ano das publicações, título, tipo de estudo, revista e principais conclusões, que foram inseridos na quadro 1. Entretanto, realizou-se a análise descritiva da amostra e qualitativa dos resultados das avaliações, acompanhadas de discussão do material.

Autor/ Ano	Título	Tipo de estudo	Revista	Principais conclusões
Souto, DC; Jager, ME; Dias, ACG, 2014	Aleitamento materno e a ocorrência do desmame precoce em puérperas adolescentes	Artigo de Revisão	Revista de Atenção à Saúde	O relacionamento conjugal, a inserção de alimentos e líquidos durante o período recomendado para a amamentação exclusiva e a falta ou sobrecarga de informações em relação à prática estão diretamente ligados ao desmame precoce.
Maranhão T. A. et al., 2015	Fatores associados ao aleitamento materno exclusivo entre mães adolescentes	Estudo Transversal	Cad. Saúde Colet.	Fatores como baixa escolaridade, baixa renda familiar, a ausência de apoio e incentivo da família para o aleitamento e a instabilidade conjugal, bem como a inexperiência para esta prática podem interferir no processo de aleitamento. No entanto, o recebimento de suporte para o cuidado de si e da criança, aumentam as possibilidades da manutenção do aleitamento exclusivo.

Souza S. A. et al., 2016	Aleitamento materno: fatores que influenciam o desmame precoce entre mães adolescentes	Exploratório descritivo	Rev enferm UFPE on line	Foram evidenciados seis fatores principais que influenciaram no desmame precoce entre as mães adolescentes: a influência de pessoas do contexto social, introdução de outros alimentos, crença no mito do leite fraco/insuficiente, fato da mãe ser estudante, rejeição do bebê ao peito da mãe e problemas mamários.
Oliveira A. C. et al., 2016	Aleitamento materno exclusivo: causas da interrupção na percepção de mães adolescentes	Estudo descritivo	Rev enferm UFPE on line	Os motivos para o aleitamento exclusivo não efetivo englobam fatores relacionadas às suas características pessoais, crenças, valores e cultura, fontes de apoio familiar, choro persistente da criança, a ideia de ter leite insuficiente ou fraco, interferência da mama como dificuldades na pega, necessidade de trabalho e falta de apoio profissional.
Araújo R. T. et al., 2015	Representações sociais do aleitamento materno para mães-adolescentes-nutrizes	Artigo Original	Rev enferm UERJ	As representações sociais sobre aleitamento materno, para as mães durante a adolescência, têm como influência os significados de tal prática desenvolvidos e transmitidos nos conteúdos culturais passados de geração em geração, da mídia e de suas experiências pessoais, direcionando suas condutas diante da amamentação de seus filhos.
Conde RG et al., 2017	Autoeficácia na amamentação e duração do aleitamento materno exclusivo entre mães adolescentes	Estudo longitudinal e prospectivo	Acta Paul Enfermagem	Na prática clínica, as adolescentes que apresentaram autoeficácia (autoconfiança materna em sua capacidade para alimentar corretamente o bebê) alta amamentaram de forma exclusiva por mais tempo.

Quadro 1: Descrição dos artigos selecionados: autores e ano das publicações, título, tipo de estudo, revista e principais conclusões

DISCUSSÃO

O desmame precoce e a introdução de alimentos artificiais durante os seis primeiros meses têm se tornado cada vez mais frequente, mesmo com comprovações e evidências das inúmeras vantagens do aleitamento materno exclusivo. Este fato pode ser uma associação multifatorial, tais como escolarização, níveis de instrução, instabilidade conjugal e menor poder aquisitivo que as adultas, reduzindo os níveis de acesso a informação (MARANHÃO et al., 2015).

Na amamentação praticada por adolescentes, a principal razão causadora do desmame precoce está relacionado à ideia de ausência de leite ou que o leite está enfraquecido, podendo ser suspenso o aleitamento ainda nas primeiras semanas de vida do recém-nascido (SOUTO; JAGER; DIAS, 2014).

Além disso, a influência dos familiares exerce um poder sobre o binômio mãe e filho, afetando diretamente na amamentação positiva ou negativamente. Tal influência é exercida por meio da falta de acolhimento especialmente dos responsáveis legais, já que muitas vezes a adolescente não possui renda própria, autonomia ou conhecimento para a realização de cuidados com o filho. Sendo incentivada a introdução de alimentos precocemente (OLIVEIRA et al., 2016; SOUZA et al., 2016).

A dificuldade na condução do aleitamento com a pega correta também é um fator que pode proporcionar o desmame precocemente, e pode ser influenciada por malformações mamilares, má condução ao amamentar, principalmente quando estas mulheres não possuem experiência e não instruídas e acompanhadas adequadamente por um profissional. Portanto, é fundamental a intervenção profissional logo após o parto, para o sucesso da lactação. (MARANHÃO et al., 2015; OLIVEIRA et al., 2016).

Com a participação cada vez maior da mulher no ambiente de trabalho, a substituição precoce do aleitamento por outros alimentos é muito frequente atualmente, e influenciam diretamente na redução do tempo de aleitamento (OAKLEY et al., 2014; SOUZA et al., 2016).

O pré-natal é uma intervenção crucial para a saúde tanto materna quanto do bebê. O que permite um acompanhamento integral da gestante, assim como a obtenção de conhecimentos sobre os benefícios da amamentação, evitando o desmame precoce. É fundamental que os profissionais de saúde estejam preparados para a orientação das mães sobre o aleitamento de forma didática e prática (SOUTO; JAGER; DIAS, 2014).

No entanto, muitas adolescentes deixam de realizar o pré-natal ou o fazem de modo inadequado, mesmo reconhecendo a importância do acompanhamento, pelo medo de tornar pública a sua gestação. Isto ocorre, pois na maioria das vezes, a gestação na adolescência é vista como uma situação precoce, em que a adolescente não possui a capacidade física, emocional, econômica para exercer a maternidade da melhor forma possível (SOUTO; JAGER; DIAS, 2014).

A ausência de vínculo entre a mulher e o profissional de saúde no decorrer do atendimento também prejudica o surgimento de um relacionamento de confiança e credibilidade na prestação da assistência, o que pode levar ao desmame precoce (ROCCI; FERNANDES, 2014; OLIVEIRA et al., 2016).

A gestação na adolescência é um momento particular, principalmente por ser um período de grande carga emocional, com a presença de profundas alterações fisiológicas, psicológicas e sociais, fazendo com que o processo de adaptação a essa nova situação muitas vezes leve ao isolamento, que está relacionado ao medo, ansiedade, imaturidade e inexperiência para a prática de ser mãe. Logo, a

efetividade do aleitamento entre essas jovens pode ser comprometida, o que as leva a um tempo reduzido de aleitamento do que é preconizado pela OMS (MARANHÃO et al., 2015; SOUZA et al., 2016).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O desmame precoce tem origem de vários fatores relacionados às características individuais, valores, crença e cultura, apoio familiar, ideia de leite insuficiente para a criança, dificuldades na pega, trabalho, estudo e problemas com a mama puerperal.

A assistência familiar é essencial, com o apoio emocional, participação das ações e influência direta com a permanência do aleitamento exclusivo.

A participação da equipe multidisciplinar, especialmente o enfermeiro, torna-se essencial, facilitando o processo de aleitamento com a promoção de ações relacionadas as práticas do aleitamento, estratégias de aconselhamento e escuta, bem como o desenvolvimento da autonomia materna, para que possam fazer escolhas mais assertivas quanto a alimentação da criança.

Políticas públicas devem ser implementadas para elucidar a importância do aleitamento materno entre mães adolescente.

REFERÊNCIAS

- ARAÚJO, R. T., et al. **Representações sociais do aleitamento materno para mães-adolescentes-nutrizes**. Rev enferm UERJ. Rio de Janeiro, v. 23, n. 5, p. 639-43, 2015.
- CAVALCANTI, S. H., et al . **Factors associated with breastfeeding practice for at least six months in the state of Pernambuco, Brazil**. Rev. bras. epidemiol., São Paulo , v. 18, n. 1, p. 208-219, 2015 .
- CONDE, R. G., et al . **Autoeficácia na amamentação e duração do aleitamento materno exclusivo entre mães adolescentes**. Acta paul. enferm., São Paulo , v. 30, n. 4, p. 383-389, 2017.
- FERREIRA, H. L. O. C., et al . **Fatores Associados à Adesão ao Aleitamento Materno Exclusivo**. Ciênc. saúde coletiva, Rio de Janeiro , v. 23, n. 3, p. 683-690, 2018.
- MARANHAO, T. A., et al . **Fatores associados ao aleitamento materno exclusivo entre mães adolescentes**. Cad. saúde colet., Rio de Janeiro , v. 23, n. 2, p. 132-139, 2015 .
- MENDES, K. D; SILVEIRA, R.C; GALVÃO, C. M. **Integrative literature review: a research method to incorporate evidence in health care and nursing**. Texto Contexto Enferm., Florianópolis, v. 17, n. 4, p. 758-764, 2008.
- OAKLEY, L. L., et al. **The role of support and other factors in early breastfeeding cessation: an analysis of data from a maternity survey in England**. BMC Pregnancy Childbirth. 2014.
- OLIVEIRA , A. C, et al. **Aleitamento materno exclusivo: causas da interrupção na percepção de mães adolescentes**. Rev enferm UFPE, Recife, v. 10, n. 4, p. 1256-63. 2016.

ROCCI, E; FERNANDES, R. A. Q. **Dificuldades no aleitamento materno e influência no desmame precoce.** Rev Bras Enferm. Brasília , v. 67, n. 1, p. 22-27, 2014 .

SANKAR, M. J, et al. **Optimal breastfeeding practices and infant and child mortality: a systematic review and meta-analysis.** Acta Paediatr Suppl. p. 3–13, 2015.

SOUTO, D. C.; JAGER, M. E.; DIAS, A. C. G. **Aleitamento materno e a ocorrência do desmame precoce em puérperas adolescentes.** Rev. de Atenção à Saúde. v. 12, n. 41, p.73-79, 2014.

SOUZA, S. A, et al. **Aleitamento materno: fatores que influenciam o desmame precoce entre mães adolescentes.** Rev enferm UFPE online. Recife, v. 10, n. 10, p. 3806-13, 2016.

WENZEL, D., SOUZA, S. B. **Fatores associados ao aleitamento materno nas diferentes Regiões do Brasil.** Rev Bras Saúde Matern Infant, Recife , v. 14, n. 3, p. 241-249, 2014 .

FEIRA DO SUS- A POLÍTICA NACIONAL DE HUMANIZAÇÃO: UM RELATO DE EXPERIÊNCIA

Lorrany Terezinha Oliveira de Souza

Faculdade Evangélica de Ceres- Goiás

Suelen Marçal Nogueira

Faculdade Evangélica de Ceres- Goiás

Thaynara Cristina Oliveira Braga Gonçalves

Faculdade Evangélica de Ceres- Goiás

Renata Sousa Nunes

Faculdade Evangélica de Ceres- Goiás

Murilo Marques Costa

Faculdade Evangélica de Ceres- Goiás

Monalisa Salgado Bittar

Faculdade Evangélica de Ceres- Goiás

Heloiza Dias Lopes Lago

Faculdade Evangélica de Ceres- Goiás

Francisco Ronaldo Caliman Filho

Faculdade Evangélica de Ceres- Goiás

Menandes Alves de Souza Neto

Faculdade Evangélica de Ceres- Goiás

sobre a PNH. **Descrição:** A ação extensionista denominada Feira do SUS foi realizada pelos acadêmicos do curso de Fisioterapia que cursam as disciplinas de Políticas Públicas de Saúde e Bioestatística e ocorreu no dia 06/06/2016 na área de convivência na Faculdade Evangélica de Ceres no período noturno, com a presença dos acadêmicos da instituição e da população de Ceres e região. Foram apresentadas informações a respeito da PNH, quais seus focos, objetivos, benefícios e seu papel na manutenção da qualidade da atenção à saúde no SUS. **Impactos:** O projeto foi de grande importância para informação da população, esclarecendo sobre o programa assim como para os acadêmicos que realizaram a ação, com um considerável ganho de conhecimento em relação ao tema proposto e uma experiência ímpar de socialização e interação com os demais acadêmicos da instituição e a população da região. **Considerações:** A ação elucidou a falta de informação da população quanto os programas do SUS e contribuiu para o conhecimento dos acadêmicos envolvidos e da comunidade a respeito dos benefícios da PNH.

PALAVRAS-CHAVE: Sistema Único de Saúde. Humanização. Política Pública. Extensão Comunitária.

RESUMO: Introdução: A Política Nacional de Humanização (PNH) tem como foco a efetivação dos princípios do SUS no cotidiano das práticas de atenção e gestão, qualificando a saúde pública no Brasil. A feira do SUS, tem como objetivo informar a população sobre as políticas e programas do SUS, diante disso, o presente estudo tem como objetivo relatar a experiência vivida em um projeto de extensão que teve como finalidade informar

ABSTRACT: Introduction: The National Humanization Policy (PNH) focuses on the implementation of SUS principles in the daily care and management practices, qualifying public health in Brazil. The SUS fair aims to inform the population about the policies and programs of the SUS. Therefore, this study aims to report the experience lived in an extension project that aimed to inform about the PNH. **Description:** The extension action called SUS Fair was carried out by the students of the Physiotherapy course attending the subjects of Public Health Policy and Biostatistics and took place on 06/06/2016 in the area of living at the Evangelical College of Ceres at night, with the presence of the academics of the institution and the population of Ceres and region. Information was presented about PNH, its focuses, objectives, benefits and its role in maintaining the quality of health care in SUS. **Impacts:** The project was of great importance for informing the population, clarifying about the program as well as for the academics who performed the action, with a considerable gain of knowledge regarding the proposed theme and a unique experience of socialization and interaction with other academics. of the institution and the population of the region. **Considerations:** The action elucidated the lack of information of the population about SUS programs and contributed to the knowledge of the academics involved and the community about the benefits of PNH.

KEYWORDS: Unified Health System. Humanization. Public policy. Community Extension.

1 | INTRODUÇÃO

O Sistema Único de Saúde (SUS) foi fundado em 1990 com a publicação da Lei 80803 e deu nova forma ao modelo assistencial no país. Poucos meses depois foi lançada a Lei 81424 que imprimiu no SUS uma de suas principais características, que é o controle social (BRASIL, 1990).

Em 1994 foi implantada a Estratégia Saúde da Família (ESF) no SUS para o fortalecimento da atenção básica e valorização da participação da população. No entanto, esse feito só seria possível mediante um processo humanizado e integrado, sendo assim, em 2003 foi criada pelo Ministério da Saúde, a Política Nacional de Humanização do Sistema Único de Saúde (PNH) (BRASIL, 2001).

Também chamada de HumanizaSUS, a PNH, é uma política do Sus que surge da junção de três objetivos principais: redesenhar e articular iniciativas de humanização do SUS; enfrentar desafios enunciados pela sociedade brasileira quanto à qualidade e à dignidade no cuidado em saúde e enfrentar problemas no campo da organização e da gestão do trabalho em saúde que têm produzido reflexos desfavoráveis tanto na produção de saúde como na vida dos trabalhadores (BRASIL, 2007).

A proposta da Política Nacional de Humanização coincide com os próprios princípios do SUS, enfatizando a necessidade de assegurar atenção integral à

população e ampliar a condição de direitos e de cidadania das pessoas fundamentando em três princípios: inseparabilidade entre a atenção e a gestão dos processos de produção de saúde, transversalidade e autonomia e protagonismo dos sujeitos (BRASIL, 2004).

Atualmente Ceres tem aproximadamente 19000 habitantes, mas a despeito da pequena população, Ceres é reconhecida como uma cidade pólo no que se refere à prestação de serviços de saúde. São 10 hospitais, 307 leitos e 65 profissionais médicos, o que representou um índice de 3,39 médicos por habitante, quando a média do município de São Paulo é 2,53 e no país é de 2,08 médicos por habitante (CARDOSO, 2011).

Diante disso, o presente trabalho tem como objetivo relatar a experiência vivida em um projeto de extensão que teve como finalidade informar os acadêmicos da Faculdade Evangélica de Ceres, assim como a população da Cidade de Ceres e região sobre as políticas, programas e princípios do SUS.

2 | DESCRIÇÃO DA EXPERIÊNCIA

A ação extensionista denominada Feira do SUS foi realizada pelos acadêmicos do curso de Fisioterapia que cursam as disciplinas Políticas Públicas de Saúde e Bioestatística no qual aborda, entre outros, o tema: “A Política Nacional de Humanização- Humaniza-SUS”. Inicialmente foi realizada uma pesquisa quantitativa no município de Ceres a respeito dos dados referentes aos programas do SUS, em seguida foram realizados grupos de estudos para melhor compreensão do tema, assim como reuniões para planejamento e discussões sobre as atividades que seriam realizadas. O projeto ocorreu no dia 06/06/2016 na área de convivência na Faculdade Evangélica de Ceres, no período noturno, com a presença dos acadêmicos da instituição e da população de Ceres e região. Foram apresentados através de stands, banners e apresentação oral os dados obtidos sobre os programas do SUS no município, bem como, informações referentes a Política Nacional de Humanização- Humaniza-SUS, quais seus focos, objetivos e benefícios para a população.

3 | IMPACTOS

Ao decorrer do projeto notou-se que grande parte da população presente não tinha conhecimento das políticas e programas oferecidos pelo SUS como a PNH, entretanto, a grande maioria dos presentes mostraram interesse na temática, sendo assim o projeto foi de grande importância para o conhecimento da população, esclarecendo sobre o Humaniza-SUS, seus objetivos e benefícios, e seu papel na manutenção da qualidade da atenção à saúde no SUS. Para os acadêmicos que realizaram a ação houve um considerável ganho de conhecimento em relação ao

tema proposto, aprimoramento da prática de apresentação em público, socialização e interação com os demais acadêmicos da instituição e a população da região, tendo a oportunidade de transmitir informações do programa, além de dados quantitativos das atividades realizadas no município.

4 | CONSIDERAÇÕES FINAIS

A ação elucidou a falta de informação da população quanto às atividades e programas realizados pelo SUS e contribuiu para o conhecimento tanto dos acadêmicos envolvidos, quanto da comunidade, a respeito dos benefícios da Política Nacional de Humanização- Humaniza-SUS. Foi notável o interesse da comunidade em obter mais informações sobre o tema, enfatizando que mais ações que visem informar a população sobre os princípios e programas do SUS devem ser elaboradas.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. Lei 8142 de 28 de dezembro de 1990. **Diário Oficial da União**. Brasília, DF, 1990 .

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. **Programa Saúde da Família**. Brasília, DF, 2001.

BRASIL. Ministério da Saúde/ Política Nacional de Humanização. **Relatório Final da Oficina HumanizaSUS**. Brasília, DF, 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Humanização da Saúde. **Documento Base**. 4ª ed. Brasília, DF, 2007.

CARDOSO, F. M. C. B.; GUIMARÃES, L. O. Processo de formação e expansão de cluster: o caso do aglomerado de Ceres, GO. **Revista de Gestão**, v. 18, n. 4, p. 549-568, 2011.

REIS-BORGES, G. C.; NASCIMENTO, E. N.; BORGES, D. M. Impacto da Política Nacional de Humanização na Estratégia Saúde da Família e na Rede de Saúde. **Distúrbios da Comunicação**, v. 30, n. 1, p. 194- 200, 2018.

FORMAÇÃO INTERNA DE PRÁTICAS INTEGRATIVAS E COMPLEMENTARES EM SAÚDE NA LIGA INTERDISCIPLINAR DE SAÚDE DA FAMÍLIA E SAÚDE COLETIVA: CAPACITAÇÃO PARA ESTRATÉGIA DE EMPODERAMENTO E ALTERNATIVA À MEDICAMENTALIZAÇÃO

Mariana Nóbrega Marcon

Universidade Federal de Santa Maria,
Departamento de Saúde Coletiva
Santa Maria - Rio Grande do Sul

Diogo Henrique Meneguelli

Universidade Federal de Santa Maria,
Departamento de Saúde Coletiva
Santa Maria - Rio Grande do Sul

Ricardo Souza Heinzemann

Universidade Federal de Santa Maria,
Departamento de Saúde Coletiva
Santa Maria - Rio Grande do Sul

Liane Beatriz Righi

Universidade Federal de Santa Maria,
Departamento de Saúde Coletiva
Santa Maria - Rio Grande do Sul

Cid Gonzaga Gomes

Universidade Federal de Santa Maria,
Departamento de Saúde Coletiva
Santa Maria - Rio Grande do Sul

Matheus dos Santos Coelho

Universidade Federal de Santa Maria,
Departamento de Saúde Coletiva
Santa Maria - Rio Grande do Sul

RESUMO: A Liga Acadêmica Interdisciplinar de Saúde da Família e de Saúde Coletiva, com a formação interna sobre Práticas Integrativas e Complementares, ampliou o conhecimento de seus membros sobre o tema, alcançando

assim o âmbito da saúde mental, o que permitiu a abordagem das estratégias da Gestão, Autônoma da Medicação.

PALAVRAS-CHAVE: Terapias Complementares. Saúde Pública. Educação em Saúde.

INTERNAL FORMATION OF
COMPLEMENTARY AND INTEGRATIVE
HEALTH IN INTERDISCIPLINAR ACADEMIC
LEAGUE OF FAMILY AND PUBLIC HEALTH:
CAPACITACION FOR STRATEGY OF
ENPOWERMENT AND ALTERNATIVE TO
MEDICAMENTALIZATION

ABSTRACT: The Interdisciplinar Academic League of Family and Public Health, using the internal formation of Complementary and Integrative Health, expanded its members' knowledge about this subject, therefore reaching the mental health field, what allowed the approach of strategies about Autonomous Medication Management.

KEYWORDS: Complementary Therapies. Public Health. Health Education.

A Gestão Autônoma da Medicação (GAM) é uma estratégia que visa garantir

aos usuários maior participação nas decisões relacionadas aos seus tratamentos, buscando o diálogo mais horizontal entre os envolvidos no cuidado em saúde mental. A proposta é que os usuários acessem as informações sobre seus tratamentos e assim possam reivindicar seus direitos de definir o lugar que a medicação e outras práticas ocupam em suas vidas, tornando-os protagonistas da construção dos seus planos terapêuticos. Para a GAM, a participação das pessoas nas decisões sobre os seus tratamentos é algo central (ONOCKO, 2013). Uma estratégia a esta proposta são as Práticas Integrativas e Complementares na Saúde (PICS), uma abordagem de saúde que estimula mecanismos naturais de prevenção e recuperação da saúde por meio de práticas que não enxergam apenas a doença em si, mas consideram a subjetividade dentro do contexto social, familiar e cultural do usuário (BRASIL, 2015). Essas práticas são complementares ao modelo tradicional biomédico pois resgatam a ideia do ser humano como sendo a união de corpo, mente e ambiente em equilíbrio, conforme o princípio da integralidade, previsto no Sistema Único de Saúde. Tais práticas contribuem para a redução dos transtornos mentais comuns, melhoram a saúde mental dos usuários, dão protagonismo ao paciente na escolha do tratamento adequado e reduzem a medicalização, fortalecendo os objetivos da GAM (SOUZA, 2017). A Liga Acadêmica Interdisciplinar de Saúde da Família e de Saúde Coletiva foi criada em 2016 por estudantes de diversos cursos de graduação em saúde da UFSM, sendo hoje formada por acadêmicos da Enfermagem, Farmácia, Fisioterapia, Medicina, Psicologia e Serviço Social, com orientação de docentes do Departamento de Saúde Coletiva desta Universidade. Durante a reunião de planejamento da Liga, constatou-se que, embora seja prevista na Política Nacional proposta pelo Ministério da Saúde e esteja presente na mídia, as PICS não estão presentes nos currículos da maioria destes cursos. Desta forma, priorizou-se a abordagem das PICS na formação interna da Liga, buscando apoio de profissionais de referência na área. A formação interna de PICS acontece semanalmente durante os encontros da Liga, que foram planejadas e executadas no segundo semestre de 2018, com cronograma futuro para o primeiro semestre de 2019. Abordou-se até então Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares, Desafios de Implantação das PICS no Brasil, Medicina Tradicional Chinesa, Acupuntura, Auriculoterapia e está programado para os próximos encontros Yoga, Homeopatia, Reiki, Shantala, entre outras. Tais práticas apresentam múltiplas respostas no organismo, contribuindo para a redução dos transtornos mentais comuns, ansiedade e sentimentos negativos; aumento das reações de prazer e relaxamento; aumento da interação entre profissional e paciente, tanto na criação de vínculos de empatia, quanto no auxílio do equilíbrio físico-emocional; melhora do humor, estímulo para as atividades laborais e enfrentamento das adversidades do cotidiano. Os benefícios das PICS para a saúde da população são evidentes, pois estas práticas corroboram com a clínica ampliada, garantindo cuidado centrado na pessoa (CUNHA, 2010). Além de contribuírem com o exercício da cidadania por parte dos usuários, uma

vez que a pessoa deixa de ser passiva (paciente) e passa a ser agente central da melhora de seu estado de saúde, estes recursos vão ao encontro do uso racional de medicamentos, pois diminuem a medicamentação na abordagem dos usuários. Como consequência dos processos formativos em PICS na Liga, os estudantes ampliaram seus conhecimentos sobre as mesmas para assim se tornar familiar e parte do rol de ofertas em suas futuras atividades profissionais, visando os benefícios que essas práticas promovem. Em especial, no campo da saúde mental, estas práticas são fundamentais por poderem ser associadas à estratégia da GAM, alcançando um cuidado mais efetivo do usuário.

REFERÊNCIAS

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares**, 2015.

CUNHA, G. T. **A construção da clínica ampliada na atenção básica**. 3. ed. São. Paulo: Hucitec, 2010.

ONOCKO-CAMPOS, Rosana Teresa et al. **A Gestão Autônoma da Medicação: uma intervenção analisadora de serviços em saúde mental**. Ciênc. saúde coletiva [online]. 2013, vol.18, n.10.

SOUZA, Luiz P. S.et al. **Práticas Integrativas e Complementares no Cuidado à Saúde Mental e aos Usuários de Drogas**. Id on Line Revista Multidisciplinar e de Psicologia, 2017, vol.11, n.38, p.177-198. ISSN: 1981-1179.

INFLUENCE OF SCIENTIFIC DISCOURSE ON PUBLIC HEALTH: VALIDATION OF A QUESTIONNAIRE IN PUBLIC SCHOOLS INSIDE THE STATE OF SAO PAULO

Meykson Alexandre da Silva

University Federal Rural of Pernambuco,
Department of Animal Morphology and Physiology
Pernambuco – Recife

Leticia Gomes de Pontes

University of Sao Paulo, Institute of Chemistry
Sao Carlos – Sao Paulo

ABSTRACT: In this study we validated an instrument to assess the prevalence of common diseases (influenza, fever and viruses) among public school students and to show whether interventions such as methods based on scientific dissemination may positively influence the reduction of cases. A questionnaire was generated in two variants - one for individuals aged seven or older (Group A) and another for children who were up to six years (Group B). The instrument was administered to public school students in the interior of the state of São Paulo. By allocating points, a score was calculated to differentiate subjects with and without simple diseases and whether or not they had access to prophylaxis methods by science outreach projects developed in public schools in the interior of the state of São Paulo. After validation, the questionnaire was applied by randomly selecting public schools in the interior of the state of São Paulo. The questionnaire was reliable to identify individuals with and without

simple diseases in both groups, with specificity and sensitivity above 95%. The prevalence of simple diseases in winter was 88.3% in Group A, but the assessment was compromised in Group B due to the low number of children under seven years of age. However, with the presence of scientific dissemination methods in the health area, we had a 24.8% decrease in cases of simple diseases in the winter period. The instrument of the present work was adequate for this epidemiological survey and evaluation of the importance of the presence of scientific dissemination in the health area. This instrument may be of particular value in places where we do not have access to simple disease records and how to prevent the increase of simple disease cases in winter.

KEYWORDS: Scientific Dissemination, Epidemiology, Validation, Questionnaire.

INFLUÊNCIA DA DIVULGAÇÃO CIENTÍFICA NA SAÚDE PÚBLICA: VALIDAÇÃO DE UM QUESTIONÁRIO NAS ESCOLAS PÚBLICAS DO INTERIOR DO ESTADO DE SÃO PAULO

RESUMO: Neste estudo validamos um instrumento para avaliar a prevalência de doenças comuns (gripe, febre e viroses) entre alunos da rede pública e evidenciar se intervenções como métodos baseados na

divulgação científica podem ou não influenciar positivamente na diminuição dos casos. Foi gerado um questionário em duas variantes - uma para indivíduos com sete anos ou mais (Grupo A) e outra para crianças que foram até seis anos (Grupo B). O instrumento foi administrado a alunos da rede pública do interior do Estado de São Paulo. Ao alocar pontos, foi calculada uma pontuação para diferenciar os sujeitos com e sem a doenças simples e se tiveram ou não acesso a métodos de profilaxia por projetos de divulgação científica desenvolvidos nas escolas públicas do interior do estado de São Paulo. Após a validação, o questionário foi aplicado, selecionando aleatoriamente as escolas públicas do interior do estado de São Paulo. O questionário foi confiável para identificar indivíduos com e sem doenças simples em ambos os grupos, com especificidade e sensibilidade acima de 95%. A prevalência de doenças simples no inverno foi de 88,3% no Grupo A, porém a avaliação foi comprometida no Grupo B pelo baixo número de crianças com menos de sete anos de idade. Contudo, com a presença de métodos de divulgação científica na área de saúde tivemos uma diminuição de 24,8% dos casos de doenças simples no período do inverno. O instrumento do presente trabalho foi adequado para este levantamento epidemiológico e avaliação da importância da presença da divulgação científicas na área da saúde. Este instrumento pode ser de particular valor em locais onde não temos acesso a registros de doenças simples e de como prevenir o aumento dos casos de doenças simples no inverno.

PALAVRAS-CHAVE: Divulgação Científica, Epidemiologia, Validação, Questionário.

1 | INTRODUCTION

It is indispensable to build knowledge about reality in order to be aware of the alienating aspects of modern society. This cannot be an impediment to the development of citizenship (YANG et al., 2015; GLANZ et al., 2005).

Scientific dissemination can take place through the so-called informal education and the contribution of this kind of learning does not refer us to the lack of importance of the school, but the valorization of it (DIETZ, 1998; MOORE et al., 2015). The approximation between science and informal education in public schools in the interior of Sao Paulo is not simple since the planning of the subjects is done by booklets and there is a difference between these two languages. (JOSEPH et al., 2003; HSU et al., 2011). There is no kind of translation to be done between formal and informal languages, both must be complementary to make the influence of scientific dissemination on public health increasingly easy.

The impossibility of a deep and referenced understanding of reality by the vast majority of the population over the years joins a society project permeated by the instrumentalization of a questionnaire that can validate the influence of scientific dissemination on the spread of common diseases (VELLOZZI et al., 2014; PILISHVILI T et al., 2010).

As the incidence of common diseases (influenza, fever and viruses) is reported to be increasing worldwide, studies on the development of questionnaires aimed at

preventing common diseases have become highly relevant so that we can understand how prevention processes can be suitable for each target audience and hard to reach places in Brazil, as long as they are validated and properly used (AUTOR et al., 2014). To construct an appropriate instrument to assess the influence of scientific dissemination on public health among students from public schools in the interior of the state of São Paulo, we created and validated this questionnaire to be used in surveys that address the influence of scientific dissemination on public health, especially in schools.

2 | METHODS

This new instrument was generated according to the recommendations of Portney and Watkins (2009) and the process followed the steps described below:

2.1 Literature review

Due to the lack of validated questionnaires with the desired characteristics, we conducted a bibliographic review selecting articles published in Portuguese or English that addressed the theme. We mainly checked whether other similar instruments were developed and validated. For this, we used the databases PubMed, Scopus and Scielo and used the keywords: scientific dissemination; scientific communication, public health, public school, interior of São Paulo, common diseases, epidemiology, validation, questionnaire and their respective in Portuguese, however, only works published between the years PubMed and Scopus were included.

2.2 Questionnaire

We created a quiz with multiple choice and discursive questions that were grammatically correct and accustomed to the usual and popular terms of students' daily lives.

2.3 Groups

To facilitate data analysis, two variants of the questionnaire were generated: one for individuals aged seven years or older (Group A) and one for children up to six years (Group B).

2.4 Preliminary analysis

To facilitate data analysis, two variants of the questionnaire were generated: one for individuals aged seven years or older (Group A) and one for children up to six years (Group B).

2.5 Aspects considered

The aspects considered for the validation were: applicability, discriminative power, objectivity, bias, redundancy, and classification capacity. The Likert scale was applied, with scores from 0 (“totally superfluous and inadequate question”) to 5 (“question and adequate”). In addition to evaluating the questions individually, teachers were also asked to rate the questionnaire in its entirety with a grade from 0 to 5.

2.6 Ethics Committee

All participating teachers and students were informed of the study objectives and signed the Informed Consent Form previously approved by the Ethics Committees (CEUA/FCF:12/2019). The only identifiers in the questionnaire were the date of birth and initial name.

2.7 Experimental Tests

After the necessary corrections suggested by the teachers, several experimental tests were carried out with six public schools in the interior of São Paulo: three of them do not have any scientific dissemination projects in the health area and three other schools that have an intense dissemination project for 2 years.

2.8 Validation

The analysis of the questionnaires began with the allocation of “weights” to the different questions to generate a score. The “weights” were determined based on the relevance of each question. Data were analyzed using the Statistical Package for the Social Sciences (SPSS), version 15.0. The data generated were statistically analyzed by Student’s t-test to list the cutoffs between the mean values of the 30 best subthemes that discriminate this project.

2.9 Application

When applying a closed questionnaire (multiple choice or dichotomous) it is intended to measure aspects such as attitudes or opinions of the target audience, and this is usually possible using scales. The selected scales facilitated: process and analysis; quick response; and unlike dichotomous, they work with several alternatives.

A flowchart with the methodology summary is presented in **Figure 1**.

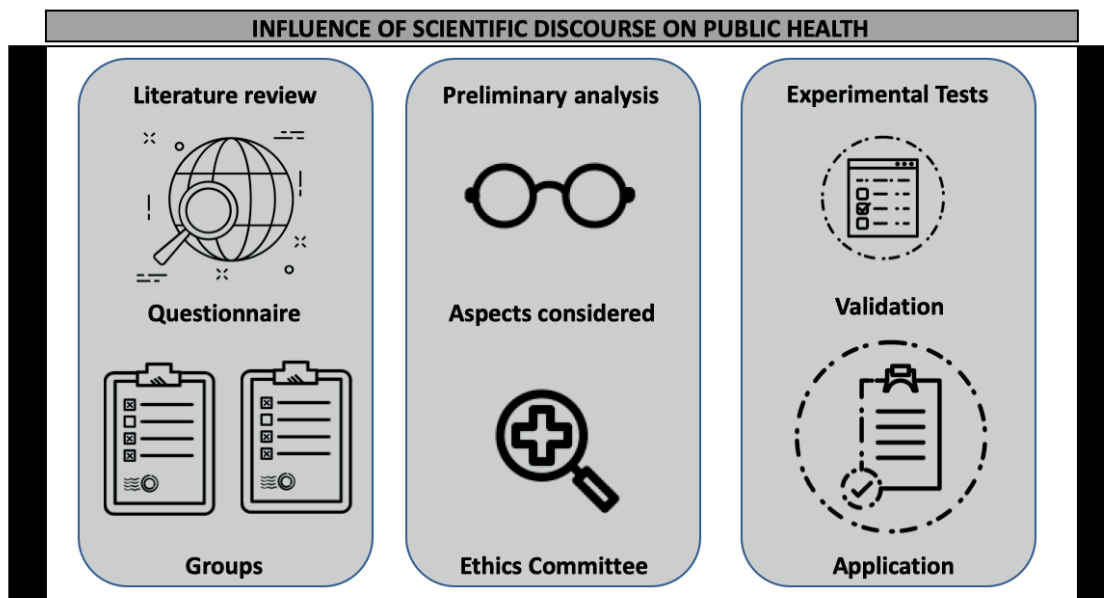


Figure 1. Flowchart with a summary of the methodology employed in this project.

3 | RESULTS AND DISCUSSION

3.1 Construction and evaluation of the questionnaire

The questionnaire consisted of 25 questions with 100 sub-items. Of the ten evaluating teachers, seven gave a general opinion of the questionnaire, however, three of them did not answer all the questions and, therefore, were excluded from the evaluation. However, their general comments were considered, of the seven remaining teachers, four rated the questionnaires as a whole with grade 5, one of them scored it with grade 4 and the last teacher with grade 3.

Regarding the individual questions, a modal score of 3 or above was considered acceptable, in this bias, 85.2% of the questions had acceptable clarity. The other aspects were judged as follows: 86.8% received grade 3 or higher for applicability. Thus, there was little concern among the authors regarding clarity, applicability, bias levels, and redundancy. Making the questionnaire fit for use.

The evaluation criteria that received scores below acceptable levels refer to the discriminatory power, objectivity and classification capacity of the questionnaire. Namely, only 47% of the questions received a modal score of 3 or more for their discriminatory power, objectivity and classification ability.

It is important to emphasize that the teachers evaluated all questions according to the six criteria mentioned above (applicability, discriminative power, objectivity, bias levels, redundancy, and classification capacity). This means that any question could receive divergent scores, which could be a high score in one criterion and low in another.

With this in mind, the questions were individually analyzed and decided whether to retain, modify or eliminate them. We aimed to create a questionnaire that generally had good levels of applicability, discriminative power, objectivity, classifiability, and

acceptable levels of bias and redundancy so that its function was significantly executable. Thus, when the question does not score well on one of the criteria, it would be compensated for by other instrument questions with satisfactory scores on the same criteria.

After several tests with the corrections mentioned above, the composition of the questionnaire was reduced to 10 questions with approximately 50 subthemes and tested with public school students (Groups A and B). After further evaluation by the seven teachers, the final evaluation of the questionnaire was grade 4 (one teacher) and 5 (six teachers). Thus, a satisfactory final version was reached. For complete questionnaire and raw dataset, please see online repository at <https://figshare.com/account/home#/projects/67835>.

3.2 Questionnaire application at school

A total of 98 students from a public school in the municipality of Bauru were interviewed with the final version of the questionnaire and were classified as students who had or not participated in scientific dissemination projects (Table 1). The interviewees are part of scientific dissemination projects, contributing to the dispersion and criticality of scientific results and discussions.

Ranking	Group A ♀ / ♂	Group B ♀ / ♂
Influenced by scientific dissemination projects in the health	31 / 11	4 / 2
Not influenced by scientific dissemination projects in health	28 / 17	3 / 2

Table 1. Classification of Bauru public school students regarding their involvement in scientific dissemination projects. The symbols ♀ / ♂ refer to the gender of the interviewees, female and male respectively.

Table 2 summarizes the questions that make up the final questionnaire and their respective weights. It is noteworthy that when the respondent did not answer most of the questions, it was discarded from the analysis. All items of all questions must be answered to ensure the reliability of the results.

TYPES OF QUESTIONS	QUESTION	WEIGHT
DISCUSSIONS ON THEORY AND PRACTICE	1.0	2
SCIENTIFIC DIVULGATION	1.1	3
Importance reflection	1.2	4
APPROACH SCIENCE AND SOCIETY	1.3	2
OFFER PRACTICAL TIPS	1.4	7

FREQUENCY	2.0	1
TYPE OF MATERIAL	2.1	1
Videos	2.2	1
Audios	2.3	1
MOVIES	2.4	1
BOOKS	2.5	1
Blogs	2.6	1
Websites	2.7	2
INTEREST	2.8	3
ART AND CULTURE	2.9	1
SCIENCE AND TECHNOLOGY	2.10	2
ENVIRONMENT	2.11	2
MEDICINE AND HEALTH	2.12	4
TECHNOLOGY	2.13	3
INTERNET VIDEOS (youtube)	2.14	2
Podcasts	2.15	1
PRINTED NEWSPAPERS	2.16	1
MAGAZINES	2.17	1
TALKING WITH FRIENDS	2.18	3
only benefic	3.0	4
More benefits than ills	3.1	5
SO MUCH BENEFITS AND HARMFUL	3.2	2
More benefits than benefits	3.3	1
ONLY HARBOR	3.4	-3
COMMON DISEASES	4.0	1
THE FLU	4.1	3
FEVER	4.2	2
VIROSES	4.3	1
DEPRESSION	4.4	-1
OBESITY	4.5	-1
ARTERIAL HYPERTENSION	4.6	-1
Diabetes	4.7	-1
ASTHMA	4.8	1
STROKE	4.9	-1
CAncer	4.10	-1
DISEASE FREQUENCY	5.0	1
PHYSICIANS	5.1	2
AUTOMEDICATION	5.2	-2
ALTERNATIVE METHODS	5.3	-1
WASH HANDS	6.0	2
VITAMIN CONSUMPTION	6.1	1
DO PHYSICAL ACTIVITY	7.0	3
OPEN TO WINDOWS	8.0	4
PERSONAL HYGIENE	9.0	5
DISCLOSE TO MEASURES	10.0	7

Table 2 - Types of questions and respective weights in the questionnaire for Group A and B students

Questions 1-3 divide students who are interested in science outreach, understand their media, and how it spreads. From questions 4 through 5, students should interpret what is a common disease of an uncommon disease and how to seek medical help for both. The remaining questions (items related to personal hygiene and health) were formulated to remind the interviewed students of basic situations that can prevent common illnesses.

As shown in table 2 on the scale of each question of the questionnaire, we obtained the significance of Student's t -test = 0.019. It was also found that students with the influence of scientific dissemination on public health had higher frequency scale scores than students who were not influenced (Student t -test significance = 0.009). Supporting this, both groups exhibited sensitivity and specificity of the instruments above 90%.

The prevalence of simple diseases in winter was 88.3% in Group A, but the assessment was compromised in Group B due to the low number of children under seven years of age. However, it was observed that students who had contact with methods of scientific dissemination in health showed a decrease of 24.8% in cases of simple diseases in the winter period. It is suggested that they were aware of prophylaxis at this time of year. Thus, Ljungman and collaborators (2001) says that scientific literacy constitutes one of the main lines of investigation of science teaching.

Our results are similar to those of Crosnoe and collaborators (2011) in which he says that scientific literacy involves the production and use of science in human life, and may provoke revolutionary changes in social, economic progress and adaptation needs in the world in which he lives.

Carroll and collaborators (2017) address relevant information around scientific literacy and bring positive consequences whether social, cultural, economic, cognitive or linguistic. Thus, our work becomes important, as a perceptive and measuring instrument, in which it is possible to glimpse the importance of scientific dissemination in schools, as well as its impact on students' lives, especially regarding public health and prevention diseases.

However, this study validated a questionnaire to understand the participation of scientific dissemination projects in public health and prevention of cases of common diseases among students of public schools in the interior of the state of São Paulo. Similar results were found in the work of other researchers, but it is not our science to join the theme of common diseases and the impact of scientific dissemination on the same assessment tool.

4 | CONCLUSION

The creation of research tools, in particular, the questionnaire, is paramount for the realization of a project. Developing a good questionnaire as a research tool,

however, is not an easy task (NATIONAL CENTER FOR INFECTIOUS DISEASES, 2000; WHO, 2012; GAGETE et al., 2017). However, all suggestions proposed in this article should be interpreted appropriately for each case. The questionnaire construction process is continuous and provides learning through experience (BLOOM et al., 2013; ALLCOTT et al., 2015). We justify, once again, the need to write about the subject, once we perceive several difficulties for the construction of these questionnaires for students of public schools in the interior of the state of São Paulo. And we emphasize the need for scientific dissemination in schools, as it can contribute positively to the personal construction of each student, to enable the change in the way of thinking and acting of each one, helping in decision making and preventing in certain situations as exposed by the work in question.

REFERENCES

- Allcott, H. Site selection bias in program evaluation. *Q. J. Econ.* **130**, 1117–1165 (2015).
- Autor, D. H. Skills, education, and the rise of earnings inequality among the “other 99 percent”. *Science*. **344**, 843–851 (2014).
- Bloom, H. S. & Michalopoulos, C. When is the story in the subgroups? Strategies for interpreting and reporting intervention effects for subgroups. *Prev. Sci.* **14**, 179–188 (2013).
- Carroll, J. M., Muller, C., Grodsky, E. & Warren, J. R. Tracking health inequalities from high school to midlife. *Soc. Forces*. **96**, 591–628 (2017).
- Crosnoe, R. *Fitting In, Standing Out: Navigating the Social Challenges of high School to Get an Education* (Cambridge Univ. Press, 2011).
- Dietz WH. Health consequences of obesity in youth: childhood predictors of adult disease. *Pediatrics*. **101**:518–25 (1998).
- Gagete E, Delazari Dos Santos L, Gomes de Pontes L, Morato Castro F. Who has anaphylaxis in Brazil? Validation of a questionnaire for population studies. *World Allergy Organ J.* **8** ; 10 (1) : 40 (2017).
- Glanz K, Rimer BK. *Theory at a Glance: A Guide for Health Promotion*, 2nd edn. NIH Publication No. 05-389 (2005).
- Hsu, K. K., Shea, K. M., Stevenson, A. E. & Pelton, S. I. Underlying conditions in children with invasive pneumococcal disease in the conjugate vaccine era. *Pediatr. Infect. Dis. J.* **30**, 251–253 (2011).
- Joseph C, Goddard N. Influenza vaccine uptake: results from a rapid assessment of the effectiveness of new government policy in England for the winters 2000/2001 and 2001/2002. *Vaccine*. **21**: 1137–1148 (2003).
- Ljungman P, Ward KN, Crooks BN, Parker A, Martino R, Shaw PJ et al. Respiratory virus infections: a prospective study from the Infectious Diseases Working Party of the European. *Bone Marrow Transplant.* **28**: 479–484 (2001).

Moore, M. R. et al. Effect of use of 13-valent pneumococcal conjugate vaccine in children on invasive pneumococcal disease in children and adults in the USA: analysis of multisite, population-based surveillance. *Lancet Infect. Dis.* **15**, 301–309 (2015).

National Centre for Infectious Diseases, Centers for Disease Control and Prevention. Guidelines for Preventing Opportunistic Infections, the Infectious Diseases Society of America, 49(RR-10). Centre for Disease Control and Prevention. *Morbidity and Mortality Weekly Report*, pp 1–128 (2000).

Pilishvili T. et al. Risk factors for invasive pneumococcal disease in children in the era of conjugate vaccine use. *Pediatrics*.126, e9–e17 (2010).

Vellozzi, C., Iqbal, S. & Broder, K. Guillain-Barre syndrome, influenza, and influenza vaccination: the epidemiologic evidence. *Clin. Infect. Dis.* **58**, 1149–1155 (2014).

WHO Publication. Pneumococcal vaccines WHO position paper - 2012 - recommendations. *Vaccine* **30**, 4717–4718 (2012).

Yang, T. U., Song, J. Y., Noh, J. Y., Cheong, H. J. & Kim, W. J. Influenza and pneumococcal vaccine coverage rates among patients admitted to a teaching hospital in South Korea. *Infect. Chemother.* **47** (1) : 41-8 (2015).

O CONHECIMENTO DO ENFERMEIRO NA ATENÇÃO ÀS CRIANÇAS COM TRANSTORNO DO ESPECTRO AUTISTA

Lairton Batista de Oliveira

Graduando em Enfermagem pela Universidade Federal do Piauí (UFPI)

Picos – PI

Marília Costa Cavalcante

Graduanda em Enfermagem pela Universidade Federal do Piauí (UFPI)

Picos – PI

Pallysson Paulo da Silva

Graduando em Enfermagem pela Universidade Federal do Piauí (UFPI)

Picos – PI

Fellipe Batista de Oliveira

Graduando em Nutrição pela Universidade Federal do Piauí (UFPI)

Picos – PI

Isadora Almeida de Sousa

Graduanda em Enfermagem pela Universidade Federal do Piauí (UFPI)

Picos – PI

Paulo Cilas de Carvalho Sousa

Graduando em Enfermagem pela Universidade Federal do Piauí (UFPI)

Picos – PI

Francisca Thamilis Pereira da Silva

Graduanda em Enfermagem pela Universidade Federal do Piauí (UFPI)

Picos – PI

Bruna Martins Nogueira Leal

Graduanda em Enfermagem pela Universidade Federal do Piauí (UFPI)

Picos – PI

Lany Leide de Castro Rocha Campelo

Enfermeira. Doutora em Enfermagem pela USP. Professora Adjunta do Curso de Bacharelado em Enfermagem da Universidade Federal do Piauí (UFPI)

Picos – PI

RESUMO: **Introdução:** O autismo infantil é um transtorno que acomete o neurodesenvolvimento e manifesta-se tipicamente antes dos três anos de idade. Com isso, faz-se necessário que o enfermeiro tenha fundamentação teórica suficiente sobre esse tema para que possa detectar sinais e comportamentos precocemente, bem como acompanhar de forma adequada a criança autista. **Objetivo:** Investigar o que há na literatura sobre o conhecimento do profissional enfermeiro sobre o Transtorno do Espectro Autista na infância. **Metodologia:** Foi realizado levantamento bibliográfico em 2019, nas bases de dados BDNF, LILACS, MEDLINE e na BVS. A estratégia de busca foi a associação entre os seguintes descritores: Autismo, Conhecimento, Criança, Enfermeiro e Enfermagem. Utilizou-se como critérios de inclusão artigos primários publicados na língua portuguesa, espanhola e inglesa, na forma de texto completo, que abordassem temáticas relacionadas

ao conhecimento do enfermeiro na atenção às crianças com TEA. **Resultados e Discussão:** Foi possível identificar que uma parte dos profissionais enfermeiros dispõe de um conhecimento básico acerca do transtorno, mas ainda existe outra parte com carência de informações a respeito desse tema. **Conclusão:** Constata-se, por meio desse estudo, que os profissionais enfermeiros, em sua maioria, conheciam o tema autismo e sabiam reconhecer sua sintomatologia. Entretanto, o conhecimento se mostrou sucinto e não muito específico. Ressalta-se que este estudo pode ser caracterizado como possuindo certas limitações pelo pequeno número de artigos primários encontrados que retratassem ao tema abordado.

PALAVRAS-CHAVE: Autismo Infantil. Conhecimento. Enfermeiro.

THE KNOWLEDGE OF THE NURSE IN THE ATTENTION TO CHILDREN WITH AUTISTIC SPECTRUM DISORDERS

ABSTRACT: Introduction: Childhood autism is a neurodevelopmental disorder, typically manifested before the age of three. Thus, it is necessary that the nurse has sufficient theoretical basis on this topic so that he can detect signs and behaviors early, as well as evaluate and monitor the autistic child appropriately. **Objective:** To investigate what is in the literature about the knowledge of the professional nurse about the autistic spectrum disorder in childhood. **Methodology:** A bibliographic survey was conducted in 2019, in the BDNF, LILACS, MEDLINE and VHL databases. The search strategy was the association between the following descriptors: Autism, Knowledge, Child, Nurse and Nursing. We used as inclusion criteria primary articles published in Portuguese, Spanish and English, in the form of a full text, which addressed themes related to the knowledge of nurses in the care of children with ASD. **Results and Discussion:** It was possible to identify that a part of the professional nurses has a basic knowledge about the disorder, but there is still another part with a lack of information on this topic. **Conclusion:** This study showed that most nurses were aware of the theme of autism and knew how to recognize its symptoms. However, the knowledge was succinct and not very specific. It is noteworthy that this study can be characterized as having certain limitations due to the small number of primary articles found on the theme addressed.

KEYWORDS: Child Autism. Knowledge. Nurse.

1 | INTRODUÇÃO

Embora o autismo seja um assunto bastante discutido na atualidade, alguns anos já se passaram após a sua descoberta. O psiquiatra Plouller usou o termo autismo, pela primeira vez, em 1906. Em 1943, o psiquiatra austríaco Leo Kanner utilizou o termo para relatar o comportamento de onze crianças que demonstraram atraso no desenvolvimento, e expressaram em comum dificuldade na comunicação, na capacidade de interação e comportamentos repetitivos (NEUMÄRKER, 2003).

Atualmente, o autismo infantil é considerado um transtorno invasivo de desenvolvimento, ocasionado por múltiplas causas, incluindo ambientais e genéticos. Geralmente apresenta-se antes dos três anos de idade e compromete especificamente três áreas: linguagem/comunicação, socialização e comportamental (BRASIL, 2014).

A detecção é realizada através da observação clínica dos comportamentos característicos. A criança manifesta dificuldade em manter contato visual com outras pessoas, dificuldade para se expressar e utiliza de um número de gestos limitado para comunicar-se. Apresenta comportamentos motores repetitivos, ansiedade e possessividade, com extrema afinidade por monotonia (VIDEBECK, 2012).

Há estimativas de que, em todo o mundo, uma em cada 160 crianças tem Transtorno do Espectro Autista (TEA). Esses dados representam um valor médio e que varia conforme as áreas pesquisadas e entre estudos (OPAS, 2017). Segundo dados divulgados pelo Centro de Controle e Prevenção de Doenças, nos EUA, a prevalência de autismo em crianças de 4 anos aumentou de cerca de 1 em 75 crianças em 2010 para 1 em 59 em 2014 (CHRISTENSEN et al., 2019).

Não há números exatos de prevalência do autismo no Brasil, sendo o único trabalho brasileiro neste sentido, um estudo-piloto coordenado pelo médico Marcos Tomanik Mercadante, em São Paulo, no ano de 2011, que apresentou como resultado uma criança autista para cada 367, em um local com o número de 20 mil habitantes (PAIVA JUNIOR, 2019).

O TEA impõe uma carga emocional e econômica significativa sobre as famílias das crianças afetadas, visto que o cuidado de crianças em condições mais graves pode ser exigente, especialmente onde o acesso aos serviços e apoio é inadequado (OPAS, 2017).

O profissional enfermeiro pode colaborar na realização do diagnóstico precoce do TEA, através da observação do comportamento das crianças e sua relação com seus cuidadores, o que pode ser feito por meio das consultas de puericultura e durante a anamnese realizando escuta ativa com a família (NASCIMENTO et al, 2018).

Frente a esse contexto, questiona-se o que tem sido apresentado pela literatura sobre o conhecimento do profissional enfermeiro acerca do Transtorno do Espectro Autista na infância.

Justifica-se a produção desse estudo pela razão de ser necessária abertura para discussão sobre o conhecimento do enfermeiro acerca dos cuidados às crianças com transtorno de espectro autista, o que auxiliaria com diagnósticos e detecção de fragilidades dessa população.

Nesse sentido, o objetivo desse estudo foi investigar o que há na literatura sobre o conhecimento do profissional enfermeiro acerca do Transtorno do Espectro Autista na infância.

2 | METODOLOGIA

Estudo descritivo com abordagem qualitativa, sendo uma revisão integrativa. Optou-se por esse método de pesquisa tendo em vista que o mesmo contribui para uma sistematização de informações publicadas sobre a questão em análise (MENDES, 2008).

A produção se deu em quatro etapas: primeiro, foi definido a questão norteadora do estudo; segundo, foram definidos os critérios de inclusão e busca na literatura; na terceira etapa houve a análise e seleção dos artigos a serem incluídos na revisão; e por último, realizou-se a interpretação e apresentação dos resultados.

Para a busca dos estudos incluídos na revisão, utilizou-se a Biblioteca Virtual em Saúde (BVS) e as bases de dados Literatura Latino-Americana em Ciências de Saúde (LILACS), Base de Dados de Enfermagem (BDENF) e National Library of Medicine (MEDLINE), adotando os seguintes critérios de inclusão: artigos primários publicados na língua portuguesa, espanhola e inglesa, disponíveis na forma de texto completo, que abordassem temáticas relacionadas ao conhecimento do enfermeiro na atenção às crianças com TEA.

Como estratégia de busca, utilizaram-se associações de descritores previamente submetidos aos Descritores em Ciência da Saúde (DECS): Autismo, Conhecimento, Criança, Enfermeiro e Enfermagem. E posteriormente, foram utilizados os mesmos descritores na língua inglesa: Autism, Knowledge, Child, Nurse e Nursing.

Após realização da busca nas bases de dados, realizou-se a seleção dos estudos, conforme a questão norteadora e os critérios de inclusão citados anteriormente. Todos os artigos encontrados durante a estratégia de busca foram inicialmente avaliados por meio da análise dos títulos, seguido pela leitura dos resumos. Nos casos em que os títulos e resumos indicavam que o estudo abordava a temática, procedeu-se a leitura do artigo por completo.

3 | RESULTADOS

Após realizar a busca nas bases de dados e biblioteca virtual supracitada, foram encontrados 19 artigos, que foram selecionados após serem lidos os títulos e resumos. Em seguida, os artigos encontrados foram analisados, e as duplicadas e artigos que não cumpriram adequadamente ao critério de inclusão foram excluídos da pesquisa. A amostra final contemplou 4 artigos.

O processo de busca encontra-se sistematizado na figura 1.

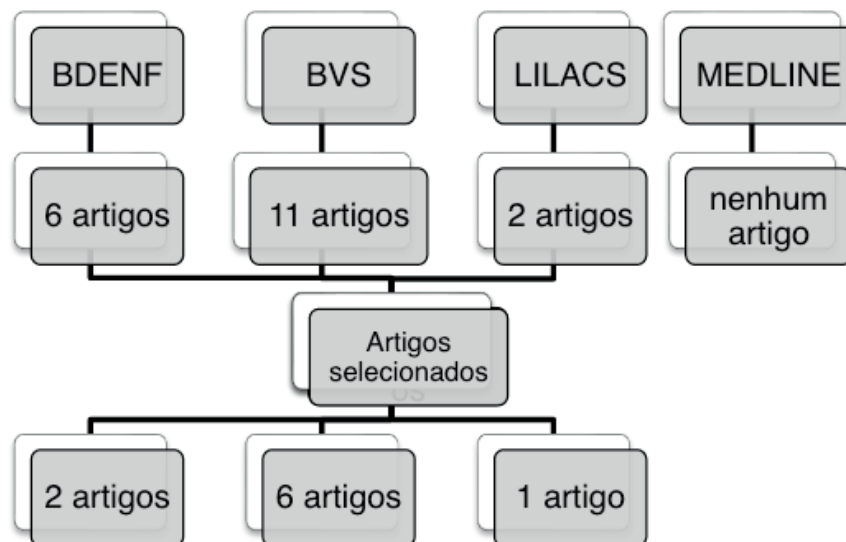


ILUSTRAÇÃO 1 - FLUXOGRAMA DO PROCESSO DE BUSCA NAS BASES DE DADOS

Fonte: Próprio dos autores.

Desta forma, essa revisão é composta por 4 artigos, publicados entre 2009 e 2018. Toda a amostra é caracterizada por estudos de natureza qualitativa. Os artigos utilizados para esse estudo estão contidos no quadro abaixo, que contém informações do título do artigo, em como, autores, ano de publicação, objetivo e seus resultados.

TÍTULO DO ARTIGO	AUTORES	ANO	OBJETIVO	RESULTADOS
Autismo: conhecimento da equipe de enfermagem.	NUNES, S. C.; SOUZA, T. Z.; GIUNCO, C. T.	2009	Verificar o conhecimento da equipe de enfermagem sobre os sinais e sintomas precoces no indivíduo autista.	Evidencia que a equipe de enfermagem já havia tido contato com o tema por meio de vivências acadêmicas e/ou profissionais, no entanto sem conhecimento específico suficiente. Foi percebido déficit de informação após os profissionais verbalizarem desconhecimento sobre o assunto e necessidade de capacitação sobre o tema.

A equipe de enfermagem e as crianças autistas.	DARTORA, D. D.; MENDIETA, M. C.; FRANCHINI B.	2014	Conhecer a percepção da Equipe de Enfermagem frente ao atendimento às crianças autistas, na pediatria de um Hospital Universitário no Sul do Rio Grande do Sul.	Mostraram que os profissionais da enfermagem possuem uma visão estereotipada da criança autista, associando-a a alguém que vive a margem da sociedade e que tem uma vida extremamente limitada. Mantendo uma visão bastante piedosa e restrita com relação ao transtorno.
Prática e conhecimento dos enfermeiros sobre o autismo infantil.	SENA, R. C. F. et al	2015	Analisar a prática e o conhecimento dos enfermeiros da Estratégia Saúde da Família acerca do transtorno autístico.	Demonstra que a maioria dos enfermeiros quando questionados sobre o conceito de autismo atribui apenas uma característica (o distúrbio neurológico) para defini-la. No entanto, alguns relataram outros sinais para conceituar autismo, como alterações comportamentais e de interação social. Relata ainda que foi possível perceber insegurança, fragilidade de conhecimento e desconhecimento por parte dos enfermeiros sobre a temática em discussão.
Transtorno do espectro autista: detecção precoce pelo enfermeiro na estratégia saúde da família.	NASCIMENTO, Y. C. M.	2018	Identificar a atuação do enfermeiro da Estratégia Saúde da Família na detecção precoce do Transtorno do Espectro Autista em crianças.	Revela que os enfermeiros conhecem o TEA e os sinais que fundamentam o seu diagnóstico, além de perceberem a necessidade de assistência especializada e referenciar as pessoas com TEA. Porém houve divergências sobre a capacidade cognitiva da criança com o referido transtorno.

QUADRO 1 – SÍNTESE DOS ARTIGOS SELECIONADOS

Fonte: Próprio dos autores.

4 | DISCUSSÃO

Com base nesse estudo, conseguiu-se fazer uma leitura crítica dos artigos selecionados que retratam o conhecimento do enfermeiro sobre TEA na infância. A partir dessas evidências, foi possível identificar que uma parte dos profissionais enfermeiros dispõe de um conhecimento básico acerca do transtorno, mas ainda

existe outra parte com carência de informações a respeito desse tema. Ressalta-se que os profissionais que conhecem o transtorno, carregam noções sucintas e não muito específicas.

Sena *et al* (2015) solidifica os resultados desse estudo ao evidenciar que os enfermeiros possuem um déficit de conhecimento quando trata-se de TEA, e que isso se deve, em parte, a falta de oportunidades de trabalharem com crianças que apresentasse esse diagnóstico além de não participarem de ações ou cursos para promover a sua capacidade diagnóstica.

O resultado desse estudo corrobora com um estudo realizado por Sousa (2017) que afirmou a necessidade de cursos de capacitação para os enfermeiros no que se refere ao diagnóstico, tratamento e acompanhamento da criança com TEA, assim como o reconhecimento de suas necessidades de cuidado.

Em acordo com Sudré *et al* (2011), este estudo demonstra que os enfermeiros possuem um papel importante na atenção às crianças com TEA, pois são responsáveis pela elaboração de planos de assistência de enfermagem específicos, bem como o desenvolvimento de intervenções voltadas para a melhoria do desenvolvimento da criança diante de atividades diárias e convivência com a família, e com isso amenizar ao máximo sua sintomatologia.

O diagnóstico logo nos três primeiros anos de vida é essencial para o desenvolvimento de capacidades, uma vez que abordagens terapêuticas precocemente implementadas aumentam as possibilidades de respostas positivas devido à maior plasticidade de estruturas anátomo-neurofisiológicas do cérebro nesse período. Entretanto, é comum os profissionais sentirem-se inseguros, despreparados para detectar os sintomas característicos, o que acarreta demora no diagnóstico e terapia iniciada tardiamente (JENDREIECK, 2014).

Em síntese, a literatura analisada evidencia que os enfermeiros detêm insegurança e conhecimento bastante limitado a respeito desse transtorno, o que dificulta um acompanhamento adequado e a realização do diagnóstico no momento em que os sintomas encontram-se brandos. Isso impede que este profissional assista de maneira pertinente o indivíduo autista, gerando por consequência uma assistência fragilizada. Logo, demonstra-se a relevância do enfermeiro expandir seu conhecimento científico sobre a temática.

5 | CONCLUSÃO

O enfermeiro é o profissional responsável por assistir a criança com TEA, visando garantir seu crescimento e desenvolvimento, solucionar possíveis problemas e promover uma melhor qualidade de vida para a criança e sua família. Portanto, é essencial que o mesmo saiba detectar precocemente as alterações decorrentes do TEA.

Constata-se, por meio desse estudo, que os profissionais enfermeiros, em sua maioria, conhecem o tema autismo e sabem reconhecer sua sintomatologia. Entretanto, o conhecimento se mostrou incompleto.

A falta de informações ou o conhecimento superficial acerca do TEA, pode contribuir para a não identificação ou identificação tardia do transtorno, contribuindo para a cronificação do problema.

O pequeno número de artigos primários encontrados referentes ao tema abordado dificultou a dimensão do entendimento e conhecimento do enfermeiro sobre o autismo, configurando-se como uma limitação desse estudo.

Contudo, depreende-se a importância de se pesquisar mais o tema, para que assim, um contingente maior de informações incentive o enfermeiro a buscar embasamento e conhecimento específico sobre o tema a fim de tornar-se apto a prestar uma assistência cada vez mais íntegra e humanizada.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. **Diretrizes de atenção à reabilitação da pessoa com transtornos do espectro do autismo**. Brasília, DF, 2014.

CARNIEL, E. L.; SALDANHA, L. B.; FENSTERSEIFER, L. M. **Atuação do enfermeiro frente à criança autista**. *Pediatria*, São Paulo, v. 32, n. 4, p. 255-260, 2010. Disponível em: <<http://pediatriasaopaulo.usp.br/upload/pdf/1361.pdf>>. Acesso em: 04 jun. 2019.

CHRISTENSEN, D. L. et al **Prevalência e Características do Transtorno do Espectro do Autismo em Crianças com 4 Anos de Idade - Rede de Monitoramento de Incapacidades no Autismo e no Desenvolvimento Precoce, Sete Sites, Estados Unidos, 2010, 2012 e 2014**. *MMWR Surveill Summ*, v. 62, n. 2, p. 1-19, 2019.

DARTORA, D. D.; MENDIETA, M. C.; FRANCHINI, B. **A equipe de enfermagem e as crianças autistas**. *J Nurs Health*, v. 4, n. 1, p. 27- 38, 2014.

GOMES, T.M.P. *et al*. Autismo no Brasil, desafios familiares e estratégias de superação: revisão sistemática. **Jornal Pediátrico**, Porto Alegre, RJ, v. 91, n. 2, mar./abr. 2015. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1016/j.jpmed2014.08.009>> Acesso em: 04 jun. 2019.

JENDREIECK, C. O. **Dificuldades encontradas pelos profissionais da saúde ao realizar diagnóstico precoce de autismo**. *Psicol Argum*, v. 32, n. 77, p.153-8, jun. 2014.

PAIVA JUNIOR, F. **Quantos autistas há no Brasil?** *Revista Autismo*, v. 5, n. 4, p. 20-22, 2019.

MENDES, K. D. S.; SILVEIRA, R. C. C. P.; GALVÃO, C. M. **Revisão integrativa. Método de pesquisa para a incorporação de evidências na saúde e na enfermagem**. *Texto contexto – enf*, v. 10, n. 4, p. 758-764, Out/Dez, 2008.

NASCIMENTO, Y. C. M. et al **Transtorno do espectro autista: detecção precoce pelo enfermeiro na estratégia saúde da família**. *Rev baiana enferm*, v. 32, n. 25425, 2018.

NEUMÄRKER, K. J. **Leo Kanner: his years in Berlin, 1906-24: the roots of autistic disorder**. *History of Psychiatry*, v. 14, n. 2, p. 205-218, 2003

NUNES, S. C.; SOUZA, T. Z.; GIUNCO, C. T. **Autismo: conhecimento da equipe de enfermagem.** CuidArte Enferm, Catanduva, SP, v. 3, n. 2, p.134-141, 2009.

OPAS **Folha informativa – Transtorno do espectro autista.** abr, 2017. Disponível em < <https://www.paho.org/bra/index.php?Itemid=1098>>. Acesso em: 04 jun. 2019.

SENA, R. C. F. et al **Prática e conhecimento dos enfermeiros sobre o autismo infantil.** J. res.: fundam. care. online, v. 7, n. 3, p. 2707-2716, jul./set. 2015.

SOUSA, A. M. B. S.; SOUSA, C. S. **Produções científicas sobre os cuidados de enfermagem às crianças com Transtorno do Espectro Autista (TEA).** Rev Cient Multidisc. v. 2, n. 1, p. 387-406, abr. 2017.

SUDRÉ, R.C.R. *et al* **Assistência de enfermagem a crianças com Transtorno Global do Desenvolvimento (TGD): autismo.** Arquivos Médicos, São Paulo, v. 52, n. 2, p.102-106, mar. 2011. Disponível em: <http://www.fcmsantacasasp.edu.br/images/Arquivos_medicos/2011/56_2/AA07>.pdf. Acesso em: 04 jun. 2019.

VIDEBECK, S. L. **Enfermagem em saúde mental e psiquiatria.** 5. ed. Porto Alegre: Artmed, 2012.

O PERFIL DOS PROFISSIONAIS ENFERMEIROS NA PREVENÇÃO DO CÂNCER DE MAMA

Raimunda Rejane Viana da Silva

Centro Universitário da Grande Fortaleza-
UNIGRANDE, Fortaleza-CE.

Cesarina Excelsa Araújo Lopes da Silva

Centro Universitário da Grande Fortaleza-
UNIGRANDE, Fortaleza-CE.
excelsalopess@gmail.com

Edith Ana Ripardo da Silveira

Centro Universitário da Grande Fortaleza-
UNIGRANDE, Fortaleza-CE.

Josemir do Carmo Santos

Centro Universitário da Grande Fortaleza-
UNIGRANDE, Fortaleza-CE.

Cícera Brena Calixto Sousa

Centro Universitário da Grande Fortaleza-
UNIGRANDE, Fortaleza-CE.

Talita de Oliveira Franco

Centro Universitário da Grande Fortaleza-
UNIGRANDE, Fortaleza-CE.

Paula Vitória Nunes Calisto

Centro Universitário da Grande Fortaleza-
UNIGRANDE, Fortaleza-CE.

Thaís Marques Lima

Universidade Federal do Ceará – UFC, Fortaleza-
CE.

Juliana Alencar Moreira Borges

Universidade Federal do Ceará – UFC, Fortaleza-
CE.

Priscila Alencar Mendes Reis

Universidade Federal do Ceará – UFC, Fortaleza-
CE.

Introdução: O câncer de mama é uma doença de crescimento descontrolado de células anormais, que acometem as mamas podendo penetrar tecidos e órgãos. **Objetivo:** Analisar as ações de assistência prestada pelos enfermeiros da Atenção Primária à Saúde na prevenção do Câncer de Mama. **Metodologia:** Trata-se de uma pesquisa de campo, transversal, de caráter descritivo, com abordagem qualitativa. O estudo foi desenvolvido em cinco unidades básicas de saúde da Estratégia de Saúde da Família, localizados na Coordenadoria Regional - CORES V em Fortaleza-CE. Realizado com 13 enfermeiros, onde adotou-se como critérios inclusão: enfermeiros das unidades de atenção primária à saúde que estivessem diretamente na assistência de Enfermagem. A coleta de dados se deu por meio de entrevista semiestruturada. Os dados coletados seguiram os passos metodológicos de propostos pela temática de Minayo (2013). O estudo foi aprovado através do parecer de nº 2.720.049. **Resultados:** Foram entrevistados 13 enfermeiros. Em relação ao sexo, prevaleceu o sexo feminino com 12 enfermeiros. A faixa etária de idade situou-se entre 20 e 50 anos. Em relação ao estado civil, predominou os solteiros, por 9 profissionais. No que se refere a religião, o mais pontuado foi a religião católica, por 7 enfermeiros. Quanto ao tempo de serviço na atenção primária variou de

1 ano à 20. Em relação ao tipo de pós-graduação 10 tinham especialização, sendo a maioria. Ficou evidente a necessidade de sensibilização dos usuários sobre a importância da prevenção do câncer de mama, investimentos em recursos humanos por parte dos gestores, bem como aumentar as práticas educativas em relação ao câncer de mama. **Conclusão:** Percebeu-se que o enfermeiro exerce um importante papel na estratégia saúde da família, que em seu cotidiano deve desenvolver ações de promoção de saúde e prevenção de doenças.

PALAVRAS-CHAVE: Enfermagem, Atenção Primária, Câncer de Mama.

PERCEPÇÃO DOS PACIENTES QUANTO AO CUIDADO DE ENFERMAGEM EM RELAÇÃO AO TRATAMENTO DE TUBERCULOSE

Suelen Rayanne Moreira da Silva

Universidade Regional do Cariri-URCA, Graduada
em enfermagem
Crato-Ceará

Rayanne de Sousa Barbosa

Universidade Regional do Cariri-URCA, Discente
do Programa de Mestrado Acadêmico em
Enfermagem
Crato-Ceará

Karine Nascimento da Silva

Universidade Regional do Cariri-URCA, Discente
do Programa de Mestrado
Acadêmico em Enfermagem
Crato-Ceará

Tainá Araújo Rocha

Universidade Regional do Cariri-URCA, Graduada
em enfermagem
Crato-Ceará

Jeane Lima Cavalcante

Universidade Regional do Cariri-URCA,
Discente do Programa de Mestrado Acadêmico
em Enfermagem
Crato-Ceará

Aliéren Honório Oliveira

Universidade Regional do Cariri-URCA, Mestre
em Enfermagem
Crato-Ceará

Edilma Gomes Rocha Cavalcante

Universidade Regional do Cariri-URCA,
Professora Adjunta do Departamento de
Enfermagem
Crato-Ceará

RESUMO: Objetivou-se compreender a percepção dos pacientes quanto ao cuidado dispensado pelo enfermeiro da atenção básica em relação ao seu tratamento. Trata-se de uma pesquisa descritiva de caráter qualitativo, realizado em Juazeiro do Norte e Crato-Ceará, Brasil. Participaram 38 pacientes em tratamento da tuberculose em unidades de saúde (Estratégias de saúde da família e em Centros de Especialidades) por meio de entrevista semiestruturada. Utilizou-se a técnica do Discurso do Sujeito Coletivo para análise dos resultados. Os pacientes relataram a Percepção a cerca do acompanhamento de seu tratamento pelo o enfermeiro da atenção básica; os Fatores que facilitam a adesão ao tratamento da TB e os Fatores que dificultam a adesão ao tratamento da TB. Concluímos que a percepção dos pacientes com TB, mostra que o cuidado conduzido pelo enfermeiro é mediado por afetividade, diálogo, cumplicidade e segurança, caracterizando um atendimento humanizado, porém alguns clientes referem-se ao não cumprimento da assistência com qualidade.

PALAVRAS-CHAVE: Enfermagem em saúde comunitária; Tuberculose; Adesão à medicação.

PATIENTS' PERCEPTION REGARDING
NURSING CARE REGARDING

ABSTRACT: Community health nursing; Tuberculosis; Medication adherence. The objective of this study was to understand the patients' perception regarding the care given by the primary care nurse in relation to their treatment. This is a descriptive qualitative research, conducted in Juazeiro do Norte and Crato–Ceará, Brazil. Thirty-eight patients undergoing tuberculosis treatment in health units (Family Health Strategies and Specialty Centers) participated in a semi-structured interview. The Collective Subject Discourse technique was used to analyze the results. Patients reported Perception about the follow-up of their treatment by the primary care nurse; Factors that facilitate adherence to TB treatment and Factors that make adherence to TB treatment difficult. We conclude that the perception of TB patients shows that the care conducted by the nurse is mediated by affection, dialogue, complicity and safety, characterizing a humanized care, but some clients refer to the non-compliance with quality care.

KEYWORDS: Community health nursing; Tuberculosis; Medication adherence.

1 | INTRODUÇÃO

A tuberculose (TB) é uma doença de caráter crônico, bacteriológico, infectocontagiosa e distribuição mundial. Para o seu controle demanda o desenvolvimento de táticas sob aspectos humanitários, econômicos e de Saúde Pública (PEDRO et al, 2015).

Estimam-se, em 2016 que 10,4 milhões de pessoas adoeceram por tuberculose, sendo que foram notificados 6,3 milhões de novos casos da doença. No mesmo ano, estima-se que tenha havido 1,3 milhão de mortes por tuberculose entre indivíduos não infectados pelo HIV e 374.000 mortes por tuberculose entre indivíduos infectados pelo HIV (WHO, 2017).

No ano de 2017, o Ministério da Saúde (MS) emitiu um documento delineando um plano para a eliminação da tuberculose, o Plano Nacional pelo Fim da Tuberculose como Problema de Saúde Pública, sendo concebido com o objetivo de alcançar a meta de reduzir, até 2035, a incidência de tuberculose para < 10 casos/100.000 habitantes e a mortalidade por tuberculose para < 1 morte/100.000 habitantes (DUARTE, et.al, 2018).

E dessa forma, para ajudar nessa meta, as medidas de transferência dos cuidados da TB passam para esferas municipais apoiaram-se no fortalecimento do papel da Atenção Primária em Saúde (APS). Isso se justifica pelos seus atributos de porta de entrada e longitudinalidade, que viabilizam o diagnóstico precoce e tratamento em longo prazo, importantes na TB. Além disso, um dos objetivos do MS é o acesso a programas de controle da doença em 100% dos municípios, o que é viável por meio da APS, mas inviável por meio de grandes centros de referência (KRITSKI. 2018).

Entre as diversas atribuições da APS, é possível vislumbrar o manejo das pessoas portadoras de TB dentro das áreas geográficas de atuação, desde a suspeita clínica, passando pelo encaminhamento para a investigação diagnóstica ao acompanhamento dos casos confirmados, por meio do tratamento supervisionado e da coleta de baciloscopia mensal de controle, garantindo a longitudinalidade do cuidado, característica central desse nível assistencial (Brasil, 2017).

A APS é campo vasto, na qual o enfermeiro atua de modo significativo, configura-se uma nova forma de organização dos processos de trabalho em saúde e aponta para a ressignificação destes, na perspectiva do desenvolvimento de ações que valorizem a autonomia dos sujeitos e assegurem a continuidade do cuidado ao paciente com TB.

Assim, o enfermeiro atua no manejo e na assistência desses pacientes, bem como, criando vínculos de confiança e supervisionando o tratamento diretamente observado, contribuindo desta forma para maior adesão ao tratamento e minimização do quadro de abandonos (ALVES et al; 2017).

O interesse pelo estudo surgiu a partir da identificação do problema de não adesão ao tratamento da TB e da necessidade dos profissionais de saúde, especialmente, de enfermeiros se utilizarem de estratégias que possam identificar os pacientes vulneráveis a não adesão e/ou contribuir para uma melhor condução do esquema terapêutico, auxiliando os indivíduos em tratamento a conquistar a cura da doença.

Diante de tais fatos, a pesquisa se norteia com a finalidade de responder a seguinte questão: qual a percepção dos pacientes em tratamento da TB, sobre o cuidado de enfermagem realizado na APS?

A pesquisa objetiva compreender a percepção dos pacientes quanto ao cuidado dispensado pelo enfermeiro da APS em relação ao seu tratamento.

2 | METODOLOGIA

Trata-se de uma pesquisa descritiva de caráter qualitativo, realizado nas, na cidade de Juazeiro do Norte e Crato –Ceará, Brasil.

Foram elegíveis os participantes que atenderam aos seguintes critérios de inclusão: pacientes em tratamento da TB em unidades de saúde (Estratégias de saúde da família e em Centros de Especialidades; ter idade igual ou maior de 18 anos e residirem nos municípios onde o estudo foi realizado. Foram excluídos da pesquisa os participantes que não foram possíveis contatar, após três tentativas tais como morador de rua sem indícios de localidade, dentre outras.

A coleta de dados ocorreu entre dezembro de 2015 a abril de 2016. Os participantes foram abordados individualmente para agendamento prévio da entrevista, que foi realizada em local indicado pelos mesmos, assim ocorreu em

domicílio, unidades de saúde e centro de especialidade. Utilizou-se entrevista semiestruturada com os seguintes questionamentos: Como você percebe a preocupação do enfermeiro da unidade de saúde, em relação o seu tratamento? Qual a sua percepção quanto às dificuldades e facilidades da continuidade do seu tratamento?

As informações foram gravadas por áudio, e posteriormente, transcritas. Utilizou-se a técnica do Discurso do Sujeito Coletivo (DSC), que é uma técnica de processamento de depoimentos, que consiste em reunir, pesquisas sociais, através da forma de discursos únicos redigidos na primeira pessoa do singular, conteúdos de depoimentos com sentidos semelhantes, reunidos em um único discurso, buscando produzir no leitor um efeito de que o coletivo é quem fala (LEFEVRE F., LEFEVRE A., MARQUES, 2009).

A partir dos recortes de fala significativas, identificam-se as ideias centrais que se constituem de palavras ou expressões linguísticas que revelam, de maneira precisa e sintética, o sentido presente nos depoimentos. Organizam-se, em mapas denominados Instrumentos de Análise do Discurso (IAD), as expressões-chave, as ideias centrais e as ancoragens. As expressões-chave exemplificadoras de ideias centrais semelhantes são organizadas de forma lógica e coerente, compondo um discurso único redigido na primeira pessoa do singular (DUARTE, MAMEDE, ANDRADE, 2009,).

Os discursos foram subdivididos em DSCA e DSCB para diferenciar os pacientes dos municípios onde o estudo foi realizado. Emergiram três categorias: visão e percepção dos pacientes a cerca do acompanhamento de seu tratamento pelo o enfermeiro da atenção básica; fatores que facilitam a adesão ao tratamento da TB e fatores que dificultam a adesão. Apresentados em quadros contendo questões norteadoras, IC/Ancoragem e DSC. Em seguida realizou-se a análise utilizando a literatura pertinente.

A pesquisa respeitou os aspectos éticos e legais sendo aprovada pelos Comité de Ética em Pesquisa com Seres humanos da Universidade Regional do Cariri (CEP/URCA) com o número do parecer: 904.559.

3 | RESULTADOS

Caracterização dos participantes do estudo

Participaram da pesquisa 38 pacientes, entre estes, 22 (56%) eram do sexo masculino, com média para idade de 45 anos (mínima de 32 e máxima de 57 anos). Quanto ao uso de tabaco e álcool, 23 (59%) nunca fizeram uso e sete (18%) pararam ao iniciar o tratamento de TB. Eram acompanhados pela estratégia de saúde da família 20 (51%) e os demais foram acompanhados no centro de especialidade dos

municípios. Na situação atual do tratamento dos pacientes, 15 (52%) estavam no 2º mês, 10 (20%) no 4º mês, 10 (20%) e no 5º mês apenas três pacientes (8,0%). Quanto ao resultado do tratamento 23 (61%) obtiveram alta por cura, 10 (26%) ainda estavam em tratamento e cinco (13%) foram acometidos por óbito referente as outras causas.

Percepção dos pacientes a cerca do acompanhamento de seu tratamento pelo enfermeiro

Questão 1: Como você considera que o enfermeiro se preocupa com seu tratamento?	
Ideia Central	Discurso do Sujeito Coletivo
<i>Incentivo e compromisso do enfermeiro</i>	<i>Ela se preocupa, quer saber de tudo de todos os exames! Se estou fazendo o tratamento correto. Ela fica incentivando, com interesse que eu vá pegar a medicação, para terminar a medicação. DSCA</i> <i>A enfermeira preocupa-se, pede os exames de sangue. Faz minha ficha e entrega o remédio todo mês. Ela faz o esforço dela. Coloca no agendamento o que falta, o que ainda eu vou continuar. Dar os potinhos para eu levar os escarros, pro laboratório para me dar o resultado, se está melhor ou se não está. Sempre me trata bem, atende e aconselha para eu tomar os remédios direito, se alimentar. DSCB</i>
<i>Falta de compromisso e confiabilidade do enfermeiro</i>	<i>O pessoal do posto, não se preocupa não! Por que não vieram aqui! Era pra me pegar a medicação aqui nesse posto, mas vive fechado! Fui mostrar o papel para pegar a medicação lá e não disse nada. A agente se saúde de nosso bairro, todo mês ela está vindo aqui na minha casa com uma balança portáteis. Pega meu peso e leva para posto que é enviado para o postão (centro de especialidade). Lá no posto (unidade de saúde), ela recebe o medicamento e entrega para minha mãe. Também, não confio se a enfermeira não vai falar, se o que se passa por lá, fica por lá mesmo. Eu fico meio receoso. DSCA</i>

Quadro 1 - Percepção dos pacientes a cerca do acompanhamento de seu tratamento pelo o enfermeiro da atenção básica. Juazeiro do Norte e Crato- CE, 2016.

Nessa categoria os DSCA e o DSCB apresentaram duas percepções contraditórias, sobre o acompanhamento do seu tratamento pelo enfermeiro, baseado nas seguintes ideias centrais: Incentivo e compromisso do enfermeiro e Falta de compromisso e confiabilidade do enfermeiro.

Verifica-se que a assistência dos enfermeiros foi positiva referente à humanização do atendimento e a condução do caso, por meio de incentivo para a alimentação, adesão ao tratamento, solicitação de exames, orientações e marcação de consultas de rotina. Enquanto, essa percepção foi contrária em outra assistência, em que o enfermeiro era ausente e as demandas eram atendidas apenas pelos Agentes Comunitários de Saúde (ACS). A falta de acessibilidade a unidade de saúde, a descentralização da medicação para o centro de referência e a falta de confiança

enfermeiro-paciente.

Fatores que facilitam a adesão ao tratamento da TB.

Questão 2: O que você acha que facilita a continuidade deste tratamento?	
Ideia Central	Discurso do Sujeito Coletivo
Apoio Familiar	<i>Graças a Deus, deu tudo certo. Tenho o apoio, têm mulher e têm meus filhos, que me ajuda. DSCA</i> <i>A minha família me dá força e a força de vontade. DSCB</i>
Acessibilidade ao serviço	<i>No posto (a enfermeira), se preocupa, em você estar em tratamento certinho. O posto fica perto, também DSCA</i> <i>Agente chega, ela recebe (enfermeira), faz a ficha, são ali pontual no trabalho delas. DSCB</i>
Autonomia e autocuidado	<i>Chegar o dia e não faltar, porque essa parte aqui cabe a mim, o medicamento vem e eu tenho que fazer isso aqui, é o que eu faço. Eu não quero que volte a doença, quero ficar bom, e voltar o que era antes. DSCA</i> <i>Pra mim eu acho que seja nada difícil não, porque da maneira que passaram eu estuo tomando os comprimidos Uma parte também tem que ser da gente também. Estou me alimentando direito. Eu tomo o remédio direito pra ficar bom. DSCB</i>

Quadro 2.- Fatores que facilitam a adesão ao tratamento da tuberculose. Juazeiro do Norte e Crato- CE, 2016.

Nos DSC os pacientes revelam os fatores que podem ajudar durante o processo da adesão ao tratamento da TB. Estes estão relacionados ao apoio familiar, a acessibilidade do serviço e autonomia e autocuidado em tomar a medicação e finalizar o tratamento. Quanto à acessibilidade da unidade básica, mencionaram sobre a dispensação da medicação e a pontualidade dos enfermeiros, na perspectiva de orientações, cura da doença e retorno ao seu cotidiano.

Fatores que dificultam a adesão ao tratamento da TB.

Questão 3: O que você acha que dificulta a continuidade deste tratamento?	
Ideia Central	Discurso do Sujeito Coletivo
Problemas financeiros /necessidade de alimentação	<i>Estou esperando pelo um benéfico (auxílio doença) e alugar um cantinho pra mim, porque é seis meses meu tratamento e tem que repousar e comer frutas e essas coisas. DSCA</i> <i>Eu estou sem nenhum dinheiro pra ir buscar o remédio. Aí tem que pedir o povo emprestado. Outras vezes eu sinto vontade de me alimentar bem, mais no momento não tenho condições, pois esse negócio de fruta, eu não posso comprar. DSCB</i>

<i>Sem apoio familiar</i>	<p><i>Não tenho família, a irmã que eu tenho nem quer saber de mim, ela mora bem aí! Comida, o rapaz ali que me dá um prato de comida, a outra vizinha ali me arruma uma merendinha. DSCA</i></p> <p><i>A gente quando está com este problema a gente precisa muito de apoio, uma palavra amiga. E é muito difícil, porque as pessoas se afastam da gente. A gente fica meio triste. DSCB</i></p>
<i>Dificuldade de acessibilidade</i>	<p><i>Eu moro praticamente dentro do posto, aí você é obrigado a ir em um lugar mais longe, tenho que buscar a medicação lá no postão! DSCA</i></p> <p><i>DSCB sem registro</i></p>
<i>Efeitos colaterais</i>	<p><i>No começo do tratamento, o remédio eu tomava e passava era mal, ficava tonta, gastura, suava que só, mas agora graças a Deus! DSCA</i></p> <p><i>Também apareceram umas dores nas pernas, aí eu não sei se é devido ao remédio ou se não é. Eu passo o dia todo ruim. Agora eu to sentindo dor nas juntas, depois do medicamento, eu sinto. DSCB</i></p>
<i>Estigma e preconceito</i>	<p><i>Eu tinha vergonha de sair na rua, eu passava e o povo dizia: O que foi? Tá doente? Porque quando a pessoa emagrece de repente o povo, já sabe logo que agente tá doente. Eu tinha vergonha de dizer que estava doente. DSCA</i></p> <p><i>A gente quando está com este problema a gente precisa muito de apoio, uma palavra amiga. E é muito difícil. Porque as pessoas se afastam da gente. A gente fica meio triste. DSCB</i></p>

Quadro 3- Fatores que dificultam a adesão ao tratamento da tuberculose. Juazeiro do Norte e Crato- CE, 2016.

Ao contrário da categoria anterior, foi possível verificar os fatores que dificultam a adesão ao tratamento. Representadas nesses discursos, em temos de: dificuldades financeiras e alimentação adequada; falta de apoio por parte dos familiares; falta de acessibilidade ao serviço de saúde; efeitos colaterais das medicações e, especialmente, do estigma social da doença que está vinculada ao preconceito e a discriminação ainda presentes na comunidade.

4 | DISCUSSÃO

O presente estudo teve como objetivo, identificar a percepção dos pacientes acerca do acompanhamento de seu tratamento por parte do enfermeiro. Quanto a caracterização dos participantes, em sua maioria era de sexo masculino, adulto jovens e idosos. Essa diferença pode ser em consequência a fatores culturais, econômicos e sociais que se relacionam à exposição da doença (PEREIRA et al., 2015), relacionada ao estilo de vida, alimentação inadequada e uso de bebidas alcoólicas (SANTOS; MARTINS, 2018; BOSQUI et al., 2017).

No que se refere ao maior acometimento da TB em pacientes idosos, nesse estudo, isso ocorre por ser uma população de risco para adquirir tal enfermidade. Associado ao diagnóstico tardio, devido às comorbidades comuns a essa faixa etária, bem como ao grande índice de mortalidade (VENTURA 2015).

Dentre os fatores de risco para o desenvolvimento de TB, observa-se o consumo de álcool e tabaco (SILVA et al., 2018). O uso dessas substâncias, no presente estudo, se deu principalmente antes do diagnóstico, o que pode explicar a maior exposição ao desenvolvimento da doença. Em estudos semelhantes, esse consumo é também um importante fator que dificulta a cura e favorece o abandono do tratamento (CHAVES et al., 2017; COSTA; MACHADO; OLIVEIRA, 2019).

No presente estudo, os pacientes eram acompanhados pela Estratégia Saúde da Família (ESF) e em Centro de Especialidade, com alta por cura em pouco mais de 60%. Considerando a Atenção Básica como protagonista para assistência, em tese essa deveria ofertar tratamento descentralizado com maior proximidade entre os profissionais-pacientes, possibilidade para o diagnóstico e para potencializar a adesão ao tratamento (CHAVES et al., 2017; PELISSARI et al., 2018).

No entanto, observou-se ainda a preferência pelo acompanhamento em Centro de Referência por 49% dos pacientes. Isso pode ser associado a confiabilidade, acessibilidade ao serviço e centralização do tratamento, desde a primeira dose supervisionada. Em um estudo realizado para analisar o percurso do doente com TB durante o tratamento nos serviços de saúde, percebeu-se a centralização das ações para o nível secundário, percebendo uma baixa atuação da Atenção Básica (BRUNELLO et al., 2016).

Quanto à “percepção dos pacientes a cerca, do acompanhamento de seu tratamento pelo o enfermeiro”, na primeira categoria, percebe-se duas posições diferentes frente à assistência de enfermagem em seu tratamento. De um lado, o papel do enfermeiro se destacou no exercício das ações, que oportunizaram a assistência adequada, principalmente, nos aspectos de controle da doença. Essa inclui a adesão ao tratamento em relação a pontualidade na entrega das medicações, a solicitação dos exames de escarro, o incentivo da adesão ao tratamento até a cura.

No processo saúde-doença, a interação entre enfermeiro-paciente permite a ação terapêutica conduzida por afetividade, diálogo, cumplicidade e segurança que caracteriza em atendimento humanizado. Enquanto as reações negativas referem-se ao não cumprimento da assistência com qualidade por parte desse profissional de saúde.

Dentre as ações realizadas pelos enfermeiros e percebidas como facilitadoras da adesão ao tratamento e promotoras de segurança do atendimento foram: ações de orientação quanto à tuberculose; importância de comparecer a consultas e a realização de exames; tomada da medicação; procura do serviço e adoção de hábitos mais saudáveis. Além disso, oferecer oportunidade ao paciente para opinar durante todo o processo, encorajando-o a continuidade do tratamento, pois facilitam o diálogo e a cumplicidade (BERALDO et al., 2017).

Neste estudo, a indignação dos pacientes ocorreu diante da percepção do descaso sofrido e pela falta de uma rede de apoio. Esse comportamento pode ser fortalecido pelos enfermeiros quando identifica a falta de comprometimento ou

envolvimento em atividades burocráticas, desfavorecendo a assistência qualificada (BRUNELLO et al., 2015). Na prática, quanto há falha no acompanhamento primário este se torna um obstáculo para cura, contribuindo substancialmente para o abandono.

No que se refere aos “Fatores que facilitam a adesão ao tratamento da TB”, os DSC referiram o apoio familiar, acessibilidade ao serviço e autocuidado/autonomia em tomar a medicação e finalizar o tratamento. Estudo aponta que a adesão ao tratamento da TB apresenta três perspectivas, a saber: usuário, no envolvimento do paciente em todas as etapas do tratamento e na corresponsabilização do usuário; familiar, por meio do apoio ao tratamento e dos conselhos sobre a procura dos serviços; da assistência, na acessibilidade ao serviço, satisfação com o atendimento e na criação de vínculo entre usuários e profissionais (SILVA et al., 2014).

No DSC sobre as principais dificuldades para adesão ao tratamento, foram à falta de apoio social, combinado ao estigma e preconceito da doença; falta de acessibilidade aos serviços; efeitos colaterais e as difíceis condições financeiras com repercussão na aquisição de alimentos saudáveis. As condições econômicas repercutem na adesão ao tratamento, principalmente naqueles indivíduos com baixa renda; com pouco acesso a informações, dificuldades para o acesso aos serviços e que sofrem com o estigma da doença (FERREIRA et al., 2018).

O preconceito aos pacientes com TB é identificado na falta de interação, afeto e informação. Contudo, os profissionais da saúde possuem responsabilidades na gestão do tratamento, mas também no combate aos estigmas (ESTELA et al., 2015). Diante da falta de interação com a comunidade e do preconceito, os pacientes vivenciam o sentimento de isolamento devido à culpa e por acreditarem que representavam risco ao ambiente que estão inseridos. Nesse contexto, é importante que os profissionais percebam essa realidade, para atender de maneira efetiva as necessidades dos pacientes, pautando a sua assistência também nos fatores sociais.

Ainda sobre a dificuldade relacionada ao tratamento, nesse estudo, os DSC apontam os seus efeitos colaterais com causa de interrupção do tratamento. Esse motivo somado a melhoria dos sintomas e o esquecimento da tomada do remédio influenciam na conclusão do tratamento, demonstrando a necessidade de fortalecer a supervisão da tomada da medicação (FANG et al., 2019). Nesse sentido, o acompanhamento atento a resposta medicamentosa, que incluem efeitos menores e maiores, devem ser parte da rotina da enfermagem e da equipe de saúde da família para responder as necessidades de saúde e garantir a resolutividade e a qualidade da assistência.

5 | CONSIDERAÇÕES FINAIS

A compreensão da percepção dos pacientes com TB quanto ao cuidado dispensado pelo enfermeiro da atenção básica em relação ao seu tratamento, mostra

que esse é percebido sob dois pontos de vista. No primeiro, o cuidado é conduzido por afetividade, diálogo, cumplicidade e segurança, caracterizando atendimento humanizado. Enquanto o segundo refere-se ao não cumprimento da assistência com qualidade.

Quanto aos fatores facilitadores da adesão ao tratamento da TB, notou-se a importância do apoio familiar, acessibilidade ao serviço e autocuidado/autonomia. No que se refere aos fatores que dificultam a adesão, notamos o estigma social da doença e os efeitos colaterais das medicações.

Dessa forma, o enfermeiro é um importante intermediador, ao entender o processo saúde-doença como um fato social. Diante de tal situação, aponta-se a necessidade de maior ênfase aos programas complementares à saúde desses pacientes, que garanta segurança e vínculo para a conclusão do tratamento. Assim como, dar ênfase a pesquisas com foco na melhoria do cuidado, na capacitação de profissionais de saúde e garantia da exigência das suas atribuições.

REFERÊNCIAS

- ALVES, L. N. S.; OLIVEIRA, C. R.; SILVA, L. A. P.; GERVÁSIO, S. M. D.; SGAVIOLI, G. M. Hemoculturas: estudo da prevalência dos microrganismos e o perfil de sensibilidade dos antibióticos utilizados em Unidade de Terapia Intensiva. **Journal of the Health Sciences Institute**. v. 30, n. 1, p. 44-47, 2012. Disponível em <http://200.136.76.129/comunicacao/publicacoes/ics/edicoes/2012/01_jan-mar/V30_n1_2011_p44-47.pdf>. Acesso em: 26 fev. 2017
- BERALDO, A. A.; ANDRADE, R. L. P.; ORFÃO, N. H.; SILVA-SOBRINHO, R. A.; PINTO, E. S. G.; WY SOCKI, A. D.; BRUNELLO, M. E. F.; MONROE, A. A.; SCATENA, L. M.; VILLA, T. C. S. Adesão ao tratamento da tuberculose na Atenção Básica: percepção de doentes e profissionais em município de grande porte. **Esc Anna Nery**. v. 21, n. 4, p.1-9, 2017. Disponível em <<https://www.redalyc.org/pdf/1277/127752022025.pdf>>. Acesso em 29 jul. 2019
- BOSQUI, L. R.; SILVA, S. S.; SANFELICE, R. A.; MIRANDA-SAPLA, M. M.; ALVARENGA, D. S.; LUCAS, B. B.; MACHADO, L. F.; MELANDA, F. N.; CUSTODIO, L. A.; PAVANELLI, W. R.; COSTA, I. C.; COSTA, I. N. Perfil clínico de pacientes com diagnóstico de tuberculose atendidos no Hospital Universitário de Londrina, Paraná. **Semina: Ciências Biológicas e da Saúde**. v. 38, n. 1, p. 89-98, 2017. Disponível em <<http://www.uel.br/revistas/uel/index.php/semnabio/article/view/27406/22636>>. Acesso em 3 maio. 2019.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância das Doenças Transmissíveis. **Plano nacional pelo fim da tuberculose**. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2017.
- BRASIL, Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde- **Boletim Epidemiológico- Detectar, tratar e curar: desafios e estratégias brasileiras frente à tuberculose**. Vol. 46, nº 9, 2015.
- BRUNELLO, M.E.F.; ORFÃO, N. H.; ANDRAD, R. L. P.; MAGNABOSCO, G. T.; ARAKAWA, T. MONROE, A. A.; SILVA-SOBRINHO, R. A.; NETTO, A. R.; VILLA, T. C. S. Tuberculose: análise do percurso do doente durante o tratamento em Ribeirão Preto/SP. **Rev. Eletr. Enf.** v. 18, esp. 1176, p. 1-12, 2016. Disponível em <<https://www.revistas.ufg.br/fen/article/view/39051/21892>>. Acesso em 7 ago. 2019.
- BRUNELLO, M.E.F.; SIMIELEBECK, M.F.; ORFÃO, N.H.; WY SOCKI, A.D.; MAGNABOSCO, G.T.; ANDRADE, R.L.P.; MOROE, A.A.; BERRALDO, A.A.; VILLA, T.C.S. Atuação da Enfermagem na atenção

a uma condição crônica(tuberculose): análise de fontes secundárias. **Rev. Gaúcha Enferm.** v.36, esp, p. 62-69, 2015. Disponível em < <http://www.scielo.br/pdf/rngenf/v36nspe/0102-6933-rngenf-36-spe-0062.pdf>. Acesso em 3 maio. 2019.

CHAVES, J.; TOMILIN, B. A.; BRUN, D.; PILETTI, K.; KRUMMENAUER, M. L.; PEIXOTO, S. L.; PORCIÚNCULA, A. S.; RODRIGUES, M. T. Perfil dos pacientes com tuberculose que foram atendidos em uma unidade de referência do município de Santa Cruz do Sul – RS no período de 2009 a 2013. **J. Health Biol Sci.** v. 5, n. 1, p.31-36, 2017. Disponível em <<https://periodicos.unichristus.edu.br/jhbs/article/view/902/405>>. Acesso em 3 maio. 2019.

COSTA, P. V.; MACHADO, M. T. C.; OLIVEIRA, L. G. D. Adesão ao tratamento para Tuberculose Multidroga Resistente (TBMDR): estudo de caso em ambulatório de referência, Niterói (RJ), Brasil. **Cad. Saúde Colet.** v. 27, n. 1, p. 108-115, 2019. Disponível em < <http://www.scielo.br/pdf/cadsc/v27n1/1414-462X-cadsc-1414-462X201900010292.pdf> >. Acesso em 3 maio. 2019

DUARTE R, SILVA DR, RENDON A, ALVES TG, RAHABI MF, CENTIS R, ET AL. Eliminating tuberculosis in Latin America: making it the point. **Rev. Bras Pneumol**, v. 44, n. 2, p. 73-76, 2018.

ESTELA, C.C.N.;BETINA,M.H.S.;ANDRÉA,B.B.S.;GLADYS, S.F. Representação social do abandono do tratamento da tuberculose.:estudo com profissionais de saúde.**Rev. Cuid salud.** V.2.p.117-124, jun. 2015.

FANG, X. H.; DAN, Y. L.; LIU, J.; JUN, L.; ZHANG, Z. P.; KAN, X. H.; MA, D. C.; WU, G. C. Factors influencing completion of treatment among pulmonary tuberculosis patients. **Patient Preference and Adherence.** v. 13, p. 491-496, 2019. Disponível em <<https://www.dovepress.com/factors-influencing-completion-of-treatment-among-pulmonary-tuberculos-peer-reviewed-fulltext-article-PPA> > Acesso em 27 jul. 2019

FERREIRA, M. R. L.; BONFIM, R. O.; SIQUEIRA, T. C.; ORFÃO, N. H. Abandono do tratamento da tuberculose: uma revisão integrativa. **Rev. Enferm Contemp.** v. 7, n.1, p. 63-71, 2018. Disponível em < <https://www5.bahiana.edu.br/index.php/enfermagem/article/view/1579/2079>> Acesso em 27 jul. 2019

KRITSKI A, DALCOMO MP, MELLO FCQ, CARVALHO ACC, ROSSATO D, OLIVEIRA MM, et al. The role of the Brazilian Tuberculosis Research Network in national and international efforts to eliminate tuberculosis. **J Bras Pneumol**, v.44, n.2, p. 77-81, 2018.

LAVOR, D.C. B. S.; PINHEIRO J. S.; GONCALVES M. J. F. Avaliação da implantação da estratégia de tratamento diretamente observado para tuberculose em um município de grande porte. **Rev. esc. enferm. USP**, São Paulo, v. 50, n. 2, p. 247-254, Apr. 2016.

PEDRO, H. S. P.; NARDI, S. M. T.; FINARDI, A. J.; MORAES, E.B; OLIVEIRA,R.S PEREIRA, M.I.F.; MACHADO,R.L.D.; CASTIGLIONI,L. Cenário atual da tuberculose. **Hansen Int.** v 39 (1) p.40-45. 2015.

PELLISSARI, D. M.; BARTHOLOMAY, P.; JACOBS, M. G.; SANCHEZ, D. A.; ANJOS, D. S. O.; COSTA, M. L. S.; CAVALCANTI, P. C. S.; QUIJANO, F. A. D. Oferta de serviços pela atenção básica e detecção da incidência de tuberculose no Brasil. **Rev. Saúde Pública.** v. 52, n. 53, p. 1-10, 2018. Disponível em < http://www.scielo.br/pdf/rsp/v52/pt_0034-8910-rsp-S1518-87872018052000131.pdf>. Acesso em 3 maio. 2019

PEREIRA, J.C.; SILVA, M.R.; COSTA, R.R.; GUIMARÃES, M.D.C.; LEITE, I.C.G. Perfil e seguimentos dos pacientes com tuberculose em município prioritário no Brasil. **Rev. Saúde Pública.** Brasília, v.49:6. 2015

SANTOS, T. A.; MARTINS, M. M. F. Perfil dos casos de reingresso após abandono do tratamento da tuberculose em Salvador, Bahia, Brasil. **Cad. Saúde Colet.** v. 26, n.3, p. 233-240, 2018. Disponível em < > Acesso em 3 maio. 2019

SHUMANN, L. R. M. A.; MOURA, L. B. A. Índices sintéticos de vulnerabilidade: uma revisão integrativa de literatura, **Ciênc. saúde coletiva** vol.20 no.7 Rio de Janeiro jul. 2015 Disponível em :< <http://www.scielo.br/pdf/csc/v20n7/1413-8123-csc-20-07-2105.pdf>>. Acesso em: 14/08/2018.

SILVA, A. K. V.; SILVA, Jr. D. N. S.; SILVA, Y. R.; NASCIMENTO, E. G. C. Fatores associados ao tratamento da tuberculose na perspectiva do usuário, família e assistência. **Com. Ciências Saúde**. v. 25, n. 3, p. 275-290, 2014. Disponível em < http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/periodicos/ccs_artigos/2014_fatores_associados_tratamento.pdf>. Acesso em 27 jul. 2019.

SILVA, D. R.; TORRICO, M. M.; DUARTE, R.; GALVÃO, T.; BONINI, E. H.; ARBEX, F. F.; ARBEX, M. A.; AUGUSTO, V. M.; RABAHI, M. F.; MELLO, F. C. Q. Fatores de risco para tuberculose: diabetes, tabagismo, álcool e uso de outras drogas. **J Bras Pneumol**. v. 44, n. 2, p. 145-152, 2018. Disponível em <<http://www.scielo.br/pdf/cadsc/v26n3/1414-462X-cadsc-1414-462X201800030235.pdf> >. Acesso em 3 maio. 2019.

TELAROLLI JUNIOR R, LOFFREDO LCM. Epidemiological characterization of patients at a tuberculosis hospital in the state of São Paulo, Brazil. **Rev Ciênc Farm Básica Apl**. v. 36, n. 1, p. 149-52, 2015.

VENTURA, P.JS. **Tuberculose no Idoso**. 2015, 94f. Dissertação (Mestrado Integrado em Medicina)-Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra. 2015.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. Global Tuberculosis Report 2016. Geneva: WHO; 2017.

PERSPECTIVA DO ENFERMEIRO NO SERVIÇO DE ATENDIMENTO MÓVEL DE URGÊNCIA

Andressa Gislanny Nunes Silva

Enfermeira pela Universidade Estadual do Piauí - UESPI. Especialista em Urgência e Emergência. Enfermeira do SAMU - PI. Coordenadora e Professora da Faculdade Superior de Ensino Programus (ISEPRO). Teresina, Piauí, Brasil.

Jefferson Abraão Caetano Lira

Enfermeiro pela Universidade Estadual do Piauí – UESPI. Especialista em Docência do Ensino Superior. Mestrando em Enfermagem pela Universidade Federal do Piauí – UFPI. Teresina, Piauí, Brasil.

Camylla Layanny Soares Lima

Enfermeira pela Universidade Estadual do Piauí - UESPI. Especialista em Saúde Mental e Docência do Ensino Superior. Teresina, Piauí, Brasil.

Angela Raquel Cruz Rocha

Enfermeira pela Universidade Estadual do Piauí – UESPI. Especialista em Saúde Mental e Docência do Ensino Superior. Teresina, Piauí, Brasil.

Hellen Gomes Evangelista

Enfermeira pela Universidade Estadual do Piauí – UESPI. Especialista em UTI adulto. Enfermeira do Hospital Tacchini. Bento Gonçalves, Rio Grande do Sul, Brasil.

Alane Jhaniele Soares

Enfermeira pela Universidade Estadual do Piauí – UESPI. Pós-graduanda em Oncologia. Enfermeira socorrista do SOS Unimed Teresina. Teresina, Piauí, Brasil.

e descrever de maneira crítica a experiência vivenciada de uma Enfermeira durante seus anos de trabalho no atendimento pré-hospitalar.

Metodologia: Trata-se de um estudo descritivo, tipo relato de experiência compondo-se de uma síntese crítica sobre os aspectos vivenciados pela autora, na oportunidade de seus dois anos de trabalho em uma unidade básica do Sistema de Atendimento Móvel de Urgência.

Resultados e discussão: Observou-se uma deficiente assistência pela necessidade do profissional Enfermeiro na supervisão e assistência das equipes, evidenciou-se também grande número de atendimentos com pacientes críticos, denotando-se assim a falta de um serviço especializado, com profissionais e equipamentos adequados para essas vítimas.

Considerações finais: Com grandes índices de patologias vasculares e traumas por acidentes de trânsito, faz-se necessário a inclusão do profissional Enfermeiro nas equipes do referido serviço, além de capacitação dos profissionais e medidas de prevenção e promoção da saúde.

PALAVRAS-CHAVE: Enfermagem em Emergência; Serviços Médicos de Emergência; Comentário; Desempenho Profissional; Cuidados de Enfermagem

RESUMO: Objetivo: O estudo objetiva relatar

ABSTRACT: Objective: The study aims to report and critically describe the experience of a nurse during her years of work in prehospital care. **Methodology:** This is a descriptive study, like experience report, consisting of a critical synthesis of the aspects experienced by the author, on the occasion of her two years of work in a basic unit of the Mobile Emergency Care System. **Results and discussion:** There was a deficient assistance due to the need of the Nurse professional in the supervision and assistance of the teams, it was also evidenced a large number of care with critical patients, thus indicating the lack of a specialized service, with adequate professionals and equipment for these victims. **Final considerations:** With high rates of vascular pathologies and trauma due to traffic accidents, it is necessary to include the Nurse professional in the teams of this service, in addition to re-training of professionals and measures for prevention and health promotion.

KEYWORDS: Emergency Nursing; Emergency medical services; Comment; Professional performance; Nursing care

CONSIDERAÇÕES INICIAIS

Ressalta-se que o Sistema de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU) destina-se ao atendimento de urgência e emergência nas residências, locais de trabalho e vias públicas (BRASIL, 2019a). Definiu-se esse atendimento como a assistência prestada em primeiro nível de atenção, aos pacientes que apresentem quadros agudos, de natureza clínica, traumática ou psiquiátrica, quando ocorrem fora do ambiente hospitalar, podendo acarretar sequelas ou até mesmo a morte (BRASIL, 2019b).

Entraram-se em vigor, em 29 de setembro de 2003, duas importantes portarias: a 1863/GM, que instituiu a Política Nacional de Atenção às Urgências, tem como um de seus componentes o atendimento pré-hospitalar móvel (BRASIL, 2003a). Já a segunda portaria, a 1864/GM, oficializou a implantação do SAMU em todo o território brasileiro (BRASIL, 2003b).

Enfatiza-se que o SAMU mantém seus dois serviços (a Central de Regulação Médica e o Serviço de Atendimento Pré-hospitalar). Esses serviços são coesos, interligados, organizados e supervisionados pelo coordenador. Funcionalmente, o SAMU encontra-se organizado em duas equipes de suporte: a básica e a avançada (LOPES; FERNANDES, 1999).

Constitui-se a Unidade de Suporte Básico (USB) por uma tripulação exclusiva formada por um(a) auxiliar ou técnico(a) de enfermagem e um(a) condutor(a) socorrista, que atuam na determinação da inexistência de risco imediato à vida. Já a Unidade de Suporte Avançado (USA) é constituída por uma tripulação exclusiva, formada por no mínimo um(a) médico(a), um(a) enfermeiro(a) e um(a) condutor(a) socorrista, os quais atuam somente na condição de existência de risco imediato

à vida. Essas equipes se revezam conforme escala de trabalho pré-determinada, garantindo 24 horas diárias de funcionamento (LOPES; FERNANDES, 1999).

Revela-se que a USA deve ser solicitada em condições de risco imediato a vida, como comprometimento da via aérea, da dinâmica respiratória, circulatória, da função neurológica, funcional de extremidades, em atendimentos a pacientes traumatizados e/ou pessoas com patologias clínicas de quaisquer etiologias. Ela dispõe de todo suporte de materiais e conta com equipe multiprofissional para atuar, de forma integral, nas ocorrências com riscos de morte aos pacientes (LOPES; FERNANDES, 1999).

Inclui-se, no Suporte Avançado à Vida (SAV), intervenções avançadas, após o início do Suporte Básico de Vida (SBV) e, quando apropriado, utiliza-se o Desfibrilador Externo Automático (DEA), medicações intravenosas e via aérea avançada. Enfatiza-se que a passagem entre o suporte básico e avançado de vida deve ser contínua, uma vez que o SBV continuará e se sobreporá às intervenções de SAV (SOAR; NOLANB; BÖTTIGER, 2015)

Destaca-se que o SAMU iniciou-se em 1990, no estado do Piauí, com a implantação do serviço de atendimento pré-hospitalar SOS Teresina, o qual possuía em sua estrutura 12 viaturas funcionando diuturnamente com pessoal treinado em suporte básico. Habilitou-se, em 4 de março de 2005, na cidade de Teresina, o SAMU, o qual passou a funcionar efetivamente em 24 de setembro de 2004, com 10 viaturas, sendo 8 de suporte básico e 2 de suporte avançado (SILVA; NOGUEIRA, 2012).

O município da referida pesquisa está localizado na microrregião do Médio Parnaíba Piauiense, com uma população de 16.518 habitantes e é considerada a capital econômica da região (IBGE, 2010). O SAMU da referida cidade foi inaugurado em 9 de março de 2012 com apenas uma viatura de SBV e com 4 equipes compostas de técnicos de enfermagem e condutores socorristas que se revezam em plantões de 24 horas. Hoje o serviço conta com duas viaturas de SBV e continua ainda com apenas 4 equipes, sendo uma delas composta por uma Enfermeira e um condutor socorrista e as demais por técnicos de enfermagem e condutores socorristas com a supervisão de uma Enfermeira coordenadora.

Por se tratar de um município considerado a capital econômica da microrregião com grande atividade comercial e atrações de lazer, aumenta-se o fluxo de pessoas da região para a referida cidade, elevando assim o número de situações que necessitam de atendimento de urgência, demonstrando a grande necessidade da implementação de uma USA para melhor atender a população desta cidade e de suas proximidades.

O estudo objetiva relatar e descrever de maneira crítica a experiência vivenciada de uma Enfermeira do SBV durante seus anos de trabalho no referido SAMU.

METODOLOGIA

Trata-se de um relato de experiência, de cunho descritivo, realizado em um Serviço Móvel de Urgência de um município do estado do Piauí. O estudo descreve os aspectos vivenciados por um dos autores do estudo, durante a jornada de trabalho, como enfermeiro no Serviço de Atendimento Móvel de Urgência. A produção dos dados foi realizada mediante anotações em diário de campo, no mês de fevereiro de 2019. Após essa etapa, os dados foram agrupados por similaridade de conteúdo em categorias.

Por se tratar de um relato de experiência, este estudo não precisou passar por Comitê de Ética em Pesquisa.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Assistência de enfermagem

Configura-se urgência, na Enfermagem, como serviço, comunicação, interação e cuidados específicos, pautados por fundamentos científicos, a qual tem como principal objetivo coletivo o de recuperar ou diminuir agravos de saúde (KNOBEL, 2006). No entanto, o serviço desenvolvido pela equipe de enfermagem no Atendimento Pré-Hospitalar (APH) é uma prática relativamente nova para os padrões de Enfermagem tradicional, que se caracteriza pelo atendimento intra-hospitalar exclusivo (THOMAZ; LIMA, 2010).

Ressalta-se que o Enfermeiro é membro ativo da equipe de APH e assume a responsabilidade pela assistência prestada às vítimas graves sob risco de morte. Participa, também, da previsão de necessidades do paciente, determina prioridades e inicia intervenções necessárias, a fim de estabilizar a vítima, reavaliando-a a cada minuto, durante o transporte para o atendimento intra-hospitalar (THOMAZ; LIMA, 2010).

Enfatiza-se que a atuação do enfermeiro no APH não se restringe somente à assistência, pois, além de prestar atendimento às vítimas em situações de urgência, também desenvolve atividades educativas, participa da análise dos protocolos de atendimento e elabora materiais didáticos para a equipe, que deve ser devidamente qualificada e continuamente treinada, o que destaca a importância das capacitações (ADÃO; SANTOS, 2012).

Constata-se que, dentre as atribuições importantes para a prática do enfermeiro no APH, o raciocínio clínico para a tomada de decisão, a capacidade física e psíquica para lidar com situações de estresse, a habilidade de trabalhar em equipe e a capacidade para realizar as intervenções rapidamente são fundamentais na urgência e emergência (ADÃO; SANTOS, 2012).

Observa-se que o SAMU enfrenta diversos impasses, como a ausência de atualizações e capacitações para toda a equipe de Enfermagem e condutores socorristas. Evidenciou-se também a ausência de enfermeiros em quase todas as equipes de plantão, para supervisão e melhor atendimento.

Ressalta-se que a lei 7498/86 especifica as atividades inerentes aos Auxiliares e Técnicos de Enfermagem, bem como esclarece que as atividades desses profissionais só poderão ser desenvolvidas sob orientação e supervisão do enfermeiro (BRASIL, 1986). Ademais, aprovou-se o Parecer N° 36/2014/COFEN/CTLN, que estabelece a presença do Enfermeiro em qualquer tipo de ambulância que esteja designada para o atendimento pré-hospitalar (COFEN, 2014).

Observou-se, no serviço, que a maioria dos profissionais atuantes, incluindo a coordenadora e responsável técnica, não possuíam ou estavam desatualizados em relação à habilitação para unidades não hospitalares, o que compromete a gestão e a qualidade da assistência aos pacientes críticos e não críticos. Isso destaca a importância do enfermeiro está sempre se atualizando.

Enfatiza-se, todavia, que, de acordo com a portaria n° 2048/02, todos os profissionais que atuam nas unidades não hospitalares na rede de urgência, incluindo seus coordenadores e responsáveis técnicos, devem ser habilitados, certificando anualmente e recertificando a cada dois anos esses profissionais atuantes (BRASIL, 2002).

Constatou-se que grande parte desses profissionais, incluindo enfermeiros, possuem baixa capacidade física e mental para o atendimento no SAMU. Muitas vezes, apresentam pouco condicionamento físico ou possuem problemas de saúde, que dificultam o trabalho rotineiro, como pegar peso ou abaixar-se. Alguns, ainda, possuem pouco equilíbrio emocional, o que dificulta a assistência, por se tratarem de situações desesperadoras e críticas.

Destaca-se que, na maioria dos SAMUs de hoje, principalmente em cidade pequenas e que não possuem uma USA, encontra-se Auxiliares e Técnicos de Enfermagem exercendo suas atividades sem a supervisão direta de um Enfermeiro, o que infringe a Lei do Exercício Profissional da Enfermagem. No serviço de realização deste estudo, não é diferente, encontra-se um total de três, das quatro equipes, sem esse acompanhamento. Os Auxiliares ou Técnicos de Enfermagem possuem apenas conhecimento técnicos e de práticas da assistência prestada aos pacientes, enquanto o profissional Enfermeiro possui um embasamento teórico além do prático, para que essa assistência seja prestada de maneira efetiva e adequada, unido não só a prática do atendimento como também no gerenciamento e organização.

Perfil da clientela assistida

Enfatiza-se que cada base do SAMU produz seus registros, de acordo com seus atendimentos. Esses dados são dispostos junto aos boletins de atendimento,

que basicamente reúnem todas as informações inerentes da ocorrência, desde os dados de descrição do paciente até a conclusão da assistência, além de serem documentos primordiais para esclarecer questões éticas e jurídicas. São de extrema importância também para a continuidade da assistência hospitalar. Observou-se, no entanto, que muitos dados não são registrados em prontuário (MARTINS, 2017).

Constatou-se, a respeito dos dados do serviço observado, que as urgências de maior ocorrência são: Acidente Vascular Cerebral (AVC), Infarto Agudo do Miocárdio (IAM) e Parada Cardiorrespiratória (PCR), como urgências clínicas, e os acidentes motociclisticos e automobilísticos, como urgências traumáticas.

Infere-se, segundo o IBGE, entre os anos de 2012 e 2017, a quantidade de idosos cresceu em todas as unidades da federação (IBGE, 2018), propiciando, assim, um aumento gradativo das doenças vasculares, o que justifica a alta prevalência desses agravos neste estudo.

Por se tratar de um município considerado a capital comercial do Médio Parnaíba, ele recebe diariamente pessoas de outros municípios que vem desenvolver suas atividades econômicas, comerciais e de lazer, com isso o número de acidentes de trânsito se torna elevado, tanto dentro da cidade como nas rodovias federais próximas e, como a cidade não possui sinalização e fiscalização adequada de trânsito, contribuem para o aumento do número de acidentes traumáticos graves. É grande o índice de Traumatismos Cranioencefálicos (TCE), fraturas expostas e não expostas, principalmente em motociclistas, pela não utilização dos equipamentos necessários de segurança pessoal.

Identificação das necessidades de saúde dos pacientes

Entende-se que, apesar da indicação de que a cada 400 a 450 mil habitantes haja, pelo menos, uma USA e a cada 100 a 150 mil haja, no mínimo, uma USB, há diferenças locais, no que se refere à constituição das equipes e distribuição dos recursos de apoio às urgências no território brasileiro (MATA; RIBEIRO; PEREIRA, 2018). Em decorrência do grande número de agravos de saúde de natureza clínica e traumática, faz-se necessária a implantação de uma USA no referido serviço, pois o SAV é largamente aceito, como o padrão ouro do atendimento pré-hospitalar em pacientes com PCR causada por patologias intrínsecas. Também foi proposto que, em vítimas de trauma, contribui para melhorar a sobrevivência (OCAL; OZUCELIK; AVCI, 2015).

Ressalta-se que o SBV pré-hospitalar consiste em intervenções não invasivas as quais são fáceis de executar, requerem pouco tempo de curso e podem ser realizadas a longo prazo por pessoal médico (Auxiliares, técnicos de Enfermagem e condutores socorristas) de emergência com mínimo treinamento. Todavia, não atende boa parte das intercorrências ocorridas no local estudado (DE VOPELIUS-FELDT; BRANDLING; BENGER, 2017).

Torna-se necessária, a partir da caracterização dos agravos de saúde mais presentes em determinada população, a imediata elaboração de políticas preventivas. Na prática do enfermeiro, isso permite que ele, juntamente com outros profissionais da equipe, organizem o trabalho de forma a determinar estratégias e articulações com as redes de atenção à saúde, com o objetivo de promover a saúde e reduzir a prevalência desses agravos evidenciados na população (MARTINS, 2017).

Pontua-se que as potencialidades de prevenção acontecem a partir da interação com outros serviços de assistência, como por exemplo a Atenção Básica de Saúde e ainda a própria atenção clínica necessária. No local do estudo, essa articulação não acontece, pois o SAMU na referida cidade é caracterizado como um serviço isolado dos demais, por se tratar de um serviço atual, complexo e especializado.

Das principais patologias já elencadas nesse estudo, não são realizadas ações de promoção e prevenção para as mesmas, a atenção básica que deveria ser responsável por tais ações, não demonstra interesse preventivo para as sequelas decorrentes de patologias clínicas e traumáticas. E quanto a atenção clínica no âmbito hospitalar é realizada de maneira inadequada devido à pouca instrução dos profissionais ali presentes e sua sobrecarga de trabalho.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O papel do Enfermeiro no Serviço de Atendimento Móvel de Urgência se qualifica de extrema importância não só por um atendimento diferenciado e mais qualificado prestado ao paciente, mas também pela supervisão, gestão e capacitação do serviço. No cotidiano e no presente estudo evidenciou-se grandes dificuldades vivenciadas não só no atendimento ao paciente como também nas outras áreas. Carência de materiais adequados, ausência de atualização no treinamento dos profissionais e baixa capacidade ou falta de perfil para o serviço prestado foram as principais dificuldades encontradas nos durante o estudo.

De certo que o serviço de urgência evidencia-se por uma tarefa que exige grande capacidade física e mental, ter um perfil destemido e ao mesmo tempo cauteloso, capaz de pensamento ágil e conduta rápida que condiz com as evidências científicas; pois com situações como PCR, AVC e acidentes automobilísticos, que foram evidenciados como as principais ocorrências nesse estudo, torna-se indispensável um profissional de Enfermagem que atenda a essas urgências com suas devidas necessidades.

Compreende-se que este estudo oportunizou uma leitura e uma releitura do papel do Enfermeiro que atua no SAMU. Evidenciou-se que, atualmente, quando se fala em atendimento pré-hospitalar, a Enfermagem vem buscando algo muito além da assistência direta ao paciente, como conhecimentos técnico-científicos e materiais adequados para elaboração de estratégias tratamento, prevenção e promoção de condições que auxiliem os pacientes.

Fica a sugestão de que se possa, melhorar a assistência de Enfermagem, com o acréscimo do profissional Enfermeiro em todas as equipes de plantão e a implantação de uma USA, para que esses pacientes mais críticos sejam melhor assistidos com os devidos equipamentos e profissionais mais qualificados.

Além disso, enfatiza-se a necessidade de que novas pesquisas e programas prevenção e promoção da saúde com relação as doenças e traumas mais evidentes no município, com vistas a contribuir para um menor índice de óbitos e sequelas.

A ideia norteadora deste relato de experiência foi a de que ele possa contribuir para discussões e reflexões sobre a importância do profissional Enfermeiro para a saúde da população e, principalmente, para a comunidade, testemunhando a evolução da profissão através da assistência pré-hospitalar, que parece ser a superação de uma prática fora do âmbito hospitalar, que veio para aperfeiçoar os cuidados prestados e prestar qualidade para a assistência de Enfermagem.

Assim espera-se com este estudo construir uma visão mais ampla da atuação do Enfermeiro no SAMU como também da importância de um serviço de qualidade e adequado para a referida população, além de contribuir para a produção de um conhecimento que possibilite o desenvolvimento de práticas educacionais, preventivas e capaz de subsidiar a assistência alavancando um conhecimento compartilhado para uma assistência de enfermagem mais adequada.

REFERENCIAS

BRASIL a. Ministério da Saúde. **SAMU-192: O que é o SAMU?**. Disponível em: <http://www.saude.gov.br/samu-programa-nacional.htm>. Acesso em: 4 de mar de 2019

BRASIL b. Ministério da Saúde. **SAMU**. Disponível em: <http://www.dtr2s001.saude.gov/samu.htm>. Acesso em: 4 de mar de 2019

BRASIL a. Ministério da Saúde. Portaria Nº 1.863/GM de 29 de setembro de 2003. **Institui a Política Nacional de Atenção às Urgências, a ser implantada em todas as unidades federadas, respeitadas as competências das três esferas de gestão**. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Brasília, DF. Disponível em: http://www.cremesp.org.br/library/modulos/legislacao/versao_impressao.php?id=3232. Acesso em: 4 de mar de 2019

BRASIL b. Ministério da Saúde. Portaria Nº 1.864/GM, de 29 de setembro de 2003. **Institui o componente pré-hospitalar móvel da Política Nacional de Atenção às Urgências, por intermédio da implantação de Serviços de Atendimento Móvel de Urgência em municípios e regiões de todo o território brasileiro: SAMU- 192**. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Brasília, DF. Disponível em: http://www.cremesp.org.br/library/modulos/legislacao/versao_impressao.php?id=3232. Acesso em: 4 de mar de 2019

LOPES, S.L.B.; FERNANDES, R.J. **Uma breve revisão do atendimento médico hospitalar**. Medicina, Ribeirão Preto, v. 32, p. 381-387, oct/dez., 1999. Disponível em: <https://www.revistas.usp.br/rmrp/article/view/7740/9278>. Acesso em: 4 de mar de 2019

SOAR, J.; NOLANB, J.P.; BÖTTIGER, B.W. **European Resuscitation Council Guidelines for Resuscitation**. 2015 Section 3. Adult advanced life support. Resuscitation, v. 95, p. 100–147, 2015. Disponível em: [https://www.resuscitationjournal.com/article/S0300-9572\(15\)00328-7/pdf](https://www.resuscitationjournal.com/article/S0300-9572(15)00328-7/pdf). Acesso em: 4 de mar de 2019

SILVA, N.C.; NOGUEIRA, L.T. **Avaliação de indicadores operacionais de um Serviço de Atendimento Móvel de Urgência**. *Cogitare Enferm.* v. 17, n. 3, p. 471-7, jul/set., 2012. Disponível em: <https://revistas.ufpr.br/cogitare/article/viewFile/29287/19037>. Acesso em: 4 de mar de 2019

IBGE. *Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Censo Populacional 2010. 29 de novembro de 2010. Disponível em: https://censo2010.ibge.gov.br/resultados.html*. Acesso em: 4 de mar de 2019

KNOBEL, E. **Condutas no paciente grave**. 3ª ed. São Paulo: Atheneu; 2006.

THOMAZ, R.R.; LIMA, F.V. **Atuação do enfermeiro no atendimento pré-hospitalar na cidade de São Paulo**. *Acta Paul Enferm*, v. 13, n. 3, p. 59-65. 2000. Disponível em: <https://www2.unifesp.br/acta/index.php?volume=13&numero=3>. Acesso em: 4 de mar de 2019

ADÃO, R.S.; SANTOS, M.G. **Atuação do enfermeiro no atendimento pré-hospitalar móvel**. *Rev. Min. Enferm.* v. 16, n. 4, p. 601-608. out/dez., 2012. Disponível em: <http://www.reme.org.br/artigo/detalhes/567>. Acesso em: 4 de mar de 2019

BRASIL. Lei Nº 7.498, de 25 de junho de 1986. **Dispõe sobre a regulamentação do exercício da enfermagem, e dá outras providências**. *Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Brasília, DF*. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L7498.htm. Acesso em: 4 de mar de 2019

COFEN. Conselho Federal de Enfermagem. Parecer Nº 36 de 26 de novembro de 2014 do COFEN/CTLN. **Obrigatoriedade da presença de um Enfermeiro nas unidades de urgência**. Disponível em: http://www.cofen.gov.br/parecer-no-362014cofenctl-n-2_35938.html. Acesso em: 5 de mar de 2019

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria Nº 2.048 de 5 de novembro de 2002. **Considerando que a área de Urgência e Emergência constitui-se em um importante componente da assistência à saúde**. *Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Brasília, DF*. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2002/prt2048_05_11_2002.html. Acesso em: 5 de mar de 2019

MARTINS, C.F. **Perfil do trabalho realizado pelo serviço de atendimento móvel de urgência em um município do sul brasileiro**. 2017. 81 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Universidade Federal do Rio Grande – FURG. Disponível em: https://ppgenf.furg.br/images/Dissertao_-CFM_final.pdf. Acesso em: 5 de mar de 2019

IBGE. *Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Número de idosos cresce 18% em 5 anos e ultrapassa 30 milhões em 2017. 26 de abril de 2018. Disponível em: https://agenciadenoticias.ibge.gov.br/agencia-noticias/2012-agencia-de-noticias/noticias/20980-numero-de-idosos-cresce-18-em-5-anos-e-ultrapassa-30-milhoes-em-2017*. Acesso em: 5 de mar de 2019

MATA, K.S.S. DA; RIBEIRO, Í.A.P.; PEREIRA, P.S.L. et al. **Entraves no atendimento pré-hospitalar do SAMU: percepção dos enfermeiros**. *Rev enferm UFPE on line*. v. 12, n. 8, p. 2137-45. ago. 2018. Disponível em: <https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/view/236537/29727>. Acesso em: 5 de mar de 2019

OCAL, O.; OZUCELIK, D.N.; AVCI, A. et al. **A comparison of the outcome of CPR according to AHA 2005 ACLS and AHA 2010 ACLS guidelines in cardiac arrest: multicenter study**. *Int J Clin Exp Med*. v. 8, p. 21549 – 56, 2015. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4723949/>. Acesso em: 5 de mar de 2019

DE VOPELIUS-FELDT, J.; BRANDLING, J.; BENGER, J. **Systematic review of the effectiveness of prehospital critical care following out-of-hospital cardiac arrest**. v. 114, p. 40 – 6, 2017. Disponível em: [https://www.resuscitationjournal.com/article/S0300-9572\(17\)30080-1/fulltext](https://www.resuscitationjournal.com/article/S0300-9572(17)30080-1/fulltext). Acesso em: 5 de mar de 2019

PLANO MUNICIPAL DE SAÚDE: INSTRUMENTO FORTALECEDOR DE GESTÃO DAS AÇÕES DE SAÚDE DO TRABALHADOR

Grasiele Fatima Busnello

Doutoranda do Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde da Universidade Comunitária da Região de Chapecó (UNOCHAPECÓ). Docente colaboradora do Departamento de Enfermagem da UDESC. Chapecó – SC.

Mariana Mendes

Mestra em Ciências da Saúde pela Universidade Comunitária da Região de Chapecó (UNOCHAPECÓ). Chapecó – SC.

Carolina Fajardo Valente Pagliarin Brüggemann

Mestra em Enfermagem pela Universidade Federal de Santa Maria. Enfermeira gestora do Hospital São Miguel. São Miguel do Oeste – SC.

Fabiane Pertille

Mestranda em Biociência pela Universidade Unoesc. Docente colaboradora do Departamento de Enfermagem da UDESC. Chapecó – SC.

Letícia de Lima Trindade

Doutora em Enfermagem. Docente do Departamento de Enfermagem e Mestrado Profissional em Enfermagem na Atenção Primária à Saúde da Universidade do Estado de Santa Catarina (UDESC) e do Programa de Pós-graduação em Ciências da Saúde (PPGCS) da Universidade Comunitária da Região de Chapecó (UNOCHAPECÓ). Chapecó – SC.

RESUMO: os Planos Municipais de Saúde (PMS) são importantes instrumentos de gestão e podem reforçar a atenção integral aos

usuários no contexto da Saúde do Trabalhador (ST). Objetiva-se neste estudo analisar como os PMS abordam e orientam as ações em ST na gestão 2014-2017. Trata-se de uma pesquisa documental desenvolvida em janeiro de 2018. Foram estudados PMS dos 76 municípios pertencentes à área de abrangência do Centro em Referência em Saúde do Trabalhador (CEREST) Regional de Chapecó no Estado de Santa Catarina, Sul do Brasil. O estudo revelou que, dos 76 PMS estudados, 89% estavam disponíveis online para consulta, apenas 16% trazem indicadores em seus objetivos, 12% priorizam as notificações de agravos relacionados ao trabalho e 10% mencionam as vigilâncias nas ações de ST e, 15% PMS identificam a ST como um campo prioritário e específico. O PMS é baseado em análise situacional, define intenções e resultados a serem buscados pelo município, no entanto no cenário da ST, não contempla ações concretas e articuladas às políticas de saúde. Os PMS mostram tímida preocupação com a ST, o que também contribui para a superficialidade nas ações voltadas aos trabalhadores no cenário municipal, especialmente no campo da Atenção Primária à Saúde.

PALAVRAS-CHAVE: Saúde do Trabalhador, Vigilância em Saúde do Trabalhador, Gestão em Saúde, Planejamento em Saúde.

ABSTRACT: municipal Health Plans (MHP) are important as management tools and can reinforce integral care to users in the context of Worker's Health (WH). Objective in this study analyze how the MHP approach and guide WH actions in 2014-2017 management. This is a documentary research developed in January, 2018. We studied PMS from the 76 counties belonging to the area covered by the Reference Center on Occupational Health Regional de Chapecó in the State of Santa Catarina, Southern Brazil. The study revealed of the 76 MHP studied, 89% were available online for consultation, only 16% had indicators in their objectives, 12% prioritized reports of work-related illnesses, and 10% reported surveillance on ST actions and 15% WH as a priority and specific field. The MHP is based on situational analysis, defines intentions and results to be sought by the counties, however in the WH scenario it does not contemplate concrete and articulated actions to health policies. MHP show a timid concern with WH, which also contributes to the superficiality of actions directed at workers in the municipal setting, especially in the field of Primary Health Care.

KEYWORDS: Occupational Health, Surveillance of the Workers Health, Health Management, Health Planning.

1 | INTRODUÇÃO

O trabalho se caracteriza como determinante para a inserção dos indivíduos na sociedade, concebendo direta influência sobre as condições de vida das pessoas, englobando, principalmente, aspectos de bem-estar físico e psicológico (NAZARIO; CAMPONOGARA; DIAS, 2017).

Essa influencia traz a necessidade de monitorar as relações entre trabalho, saúde e doença e ainda intervir quando necessário. A Saúde do Trabalhador (ST) vem ao encontro desta necessidade e busca expressar as relações por meio de reflexões multicausais e assim permitindo elucidar o modo como as pessoas são sensíveis aos ambientes que trabalham e como este ambiente pode repercutir nos processos saúde-doença (BRASIL, 2012).

Percebe-se que a influência vai ao alcance dos núcleos familiares, tratadas como fundamentais no estado de saúde, envolvendo poder, dinheiro, prestígio e conexão social. As condições de trabalho são relatadas como determinantes sociais que ao longo do tempo podem afetar nas desigualdades sociais. Destaca-se ainda que a maioria das pesquisas nos Estados Unidos não consideram o papel do trabalho na saúde da população. Trazendo um olhar crítico, a necessidade de reintegrar o trabalho como um determinante de saúde para a população (AHONEN, *et al.*, 2018).

Neste contexto, a Organização Mundial da Saúde (OMS) e a Organização Panamericana de Saúde (OPAS) reiteram a importância da Atenção primária a Saúde

(APS) como alternativa para consolidar o campo de ST considerando a crescente complexidade de custos com assistência, o rápido envelhecimento populacional, o perfil epidemiológico apontando a superposição das doenças crônicas degenerativas, os efeitos da violência, da pobreza e das doenças parasitárias, caracterizando a tripla carga de adoecimento dos trabalhadores (DIAS; BERTOLINI; PIMENTA, 2013).

Enfocam ainda os mesmos autores que no contexto brasileiro, os serviços do Sistema Único de Saúde (SUS) são responsáveis, juntamente com os empregadores, em assistir os trabalhadores que estão adoecendo em decorrências de suas atividades e ambientes profissionais, porém, esta assistência não garante necessariamente a existência de uma atenção organizada de forma a englobar a integralidade de ações previstas em ST, dentre as quais a promoção da saúde, prevenção de agravos, assistência e reabilitação dos trabalhadores.

Assim, a ST no âmbito do SUS destaca a importância da APS propondo estratégias no contexto da Rede de Atenção à Saúde (RAS), se comprometendo com o direito dos trabalhadores à proteção social, independente do vínculo empregatício, e então dispor de um ambiente de trabalho saudável e direito de recusa de um trabalho insalubre (AMORIM, *et al.*, 2017).

Ao observar o atendimento integral, a ST envolve-se com a análise das conjunturas concretas de trabalho, pois, além de se relacionar com as dimensões sociais em que o trabalhador se insere também permite reflexões a propósito dos direitos trabalhistas e das condições de trabalho. Ao considerar os processos produtivos, o meio social e a forma como vivem, é possível formular estratégias para produzir mudança no perfil de morbimortalidade dos trabalhadores, bem como a qualificação dos cenários de trabalho (TRINDADE, 2015).

A atenção integral à ST é prescrita na Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora (PNSTT) e, deve ocorrer com ênfase na vigilância, visando a promoção e a proteção da saúde dos trabalhadores, considerando as diferentes esferas de governo (BRASIL, 2012). Dentre os diversos mecanismos públicos que reforçam as ações da ST, no nível local, os Planos Municipais de Saúde (PMS) se configuram como instrumentos loco-regionais para efetivação das ações voltadas à vigilância, prevenção e recuperação em saúde, trazendo a responsabilidade aos gestores municipais de inserir nas estratégias de atenção à saúde a ST.

A Lei 8080/90 estabelece como atribuição comum a união, estados e municípios a elaboração e atualização periódica do PMS (BRASIL, 1990). A construção destes se consolida como um instrumento que traz em si o esforço de uma gestão democrática e participativa, uma vez que obedece à lógica ascendente, ouvindo os representantes municipais nos diversos territórios das unidades de saúde na identificação de problemas e proposição de soluções para a formulação das ações de saúde para um quadriênio (SANTOS *et al.*, 2015).

O PMS expressa ações em diversas áreas de atenção à saúde, para ST são direcionadas de acordo com a realidade de saúde existente no município, devendo

estar atento aos condicionantes e determinantes que afetam as relações de trabalho e, por conseguinte os trabalhadores, bem como considerar se a rede de serviços de saúde disponível no município permite atendimento integral ao trabalhador.

No intuito de ampliar e qualificar o atendimento ao trabalhador ocorre a criação da Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador (RENAST) em 2002, que busca consolidar o campo da ST, especialmente porque descentraliza o atendimento aos trabalhadores por intermédio dos Centros de Referência em Saúde do Trabalhador (CEREST) (CARDOSO; ARAÚJO, 2016).

Neste cenário é que se insere o CEREST, o qual é responsável por desencadear a Vigilância em Saúde do Trabalhador (VISAT), atuar como articulador das ações intra e intersetoriais em ST prestando suporte técnico aos serviços da RAS (AMORIM, *et al.*, 2017). Os CEREST devem promover ações para melhorar as condições de trabalho e a qualidade de vida do trabalhador por meio da prevenção e vigilância. Compete a estes apoiar investigações de maior complexidade, assessorar a realização de convênios técnicos, contribuir com a formulação de políticas públicas, fortalecer a articulação entre a atenção primária, secundária e terciária, para identificar e atender acidentes e agravos relacionados ao trabalho (CARDOSO; ARAÚJO, 2016).

No Brasil, até 2014, estavam habilitados 210 CEREST Cardoso; Araújo, (2016), e no Estado de Santa Catarina estão habilitados sete CEREST (RENAST ONLINE, 2018). Nesse contexto, este manuscrito objetiva analisar como os PMS abordam e orientam as ações em ST na gestão 2014-2017, tendo como cenário municípios da área de abrangência do CEREST Regional de Chapecó no Estado de Santa Catarina.

2 | METODOLOGIA

Trata-se de uma pesquisa documental Cellard (2008), que teve como amostra os PMS dos 76 municípios da área de abrangência do CEREST Regional de Chapecó no Estado de Santa Catarina, região Sul do Brasil.

O CEREST Regional de Chapecó foi criado por meio da Portaria nº. 139 de 26/02/2007, tendo como objetivo atender as diretrizes da RENAST, a qual atribui aos CEREST a função de subsídio técnico para o SUS, nas ações de promoção, prevenção, proteção, vigilância, diagnóstico, tratamento e reabilitação em saúde dos trabalhadores urbanos e rurais. Fazem parte da área de abrangência do CEREST Regional de Chapecó 76 municípios, atendendo a uma população aproximada de 732.288 pessoas, de acordo com o censo do IBGE 2010 (PREFEITURA DE CHAPECÓ, 2014).

Como critérios de seleção dos documentos utilizou-se: PMS dos municípios da área de abrangência do CEREST Regional de Chapecó; correspondentes a gestão 2014-2017; disponíveis online. Os critérios de exclusão adotados foram: PMS não

disponibilizados após três tentativas de busca.

A coleta de dados ocorreu no período de janeiro de 2018 e contou com um roteiro de estudo documental, contendo inicialmente a identificação do PMS e do município, seguido por questões como: apresentação da rede de atenção à saúde do município; população total do município, associação entre as ações previstas nos PMS com a PNSTT; abordagem da ST no município; investigação de responsáveis pelas ações de ST; sistemas de informação disponíveis e uso de indicadores; desenvolvimento de estudos e pesquisas na ST; participação social; grupos de trabalhadores vulneráveis; financiamento das ações; pactuação de serviços intermunicipais ou interestaduais para complementação da RENAST/VISAT; e relações com o CEREST Chapecó.

Os dados oriundos dos documentos foram organizados em programa *Office Excel* e em seguida passaram por análise, considerando o contexto, os autores, a autenticidade, confiabilidade e a natureza dos textos, os conceitos-chave e a lógica interna, para que sejam observados para além da análise dos documentos propriamente ditos, o contexto sócio político que os envolvem (CELLARD, 2008).

Para análise dos planos seguiu-se a proposta operativa da Análise Temática e foi dividida em três fases: pré-análise, exploração do material e tratamento dos resultados obtidos, a inferência e interpretação. Na primeira fase (pré-análise) foram escolhidos os planos municipais a serem submetidos à análise, a formulação das hipóteses e dos objetivos e a elaboração de indicadores que fundamentam a interpretação final. A segunda fase (exploração do material) objetiva o aspecto central de compreensão do texto através de operações de codificações, decomposição ou numeração. Na terceira fase (interpretação) é dado significado aos resultados brutos, validando-os (BARDIN, 2011).

Por se tratarem de documentos públicos o estudo dispensou apreciação de um Comitê de Ética em Pesquisa, contudo, os municípios não foram especificamente identificados na apresentação dos dados.

3 | RESULTADOS

Dos 76 PMS estudados, apenas 68 (89%) estavam disponíveis online para consulta. Os planos foram analisados em relação a apresentação do município e da RAS, os serviços de atenção à saúde que o município dispõe, aspectos relativos ao prescrito pela PNSTT, a organização das ações de ST e a relação com o CEREST Regional de Chapecó.

Na análise situacional, 65 (96%) PMS apresentavam o município e 66 (97%) dispuseram sobre a RAS. Considerou-se os componentes da RAS prescritos pela PNSTT, sendo que 68 (100%) municípios dispõem de APS, também reconhecida no Brasil como Atenção Básica (AB). Apenas sete (10%) municípios dispõem de atenção especializada incluindo serviços de reabilitação; 17 (25%) possuem atendimento hospitalar e urgência e emergência; 18 (26%) laboratórios (sejam eles próprios ou

pactuados); apenas oito (12%) municípios declaram no PMS possuir serviços de apoio diagnóstico; e 41 (60%) apresentam o Programa de Assistência Farmacêutica.

A RENAST, considerada ordenadora das ações de ST, foi relacionada em somente dois (3%) PMS, inferindo-se que há fragilidades no reconhecimento da estruturação da Rede por parte dos gestores. O CEREST é importante componente da RENAST, entretanto, apenas sete (10%) PMS mencionam que o município pertence à Regional que compõe o CEREST Chapecó, e destes somente cinco (7%) vinculam-no em suas ações.

Destaca-se o quantitativo de municípios que dispõem de algum tipo de Sistema de Informação com dados sobre a ST, sendo que apenas três (4%) referenciam estes dispositivos no PMS. Salienta-se que o CEREST Regional de Chapecó dispõe de um sistema de informação online com dados relevantes sobre o perfil dos trabalhadores dos municípios que compõe a Regional, entretanto, 65 (96%) municípios não relacionam este instrumento em seus PMS, não referenciando o CEREST como apoio técnico para ações voltadas à ST.

Na ST a VISAT é o núcleo da dimensão preventiva, contudo, apenas um (1%) município a relaciona no PMS e sete (10%) PMS mencionaram as demais Vigilâncias nas ações de ST. Destaca-se o fato de apenas 11 (16%) municípios fazerem uso de indicadores para traçarem os objetivos de seus PMS, apenas oito (12%) dos PMS priorizam as notificações de agravos relacionados ao trabalho para a construção de estratégias e ações em ST e somente 13 (19) relacionam a PNSTT com as ações voltadas à ST.

Em sete (10%) PMS é descrito o conhecimento dos grupos de trabalhadores vulneráveis, uma certa contradição quando se relaciona aos 4% que referem conhecer os dados oriundos do sistema de informação e ainda ao percentual de 1% que refere a VISAT em seu escopo. Deste grupo de trabalhadores apontados no PMS, estão descritos a população de trabalhadores rurais e técnicos de manipulação de alimentos como vulneráveis e as intervenções propostas restringem-se aos grupos de apoio, sem maior clareza da ação, como metas e objetivos a serem alcançados. Aparece também timidamente nos PMS analisados, apenas dois (3%) sinalizam a valorização da participação social.

Outro dado importante relaciona-se ao fato de que apenas cinco (7%) PMS relatam aproximação entre ensino e serviço na ST. A Região estudada possui diversas Instituições de Ensino Superior (IES) e de nível médio para formação de trabalhadores na área da saúde, tornando a estimativa ainda mais alarmante. Dos 68 (100%) planos analisados, apenas 10 (15%) identificam a ST como um tópico prioritário e específico, descrevendo as ações com a finalidade de contemplar as prioridades dos trabalhadores dos municípios.

Os planos analisados não sistematizam as ações de ST, tal fato é identificado em 40 (59%) PMS, e destes 27 (40%) não apresentam nenhuma ação direcionada à ST.

4 | DISCUSSÕES

Considerado um instrumento de gestão, o PMS é baseado em uma análise situacional, que define intenções e resultados a serem buscados pelo município no período dos quatro anos. Não há um modelo único para formulação dos planos municipais, mas recomenda-se que este considere os aspectos e metas regionais, as diretrizes formuladas pelo Conselho Municipal de Saúde e Conferência de Saúde, bem como os objetivos, diretrizes e metas para o período e ainda a proposição de um sistema de monitoramento e avaliação (FARIA, 2016).

A análise situacional considera a realidade do município e pode ser realizada de diversas formas, entretanto, é consonante na literatura as recomendações para uma apresentação clara da estrutura municipal, incluindo a identificação do território geográfico, dados sobre a economia e renda, população e grupos vulneráveis, estrutura sanitária, e dados relativos à organização e recursos humanos da Secretaria Municipal de Saúde (FARIA, 2016).

O PMS também deve conter a apresentação da RAS, ou seja, os serviços de saúde que o município dispõe para garantir a atenção integral à saúde da população (FARIA, 2016).

Os resultados demonstram que este critério é cumprido por quase todos os planos, indicando que os municípios possuem um mapeamento consistente da rede de serviços existente e facilitando às pactuações necessárias, bem como a construção de ações transversais para proteção e recuperação da saúde dos trabalhadores.

No contexto da RAS, mais especificamente à ST, têm-se a RENAST, ou seja, um modelo de atenção integral à saúde dos trabalhadores, que preconiza abordagem interdisciplinar para a utilização de instrumentos, saberes e tecnologias para o reconhecimento das necessidades deste público (CARDOSO; ARAÚJO, 2016). Ainda, preconiza qualificar as práticas de saúde e mapeamento dos acidentes de trabalho, trabalhadores doentes, urgências e emergências e ações de promoção, proteção e vigilância em saúde (MACHADO, 2013).

Observou-se que, segundo os dados obtidos, os PMS abordam superficialmente a RENAST em sua formulação, objetivos e/ou estratégias comprometendo, dessa forma, as ações do CEREST já que este se configura como um articulador das ações intra e intersetoriais na sua área de abrangência.

O fato dos PMS não relacionarem o CEREST de referência, presume que há uma descontinuidade na assistência ao trabalhador, rompendo com a função do CEREST de suporte técnico e apoio matricial aos serviços da RAS, no âmbito da ST no SUS Cardoso; Araújo (2016), ou ainda que não há clareza quanto ao papel destes serviços no contexto dos municípios.

Contudo, as ações ainda se encontram pouco descentralizadas do município sede, podendo ser um motivo para que os municípios estudados não relacionem este dispositivo como um agente fundamental das ações em ST e também que

são necessários mais serviços dessa natureza no Estado, melhor distribuindo o quantitativo de municípios por CEREST.

Reconhece-se desta forma, certa fragilidade da gestão municipal ao desconsiderar a VISAT na construção dos PMS e estratégias voltadas à ST, sendo que apenas um município faz esta relação. Tal fato pressupõe não observar o papel educativo e mobilizador das vigilâncias no âmbito da ST, porquanto é necessário que as ações sejam direcionadas tanto aos trabalhadores como aos empregadores e gestores, pois, somente quando sensibilizados aderem às mudanças nos ambientes de trabalho (LACAZ, 2013).

A VISAT é caracterizada pela relação dinâmica e contínua de um processo construtivista de criação de redes acadêmicas e sociais para intervenção nos condicionantes e nos serviços de saúde com o propósito de redução de riscos e agravos, relacionados à organização social de um determinado território e atividades associadas ao processo de trabalho (CARDOSO; ARAÚJO, 2016). As ações de vigilância em ST são fundamentais para evitar o adoecimento no trabalho, e o fato de praticamente a totalidade de PMS não incitarem estas ações culmina em uma dissonância entre o prescrito pelo SUS, o que orienta a RENAST e o executado pelos municípios.

Ainda, se analisa que a PNSTT é considerada um dos principais dispositivos utilizados para consolidação da ST no Brasil, esta prescreve a análise do perfil produtivo e da situação de saúde dos trabalhadores com base nos sistemas de informação, como por exemplo, Sistema de Informação de Agravos de Notificações, Sistema Federal de Inspeção do Trabalho, dentre outros disponíveis gratuitamente na rede (BRASIL, 2012).

O fortalecimento da ST através das preocupações vigentes sobre a saúde e os agravos relacionadas aos processos de trabalho, além da apropriação do saber de que ações de prevenção e proteção à ST são primordiais. A compreensão de que a identificação local dos riscos e agravos em que os trabalhadores estão expostos associados a ações específicas são imprescindíveis para a realização da atuação à ST.

Entretanto, visualizou-se reduzido quantitativo de PMS que utilizam estes instrumentos, sendo possível inferir que a Região estudada não realiza cruzamentos de dados e indicadores provenientes dos sistemas informativos para o planejamento e construção de estratégias voltadas à ST, ou se realiza-os, não menciona nas ações descritas nos Planos. Contudo, cabe salientar que alguns municípios podem adotar sistemas próprios, entretanto os Planos não permitiram esta identificação.

A PNSTT também orienta estreita relação entre o ensino e serviços de saúde, trazendo as pesquisas e a universidade junto à rede de serviços do SUS para a efetiva construção de saber e propostas que englobam o enfrentamento dos problemas dos trabalhadores na sua realidade loco-regional (BRASIL, 2012). Nesta perspectiva, cabe salientar que os dados encontrados na análise dos planos não

são promissores, e remetem ao distanciamento entre o conhecimento produzido sobre a ST e suas implicações reais nos cenários produtivos e de saúde. Debater sobre as aproximações do ensino e serviço e incluir estas relações nos PMS, pode ser considerado um desafio para os municípios estudados, sendo este um caminho interessante para implementação e consolidação das ações para qualificação da assistência ao trabalhador.

Outro elemento importante para concretização da ST, diz respeito à participação e controle social, sendo uma conquista estabelecida desde a Constituição Federal e reafirmado pela PNSTT, espera-se neste contexto ocorra a participação ativa dos trabalhadores, organizados a partir de seus sindicatos e entidades representativas, articulados com enfoque nas condições e processos de trabalho. Amorim *et al.*, (2017), entretanto esse também é um cenário que tem sofrido profundas mudanças no contexto político atual do país, especialmente com a nova Lei da Terceirização aprovada em 2017. A terceirização resultou na flexibilização das relações formais de trabalho, como o contrato temporário, jornadas de trabalho, salários flexíveis e até mesmo o aumento do número de funções executadas por um mesmo trabalhador (MANDARINI; ALVES; STICCA, 2016).

Contudo, reforça-se que a participação da comunidade e do controle social são canais efetivos junto a implementação de políticas de saúde, em específico às políticas voltadas aos trabalhadores. O estímulo a participação social traz no cerne da discussão, o desenvolvimento da cidadania e a construção de uma participação democrática (BRASIL, 2012).

Os PMS são considerados instrumentos fortalecedores de ações voltadas à ST, desde que, preocupem-se com o mapeamento das condições, cenários e processos produtivos à que os trabalhadores dos municípios estão submetidos. Caso contrário, cumprem apenas com a prerrogativa legal de construção e aprovação do PMS, inutilizando a essência participativa, organizadora e comprometida com as melhorias da saúde de quem trabalha.

5 | CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os PMS podem ser considerados ferramentas importantes para a leitura da realidade de saúde dos municípios e para assegurar aos trabalhadores o direito de deliberar sobre suas condições de trabalho. Entretanto, identificaram-se muitos limites nos Planos analisados, os quais se mostraram instrumentos que atendem a exigências legais, mas com considerável fragilidade em relação a abordagem à ST, especialmente na proposição de ações a essa parcela significativa da população.

Verificou-se um número significativo de PMS que não descrevem nenhuma ação relacionada à ST, apesar de existirem diversas prescrições das Políticas de Saúde. Cabe ressaltar que os municípios, exprimem timidamente a relação com o

CEREST Regional de Chapecó, fazendo pouco uso deste recurso e deixando de incrementar suas ações direcionadas à ST com maior apoio técnico e matricial.

Apesar das limitações do estudo, por não observar em loco a realidade de cada um dos municípios que tiveram seus planos analisados, pode-se afirmar que no conjunto, estes apresentam uma RAS com limites estruturais na proposição de as ações para melhor assistência à ST. Os cenários apresentados no PMS sugerem que os serviços e profissionais possam atender integralmente os trabalhadores, pois, são necessárias relações de parcerias e corresponsabilidades entre as equipes de saúde, gestores e atores sociais, entre outros múltiplos esforços e recursos.

Sugere-se uma previsão e desenvolvimento de ações que promovam uma maior integração entre os serviços de APS, especializada e demais apoios técnicos, como o CEREST, para o melhor enfrentamento das resistências e conflitos, bem como para a efetiva construção compartilhada do cuidado ao trabalhador e trabalhadora.

Para tanto, é necessário investimento também nas equipes que prestam estes cuidados, pois, ao considerar o trabalho como um determinante e condicionante do processo saúde-doença, torna-se relevante usufruir do potencial oferecido pelo CEREST, para intervenções nos locais de trabalho e condições de saúde dos trabalhadores.

REFERÊNCIAS

NAZARIO, E.G.; CAMPONOGARA, S.; DIAS, G.L. Riscos ocupacionais e adesão a precauções-padrão no trabalho de enfermagem em terapia intensiva: percepções de trabalhadores. **Rev. Bras Saúde ocupacional**. 2017, 42 e7. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbso/v42/2317-6369-rbso-42-e7.pdf>. Acesso em 10 mar. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.823, de 23 de agosto de 2012. Institui a Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 24 agosto 2012. Disponível em: http://www.conselho.saude.gov.br/web_4cnst/docs/portaria_1823_12_institui_politica.pdf. Acesso em: 15 jun. 2019.

MARTIJN, M.R.; MONIQUE, H.W. How to Define the Content of a Job-Specific. Worker's Health Surveillance for Hospital Physicians? **Saf Health Work**. 2016 Mar; 7(1): 18–31. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4792917/>. Acesso em: 15 mai. 2019.

AHONEN, E.Q.; CUNNINGHAM, T.; FLYNN, M.; FUJISHIRO, K. Work as an Inclusive Part of Population Health Inequities Research and Prevention. **Am J Public Health**. 2018 Mar; 108(3): 306–311. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/29345994>. Acesso em: 28 mai. 2019.

DIAS, M.D.A.; BERTOLINI, G.C.S.; PIMENTA, A.L. **Saúde do Trabalhador na Atenção Primária à Saúde no município de Amparo: ações desenvolvidas e dificuldades a serem superadas**. In: Dias EC, Silva TL. Saúde do Trabalhador na Atenção Primária à Saúde: possibilidades, desafios e perspectivas. Belo Horizonte: Coopmed, 2013.

AMORIM, L.A.; SILVA, T.L.; FARIA, H.P.; MACHADO, J.M.H.; DIAS, E.C. Vigilância em Saúde do Trabalhador na Atenção Básica: aprendizagens com as equipes de Saúde da Família de João Pessoa, Paraíba, Brasil. **Ciênc. saúde coletiva**. 2017; 22(10): 3403-3413. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232017021003403&lng=pt. <http://dx.doi.org/10.1590/1413-812320172210.17532017>. Acesso em: 15 set. 2019.

TRINDADE, L.L. Saúde do trabalhador: o referencial das cargas de trabalho como caminho de pesquisa e intervenções. **J Nurs Health**. 2015;5(1):1-03. Disponível em: <<https://periodicos.ufpel.edu.br/ojs2/index.php/enfermagem/article/view/5953>>. Acesso em 10 jan. 2019.

BRASIL. Lei nº 8080 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**. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm>.

SANTOS, A.R.; SANTOS, R.M.M.; VILELA, A.B.A.; OLIVEIRA, M.V.; SILVA SEGUNDO, R.P.; SORAYA ANJOS, D.S. Participação da Estratégia Saúde da Família na construção do Plano Municipal de Saúde: um relato de experiência. **Rev. Saúde**. 2015. 11(2): 280-290. Disponível em: <https://www.researchgate.net/profile/Rose_Manuela_Santos/publication/317973023Participacao-da-Estrategia-Saude-da-Familia-na-construcao-do-plano-municipal-de-saude-um-relato-de-experiencia.pdf>. Acesso em 02 mar 2018.

CARDOSO, M.C.B.; ARAÚJO, T.M. Os Centros de Referências em Saúde do Trabalhador e as ações em saúde mental: um inquérito no Brasil. **Rev Bras Saúde Ocup**. 2016;41:e7. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbso/v41/2317-6369-rbso-41-e7.pdf>. Acesso em: 16 dez. 2018.

RENAST ONLINE [homepage na internet]. Busca pelo número de CEREST em Santa Catarina. Disponível em: <http://renastonline.ensp.fiocruz.br/cerests>. Acesso em 02 mar 2018.

CELLARD, A. **A análise documental**. In: POUPART, J. et al. A pesquisa qualitativa: enfoques epistemológicos e metodológicos. Petrópolis, Vozes, 2008.

PREFEITURA DE CHAPECÓ. **Plano Municipal de Saúde 2014-2017**. Disponível em: www.controlesocial.sc.saude.gov.br. Acesso em 08 jan. 2018.

BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. Tradução Luís Antero Reto e Augusto Pinheiro. São Paulo, Edições 70, 2011.

FARIA, M. **Responsabilidades Gestoras no Último Ano de Mandato**. Instrumentos de Gestão e Planejamento. Plano Municipal de Saúde (PMS) e Programação Anual de Saúde (PAS). Como elaborar o PMS e a PAS. Universidade Aberta do SUS. Fundação Oswaldo Cruz. 2016. Disponível em: <[file:///C:/Users/Usuario/Downloads/Como%20elaborar%20o%20PMS%20e%20a%20PAS%20\(2\).pdf](file:///C:/Users/Usuario/Downloads/Como%20elaborar%20o%20PMS%20e%20a%20PAS%20(2).pdf)>. Acesso em 10 jan. 2019.

MACHADO, J.M.H. **Vigilância em saúde do trabalhador: conceitos e pressupostos**. In: Correa MJM, Pinheiro TMM, Merlo ARC. Vigilância em saúde do trabalhador no Sistema Único de Saúde: teorias e práticas. Belo Horizonte: Coopmed, 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0303-76572013000200012&lng=en>. Acesso em 15 fev. 2019.

LACAZ, F.A.C. **Vigilância em saúde do trabalhador como elementos constitutivo da saúde do trabalhador no Sistema Único de Saúde (SUS): aspectos históricos e conceituais**. In: Correa, MJM, Pinheiro, TMM, Merlo ARC. Vigilância em saúde do trabalhador no Sistema Único de Saúde: teorias e práticas. Belo Horizonte: Coopmed, 2013.

MANDARINI, M.B.; ALVES, A.M.; STICCA, M.G. Terceirização e impactos para a saúde e trabalho: uma revisão sistemática da literatura. **Rev. Psicol.**, Organ. Trab., Brasília, v. 16, n. 2, p. 143-152, jun. 2016. Disponível em <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1984-66572016000200004&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 16 set 2018.

PREPARO PSICOLOGICO DOS ACADÊMICOS DE ENFERMAGEM NO ENFRENTAMENTO DO PROCESSO DE MORTE

Carleana Kattwily Oliveira

Centro Universitário de Ciências e Tecnologia do Maranhão - UniFacema, Caxias-MA.

Monyka Brito Lima dos Santos

Centro Universitário de Ciências e Tecnologia do Maranhão - UniFacema, Caxias-MA.

Valdênia Guimarães e Silva Menegon

Centro Universitário de Ciências e Tecnologia do Maranhão - UniFacema, Caxias-MA.

RESUMO: O acadêmico de enfermagem é ensinado a prestar cuidados e dar conforto aos seus pacientes objetivando uma cura e quando se trata do processo de morte os acadêmicos vivenciam sensações emocionais como angústia e medo. O estudo objetivou conhecer o preparo na formação dos graduandos em enfermagem para o enfrentamento da morte e o morrer. Pesquisa descritiva de caráter qualitativo que utilizou o método fenomenológico, bem como a análise de conteúdo de Bardin (2011). A amostra foi composta de 15 graduandos do decimo período do curso Enfermagem de uma universidade pública no município de Caxias-MA, foram incluídos graduandos devidamente matriculados, maiores de 18 anos. Os entrevistados expressam entender a morte como algo natural intrínseco à vida, no entanto, foi possível verificar em suas falas que alguns dos participantes sentiram desconforto

em falar da morte, revelando a dificuldade que estes têm em lidar com o processo de morte e morrer dos pacientes, bem como lidar com os sentimentos dos familiares destes, ademais, alguns estudantes refletem sobre si, e sua própria finitude. Ressalta-se a importância de se abrir espaços, dentro dos cursos de saúde, para a prática da reflexão da morte, sobretudo de enfermagem, pois estes profissionais se encontram mais próximos à realidade do processo de morte no dia-a-dia profissional. O preparo psicológico é essencial para formação de profissionais seguros e estáveis emocionalmente, minimizando o adoecimento psicológico entre estudantes e profissionais da saúde.

PALAVRAS-CHAVE: Curso de Enfermagem. Morte. Sofrimento Mental.

PSYCHOLOGICAL PREPARATION OF NURSING ACADEMICS IN FACING THE DEATH PROCESS

ABSTRACT: The nursing student is taught to provide care and comfort to their patients for a cure and when it comes to the death process, academics experience emotional sensations such as anguish and fear. The study aimed to know the preparation in the training of undergraduate nursing students to face death

and dying. Descriptive research of qualitative character that used the phenomenological method, as well as the content analysis of Bardin (2011). The sample consisted of 15 undergraduates from the tenth period of the Nursing course of a public university in the city of Caxias-MA, were enrolled duly enrolled students over 18 years of age. Respondents expressed their understanding of death as intrinsic to life. However, it was possible to verify in their speeches that some of the participants felt discomfort in talking about revealing the difficulty they have in dealing with the process of death and dying of patients, as well as dealing with the feelings of their relatives, in addition, some students reflect on themselves, and their own finitude. It is important to open spaces within health courses for the practice of reflection on death, especially nursing, since these professionals are closer to the reality of the death process in the professional life. Psychological preparation is essential for the formation of safe and emotionally stable professionals, minimizing psychological illness among students and health professionals.

KEYWORDS: Nursing Course. Death. Mental Suffering.

1 | INTRODUÇÃO

Tão importante quanto refletir sobre a morte é saber lidar com os processos inerentes a ela, uma vez que o sujeito passa por fases conflituosas que lhe farão chegar até a aceitação do fato em si. O acadêmico de enfermagem é ensinado a amenizar a dor, dar conforto aos seus pacientes até chegar à cura. Para Lucena et al. (2014), a morte incomoda e desafia a capacidade humana e profissional, pois os profissionais de saúde são ensinados a cuidar única e exclusivamente da vida, o que resulta em despreparo para lidar com o processo de morte e morte.

A morte é um processo biológico natural, intrínseco ao homem e por isso apresenta variáveis que envolvem aspectos emocionais, culturais e sociais. Embora, nos tempos atuais, mesmo com todo o avanço da ciência, no que se refere ao processo saúde-doença, a morte é encarada como um tabu, pois a simples menção ao tema causa diversas sensações emocionais como angústia e medo, entretanto, a morte é um processo presente no cotidiano do ser humano, sendo interpretada de acordo com os costumes e cultura de cada civilização, e que sempre despertou dor e sofrimento em sua trajetória (FAGUNDES, 2013; SALES et al., 2013).

Segundo Bandeira (2014) é perceptível a dificuldade em tratar sobre o assunto morte, aparentemente aceitar este fenômeno seria dar abertura ao fracasso, haja vista que a morte está diretamente relacionada com o finitude do ser, o que deixa os demais sob uma postura defensiva, no entanto, a negação e o distanciamento diante das situações de morte e morrer, não conseguem erradicar inúmeros sentimentos de pesar e reações humanas neste momento.

Lucena et al. (2014) ressalta que é no ambiente hospitalar que os extremos vida e morte se encontram e neste espaço o enfermeiro é o profissional que está

mais próximo do paciente, se tornando um apoio perante o processo de doença, cura ou morte. Portanto, torna-se pertinente uma reflexão sobre o assunto com o propósito de preparar psicológico dos estudantes para o enfrentamento do processo de morrer e suas implicações quando em exercício de seu ofício.

Compreender a visão e apreensões dos graduandos de Enfermagem sobre o enfrentamento do processo de morte e o morrer é essencial para o processo de formação dos estudantes, tal conhecimento pode demonstrar como os graduandos portam-se frente a morte de seus pacientes no período de estágio supervisionado, bem como seus futuros pacientes (KUSTER D; BISOGNO, 2010).

A pesquisa buscou responder o seguinte questionamento: Quais as dificuldades dos acadêmicos de enfermagem em lidar com o processo morte-morrer. Para tanto, o estudo justifica-se pelo interesse em gerar um diálogo e, conseqüentemente uma reflexão sobre o fenômeno da morte e do morrer, nos cursos de graduação de enfermagem, uma vez que a morte, assim como o processo de morrer, estão inseridos no cotidiano do enfermeiro. Neste contexto, objetivou-se conhecer o preparo na formação dos graduandos em Enfermagem para o enfrentamento da morte e o morrer.

2 | METODOLOGIA

Estudo descritivo com abordagem qualitativa que utilizou o método fenomenológico (CAPALBO, 1994). A pesquisa foi realizada na Universidade Estadual do Maranhão - UEMA, no campus do Município de Caxias - Ma, a amostra contou com um número de 15 alunos do décimo período do curso de Enfermagem. Os critérios de inclusão definidos para a pesquisa priorizaram somente os alunos que cursam o décimo período de Enfermagem nesta instituição, maiores de 18 anos e que concordaram em participar da pesquisa mediante assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

A coleta de dados se deu a partir de entrevista com questionário composto por perguntas abertas e ocorreu nos meses de setembro a outubro de 2015. A análise dos dados passou por etapas previamente estipuladas, seguindo o roteiro da Análise de Conteúdo de Bardin (2011), conjunto de técnicas de análise das comunicações, que utiliza procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens.

O Estudo foi devidamente aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa (CEP) da Universidade Estadual do Maranhão sob o registro de número CAAE 43839115.5.0000.5685. Os pesquisadores responsáveis comprometeram-se com as normas preconizadas pela Resolução CNS nº 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde do Ministério da Saúde.

3 | RESULTADOS E DISCUSSÃO

Para garantir o sigilo e anonimato dos sujeitos do estudo, seus nomes foram substituídos pela sigla “Acd” posteriormente enumerados com a ordem da coleta de dados. A pesquisa analisou as falas e destas emergiram duas categorias discutidas separadamente, quais sejam: Categoria I: Significado do processo morte e morrer expressados pelos acadêmicos de enfermagem e Categoria II: Enfrentamento do processo da morte pelos futuros enfermeiros.

Categoria I: Significado do processo morte e morrer expressados pelos acadêmicos de enfermagem

Esta categoria surge a partir dos relatos dos estudantes quando questionados sobre o significado do processo de morte e morrer, bem como os seus sentimentos a respeito deste fenômeno. Os fragmentos de fala selecionados revelam como os acadêmicos lidam ou percebem o fenômeno da morte. Nas falas pode-se perceber que, para eles a morte trata-se de um processo natural, inerente à vida pelo qual todos irão passar.

Significa a conclusão de uma jornada, algo inevitável, biológico, no entanto caracteriza-se também como um processo cercado de sentimentos como frustração, dor e tristeza (Acd 1).

Morte, morrer é um processo natural e inevitável que mexe com os seres humanos, pois mesmo sendo natural e inevitável ninguém quer (Acd 2).

É um processo que faz parte da vida, que apesar de difícil precisamos nos acostumar (Acd 3).

[...] é uma situação inevitável diante da profissão escolhida, existe, portanto, algumas etapas que devem ser reconhecidas pelo profissional (Acd 7).

É um processo natural difícil de se compreender, mas que aceitamos mesmo assim, momento doloroso na vida das pessoas, mas por qual todo ser vivo irá passar (Acd 14).

De acordo com as falas dos sujeitos entrevistados, nota-se um sentimento de conformidade, perante o processo da morte, em que, apesar de ser uma situação conflituosa no que se refere a sentimentos, o indivíduo deve resigna-se a sua condição de ser efêmero.

Para Lucena et al. (2014), a morte é um evento ligado à vida, sendo, portanto, parte integrante dela. Assim, a presença da morte no cotidiano é um fato independente de suas causas ou formas. Faz parte do ciclo de vida humano e, portanto, natural do ponto de vista biológico, viver é, portanto, um presente dado pela natureza em consignação confiscável e sendo um fator inevitável da passagem do tempo.

Ainda que, os entrevistados expressem entender a morte como algo natural

intrínseco à vida, é possível verificar em suas falas que a resignação é como se fosse algo imposto, uma vez que tem que ser aceito mesmo que seja difícil, pois é algo que tem que acontecer e que nada pode ser feito para evitar.

Essa conformação aparece como um fardo doloroso e incompreensível, mas que deve ser encarado, dado que estas pessoas se tornarão profissionais que mesmo tendo como ofício a manutenção da vida, vão se deparar com a realidade da morte no decorrer de suas carreiras, portanto, vê-la como natural pode ser um meio de amenizar os conflitos de sentimentos que a morte pode gerar nesses futuros enfermeiros.

Os fragmentos de falas seguintes expressam esse sentimento de pesar:

Um processo difícil em que há o término da atividade vital, onde há um certo despreparo tanto da equipe de saúde como da família não aceitarem a notícia (Acd 5).

Morrer significa o fim de um ciclo que muitas vezes devido à causa torna-se dolorosa e difícil de aceitar (Acd 10).

Significa um processo não aceitável, mas devemos trabalhar a respeito do assunto, pois iremos nos deparar no cotidiano da nossa profissão (Acd 12).

É o processo de cessação dos sinais vitais da pessoa, onde é um momento difícil e incompreensível de se lidar (Acd 13).

É o momento em que o profissional precisa lidar com a situação de morte e preparo do paciente, diante da situação dolorosa que é a morte (Acd 11).

É uma das condições em que os pacientes e a família se encontram. Onde requer o maior suporte psicológico da equipe e uma estrutura emocional maior por parte da mesma para compreender as angustias, os questionamentos que surgem nessa circunstância que muitas vezes é preenchido por parte da equipe (Acd 6).

Kuster e Bisogno (2010), citam que quando a morte ocorre, não está desprovida de contextos emocionais, por representar o rompimento de um vínculo com alguém que se goste ou não, que não mais estará e fará parte do cotidiano dos vivos. Esse também é um momento onde se reflete e se faz uma síntese de vários aspectos da pessoa e de nossa vida.

Para Gutierrez e Ciampone (2007), a visão relacionada ao ato de morrer tem se modificado com o decorrer das transformações das sociedades, e está diretamente ligado ao estágio de desenvolvimento dessa comunidade, assim como as suas especificidades, valores e ritos. Sendo assim, o debate acerca da morte está sujeito às variações de significados que cada corpo social, atribui para o fenômeno morte/morrer.

Verificou-se que alguns dos acadêmicos atribuíram à morte um conceito mais próximo ao de morte biológica. “ É a cessação completa dos sinais vitais (Acd 8); Deixar de existir (Acd 9); Trata-se o fim da vida, onde há a interrupção dos sinais vitais (Acd 15).” É importante salientar que na pesquisa alguns dos entrevistados

refletem sobre a morte de pacientes, de forma inerte, com menos valor sentimental em relação às falas dos participantes anteriores.

Para algumas pessoas torna-se menos complicado, expressar sensações menos emotivas sobre a morte, desde que a morte não seja de um familiar, ente querido ou mesmo a sua própria morte. É percebido que o homem tende a afastar a ideia da própria morte.

De acordo com Lucena et al. (2014), cada indivíduo apresenta uma reação de acordo com suas próprias vivências e formação cultural. Nesse contexto, o conceito de morte é relativo, depende do desenvolvimento psíquico e situação afetiva de cada pessoa, é complexo e mutável, depende do contexto situacional.

Nas instituições de ensino de saúde, a morte é tratada de forma superficial, os estudantes não têm oportunidade de expressar o que pensam sobre a morte. Do mesmo modo ocorre nos hospitais, quando estes acadêmicos se tornam profissionais, suas sensações e impressões sobre a morte são reprimidas, sob a justificativa de que o profissional não deve ter envolvimento emocional para não afetar a sua vida pessoal.

O discurso apresentado pelos alunos nesse momento da pesquisa pode-se configurar como uma maneira de se resguardar da morte, não expressando significado mais profundo sobre o tema e a complexidade de sentimentos e sensações que estão implícitos a ela.

Para Pinho e Barbosa (2010), o ser humano em geral prefere falar sempre da vida, das coisas belas, fazer planos e sonhos. Em momento algum quer pensar na morte, que na verdade faz parte desta mesma vida, de seu desenvolvimento final. O fato de não se conhecer quando, nem de que maneira a morte virá, geralmente encontra as pessoas despreparadas para lidar com o fim da vida.

Negar a morte foi o jeito que o ser humano encontrou para se distanciar desta, assim imagina-se a morte como algo que seja para o futuro distante, ou mesmo que seja para outrem, pois pensar a própria morte é para a humanidade uma tarefa complexa.

Mesmo sendo repelida ao máximo pelos seres humanos, a morte é a única certeza que este tem na vida. Reconhecer a necessidade de refletir sobre o processo desta em seu cotidiano seria abrir caminho para a aceitação sem fardo de que o homem é para a morte tanto quanto é para a vida.

Moro et al. (2010), endossam afirmando que a morte é inevitável e se constitui um fenômeno da vida e acompanhar este processo gera reações dentro dos limites e sentimentos de cada ser humano e o medo da morte provavelmente pode ser minimizado quando se possui o conhecimento sobre essa temática.

Categoria II: Enfrentamento do processo da morte pelos futuros enfermeiros

No que se refere à maneira com que os estudantes pretendem lidar com o

processo de morte/morrer de seus futuros pacientes, ainda que estes vejam a morte como um fenômeno natural da vida e que fará parte no seu cotidiano profissional, alguns dos sujeitos da pesquisa expressaram sentimentos, como tristeza, angústia, medo, e impotência diante da morte.

É muito triste ter que lidar com isso, queremos promover a saúde e quando isso não é possível acaba nos frustrando (Acd 3).

Pesar frente à situação (Acd 8).

Tristeza angústia, medo é a trilogia de sentimento vivenciados, quando alguém paciente vem a óbito (Acd 11).

Sentimento de impotência, pois como profissional não pode intervir nesse processo (Acd 12).

Sentimento de angústia, medo de não saber o que fazer, como lidar com a situação e com a família do paciente (Acd 13).

Visto que à enfermagem é atribuído o legado do cuidar, particularmente a respeito da manutenção da vida, nota-se que os entrevistados, quando se referem a defrontar-se com o fenômeno morte, demonstram disposição a superar qualquer temor inerente ao tema, uma vez que o enfermeiro é o profissional mais próximo do paciente e seus familiares, este deve demonstrar firmeza, porém sem perder a sensibilidade que o momento requer.

Mas ao mesmo tempo apresenta uma deficiência na formação, no que se refere ao enfrentamento do fenômeno, já que estão sendo preparados para a cura. O sentimento de impotência retira a possibilidade de contribuir com a saúde do paciente.

Encaro como algo presente na vida profissional, apesar dos sentimentos negativos (frustração, tristeza), sempre devemos garantir apoio emocional aos familiares e pacientes em fases terminais (Acd 1).

É um sentimento de tristeza e um pouco de dever cumprido, pois a enfermagem está sempre diante do processo morte/morrer ainda que lutando juntamente com o paciente por sua vida, cuidando essa que é a especialidade da enfermagem, me sinto triste quando perdemos uma vida (Acd 4)..

O sentimento, logicamente, é de pesar, porém não deve afetar a assistência ofertada ao cliente, não permitindo, portanto, um abalo emocional diante do dado (Acd 7).

Em relação à morte de pacientes por mais que nos abalamos temos que nos colocar de forma segura e controlada (Acd 10).

Apesar do medo de não saber como reagir, penso que o profissional deve se manter seguro quando ocorrer à morte de pacientes (Acd 15).

Sobre isto, Aguiar et al. (2006), enfatiza que o cuidar está inserido desde o nascer até o morrer. A finalidade desta ação implica aliviar, ajudar, pois a cura não é

o fim, devendo estar presente até mesmo no processo de morrer.

O discurso apresentado pelos participantes nessa fase da pesquisa demonstra que os acadêmicos percebem a morte como algo que causa dor, muito sofrimento, além de apresentarem uma consciência de que é um processo que muitas vezes afeta não só a família, mas também a equipe hospitalar, portanto, é necessário o preparo para enfrentar esta situação, e está apto a dar conforto para a família dos pacientes.

Segundo Paiva, Almeida Júnior e Damásio (2014), no que tange à perspectiva da relação profissional-paciente-família, o foco do cuidado não deve ser direcionado somente à pessoa em processo de terminalidade, mas a todo o grupo familiar.

O apoio da equipe de saúde no processo da morte, à família do paciente, que nesse momento se sente vulnerável, é de suma importância. Entender a dinâmica de como a morte afeta os familiares é um passo para a melhor prestação de serviço, sobretudo por parte do enfermeiro, que é o profissional pelo qual a família sentirá mais proximidade.

É importante que a equipe hospitalar deixe os familiares à vontade para expressar de forma livre o que sente a respeito da morte, assim vivenciarão as etapas previstas e já descritas nesta pesquisa de forma completa, e por fim a aceitação acontecerá gradativamente como deve ser.

Conforme Oliveira e Amorim (2008), a expressão emocional deve ser permitida abertamente, não se considerando a necessidade de medicalizar o fato. O enlutado deve ser livre para expressar seus sentimentos de raiva e angústia, que comumente ocorrerão para com aqueles que o ajudam. A necessidade de expor as sensações acerca da morte também se estende ao profissional de enfermagem, pois este não é um ser inerte a esse processo, haja vista que como ser humano é dotado de emoções e sensações, sendo assim não é possível manter uma neutralidade diante de um momento cheio de representatividade emocional.

Verificou-se que alguns dos participantes sentiram dificuldades em falar da morte, revelando a dificuldade em lidar com o processo de morte dos pacientes, bem como lidar com os sentimentos dos familiares destes, evidenciando ser complicado encarar esse momento, ainda demonstram não saber gerenciar suas próprias emoções. Nota-se também que nesse momento alguns estudantes refletem sobre si, e o fato da finitude ser para todo ser, além do fato de o homem não ter controle sobre isto. Onde se pode observar na fala da Acd 9.

É sempre complicado lidar com essa problematização (Acd 5).

Para mim, difícil de lidar com pacientes que devido a algumas patologias, pode vir a qualquer momento a óbito, pois nós pensamos na gente mesmo (Acd 9).

Os sentimentos com relação a essa temática são construídos na vivência, durante os estágios, momento em que o acadêmico tem a oportunidade de observar essas situações e amadurecer enquanto futuro profissional, entendendo que os

enfermeiros devem ter calma e oferecer conforto à família (Acd 6).

Nas palavras de Rockembach, Casarin e Siqueira (2010), durante o exercício da profissão, os enfermeiros seguem normas e condutas éticas, profissionais e institucionais objetivando salvar vidas e evitar a morte. Ao colocar em prática os seus conhecimentos, habilidades e competências, buscam dar suporte para a promoção, prevenção e recuperação da saúde. O não alcance dos objetivos propostos pode causar um estado de tristeza, frustração e estresse pela perda que a morte representa.

É importante ressaltar que para o enfrentamento da morte é fundamental que o profissional entenda a importância da compreensão do fenômeno morte, para tanto é necessário que este conte com espaços onde possa expressar o que sente sobre a morte. Assim poderá manter um diálogo aberto, claro e simples com os familiares, no que diz respeito às transformações que ocorrerão no processo da morte, para melhor atender às necessidades da família.

Questões como saber lidar com vida e morte; aprender a morrer; enfrentar a morte e a ausência física; elaborar o luto para reorganizar a vida; dentre tantas outras que norteiam o assunto, podem ter função importante para a relação entre o enlutado e o profissional, visto que o elemento emocional, no que se refere à perda do ente querido ou a proximidade com a morte, estará presente no atendimento (CAMPOS, 2013).

A visão predominante no campo de saúde afirma que o bom profissional no ambiente hospitalar é aquele que não demonstra envolvimento sentimental, com a finalidade de que a morte dos pacientes não tenha influência em sua vida. É preciso manter uma postura segura, para passar confiança à família sem deixar se envolver pelo momento.

Embora seja natural, é complicado de encarar, pois o profissional mesmo com o sentimento de perda que dá, tem que saber enfrentar essa situação para que isso não afete sua vida, e também tem que lidar com os familiares que estarão muito fragilizados (Acd 14).

Em se tratando de pacientes é normal, pois se torna natural conviver com a morte de pacientes chegando a não mexer com meu emocional (Acd 2).

Embora, os sujeitos busquem mecanismos para manter-se inerte frente à morte, é notório que diante desta, nenhuma pessoa está isenta de experimentar qualquer sensação que possa vir a ser, desde tristeza pela perda ou até sentimento de raiva pelo não cumprimento de seus objetivos de levar o paciente a cura.

Silva Júnior et al. (2011), refletem que, de um modo geral, os estudantes e profissionais de enfermagem não se permitem viver o luto de outros, talvez, na tentativa de se protegerem ou então porque não estão preparados para conviver com essas manifestações somáticas e emocionais, acreditando que sua postura deva ser firme e que reconhecer o seu sofrimento significa ferir sua índole.

Neste sentido, Sousa et al. (2009), contribuem assentindo que a morte, apesar

de inevitável em algum momento da vida do ser humano, não é uma questão simples de ser discutida, uma vez que, em nossa cultura, muitas vezes é representada pelo pavor e pela não aceitação.

4 | CONSIDERAÇÕES FINAIS

O medo da morte leva os acadêmicos a encará-la de modo negativo, através de mecanismos que os afastem ao máximo desta realidade, quer seja por meio de evitar falar sobre o tema, ou por intermédio de tecnologias que retardam o processo de morte, como em instituições hospitalares. A forma que cada indivíduo encara a morte vai definir o modo de enfrentamento da mesma, levando-se em conta como estes sujeitos a relaciona em suas vivências pessoais e profissionais.

Os estudantes são ensinados nas instituições de saúde a desenvolver técnicas e habilidades práticas que possibilitem assistência aos pacientes voltadas para a cura e bem estar destes. Promover a recuperação da saúde do sujeito enfermo é uma das principais competências do profissional enfermeiro.

Assim entende-se que a morte é o oposto do objetivo que a enfermagem busca alcançar, tornando-se um obstáculo para a boa prática de sua profissão, o que leva os profissionais a experimentarem um sentimento de impotência diante de um fenômeno sobre o qual ele não tem domínio, tal situação pode gerar conflitos emocionais e psicossociais no enfermeiro se este não souber lidar com os sentimentos complexos gerados do processo de morte.

A dificuldade expressa pelos entrevistados em falar sobre a morte mostra que considerar uma discussão sobre o tema pode abrir espaço para uma reflexão da própria morte, pois o ser humano é perecível a morte e ninguém pode fugir dessa condição. Assumir sua finitude ainda é um assunto que gera desconforto para a humanidade, sobretudo em uma sociedade, que desenvolveu recursos para distanciar à morte.

E seus relatos, os acadêmicos de enfermagem manifestaram um temor de não saber se são capazes de lidar com a morte de seus pacientes no futuro, resultado que aponta a possível necessidade de acompanhamento psicológico que muitos terão, tendo em vista que lidar com o processo de morte requer preparo psicológico, acadêmico e profissional.

Observou-se que os graduandos de enfermagem pensam na morte com preconceitos e tabus, o que dificulta a aceitação e enfrentamento do processo de morte, isso por que a percebem como um mal que deve ser combatido, e não como acontecimento inerente à vida, na qual sua compreensão é fundamental, principalmente por parte daqueles que se tornarão profissionais e que estarão em maior proximidade com pacientes e familiares no processo de morte/morrer.

Diante disto, ressalta-se a importância de se abrir espaços, dentro dos cursos de saúde, para a prática da reflexão da morte, sobretudo de enfermagem, pois estes profissionais se encontram próximos à realidade do processo de morte/morrer em

seu dia-a-dia, por estarem em constante contato e proximidade com os pacientes e familiares.

Pensar sobre a morte e ser preparado para enfrentá-la, traria para os estudantes a oportunidade de desconstruir um tabu enraizado acerca da discussão sobre o fenômeno que é, ao mesmo tempo, natural e cultural, posto que ela tenha representações diferentes a depender de cada povo.

Espera-se, que este estudo possa contribuir com a literatura, para o surgimento de novos estudos a respeito do tema proposto, fornecendo recursos para a compreensão do processo de morte e morrer, colaborando para a formação de novos enfermeiros, assim como de outros profissionais da área da saúde.

REFERÊNCIAS

AGUIAR, I. R. et al., O envolvimento do enfermeiro no processo de morrer de bebês internados em Unidade Neonatal. **Acta Paul Enferm.**, v.19, n.2, p.131-37, 2006.

BANDEIRA, D. et al. A morte e o morrer no processo de formação de enfermagem sob a ótica de docentes de enfermagem. **Texto Contextos Enferm.**, v.23, n.2, p.400-407, 2014.

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

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução 466/12 de 12 de dezembro de 2012**. Dispõe sobre diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Brasília, 2012.

CAMPOS, M. T. F. S. A influência do luto no comportamento alimentar e suas implicações nas condutas nutricionais. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.18, n.9, p.2769-2779, 2013.

CAPALBO, C. Abordando a enfermagem a partir da fenomenologia. **Rev. Enf. UERJ**. v.2, n.1, p.70-76,1994.

FAGUNDES, R. B. Reflexões sobre a transitoriedade da vida e a arte de curar. **Revista da AMRIGS**, v.57, n.1, p.3-4, 2013.

GUTIERREZ, B. A. O.; CIAMPONE, M. H. T. O processo de morrer e a morte no enfoque dos profissionais de enfermagem de UTIs. **Rev Esc Enferm USP**, v.41, n.4, p.660-667, 2007.

KUSTER D. K.; BISOGNO, S. B. C. A percepção do enfermeiro diante da morte dos pacientes. **Disc. Scientia**. Série: ciências da saúde, v.11, n.1, p.9-24, 2010.

LUCENA, A. L. R. et al. Morte no ambiente hospitalar: analisando a percepção de graduandos em enfermagem. **Rev. Ciênc. Saúde Nova Esperança**, v.12, n.1, p.4-14, 2014.

MORO, C. R. et al. Desvelando o processo de morrer na adolescência: a ótica da equipe de enfermagem. **Rev. Rene**, v.11, n.1, p.48-57, 2010.

OLIVEIRA. W. I. A.; AMORIM, R. C. A morte e o morrer no processo de formação do enfermeiro. **Rev Gaúcha Enferm.**, v.29, n.2, p.191-198, 2008.

PAIVA, F. C. L.; ALMEIDA JÚNIOR, J. J.; DAMÁSIO, A. C. Ética em cuidados paliativos: concepções sobre o fimda vida. **Rev. Bioét.**, v.22, n.3, p.550-560, 2014.

PINHO, L. M. O.; BARBOSA, M. A. A relação docente-acadêmico no enfrentamento do morrer. **Rev. Esc Enferm. USP.**, v.44, n.1, p.107-112, 2010.

ROCKEMBACH, J.V.; CASARIN, S. T.; SIQUEIRA, H. C. H. Morte pediátrica no cotidiano de trabalho do enfermeiro: sentimentos e estratégias de enfrentamento. **Rev. Rene**, v.11, n.2, p.63-71, 2010.

SALES, C. Aparecida. et al. O processo morte-morrer: Definições de acadêmicos de enfermagem. **Rev. Rene**, v.14, n.3, p.521- 530, 2013.

SILVA JÚNIOR, F. J. G., et al. Processo de morte e morrer: evidências da literatura científica de Enfermagem. **Rev Bras Enferm.**, v.64, n.6, p.1122-26, 2011.

SOUSA, D. M. et al. A vivência da enfermeira no processo de morte e morrer dos pacientes oncológicos. **Rev Texto Contexto de Enfermagem**, v.18, n.1, p. 41-47, 2009.

PROJETO DE EXTENSÃO COMVIVER

Giselle Carvalho Maia

Centro Universitário do Leste de Minas Gerais –
UNILESTE
Escola de Educação e Saúde
Curso de Graduação em Fisioterapia
Ipatinga, Minas Gerais

Mariza Aparecida Alves Araújo

Centro Universitário do Leste de Minas Gerais –
UNILESTE
Escola de Educação e Saúde
Curso de Graduação em Fisioterapia
Ipatinga, Minas Gerais

Cíntia Kelly Campos de Oliveira Sabadini

Centro Universitário do Leste de Minas Gerais –
UNILESTE
Escola de Educação e Saúde
Curso de Graduação em Fisioterapia
Ipatinga, Minas Gerais

Mary Lee dos Santos

Centro Universitário do Leste de Minas Gerais –
UNILESTE
Escola de Educação e Saúde
Curso de Graduação em Fisioterapia
Ipatinga, Minas Gerais

Jorge Costa Neto

Centro Universitário do Leste de Minas Gerais –
UNILESTE
Escola de Educação e Saúde
Curso de Graduação em Fisioterapia
Ipatinga, Minas Gerais

Cristian de Souza Freitas

Centro Universitário do Leste de Minas Gerais –
UNILESTE
Escola de Educação e Saúde
Curso de Graduação em Fisioterapia
Ipatinga, Minas Gerais

RESUMO: O aumento de pessoas com doenças crônicas e o desenvolvimento de novos tratamentos e tecnologias que permitem conviver com estas doenças por períodos de tempo extremamente longos, tornarampremente a necessidade de melhorar a qualidade de vida dos indivíduos que sofrem deste tipo de doença, em especial diabéticos e hipertensos. O projeto ComViver, criado em 2004, surgiu da necessidade de oferecer uma abordagem fisioterapêutica específica ao público diabético e hipertenso, tornando-se um espaço privilegiado para o meio acadêmico e a comunidade como fonte de produção de conhecimento através da prática acadêmica possibilitando a formação do profissional e oferecendo ao público externo intervenção fisioterapêutica. O projeto integrador é uma ferramenta que visa sistematizar os conhecimentos adquiridos pelos estudantes durante o desenvolvimento do curso. Essa ferramenta associada ao projeto de extensão possibilita ao aluno uma ampla

vivência prática-profissional mediante aplicação dos conhecimentos em situações reais. Assim, o objetivo desse projeto é integrar ensino, pesquisa com demandas da sociedade. Oferecer à comunidade um programa de exercício físico com orientação segura, de forma gratuita e promover ao aluno, através do Projeto Integrador, a inter-relação entre as disciplinas do período, aprimorando a capacidade de interpretação e análise crítica. Desenvolvendo, assim, habilidades do trabalho em equipe, discutir ideias em público, levantar informação bibliográfica.

PALAVRAS-CHAVE: Doenças crônicas, Fisioterapia, Projeto Integrador

EXTENSION PROJECT COMVIVER

ABSTRACT: The increase of people with chronic diseases and the development of new treatments and technologies that allow living with these diseases for extremely long periods of time, have made pressing the need to improve the quality of life of individuals suffering from this type of disease, especially diabetics and hypertensive. The ComViver project, created in 2004, arose from the need to offer a specific physiotherapeutic approach to the diabetic and hypertensive public, becoming a privileged space for the academic community and the community as a source of knowledge production through academic practice enabling the formation of professional training and offering physiotherapeutic intervention to the external public. The integrator project is a tool that aims to systematize the knowledge acquired by students during the course development. This tool, associated to the extension project, allows the student a broad practical-professional experience through the application of knowledge in real situations. Thus, the objective of this project is to integrate teaching, research with society's demands. Provide the community with a program of physical exercise with safe guidance, free of charge and promote to the student, through the Integrator Project, the interrelation between the disciplines of the period, improving the capacity for interpretation and critical analysis. Thus, developing teamwork skills, discussing ideas in public, and collecting bibliographical information.

KEYWORDS: Chronic diseases, Physiotherapy, Integrative Project

1 | INTRODUÇÃO

As doenças crônico-degenerativas relacionam-se com as condições de vida e trabalho da população, gerando atenções psicossociais e, conseqüentemente, o desgaste e a deterioração orgânico-funcional, com especial sobrecarga dos sistemas Nervoso, Endócrino e Cardiovascular. Diante da incidência de casos dessas doenças e o desenvolvimento de novos tratamentos, várias ações no âmbito da saúde pública têm sido realizadas em busca da melhor qualidade de vida desses indivíduos. Neste contexto, um número cada vez maior de pessoas com este padrão de afecções tende a compor a clientela dos serviços de saúde. O número de diabéticos em todo o mundo vem crescendo significativamente, atingindo atualmente cerca de 135

milhões de pessoas, e, em 2025, a estimativa é de 300 milhões. A hipertensão arterial acomete uma em cada quatro pessoas adultas. Assim, estima-se que atinja em torno de 25% da população brasileira adulta, chegando a mais de 50% após os 60 anos e está presente em 5% das crianças e adolescentes no Brasil. É responsável por 40% dos infartos, 80% dos derrames e 25% dos casos de insuficiência renal terminal. O aumento de pessoas com doença crônica e o desenvolvimento de novos tratamentos e tecnologias que permitem conviver com estas doenças por períodos de tempo extremamente longos, senão mesmo toda a vida, o reconhecimento dos direitos do doente, bem como a necessidade de melhorar a tomada de decisão no contexto dos cuidados da saúde e de proceder a uma mais eficaz distribuição de seus recursos, tornaram premente a necessidade de melhorar a qualidade de vida dos indivíduos que sofrem deste tipo de doença. Assim, com o intuito de integrar ensino-pesquisa-extensão às demandas da sociedade, foi criado em 2004 o Projeto ComViver, pelo Curso de Fisioterapia do Centro Universitário do Leste de Minas Gerais - UNILESTE. Surgiu da necessidade de oferecer uma abordagem fisioterapêutica específica ao público diabético e hipertenso, tornando-se um espaço privilegiado para o meio acadêmico e a comunidade como fonte de produção de conhecimento através da prática acadêmica possibilitando a formação do profissional e oferecendo ao público externo intervenção fisioterapêutica. Proporciona ao aluno a efetiva interação com a sociedade, seja para se situar historicamente, politicamente, culturalmente ou para referenciar sua formação tendo a oportunidade de exercer na prática o conteúdo teórico adquirido ao longo do curso.

O projeto integrador é uma ferramenta que visa sistematizar os conhecimentos adquiridos pelos estudantes durante o desenvolvimento do curso. Essa ferramenta associada ao projeto de extensão possibilita ao aluno uma ampla vivência prática-profissional mediante aplicação dos conhecimentos.

2 | OBJETIVOS

O projeto tem como objetivo oferecer abordagem fisioterapêutica aos indivíduos com diagnóstico clínico de diabetes mellitus e hipertensão arterial, ou que apresentem predisposição ao desenvolvimento dessas doenças, por meio do programa de exercício físico com orientação segura, de forma gratuita, realizando uma ação de promoção a saúde, aproximando os alunos à comunidade. Dessa forma, integrar o ensino, a pesquisa com as demandas da sociedade buscando o comprometimento do Unileste com interesses e necessidades da comunidade local, associando o saber acadêmico com o saber popular. Oferecer à comunidade um programa de exercício físico com orientação segura, de forma gratuita, realizando uma ação de promoção de saúde, aproximando os alunos da realidade da comunidade. Promover ao aluno do Projeto Integrador a inter-relação entre as disciplinas do período, aprofundar um

tema específico na área Fisioterapia, aprimorando a capacidade de interpretação e análise crítica. Além disso, desenvolver habilidades para o trabalho em equipe, discutir ideias em público, levantar informação bibliográfica em indexadores periódicos, livros, manuais técnicos e outras fontes especializadas através de meios convencionais e eletrônicos.

3 | METODOLOGIA

O projeto oferece atividades preventivas e de intervenção a indivíduos com diagnóstico clínico de diabetes mellitus e hipertensão arterial ou fatores de risco para o desenvolvimento das patologias citadas. Os alunos do projeto são selecionados mediante edital anual promovido pelo Unileste, sendo divididos em equipes, e responsáveis pela elaboração e organização das atividades, sob supervisão docente. Os pacientes cadastrados na Clínica Escola são convidados a participar por meio de contato telefônico, baseado em uma lista de indivíduos cadastrados.

As atividades são realizadas em dois dias na semana, com duração de uma hora, no Campus do Unileste. Os alunos inseridos são divididos em equipes e ficam responsáveis pela criação e organização do atendimento. Os objetivos das condutas propostas são elaborados e discutidos previamente com esses alunos, criando um cronograma de atividades a serem executadas por cada equipe. Todos os alunos participantes, independente do período do curso que estão matriculados, tem a oportunidade de realizar as atividades práticas. O projeto atualmente tem a participação de 20 pacientes e 15 alunos matriculados a partir do sexto período. As atividades realizadas são monitoradas e constam da aplicação de protocolos que envolvem circuitos de propriocepção, coordenação motora, equilíbrio, atividades de força e condicionamento físico, dinâmicas lúdicas e palestras educativas. A cada semestre, os participantes são reavaliados.

Os alunos envolvidos com o desenvolvimento do Projeto Integrador (PI) realiza ações de avaliação com os participantes do Projeto ComViver ao longo do semestre. As ações incluem: realizar visitas com objetivo que os alunos conheçam as atividades desenvolvidas no projeto e o perfil do público atendido. Após esse contato criam um roteiro de avaliação que envolva as disciplinas cursadas utilizando o conteúdo teórico aprendido em sala de aula no período vigente. A partir disso, escolhem um instrumento de avaliação dentre as disciplinas cursadas e aplica com os participantes do projeto (Teste de caminhada de seis minutos, Teste de equilíbrio de Berg, Teste de sentar e levantar, Teste de sensibilidade e Diário miccional). Após aplicação do instrumento os alunos correlacionam os dados obtidos com os encontrados na literatura. Esses alunos apresentam na Semana do Projeto Integrador o instrumento utilizado e os resultados encontrados. Com isso os alunos tem a oportunidade de vivenciar o ensino, pesquisa e extensão vinculados ao desenvolvimento do Projeto Integrador.

4 | IMPORTÂNCIA ACADÊMICA DO PROJETO

O projeto permite aos alunos vivenciar na prática, através do contato com o paciente, os conhecimentos teóricos adquiridos em sala de aula. Oferece aos pacientes a oportunidade de estarem inseridos em um programa de exercício físico com orientação segura e de forma gratuita. Além de se tornar um campo possível para realização de projeto integrador, pesquisas e trabalhos de conclusão de curso.

5 | IMPACTOS

O projeto permite aos alunos vivenciar na prática os conhecimentos teóricos adquiridos em sala de aula. Além disso, instiga a produção de pesquisa por meio da prática acadêmica, contribuindo para formação profissional e oferecendo ao público externo intervenção fisioterapêutica. A associação entre projeto ComViver e PI propiciou aos alunos o aprofundamento em um tema específico da fisioterapia, aprimorando a capacidade de interpretação e análise crítica, desenvolvimento de habilidades para o trabalho em equipe, discussão de ideias em público, levantamento bibliográfico e incentivo à pesquisa e extensão.

6 | CONSIDERAÇÕES FINAIS

O projeto ComViver propicia a integração do ensino, pesquisa e extensão com as demandas da sociedade, além de permitir ao aluno sua efetiva interação com a comunidade, seja para se situar historicamente, politicamente, culturalmente ou para referenciar sua formação, tendo a oportunidade de exercer na prática o conteúdo teórico adquirido ao longo do curso.

PROMOÇÃO DA VIDA NA ESCOLA: UM CUIDADO DE SAÚDE DO ADOLESCENTE

Katiele Hundertmarck

Mestrado Profissional em Saúde Materno Infantil,
Universidade Franciscana
Santa Maria– Rio Grande do Sul

Josi Nunes Barreto

Mestrado Profissional em Saúde Materno Infantil,
Universidade Franciscana
Santa Maria– Rio Grande do Sul

Vânia Terezinha Rigo Segalin

Mestrado Profissional em Saúde Materno Infantil,
Universidade Franciscana
Santa Maria– Rio Grande do Sul

Sandra Suzana Stankowski

Mestrado Profissional em Saúde Materno Infantil,
Universidade Franciscana
Santa Maria– Rio Grande do Sul

RESUMO: A promoção da saúde mental de adolescentes tem impacto positivo nos desfechos de valorização da vida e na prevenção do suicídio. Para essa ação, relata-se a experiência de enfermeiras na promoção da vida em uma escola com discentes do ensino médio. Realizou-se uma intervenção pontual, de caráter coletivo, a fim de promover a reflexão dos adolescentes sobre a vida, a saúde mental, o processo de adoecimento mental e as possibilidades e potencialidades da rede de apoio, a partir de uma prática pedagógica ativa. Com a iniciativa, os alunos apresentaram-se

receptivos, solidários, empáticos e disponíveis para conversar sobre a temática. Considera-se a relevância de construir ações coletivas de valorização da vida dos adolescentes a partir do contexto escolar.

PALAVRAS-CHAVE: Adolescente; Promoção da Saúde; Saúde do Adolescente; Saúde Mental; Serviços de Saúde Escolar.

PROMOTION OF LIFE AT SCHOOL AND ADOLESCENT HEALTH CARE

ABSTRACT: The promotion of adolescent mental health has a positive impact on the outcomes of life enhancement and suicide prevention. For this action, we report the experience of nurses in promoting life in a school with high school students. A punctual, collective intervention was carried out in order to promote the reflection of adolescents on life, mental health, the process of mental illness and the possibilities and potentialities of the support network, based on an active pedagogical practice. With the initiative, the students presented themselves receptive, sympathetic, empathic and available to talk about the theme. It is considered the relevance of constructing collective actions to value the life of adolescents from the school context.

KEYWORDS: Adolescent; Health promotion;

1 | INTRODUÇÃO

As atividades pedagógicas ativas promocionais à vida e à saúde, de modo geral, são importantes ferramentas utilizadas pelos profissionais que assistem adolescentes no contexto escolar. A saúde mental vem demandando uma atenção diferenciada, acolhedora e empreendedora dos profissionais da educação e da saúde. Isso porque, a incidência de suicídios e sintomas depressivos tem aumentado nessa população.

De acordo com a Organização Mundial da Saúde (OMS, 2001), na adolescência é comum o surgimento de transtornos mentais, sendo de 50% o percentual de doenças mentais acometidas nessa fase (KIELING, 2012).

No Brasil, o suicídio ocupa a quarta posição no que se refere às causas de mortes entre adolescentes e adultos jovens (de 15 a 29 anos) (BRASIL, 2017). Em 2016, no Rio Grande do Sul, a maior taxa de suicídio aconteceu em adolescentes, entre 15 e 19 anos (RIO GRANDE DO SUL, 2018).

Mesmo diante deste novo e desafiador panorama, a temática vem sendo abordada de formas tímidas na comunidade escolar, visto que há um tabu sobre o processo saúde-doença mental e morte por suicídio. Isso, equivocadamente, remete ao senso comum de que, se falar sobre o suicídio, pode incentivá-lo.

Porém, sendo tratado de forma responsável, o suicídio deve ser mencionado nesse cenário de cuidado em saúde. Para isso, atividades coletivas devem ser encorajadas e são essenciais para iniciar um movimento institucional de promoção à vida. Da mesma forma, a atenção individual se faz necessária para tratar e acompanhar casos específicos.

A intervenção objetivou promover a reflexão dos adolescentes sobre a promoção da vida e as perspectivas de saúde mental. Esperou-se que os alunos tivessem um momento de pensar sobre sua vida e considerar os contextos sociais, culturais e pessoais no adoecimento mental e as formas de compreender a doença e a saúde, ofertando apoio às pessoas em sofrimento, bem como identificando sinais de agravo e ações mais oportunas a serem seguidas.

2 | METODOLOGIA

Trata-se de um relato de experiência de enfermeiras mediadoras de uma ação coletiva de cuidado em saúde com adolescentes. Realizou-se atividades com objetivo de promover à vida, à saúde mental, à prevenção do adoecimento mental e suicídio em uma escola.

Para Estanislau e Bressan (2014), a instituição escolar tem potencial de

desenvolver ações promocionais à saúde mental dos adolescentes, pois consegue atuar na redução de vulnerabilidades. Por isso, foi eleito esse cenário para o cuidado em saúde.

O público-alvo foram 200 alunos matriculados no ensino médio de uma escola pública de um município do interior do Rio Grande do Sul. Os discentes têm idade entre 14 e 18 anos.

Para o desenvolvimento da ação coletiva, os alunos foram convidados, por seus professores, após combinação prévia com a direção da escola e as coordenadoras das ações, para irem até o ambiente externo à sala de aula, em um espaço amplo, de convivência escolar habitual durante os intervalos das aulas.

Ao chegarem nesse local, os discentes depararam-se com o ambiente organizado para recebê-los. As enfermeiras que coordenaram a atividade iniciaram as abordagens aos alunos de modo interativo e pessoal.

Utilizou-se como ferramentas de intervenção, os recursos visuais, com painel com incentivo à fala, à escuta atenta e empática e à oferta de apoio. Os recursos sonoros foram utilizados com o objetivo de tornar o espaço acolhedor e informal, com música atual e a possibilidade de os adolescentes escolherem as músicas que desejam ouvir no momento. Outra ação simultânea foi a entrega de um papel e caneta com a solicitação de que cada aluno escrevesse algo sobre valorização da vida, uma frase, um sentimento/emoção que remetesse ao seu momento atual e depositasse em uma caixa reservada para isso. Além dessas ações, houve a distribuição de laços amarelos, simbolizando a promoção da vida, que acontece no mês de setembro.

As intervenções foram simultâneas, com duração de uma hora e trinta minutos, que corresponde ao período de intervalo estendido a propósito do desenvolvimento das ações.

A figura 1 explica a sistemática utilizada nas intervenções, os fluxos e ações.



Figura 1 – Fluxograma da atividade de Promoção da Vida, 2018.

Fonte: Atividade de promoção da vida, 2018.

A figura 2 apresenta a estratégia visual de promoção da vida disponibilizada aos estudantes, os laços disponibilizados e os recursos para escrita sobre valorização da vida.



Figura 2 – Recursos utilizados para a atividade de promoção da vida, 2018.

Fonte: Atividade de promoção da vida, 2018.

3 | RESULTADOS E DISCUSSÃO

As estratégias ativas utilizadas foram bem recebidas pelos adolescentes. Isso porque, *a priori*, intervenções diferenciadas são mais interessantes que as tradicionais, como palestras, em que os ouvintes podem se distrair com outras coisas e pouco, de fato, participarem.

Nessas ações, os adolescentes foram instigados ao protagonismo, assim como sugerido na intervenção realizada por Melo et al. (2018). Do mesmo modo, obteve-se uma participação, um pertencimento e a ideia de construção coletiva do conhecimento.

Quando o adolescente sente-se corresponsável pelo seu processo de cuidado de saúde, tende a compreender as razões de cuidar-se em saúde, sentir-se apoiado pelos profissionais de saúde e com motivação para o autocuidado (MELO et al., 2018).

Como pôde ser visto na figura 2, os recursos materiais investidos foram simples, feitos manualmente, o que permite a replicação em outros cenários que dispõem de investimentos limitados para ações promocionais à vida e à saúde.

Os recados dos alunos foram transcritos, a fim de garantir o anonimato, e fixados em um mural de alta visibilidade pela comunidade escolar. Recados considerados inapropriados, como ofensas diretas a pessoas e situações, foram descartados.

Percebeu-se, na escrita dos adolescentes, muitos sentimentos de esperança, de autoestima, apoio, resiliência, também de empatia, pois alguns alunos escreveram frases de apoio às pessoas que tem algum sofrimento mental. Esse processo é interessante, pois denota a disponibilidade dos adolescentes no cuidado ao próximo, que até então, não era reconhecido/valorizado pela escola como um potencializador de promoção da saúde.

Outro resultado pertinente foi a procura dos adolescentes individualmente às mediadoras, logo após a intervenção, para tirar dúvidas sobre sinais e sintomas depressivos e condutas em casos de tentativas de suicídios em situações reais e atuais.

4 | CONSIDERAÇÕES FINAIS

As ações desenvolvidas em prol da valorização da vida são essenciais. Um momento de reflexão é importante porque permite aos participantes destinarem um tempo para olhar para si e para o outro com mais atenção.

O ambiente escolar é um local de fácil acesso ao público adolescente e que oportuniza diversas formas de intervenção de cuidado em saúde. Por conta disso, empreender no modo de interagir pode impactar nos desfechos positivos em saúde.

Contudo, ações pontuais não dão conta da complexidade da atenção à saúde mental dos adolescentes. Ou seja, é necessário que haja uma vigilância constante, uma escuta qualificada e ampliada a fim de minimizar agravos e fortalecer o acolhimento no âmbito individual da atenção à saúde dos adolescentes.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. **Setembro Amarelo**: Ministério da Saúde Lança Agenda Estratégica de Prevenção do Suicídio. 2017. 34 slides. Apresentação em Power-point.

ESTANISLAU, G.; BRESSAN, R. (Org.). **Saúde mental na escola**. Porto Alegre: Artmed, 2014.

KIELING, C. **Saúde mental de crianças e adolescentes: uma perspectiva global**. Porto Alegre, 2012. Disponível em: <<https://lume.ufrgs.br/handle/10183/48970>>. Acesso em: 4 Jul. 2019.

MELO, H.M.S; SAMPAIO, D.B.; SOUSA, R.R.; AQUINO, J.E.S.; CARVALHO, S.C.; MONTE, A.L.F. A escola como espaço de cuidado: relatos sobre estratégias de prevenção ao suicídio e valorização da vida. In: FOLQUITTO, D.G.(org.) Alicerces da Saúde Pública no Brasil. Ponta Grossa (PR): Atena Editora, 2018. Disponível em: <<https://www.atenaeditora.com.br/wp-content/uploads/2018/08/E-book-Alicerces-da-Educa%C3%A7%C3%A3o-P%C3%ABblica-no-Brasil1.pdf>>. Acesso em: 04 Jul 2019.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. A saúde mental pelo prisma da saúde pública. Relatório sobre a saúde no mundo 2001: **Saúde mental: nova concepção, nova esperança**. Genebra: OPAS/OMS, p.1-16, 2001.

RIO GRANDE DO SIL. Secretária Estadual da Saúde. Centro Estadual de Vigilância em Saúde. **Boletim de Vigilância do Suicídio**, v.1, n.1, p.1-8. 2018. Disponível em: <<https://cevs.rs.gov.br/suicidio>>. Acesso em: 06 out. 2018.

RECIDIVAS DE ARTRALGIA QUE LEVAM À DEPRESSÃO: RELATO DE UM CASO EXTREMAMENTE DEBILITANTE DE CHIKUNGUNYA

Camila Amato Montalbano

Universidade Federal de Mato Grosso do Sul
Campo Grande-MS

Sarah Brena Aparecida Rosa

Universidade Federal de Mato Grosso do Sul
Campo Grande-MS

Michel Vergne Félix Sucupira

Fundação Oswaldo Cruz
Rio de Janeiro -RJ

Karen Soares Trinta

Fundação Oswaldo Cruz
Rio de Janeiro -RJ

Rivaldo Venâncio da Cunha

Fundação Oswaldo Cruz e Universidade Federal
de Mato Grosso do Sul
Rio de Janeiro -RJ

RESUMO: O vírus Chikungunya (CHIKV) é um arbovírus transmitido por mosquitos do gênero *Aedes sp.*. Pessoas infectados com esse vírus, quando sintomáticos, são geralmente marcados por intensa artralgia, que pode ser debilitante na fase aguda, contribuindo para que o paciente desenvolva depressão devido à possível cronificação da dor. O objetivo deste trabalho foi relatar um caso clínico de chikungunya, cuja paciente acometida apresentou extrema debilidade devido a intensa artralgia, seguida de depressão. A paciente do sexo feminino, 42

anos, infectada com CHIKV, apresentou, já no primeiro dia de sintomas, artralgia de elevada intensidade, com dificuldade extrema para movimentar-se, necessitando de cadeira de rodas para ser levada à unidade de saúde para atendimento clínico. Além das manifestações dolorosas articulares e musculares, a mesma relatou febre alta, cefaleia, dor retro-ocular, náuseas, diarreia, fadiga, conjuntivite e calafrios. A dor articular foi mensurada através da Escala Visual Analógica (EVA), tendo a paciente relatado a maior intensidade possível (10). A doença prosseguiu para as fases pós-aguda e crônica sem sintomas sistêmicos, persistindo a artralgia e a mialgia intermitentes, com oscilação de intensidade. A percepção dolorosa de elevada intensidade e longa duração, associada ao surgimento de alopecia e problemas oftalmológicos desencadearam um quadro depressivo, o que levou a paciente a afastar-se de seu convívio social. Ela apresentou sintomas decorrentes da infecção por CHIKV por dois anos e cinco meses. Visto que os sintomas persistentes de chikungunya podem levar a depressão e isolamento social, é imprescindível que esses pacientes recebam cuidados de uma equipe multiprofissional que ofereça cuidado integral, inclusive com suporte psicológico. É fundamental o desenvolvimento de estudos que avaliem a aplicabilidade de protocolos clínicos que contemplem medidas

de cuidado individual, por exemplo, o impacto protetor do repouso absoluto na fase aguda para a cronificação da doença; da mesma forma, ações coletivas de prevenção e promoção, em especial aquelas que busquem inserir familiares e amigos nas redes de apoio aos doentes, contribuindo, dessa forma, para o seu bem estar físico, mental e social.

PALAVRAS-CHAVE: artralgia debilitante; depressão; chikungunya.

ARTRALGIA RECIDIVES RECURRING TO DEPRESSION: REPORT ON AN EXTREMELY WEAKING CASE OF CHIKUNGUNYA

ABSTRACT: Chikungunya virus (CHIKV) is an arbovirus transmitted by mosquitoes of the genus *Aedes sp.* People infected with this virus are usually affected by debilitating arthralgia in the acute phase, which can lead the patient to depression due to possible chronification of the pain. The aim of this study was to report a clinical case of chikungunya whose patient presented extreme weakness due to intense arthralgia, followed by depression. The female patient, 42 years old, infected with CHIKV, presented, on the first day of symptoms, high-intensity arthralgia, with extreme difficulty to move requiring a wheelchair to be taken to the health unit for clinical care. In addition, she reported high fever, myalgia, headache, pain behind the eyes, nausea, diarrhea, fatigue, conjunctivitis and chills. Joint pain was measured using the Visual Analogue Scale (VAS), and the patient reported the highest possible intensity (10). The disease progressed to the post-acute and chronic phases without systemic symptoms and with persisting of an intermittent arthralgia with oscillation of intensity. The long duration of high painful perception of and the appearance of alopecia and ophthalmological problems triggered the patient to depression, which led her to move away from the social life. She had symptoms of CHIKV infection for two years and five months. Since persistent symptoms of chikungunya lead to depression and social isolation, it is important that there be studies that promote care measures and preventive actions to encourage clinical improvement from the acute phase, thus avoiding physical, mental and social health problems.

KEYWORDS: debilitating arthralgia; depression; chikungunya

1 | INTRODUÇÃO

Chikungunya é uma arbovirose causada por um vírus do mesmo nome, composto de RNA de fita simples (CHIKV), o qual é integrante do gênero *Alphavirus* da família *Togaviridae*. O vírus é transmitido pelos mosquitos do gênero *Aedes*, em especial as espécies *A. aegypti* e *A. albopictus* (CAGLIOTI *et al.* 2013; THIBERVILLE *et al.* 2013).

O primeiro caso de transmissão autóctone do vírus Chikungunya no Brasil foi reportado em setembro de 2014, no Estado do Amapá. No mesmo mês, um surto com um genótipo diferente ocorreu na cidade de Feira de Santana – Bahia (RODRIGUES

et al., 2016). Há estudos epidemiológicos sugerindo que a doença foi introduzida por meio de imigrantes vindos de Angola para a cidade de Feira de Santana, no Estado da Bahia (referência). Desde a sua introdução até 23 de março de 2019, foram notificados quase 600.000 casos em todos os Estados brasileiros (BRASIL, 2014; BRASIL, 2015; BRASIL, 2016; BRASIL, 2017; BRASIL, 2019; RODRIGUES *et al.* 2014)

Após a picada do mosquito o vírus entra na pele e na corrente sanguínea. Da mesma forma como ocorre com outras doenças de origem viral, a infecção pelo vírus Chikungunya pode ser assintomática ou produzir um espectro variável de manifestações clínicas, desde formas mais brandas até quadros graves e incapacitantes (CUNHA & TRINTA, 2017).

Estudo soroepidemiológico realizado em comunidade de Riachão do Jacuípe (BA), 18 meses após o registro de um surto da doença, revelou que 20% dos participantes apresentavam anticorpos específicos anti-chikungunya das classes IgM e/ou IgG. De acordo com os critérios definidos para este estudo, um total de 40,7% tiveram infecção sintomática (CUNHA *et al.*, 2017).

Nos casos de infecção sintomática, cerca de cinco dias após a picada do mosquito *Aedes sp.*, iniciam-se as manifestações clínicas da fase aguda, a qual dura até 21 dias. Nesta fase, o paciente tende a ter febre elevada, poliartralgia que pode ser debilitante, cefaleia, mialgia, exantema pruriginoso maculopapular, prostração, podendo ser acompanhados de náuseas, vômitos, diarreias e hiperemia conjuntival (COUDERC, T.; LECUIT, M., 2015; SIMON *et al.* 2015).

A fase seguinte denomina-se pós-aguda e dura de 22 a 90 dias. Tem sido observado que apenas uma pequena parcela dos doentes permanece totalmente assintomática após três semanas do início da doença. Mais comumente, a maioria dos pacientes apresenta melhora clínica apenas transitória, e depois de curto período de “cura” costumam surgir recaídas no quadro clínico (CUNHA & TRINTA, 2017). Nesses casos, a artralgia costuma ser persistente, enquanto os sintomas sistêmicos desaparecem.

Após 90 dias inicia-se a fase crônica que ocorre como na fase pós-aguda acrescida de agravamento da artralgia, possibilidade de sequelas articulares, alopecia e depressão (BORGHERINI *et al.* 2007; MEHDI *et al.* 2019; OKEOMA, 2016; SIMON *et al.* 2015).

O objetivo deste trabalho foi relatar um caso clínico de chikungunya em uma paciente atendida em Feira de Santana, Bahia, a qual apresentou quadro extremo de debilidade devido a intensa artralgia, seguido de depressão.

2 | METODOLOGIA

Pacientes com suspeita de chikungunya que buscaram atendimento na Policlínica Dr. Francisco Martin da Silva, na cidade de Feira de Santana-BA, foram

convidados a participar da pesquisa. Foram coletados dados sociodemográficos, sintomatológicos gerais e sintomas articulares e intensidade das dores nas mesmas. Uma amostra de sangue foi coletada para confirmar o diagnóstico de chikungunya. Os pacientes foram acompanhados pelo grupo de pesquisa até o fim da artralgia.

A intensidade da percepção dolorosa articular foi mensurada em cada visita utilizando-se da EVA (Escala Visual Analógica), uma escala utilizada para realizar a mensuração da intensidade de dores musculoesqueléticas. A EVA vai de 0 (quando não há dor) a 10 (maior percepção dolorosa possível). Além da escala numérica, a mesma pode ser apresentada com o auxílio de uma escala de faces, que iniciam felizes no 0 e tornam-se cada vez mais tristes até chegar a intensidade 10 (Fig.1) (BOONSTRA *et al.* 2015; FORTUNATO *et al.* 2013)

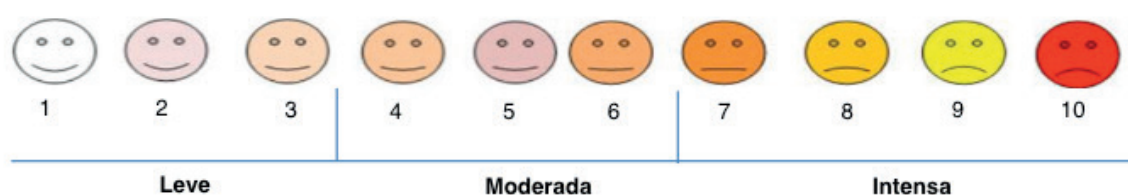


Figura 1: Escala visual analógica I da dor (EVA). Adaptado de FORTUNATO *et al.*, 2013

As amostras de sangue foram coletadas na Unidade de Saúde em tubo seco com gel separador e em seguida transportadas para um laboratório local. O soro foi separado por centrifugação (3.000 rpm/5 minutos) e foram feitas alíquotas em microtubos. As mesmas foram congeladas a -80°C e transportadas em condições adequadas para os laboratórios de Bio-Manguinhos, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro. A infecção foi confirmada através da pesquisa de anticorpos IgM e IgG específicos para chikungunya e detecção do RNA viral. A sorologia foi realizada com um teste de ELISA (Enzyme Immunoabsorbent Assay) comercial, de acordo com as instruções do fabricante (Euroimmun®, Alemanha). O RNA viral foi pesquisado através da técnica de PCR (Polimerase Chain Reaction) em tempo real multiplex (dengue, chikungunya e Zika) conforme protocolo especificado pelo fabricante (Bio-Manguinhos, Brasil).

Após os atendimentos e as confirmações laboratoriais dos pacientes, alguns casos clínicos considerados importantes foram selecionados para serem relatados em livros, cursos e periódicos, como ocorreu com o caso a seguir.

3 | RELATO DO CASO CLÍNICO

A paciente, 42 anos de idade, sexo feminino, na manhã do dia 15 de julho de 2015, foi conduzida em cadeira de rodas a um dos consultórios médicos da policlínica Dr. Francisco Martin da Silva, no Bairro Rua Nova em Feira de Santana-BA. A intensidade da dor era tamanha que provocou gritos quando os enfermeiros a

colocaram na maca para ser examinada pelo médico.

Era o primeiro dia de sintomas e, além da poliartralgia bilateral debilitante, a paciente apresentava febre alta, mialgia, cefaleia, dor retro-ocular, náuseas, diarreia, fadiga, conjuntivite e calafrios.

Durante todo o processo de atendimento médico e laboratorial, a paciente relatava dores intensas, com percepção dolorosa 10 na escala EVA (Escala Visual Analógica) e sensação de pontadas ou agulhadas e queimações nas articulações, as quais demonstraram que a paciente teve dor nociceptiva e dor neuropática.

O exame à palpação, realizado pelo médico, constatou artralgia em punhos, tornozelos, metacarpos, metatarsos, articulações interfalangiais de mãos e pés, joelhos, cotovelos, ombros e coluna cervical, todos de modo bilateral e simétrico, acompanhados de edemaciados. A artralgia, especificamente, foi um dos principais fatores debilitantes vivenciados pela paciente, pois, além de chegar em cadeira de rodas, gritava de dor ao ser apalpada durante o exame físico. Neste momento, toda a equipe multiprofissional de saúde se colocou em ação para atendê-la. Seria interessante ter fotos dos membros edemaciados da paciente para demonstrar neste trabalho, porém não coube tirar fotos demonstrativas no momento por demandas éticas. Foi-lhe prescrito Tramadol 50 mg e Dipirona 1g, em doses fixas de 6/6 horas, administrados de forma intercalada a cada três horas.

Após 5 dias de sintomas, no momento em que a paciente teve a segunda amostra coletada, houve concomitantemente um atendimento médico de retorno da primeira consulta. Observou-se que a paciente chegou caminhando com dificuldade, porém sem o auxílio da cadeira de rodas. Durante a consulta, notou-se o aparecimento de exantemas maculo-papulares pruriginosos e ouviu a queixa de disúria. Manteve-se a prescrição e acrescentou-se Hidroxizina 20 mg para o quadro exantemático, e Ciprofloxacino 500mg para a infecção urinária a qual havia se instalado. A paciente relatou ter independência para vestir-se e tomar banho, atividades para as quais no primeiro dia de sintomas necessitava de ajuda. Em ações como pentear os cabelos e fechar o sutiã, ainda era requerido auxílio, devido à dificuldade de fechar as mãos.

Após 30 dias de sintomas, na segunda consulta, a paciente relatou artralgia ainda de elevada intensidade (EVA=9) em punhos, tornozelos, metacarpos, metatarsos, articulações interfalangiais de mãos e pés, joelhos, ombros, cotovelos e pescoço. Além destes, persistência de cefaleia e exantema pruriginoso generalizado. A paciente lamentou-se de poliartralgia intensa pela manhã com rigidez que melhorava um pouco ao se movimentar, sendo que a dor era do tipo pontada e queimação. Foi prescrito Prednisona (20, 10 e 5 mg), iniciando com a maior dosagem, posteriormente diminuindo gradativamente até o completo desmame da droga.

A amostra sanguínea inicial confirmou o diagnóstico de chikungunya através do teste molecular, e na segunda amostra, coletada após 5 dias de sintomas, houve positividade na pesquisa de anticorpos IgM anti-CHIKV. Com a amostra coletada após 30 dias de sintomas, outro teste foi executado para detecção de anticorpos

IgG anti-CHIKV e o mesmo revelou-se também positivo. É importante ressaltar que a paciente não obteve positividade nos testes moleculares e nem sorológicos para dengue e Zika em nenhuma de suas amostras, assim não há a possibilidade dos sintomas terem se agravado por coinfeção.

Na terceira consulta (90 dias de sintomas), a paciente apresentou somente artralgia, nas mesmas articulações e com intensidade moderada (EVA=5). Na quarta consulta, completando cinco meses de sintomas, a paciente permaneceu com artralgia no quadril, joelhos e tornozelos, entretanto, a intensidade voltou a ser elevada (EVA=10). A paciente afirmou ter utilizado a medicação prescrita na segunda consulta por 10 dias e então cessou-a. Sendo assim, novamente lhe foi prescrito Prednisona com o mesmo esquema terapêutico relatado anteriormente.

Na quinta consulta, após nove meses de sintomas, a paciente retorna relatando dor de intensidade moderada (EVA=4) em joelhos, punhos e tornozelos, sobretudo ao movimentar-se. Na sexta consulta, completando onze meses de sintomas, a dor permanece com a mesma intensidade em joelhos, punhos, tornozelos, cotovelo, metacarpos, metatarsos, e articulações interfalangiais de mãos e pés.

Na sétima consulta, após 13 meses, as dores persistiam nas mesmas articulações, porém a intensidade de percepção dolorosa passou a ser leve (EVA=3). Na oitava consulta, após 15 meses, a paciente demonstrou piora no quadro, com intensidade de dores elevadas (EVA=10) nos joelhos, cotovelos, tornozelos e ombros.

Torna-se claro então, que se trata de um caso com dor intermitente e debilitante, com oscilação de intensidade e de articulações acometidas, dificultando as atividades rotineiras da paciente. Sua acuidade visual também reduziu, levantando o questionamento de que a infecção pelo vírus Chikungunya teria dado início ao problema oftalmológico.

O uso do corticoide Prednisona teve que ser suspenso porque, apesar de ser o medicamento que aliviava a dor, a paciente ao utilizá-lo, apresentou picos hipertensivos. Devido à falha do tratamento neste período, a paciente isolou-se do seu convívio social e desenvolveu depressão.

Na nona consulta, após 17 meses, a paciente voltou a mostrar-se com dores no ombro esquerdo e tornozelo direito, mas com intensidade leve (EVA=3). Fora também detectada alopecia, sintoma que agravou a depressão.

Na décima consulta, após 18 meses, a paciente relatou o fim da alopecia e disse ter iniciado tratamento oftalmológico. Entretanto, as dores articulares voltaram a serem moderadas (EVA=6) em ombros, cotovelos, quadril e coluna cervical.

A artralgia continuou de forma intermitente por vários meses ainda até que a paciente relatou o fim das dores articulares na consulta de 18 de dezembro de 2017, ou seja, após dois anos e cinco meses de sintomas.

4 | DISCUSSÃO

Depois da dengue, a chikungunya é uma das principais causas de mortalidade e morbidade global, dentre as arboviroses. Infecção por CHIKV pode levar a um quadro de artrite crônica com manifestações sintomáticas, como febre, cefaleia e erupções cutâneas e em alguns casos, acometimento do sistema nervoso central (AMDEKAR; PARASHAR; ALAGARASU, 2019; MCARTHUR, 2019; MEHDI, *et al.* 2019).

O presente estudo demonstrou que além destes sintomas, a paciente apresentou depressão e afastou-se de seu convívio social. Na literatura existem diversas evidências que mostram manifestações neurológicas nos indivíduos acometidos por CHIKV, dentre elas, desorientação, comportamento agressivo e dificuldade de convivência social (SINGH; JAIN, 2017). Prabhu *et al.* (2015) descrevem um caso clínico, o qual a depressão foi evidente e explica que a mesma pode ter sido desencadeada por perda neural ocasionada pelo vírus CHIKV. Em relação ao aumento do risco do humor depressivo, estudos demonstram que a dor exacerbada intervém diretamente no cotidiano afetando a saúde mental dos indivíduos que dela sofrem (MURILLO-ZAMORA, *et al.* 2018; SOOKA, 2005).

A paciente do caso aqui relatado apresentou percepção dolorosa de elevada intensidade desde o princípio e em grande parte das recidivas. Segundo a dissertação de Montalbano (2017), a percepção dolorosa elevada nas articulações durante a fase aguda é muito comum, e seu trabalho em Feira de Santana-BA revelou que 76,2% dos sujeitos inseridos em seu estudo apresentaram $EVA \geq 7$ (Elevada intensidade) (Dados ainda não publicados). Sissoko *et al.* 2009, em trabalho realizado nas ilhas Reunion, obtiveram 77,6% dos infectados por CHIKV apresentando dores de elevada intensidade na fase aguda. Os mesmos utilizaram a Numeric Rate Scale (NRS) para mensurar a dor e trata-se de escala com numeração idêntica a EVA, porém sem os rostos estampados.

Sissoko *et al.* 2009 também identificaram que percepção dolorosa elevada ($NRS \geq 7$) atua como fator associado a persistência das dores articulares nas demais fases da doença. Tal informação corrobora com o presente estudo e sustenta a hipótese de que a elevada artralgia de nossa paciente, presente na fase inicial, poderia ter colaborado para a persistência da doença por dois anos e cinco meses. Por outro lado, é importante considerar que a dor é a expressão cognitiva decorrente de um processo inflamatório poliarticular; logo, quanto maior esse processo inflamatório da fase aguda da doença, maior a probabilidade de cronificação do quadro clínico.

Durante as visitas, a equipe multidisciplinar constatou que a paciente apresentou dor tanto nociceptiva como neuropática. Segundo De Andrade *et al.* 2010 e Javelle *et al.* 2015, a percepção dolorosa em chikungunya apresenta-se em sua maioria nociceptiva, porém cerca de 20 a 30% dos sujeitos dos estudos supracitados apresentam também dor neuropática.

A paciente apresentou artralgia em punhos, tornozelos, metacarpos, metatarsos, articulações interfalangiais de mãos e pés, joelhos, cotovelos, ombros e coluna cervical, todos de modo bilateral, simétrico e edemaciados. Javelle *et al.*, 2015, em um dos poucos trabalhos a detalhar o comprometimento interfalangeal de sujeitos infectados por CHIKV, encontraram poliartralgia bilateral distal de mãos em 81,8% dos sujeitos e em pés em 77,3%. Khoury and Camilo, 2016 referem como articulações mais acometidas as das mãos, pulsos, tornozelos e pés; Sissoko *et al.*, 2009, obtiveram tornozelos, punhos, joelhos e dedos das mãos como as articulações mais acometidas. Nossa enferma, porém, apresentou artralgia não apenas nas articulações mais comuns, mas também em outras, piorando a exacerbação dos sintomas e de sua depressão.

A diminuição da acuidade visual relatada na fase crônica foi atribuída à infecção por chikungunya. Estudos de casos clínicos demonstram que alguns pacientes acometidos por CHIKV apresentam comprometimento do nervo óptico e defeitos na visualização das cores, podendo chegar à perda da visão (GIACOMIN, *et al.* 2017; VEGA, *et al.* 2019).

Similar a outros pacientes, no caso por nós relatado houve surgimento de alopecia e inflamação nos folículos no couro cabeludo. Estudos mostram que alopecia está associada ao estado febril da fase aguda, sendo também observada em pacientes infectados com a Febre do Nilo, porém eles acabam percebendo as falhas capilares apenas na fase crônica. No entanto, a alopecia é inconclusiva para evolução clínica, pois o cabelo não é um tecido vivo. Há também a hipótese de o paciente ter uma predisposição genética para isto, sendo agravada pela infecção viral (SÁ-CAPUTO, *et al.* 2017; SOUMAHORO, *et al.* 2009; VAN AASLT, *et al.* 2017).

5 | CONSIDERAÇÕES FINAIS

O caso clínico relatado neste trabalho demonstrou que a infecção por chikungunya pode ser debilitante, perdurando por até vários meses ou anos. Esta debilidade impossibilita o paciente de executar suas atividades cotidianas, acarretando em isolamento social e surgimento do quadro depressivo. Além disso, há muitas vezes o surgimento de alopecia e redução da acuidade visual, que pode levar o paciente a cegueira.

É necessário realizar tratamento adequado ao pacientes infectados por chikungunya desde a fase aguda, pois a depressão pode piorar ainda mais a percepção dolorosa e consequências graves na visão podem ocorrer, tornando a vida do paciente muito difícil e isolada, além de aumentar os gastos e o excesso de pacientes para a saúde pública.

REFERÊNCIAS

- AMDEKAR, S.; PARASHAR, D.; ALAGARASU, K. Chikungunya Virus-Induced Arthritis: Role of Host and Viral Factors in the Pathogenesis. **Viral immunology**, v. 0, n. 0, jan. 2017.
- BRASIL. Ministério da saúde. **Notificação de casos de Chikungunya no Brasil, 2014**. Disponível em: <<http://portalsaude.saude.gov.br/index.php/linksdeinteresse/1073chikungunya/15386-notificacao-de-casos>> Acesso em: 8 nov. 2014.
- BRASIL. Ministério da saúde. **Monitoramento dos casos de dengue, febre de chikungunya e febre pelo vírus Zika até a Semana Epidemiológica 53, 2014**. Disponível em: <http://portalsaude.saude.gov.br/images/pdf/2015/janeiro/19/2015-002---BE-at---SE-53.pdf> Acesso em: 28 jan. 2017. 2015.
- BRASIL. **Monitoramento dos casos de dengue, febre de chikungunya e febre pelo vírus Zika até a Semana Epidemiológica 27, 2016**. Notícia do Ministério da saúde, Portal da saúde-SUS. Disponível em: <<http://portalsaude.saude.gov.br/>>. Acessado em 29 ago 2016.
- BRASIL. Ministério da saúde. **Monitoramento dos casos de dengue, febre de chikungunya e febre pelo vírus Zika até a Semana Epidemiológica 4, 2017**. Disponível em: <http://portalarquivos.saude.gov.br/images/pdf/2017/fevereiro/17/Monitoramento-dos-casos-de-dengue--febre-de-chikungunya-e-febre-pelo-v--rus-Semana-Epidemiologica-4-2017.pdf> Acesso em: 18 fev. 2017
- BRASIL. Ministério da saúde. **Monitoramento dos casos de arboviroses urbanas transmitidas pelo Aedes (dengue, chikungunya e Zika) até a Semana Epidemiológica 12 de 2019 e Levantamento Rápido de Índices para Aedes aegypti (LIRAA)**. Disponível em: <http://portalarquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2019/abril/30/2019-013-Monitoramento-dos-casos-de-arboviroses-urbanas-transmitidas-pelo-Aedes-publicacao.pdf> Acesso em: 13 jul. 2019
- BOONSTRA, A. M.; PREUPERB, H.R. S.; RENEMAN, M. F.; POSTHUMUS, J. B.; STEWART, R. E. Reliability and validity of the visual analogue scale for disability in patients with chronic musculoskeletal pain. **International Journal of Rehabilitation Research** v. 31 n. 2, p. 165-169, jan. 2008.
- BORGHIERINI, G.; POUBEAU, P.; STAIKOWSKY, F.; LORY, M.; LE MOULLEC, N.; BECQUART, J. P.; WENGLING, C.; MICHAULT, A.; PAGANIN, F. Outbreak of Chikungunya on Reunion Island: Early Clinical and Laboratory Features in 157 Adult Patients. **Clinical Infectious Diseases** n. 44, p.1401–1407, apr. 2007.
- CAGLIOTI, C.; LALLE, E.; CASTILLETI, C.; CARLETTI, F.; CAPOBIANCHI, R.; BORDI L. Chikungunya virus infection: an overview. **New Microbiologica**, v. 36, n. 3, p. 211-227, jul. 2013.
- COUDERC, T.; LECUIT, M. Chikungunya virus pathogenesis: From bedside to bench. **Antiviral Research** n. 121, p. 120–131, jul. 2015.
- CUNHA, R. V. D; TRINTA, K. S. Chikungunya virus: clinical aspects and treatment - A Review. **Mem Inst Oswaldo Cruz**. n. 8, v. 112, p. 523-531, aug. 2017.
- CUNHA, R. V; TRINTA, K. S; MONTALBANO, C. A; SUCUPIRA, M. V. F; DE LIMA, M. M; MARQUES, E; ROMANHOLI. I. H; CRODA J. Seroprevalence of Chikungunya Virus in a Rural Community in Brazil. **PLoS Negl Trop Dis**. n. 11, v. 1, p. e0005319, jan. 2017.
- DE ANDRADE, D.C; JEAN, S., CLAVELOU. P.; DALLEL, R.; BOUHASSIRA, D. Chronic pain associated with the Chikungunya Fever: long lasting burden of an acute illness. **BMC Infectious Diseases** n. 10, p. 31, feb. 2010.
- FORTUNATO, J.G. S.; FURTADO, M. S.; HIRABAE, L. F. A.; OLIVEIRA, J. A. Scales of pain in the critically ill patient: an integrative review. **Revista HUPE**, v. 12, n. 3:p. 110-117, jul./set. 2013.

GIACOMIN, N. T; DEMACHKI, N. T; GIACOMIN-JUNIOR, P. J; PITMAN, W. J. Optic neuritis secondary to chikungunya virus infection. **Rev Bras Oftalmol**. v. 77, n. 4, p. 222-4, apr. 2018.

JAVELLE, E.; RIBERA, A.; DEGASNE, I.; GAÜZÈRE, B. A.; MARIMOUTOU, C.; SIMON, F. Specific Management of Post-Chikungunya Rheumatic Disorders: A Retrospective Study of 159 Cases in Reunion Island from 2006-2012. **PLoS Neglected Tropical Disease** v. 9, n.3, p. e0003603, mar. 2015.
KHOURY, V. J; CAMILO, P. R. La enfermedad producida por el virus chikungunya. *¿Qué esperar luego del estadio agudo?*. **Reumatol Clin**. 12:1–3, jan./feb. 2016.

MCARTHUR, D. B. Emerging infectious diseases. **Nurse Clinics North America**, p. 1-15, jan. 2019.

MEHDI, Z; SHAHBAZ, H; OWAIS, A; HASAN, S. U; NASR, I; JAHANGIR, A; ZUBAIR, N; ABDUL KHALIQ, S. A; KHALID, M; SHAHBAZ, S; QURESHI, M; HASAN, R; FASIH, M; KHALID, A; HASAN, D; NIGAR, S. Frequency, Awareness, and Symptoms of Chikungunya Among Patients in a Tertiary Care Hospital of Karachi: A Cross-Sectional Study. **Cureus** v.11, n.2, p. e4054, feb. 2019.

MONTALBANO, C. A. **Comprometimento articular agudo em pacientes com chikungunya**. 2015. 75f. Dissertação (Mestrado em Doenças Infecciosas e Parasitárias) – Faculdade de Medicina/ UFMS, Campo Grande, 2017.

MURILLO-ZAMORA, E.; MENDONZA-CANO, O.; TRUJILLO-HERNANDEZ, B. T.; TRUJILLO, X.; HUERTA, m.; GUZMÁN-ESQUIVEL, J.; HIGAREDA-ALMARAZ, M. A.; LUGO-RADILLO, A.; MORENO-GUTIÉRREZ, I.; HIGAREDA-ALMARAZ, E.; RIOS-SILVA, M. Article Screening for Depressive Mood During Acute Chikungunya Infection in Primary Healthcare Settings. **International Journal of Environmental Research and Public Health**, v. 15, n. 2552, nov. 2018.

OKEOMA, C. M. editor Chikungunya Virus Advances in Biology, Pathogenesis, and Treatment. © Springer International Publishing Switzerland n. 1, p. 1-202. 2016.

PRABHU, P. Acquired auditory neuropathy spectrum disorder after an attack of chikungunya: case study. **European Archives of Oto-Rhino-Laryngology**, v. 273, n. 1, p.157–261, jan. 2015.

RODRIGUES, N. F.; LOURENÇO, J.; DE CERQUEIRA, E. M.; DE LIMA, M. M.; PYBUS, O.; ALCANTARA L. C. J. Epidemiology of Chikungunya Virus in Bahia, Brazil, 2014-2015. **PLOS Currents Outbreaks** n.1, p. 1-8, fev. 2016.

SÁ-CAPUTO, D; LAISA LIANE PAINEIRAS-DOMINGOS, L. L.; ELIANE O. GUEDES-AGUIAR, E. O; CARVALHO-LIMA, R. P.; DE PAOLI, S; MOREL, D. S.; BASTOS, I; FARIAS, C. H. A.; FIGUEIREDO, C. F; DIAS, G; FREDERICO, E. H. F; BERNARDO FILHO, M. Could Hair Loss be a Relevant Symptom Associated with Chikungunya? **Trichol Cosmetol Open J**.; v. 1, n. 1, p. 25-30, feb. 2017.

SIMON F.; JAVELLE E.; CABIEB A.; BOUQUILLARD E.; TROISGROS O.; GENTILE G.; LEPARC-GOFFARTF,I.; HOENG, B.; GANDJBAKHCHH, F.; RENE-CORAILD, P.; FRANCO, J.-M.; CAUMESJ, E.; COMBEK, B.; POIRAUDEAUL, S.; GANE-TROPLENTM, F.; DJOSSOUN, F.; SCHAERVERBEKEO, T.; CRIQUET-HAYOTP A.; CARREREM, P.; MALVYQ, D.; GAILLARDI, P.; WENDLING, D. French guidelines for the management of chikungunya (acute and persistent presentations). **Médecine et maladies infectieuses** n. 45, p. 243–263, jun. 2015.

SINGH, A. JAIN, R. Neurological Manifestations of Chikungunya in Children. **Indian Pediatrics**, v. 54, n. 3, p. 249, mar. 2017.

SISSOKO, D.; MALVY, D.; EZZEDINE, K.; RENAULT, P.; MOSCETTI, F.; LEDRANS, M.; PIERRE, V. Post-Epidemic Chikungunya Disease on Reunion Island: Course of Rheumatic Manifestations and Associated Factors over a 15-Month Period. **PLoS Negl Trop Dis** v. 3, n. 3, p. e389, mar. 2009.

SOKKA, T. Assessment of pain in rheumatic diseases. **Clin Exp Rheumatol** v. 23, n. 39, p. S77-S84.

out, 2005.

SOUMAHORO, M. K; GÉRARDIN, P; BOELLE, P. Y; JOELLE PERRAU, J; FIANU, A; POUCHOT, J; DENIS MALVY, D; FLAHAULT, A; FAVIER, F; HANSLIK, T. Impact of Chikungunya Virus Infection on Health Status and Quality of Life: A Retrospective Cohort Study. **PLoS ONE** v. 4, n.11, p. e7800, nov. 2009.

THIBERVILLE, S. D.; MOYEN N.; DUPUIS-MAGUIRAGA L.; NOUGAIREDE A.; GOULD E. A.; ROQUES P.; LAMBALLERIE, X. Chikungunya fever: Epidemiology, clinical syndrome, pathogenesis and therapy. **Antiviral Research** v. 99 p. 345–370, jun 2013.

VAN AALST, M; NELEN, C. M; GOORHUIS, A; STIJNIS, C; GROBUSCH, M. P. Long-term sequelae of chikungunya virus disease: A systematic review. **Travel Medicine and Infectious Disease**, p.1-15, jan. 2017.

VEGA, F. L. R; BEZERRA, J. M. T; SAID, R. F. C; GAMA NETO, A. N; COTRIM, E. C; MENDEZ, D; AMÂNCIO, F. F; CARNEIRO, M. Emergence of chikungunya and Zika in a municipality endemic to dengue, Santa Luzia, MG, Brazil, 2015-2017. **Rev Soc Bras Med Trop** v. 52, p. 1-9, jan. 2019.

SAÚDE, QUALIDADE DE VIDA E ESPIRITUALIDADE DE IDOSOS INSTITUCIONALIZADOS

Raquel Silva de Souza

Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia do Ceará - IFCE *Campus* Juazeiro do Norte. Juazeiro do Norte – Ceará – Brasil.

Déborah Santana Pereira

Universidade Estadual do Ceará – UECE. Fortaleza - Ceará, Brasil.

José Erivan Lima de Carvalho

Universidade Federal de Campina Grande. Campina Grande – Paraíba – Brasil.

Genáina Alves de Oliveira

Secretaria de Saúde do Município de Juazeiro do Norte. Juazeiro do Norte-Ceará-Brasil.

Juliana Rodrigues da Silva

Universidade Estadual do Ceará – UECE. Fortaleza - Ceará, Brasil

Thereza Maria Magalhães Moreira

Universidade Estadual do Ceará – UECE. Fortaleza - Ceará, Brasil

RESUMO: Os idosos representam grande parcela da população mundial. Para promover a saúde integral do idoso, é importante observar os aspectos físicos, sociais, psicológicos, ambientais, econômicos e as questões referentes a espiritualidade, religiosidade e crenças pessoais. Objetiva-se analisar a saúde, qualidade de vida e espiritualidade de idosos institucionalizados na cidade de Juazeiro do Norte-CE. Estudo descritivo, cuja amostra foi

composta por 33 do total de 145 idosos, de ambos os sexos, residentes nas seis instituições de longa permanência cadastradas no Centro de Referência do Idoso (CRI) na Cidade de Juazeiro do Norte. Os resultados mostram que a maioria é do sexo masculino (51,5%), solteira (75,8%), católica (96,9%), de cor branca (48,5%), aposentada (81,8%), com renda mensal de um salário mínimo (81,8%) e analfabeta (51,5%). Quanto à prevalência de doenças, 33,3% são hipertensos e 21,1% são diabéticos. De modo geral, verificou-se que o domínio espiritualidade influencia de forma considerável a qualidade de vida dos idosos institucionalizados, visto que apresentou médias relativamente altas para todas as facetas investigadas. Analisando detalhadamente, a faceta “Fé” foi a que obteve maior média; e as menores médias foram encontradas referem-se as facetas “esperança” e “sentido na vida”. De acordo com os resultados, observa-se que a fé e uma conexão com um ser espiritual podem contribuir na superação de fases difíceis, proporcionando conforto no dia-a-dia dos idosos estudados. Em contrapartida, vê-se comprometida sua esperança e propósito da vida na terra.

PALVRAS-CHAVE: Qualidade de Vida; Espiritualidade; Saúde do idoso.

ABSTRACT: The elderly represent a large part of the world’s population. In order to promote the

integral health of the elderly, it is important to observe the physical, social, psychological, environmental, economic aspects and issues related to spirituality, religiosity and personal beliefs. The objective is to analyze the health, quality of life and spirituality of institutionalized elderly in the city of Juazeiro do Norte-CE. A descriptive study, comprising 33 of the 145 elderly individuals of both sexes, living in the six long-term institutions registered at the Center for the Elderly (CRI) in the City of Juazeiro do Norte. The results show that the majority are male (51.5%), single (75.8%), Catholic (96.9%), white (48.5%), retired (81.8%), (51.5%). Regarding the prevalence of diseases, 33.3% are hypertensive and 21.1% are diabetic. In general, it was verified that the domain of spirituality has a considerable influence on the quality of life of the institutionalized elderly, since it presented relatively high averages for all facets investigated. Analyzing in detail, the facet "Faith" was the one that obtained the highest average; and the smallest means were found to refer to the facets "hope" and "meaning in life". According to the results, it is observed that faith and the connection with a spiritual being can contribute to overcome difficult phases, providing comfort in the daily life of the elderly studied. In contrast, their hope and purpose of life on earth is compromised.

KEYWORDS: Quality of life; Spirituality; Health of the Elderly.

1 | INTRODUÇÃO

Na atualidade, os idosos representam grande parcela da população mundial, com tendência de aumento nos próximos anos. O relatório da Organização das Nações Unidas (ONU, 2013), publicado em 2013, aponta que a expectativa de vida nos países em desenvolvimento será de 81 anos nos próximos anos.

Em virtude desta nova formatação social, políticas públicas têm sido desenvolvidas pelo governo brasileiro, para que essa massa crescente da população possa viver com saúde e Qualidade de Vida (QV), usufruindo de autonomia, independência funcional, psicológica e social (SANTOS *et al.*, 2008).

Para promover uma vida saudável à pessoa idosa, é necessário conhecer o estilo de vida, as condições de saúde e o ambiente em que esta população está inserida, além dos fatores que envolvem o processo de envelhecimento (COELHO; LARA, 2011).

O acolhimento do idoso pelo próprio grupo familiar deve ser priorizado em relação ao atendimento em instituições de longa permanência, a menos que não haja essa conjuntura familiar ou que inexistam condições de mantimento ou de subsistência própria (BRASIL, 2003).

Os lares de acolhimento para idosos têm assumido um papel de apoio e amparo a estas pessoas. Todavia, alguns idosos institucionalizados vivem uma situação de vulnerabilidade em função do afastamento de suas famílias, sensação de abandono e solidão. Nestas condições, eles enfrentam dificuldades em estabelecer relações de confiança e podem apresentar diversos agravos, que afetam sua QV (NUNES;

MENEZES; ALCHIERI, 2010).

Durante muito tempo, a relação entre os benefícios que a religiosidade e a espiritualidade trazem às pessoas que sofrem ou estão enfermas foi negligenciada pela medicina ocidental. Em contrapartida, a medicina oriental se propôs a integrar as questões religiosas e espirituais à aquisição de saúde (FLECK *et al*, 2003).

A espiritualidade, segundo Panzini *et al.* (2007), caracteriza-se pelas questões que envolvem o significado da vida, enquanto que a religiosidade, além da crença em um ser superior e sobrenatural que rege o universo, é marcada também pela afiliação a grupos e práticas religiosas.

Estudos evidenciam que a espiritualidade pode desempenhar papel importante na saúde física e mental das pessoas idosas e igualmente na QV de modo global, assim como nos domínios que a envolvem: físico; psicológico; ambiente; relações sociais; funcionamento sensorio; autonomia; atividades passadas, presentes e futuras; intimidade; percepções sobre a morte (DIAS; PAIS-RIBEIRO, 2018).

É imprescindível que todos esses fatores sejam considerados no planejamento de ações que promovam a saúde integral do idoso, inclusive as questões referentes à espiritualidade, religiosidade e crenças pessoais. Esta é a melhor maneira de possibilitar ao idoso condições de agregar qualidade aos anos de vida que as estatísticas preveem.

Os conceitos de QV resgatam o interesse por aspectos mais complexos que o controle de sintomas, redução da mortalidade, ou aumento da expectativa de vida (MONTEIRO, *et al.*, 2010). Considerando as devidas complexidades e amplitudes de suas dimensões, a QV diz respeito à capacidade de avaliar e sintetizar os elementos essenciais para definição do padrão de conforto e bem estar ideal para seu momento cronológico, de acordo com o contexto cultural e sistema de valores (COSTA JÚNIOR *et al.*, 2013).

De modo geral, considerando a carência de estudos no cenário brasileiro voltados à espiritualidade e religiosidade humana na linha da QV e saúde, o objetivo do presente estudo é analisar a saúde, qualidade de vida e espiritualidade de idosos institucionalizados.

2 | MÉTODO

Estudo descritivo, cuja amostra foi composta por 33 do total de 145 idosos, de ambos os sexos, residentes nas seis instituições de longa permanência cadastradas no Centro de Referência do Idoso (CRI) na Cidade de Juazeiro do Norte.

Foi utilizado como critério de inclusão no estudo: idade igual ou maior que 60 anos. Foram excluídos da pesquisa: idosos que não responderam completamente os instrumentos utilizados na coleta de dados e aqueles com presença de sintomas de demência.

Para obtenção dos dados, foi utilizado um questionário de caracterização, com questões sociodemográficas e de saúde (idade, sexo, estado civil, cor da pele, grau de escolaridade, renda, prevalência de doenças). Utilizou-se também o módulo WHOQOL-SRPB (FLECK; SKEVINGTON, 2007), composto por 32 questões que avaliam a QV nos aspectos referentes à espiritualidade, religiosidade e crenças pessoais.

Para análise dos dados foi utilizado o programa estatístico SPSS versão 16.0, com teste de normalidade (*Shapiro-Wilk*) e estatística descritiva (frequência, percentual, média e desvio padrão), adotando-se nível de significância de 5% ($p < 0,05$).

A pesquisa foi realizada de acordo com a resolução 466/2012, no que concerne a pesquisas científicas envolvendo os seres humanos (BRASIL, 2012), e a autorização foi concedida por meio do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

3 | RESULTADOS E DISCUSSÃO

Foram visitados os seis lares de longa permanência cadastrados no CRI, que somados abrigam 145 idosos. Quatro deles recebem exclusivamente idosos e os demais lares funcionam como abrigos e acolhem também adultos desabrigados que necessitam de cuidados especiais. Todos os lares pesquisados são filantrópicos, alguns são mantidos exclusivamente pela aposentadoria dos moradores e outros contam também com a ajuda de doações.

De acordo com o teste de normalidade, a amostra foi considerada como normal ($p < 0,06$), evidenciando a homogeneidade da amostra. A média de idade encontrada foi de 72,7 ($\pm 9,16$) anos, com idade mínima de 60 e máxima de 93 anos de idade.

A Tabela 1 trata da caracterização dos participantes e revela que a maioria dos idosos pesquisados é do sexo masculino (51,5%) e solteiro (75,8%). O estudo de Pereira e Guerra (2010) com a mesma população apresenta percentual do sexo feminino superior ao sexo masculino. Quanto ao estado civil, o resultado corrobora com estudos, que indicam que nessa fase da vida a solidão dos que não constituíram família torna-se um dos fatores determinantes na procura pelas instituições de apoio (LEAL *et al.*, 2014).

Quanto à religião, a maioria afirmou ser católica (96,9%), sendo encontrado apenas um idoso evangélico (03,0%). Observou-se que a maior parte das Instituições visitadas é administrada por freiras e, mesmo aquelas que não possuem administradores religiosos, são altamente influenciadas pela religião católica, tendo em suas dependências capelas e horários reservados para as preces, o que poderia explicar uma procura maior por parte dos indivíduos que professam a mesma fé.

A maioria declarou ser de cor branca (48,5%), aposentada (75,7%) e receber um salário mínimo por mês (81,8%). Foi possível constatar que a baixa escolaridade

é característica marcante da clientela desses lares, de forma que a maioria dos participantes se declarou analfabeta (51,5%) e alfabetizada (24,2%).

É possível que os estudos não tenham sido considerados importantes no contexto da infância dessas pessoas, moldadas para o trabalho braçal no campo, o que, por consequência, produziu uma massa de idosos com pouca ou nenhuma instrução (LIMA *et al.*, 2013).

Em se tratando da prevalência de doenças nos participantes do estudo, houve destaque para as doenças crônicas não transmissíveis (DCNT), como a hipertensão arterial (33,3%) e o diabetes (21,1%). Outros estudos já evidenciaram aumento da prevalência destas com o avançar da idade, associadas com diversos fatores, como o estilo de vida e hábitos alimentares e vícios (BELTRAME *et al.*, 2012; PILGER; MENON; MATHIAS, 2011).

VARIÁVEIS	CATEGORIAS	N	%
SEXO	Masculino	17	51,5
	Feminino	16	48,5
ESTADO CIVIL	Solteiro	25	75,8
	Casado	01	3,0
	Divorciado	04	12,1
	Viúvo	03	9,1
RELIGIÃO	Católico	32	96,9
	Evangélico	01	3,0
COR DA PELE	Branca	16	48,5
	Parda	08	24,2
	Amarela	01	3,0
	Morena	02	6,1
	Negra	06	18,2
APOSENTADORIA	Sim	25	75,7
	Não	08	24,2
ESCOLARIDADE	Analfabeto	17	51,5
	Alfabetizado	08	24,2
	EF. Incompleto	03	9,1
	EF. Completo	01	3,0
	EM. Completo	03	9,1
	ES. Incompleto	01	3,0
RENDA	Até 1 SM	27	81,8
	1-2 SM	01	3,0
	Não possui renda	05	15,2

Tabela 1- Aspectos sociodemográficos de idosos institucionalizados. Juazeiro-Ceará-Brasil, 2019.

EF: Ensino Fundamental; SM: Salários mínimos

Estudos revelam que a falta de atividade física tem forte correlação com o desenvolvimento das DCNT (FRANCHI *et al.*, 2009). Aliados a esta, também podem ser citados outros fatores de risco como a má alimentação, o uso excessivo de álcool e o tabagismo.

Alves *et al.* (2014), estudando as condições de saúde e funcionalidade de idosos com Diabetes Mellitus tipo 2, afirmaram que esta representa uma perigosa ameaça a QV do idoso, potencializando os efeitos de outras doenças e podendo interferir na mobilidade, além produzir outros fatores de risco à saúde do idoso (ALVES *et al.*, 2014).

Os riscos de desenvolvimento de hipertensão crescem progressivamente com a idade. O resultado da pesquisa corrobora com o estudo de Pires, Vilela e Martins (2013), que encontraram elevada prevalência de hipertensão arterial em idosos institucionalizados.

Para analisar a QV dos idosos a partir da espiritualidade / religiosidade foram considerados os valores de média e desvio padrão obtidos para cada faceta do instrumento WHOQOL-SRPB.

Observando a Figura 1, com escala transformada, é possível perceber as dimensões que mais têm contribuído para o aumento ou diminuição da QV nessa população. A faceta “Fé” (SP8) foi a que apresentou maior média (78,98±2,75), seguida da faceta “Conexão com o Ser/Força espiritual” (SP1), com media 76,89 (±2,38). A faceta “Força Espiritual” (SP5) teve a terceira maior média (75,57 ±2,71). As menores médias foram encontradas nas facetas “Sentido da vida” (SP2) e “Esperança e otimismo” (SP7).

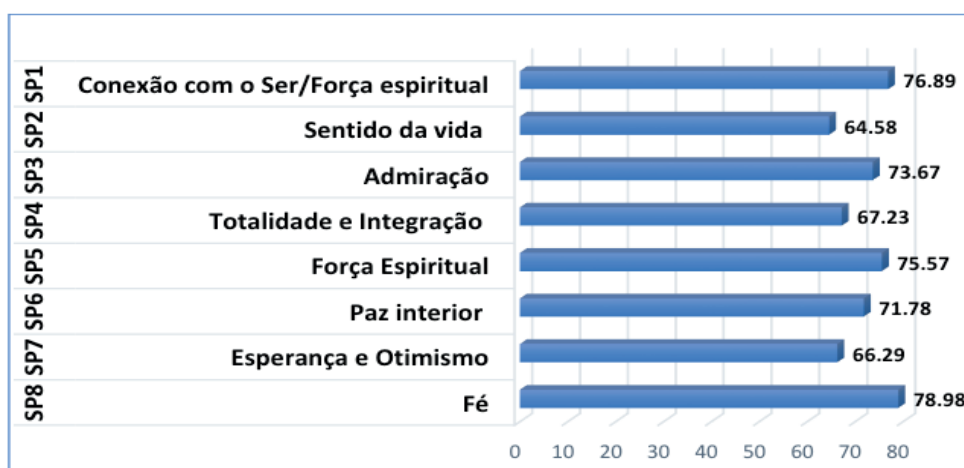


Figura 1: Média das Facetas do WHOQOL- SRPB de idosos institucionalizados. Juazeiro-Ceará-Brasil, 2019.

Pela faceta “Fé” compreende-se como o sujeito se sente confortado e fortalecido pela fé e o quanto ela atua na melhoria do seu bem-estar e no modo como o sujeito aproveita a vida (PEDROSO; GUTIERREZ; PICININ, 2012). Ter fé significa crer no que não é visível. Durante o estudo, quando questionados sobre essa faceta, os

idosos sempre se referiam ao ser espiritual em que acreditavam, relatando como essa ação influenciava a sua própria existência.

A faceta “Força espiritual” trata da conexão com um ser ou força espiritual e o quanto ela conforta e auxilia nos momentos difíceis. Estudos mostram que essa conexão tem ajudado pacientes oncológicos na redução do estresse causado pelo tratamento, aumentando a QV dos doentes e diminuindo sintomas de depressão (FORNAZARI; FERREIRA, 2010, SICA; ROCHA; FLEK, 2011).

Em algumas cidades de São Paulo, estudo que comparou a percepção subjetiva de QV e bem-estar de idosos que vivem sozinhos, com a família e institucionalizados (DIAS; CARVALHO; ARAÚJO, 2013), concluiu que a “Força espiritual” é influente no enfrentamento do sofrimento e das dificuldades da vida.

A faceta “Admiração” refere-se à capacidade de enxergar beleza no mundo à sua volta. Leal *et al.* (2014) afirmam que o ambiente das instituições de longa permanência poderia favorecer a ocorrência de comportamentos depressivos e que este seria um desafio a seus residentes, pois, em alguns casos, estes são ambientes em forma de “internato” e limitam as possibilidades do idoso de aproveitar e ver a vida como antes da situação de institucionalizados.

As facetas “Paz interior” e “Totalidade e Integração” estão entre as facetas com as menores médias encontradas. Elas se referem a como o sujeito consegue manter a harmonia e a paz interior dentro de si, a sensação de equilíbrio harmônico entre corpo, mente e alma.

O sentimento de esperança e otimismo que o indivíduo possui com relação à melhoria da sua vida, tratado na faceta SP7 pode ser explicado por alguns estudos (OLIVEIRA; SANTOS; PAVARINI, 2013; PEDROSO; GUTIERREZ; PICININ, 2012), quando dizem que nos primeiros meses de internação os idosos nutrem a esperança de voltar a ter os cuidados da família em algum momento. Com o passar dos anos, esta esperança é frustrada.

Para os idosos pesquisados, a faceta “Sentido na vida” foi a que apresentou menor média. Para Oliveira, Gomes e Paiva (2011), a terceira idade traz consigo complicações próprias do envelhecimento, como a diminuição no *status* socioeconômico causada pela aposentadoria, a perda gradual da funcionalidade, as DCNT, as conseqüências da queda das taxas hormonais, a perda do companheiro, entre outros acontecimentos que deixam o idoso emocionalmente vulnerável. Nesse contexto, a institucionalização pode surgir como um agravante para que ele não veja sentido na sua existência.

A Tabela 2 apresenta as questões com maiores e menores médias dentre as facetas, em *Likert* de 01 (nada) a 05 (extremamente/ completamente). Pelos resultados, observa-se que a fé e uma conexão com um ser espiritual contribuem na superação de fases difíceis, gerando conforto no dia-a-dia desses idosos. Em contrapartida, vê-se comprometida sua esperança e propósito da vida na terra.

QUESTÕES	MAIORES MÉDIAS
<i>(SP8.2) Até que ponto a fé lhe dá conforto no dia-a-dia?</i>	4,33 ($\pm 0,74$)
<i>(SP1.1) Até que ponto alguma conexão com um ser espiritual ajuda você a passar por épocas difíceis?</i>	4,21 ($\pm 0,74$)
	MENORES MÉDIAS
<i>(SP7.2) Até que ponto você está esperançoso com sua vida?</i>	3,55 ($\pm 1,09$)
<i>(SP2.4) Até que ponto você sente que está aqui [terra] por um motivo?</i>	3,42 ($\pm 0,83$)

Tabela 2: Questões sobre espiritualidade com maiores e menores medias (dp) de idosos institucionalizados. Juazeiro-Ceará-Brasil, 2019.

Considerando a realidade espiritual/religiosa dos idosos institucionalizados, estudos (VITORINO; VIANA, 2012) evidenciam a relação com um ser espiritual e a religiosidade com interferência positiva de tal forma na saúde do idoso institucionalizado, que deve ser um instrumento a ser fortalecido nas estratégias de promoção da saúde. A espiritualidade e/ou religiosidade são utilizadas por eles como um escape nas situações de estresse causadas pela própria institucionalização como, por exemplo, o afastamento familiar, a falta de amparo financeiro, o surgimento de doenças e a proximidade do fim.

São vários os estudos que apontam a importância do domínio Espiritualidade na QV de pessoas idosas (DIAS; PAIS-RIBEIRO, 2018; FORNAZARI; FERREIRA, 2010), sendo esta uma ferramenta importante no enfrentamento das adversidades inerentes ao processo de envelhecimento, além de conforto em situações de vulnerabilidade e institucionalização.

Embora os lares de acolhimento para idosos assumam um papel de apoio e amparo, tendo em vista a falta de suporte familiar necessária nessa fase da vida (CARNEIRO, 2009), a chamada condição de “asilado” pode impor ao idoso desventuras para as quais ele não tenha se preparado durante a vida, como o confinamento e o isolamento da sociedade e da família.

Estratégias que promovam a QV de vida destes sujeitos em todos os seus aspectos são de fundamental importância. Faz-se necessária a adoção de políticas de cuidado ao idoso institucionalizado, que valorizem a fé e o credo dos anciãos como ferramenta de promoção e manutenção da saúde.

Contextualizando o local do estudo, é importante salientar que, em Juazeiro do Norte, a religiosidade é característica marcante de boa parte da população, pois se trata de uma cidade com grande tradição no turismo religioso (ALMEIDA; RODRIGUES, 2012).

O presente estudo apresentou algumas limitações, como o tamanho amostral e o delineamento transversal, que impossibilita a relação de causa e efeito. Desta forma, sugere-se a realização de um estudo longitudinal aprofundado sobre os efeitos

da espiritualidade e/ou religiosidade na saúde e QV do idoso institucionalizado.

4 | CONCLUSÃO

A maioria dos idosos encontrados é do sexo masculino, solteira, de cor branca, religião católica, aposentada, com renda de até um salário mínimo e analfabeta. Observou-se a prevalência de hipertensão arterial e diabetes, todavia existe a possibilidade dos valores encontrados serem inferiores ao real, devido à dificuldade de acesso aos serviços de saúde por esses idosos.

De modo geral, verificou-se que o domínio espiritualidade influencia de forma considerável a qualidade de vida dos idosos institucionalizados, pois apresentou médias altas para todas as facetas investigadas. Dentre todas, a faceta “Fé” foi a que se destacou com a maior média. As menores médias encontradas referem-se à “Esperança” e “Sentido na vida”, denotando a baixa perspectiva de vida desses idosos.

É possível que a espiritualidade atue neles como um instrumento na promoção da QV, para diminuir os malefícios causados pela falta dos demais componentes necessários à sua saúde completa.

O culto ao Ser Superior de devoção dos idosos pode ser entendido como um meio de combate às consequências negativas do confinamento. Destaca-se a necessidade de ações de promoção à saúde dentro dessas instituições, bem como de atividades voltadas ao bem-estar espiritual, que contemplem todos os credos e que propiciem aos idosos momentos de reflexão, satisfação e melhoria de sua qualidade de vida.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA, F.A.; RODRIGUES, R.R.; Padre Cícero Romão: Entre a religião e a política (adoração e acusação a um homem do sertão). **Revista Brasileira de Filosofia e História**, Pombal, PB, v. 1, n. 1, p.41-48, jan-dez, 2012.

ALVES, *et al.* Condições de saúde e funcionalidade de idosos com Diabetes Mellitus tipo 2 na Atenção Primária à Saúde. **Enfermería Global**, Revista Eletrônica Trimestral de Enfermagem. n. 34, p.19, Abril, 2014.

BELTRAME, V.; BRUGNEROTTO, M.; TRENTINI, M.; MADUREIRA, V. A convivência com diabetes mellitus tipo 2. **Saúde e meio ambiente: revista interdisciplinar**, v. 1, n. 1, p. 105-116, Jul. 2012.

BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. Diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Resolução nº466/2012. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2016/reso510.pdf>. Acesso em: Fev. 2019.

BRASIL. Senado Federal. **Estatuto do Idoso**. Íntegra da Lei nº 10.741, de 01 de outubro de 2003. Brasília (DF): Centro Gráfico; 2003.

CARNEIRO, L.C.; **Religiosidade e Qualidade De Vida em idosos institucionalizados**. 2009.

Dissertação de Mestrado. Programa de PósGraduação em Ciências das Religiões. Universidade Federal da Paraíba. [2009].

COELHO, R.A.C.; LARA, M.O. Qualidade de vida do idoso: um levantamento da produção científica nos últimos dez anos. **Revista de Enfermagem do Centro Oeste Mineiro**, v 1. N. 3, p. 395-406. Jun/Jul. 2011.

COSTA JÚNIOR, G. R. *et al.* Qualidade de vida, estilo de vida e saúde: um artigo de revisão. **Amazônia: Science & Health**, v. 1, n. 1, 2013.

DIAS, D.S.G.; CARVALHO, C.S; ARAÚJO, C.V. Comparação da percepção subjetiva de qualidade de vida e bem-estar de idosos que vivem sozinhos, com a família e institucionalizados. **Revista brasileira de Geriatria e Gerontologia**, v. 16, n. 1, p. 127-138, 2013.

DIAS, E.N.; PAIS-RIBEIRO, J.L. Espiritualidade e qualidade de vida de pessoas idosas: um estudo relacional. **Psicologia, Saúde & Doenças**, v. 19, n. 3, p. 591-604, 2018.

FLECK *et al.* Desenvolvimento do WHOQOL, modulo espiritualidade, religiosidade e crenças pessoais. **Rev. Saúde Pública**. vol.37. n .4. p. 446-455, Ago. 2003

FLECK, M.P.A.; SKEVINGTON, S. Explicando o significado do WHOQOL-SRPB. **Revista de Psiquiatria Clínica**, v. 34, n. 1, p. 146-149, 2007.

FORNAZARI, S.A; FERREIRA, R.E.R. Religiosidade/espiritualidade em pacientes oncológicos: Qualidade de vida e saúde. **Psicologia: teoria e pesquisa**, v. 26, n. 2, p. 265-272, Abr-Jun, 2010.

FRANCHI, K.M.B. *et al.* Capacidade funcional e atividade física de idosos com diabetes tipo 2. **Revista Brasileira de Atividade Física & Saúde**, v. 13, n. 3, p. 158-166, 2009.

LEAL, M.C.C. *et al.* Prevalência de sintomatologia depressiva e fatores associados entre idosos institucionalizados. **Acta Paulista de Enfermagem**, v. 27, n. 3, p. 208-214, 2014.

NUNES, V.M.A; MENEZES, R.M.P; ALCHIERI, J.C. Avaliação da Qualidade de Vida em idosos institucionalizados no município de Natal no Rio Grande do Norte.. **Acta Scientiarum Health Sciences**, v. 32, n. 2, p. 119-126, 2010.

OLIVEIRA, E.R.A.; GOMES, M.J.; PAIVA, K.M. Institucionalização e qualidade de vida de idosos da região metropolitana de Vitória-ES. **Esc Anna Nery**, v. 15, n. 3, p. 618-23, 2011.

Organização das Nações Unidas. População mundial deve atingir 9,6 bilhões em 2050, diz novo relatório da ONU - 2013. Disponível em: <<https://nacoesunidas.org/populacao-mundial-deve-atingir-96-bilhoes-em-2050-diz-novo-relatorio-da-onu/>> Acesso em: Jul. 2019.

PANZINI, *et al.* Qualidade de vida e espiritualidade. **Rev. Psiq. Clínica**. v.34, supl 1, 105-115, 2007.

PEDROSO, B.; GUTIERREZ, G.L.; PICININ, C.I. Qualidade de vida, espiritualidade, religião e crenças pessoais: Análise do instrumento WHOQOL-SRPB. **Revista eletrônica fafit/facic**. v. 03, n. 01, p. 01-12. jan./jun. 2012.

PILGER, C.; MENON, M.H.; MATHIAS, T.A.F. Características sociodemográficas e de saúde de idosos: Contribuições para os serviços de saúde. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, v. 19, n. 5, p. 1-9, 2011.

PIRES, E.; VILELA, A.; MARTINS, M.. Prevalência de hipertensão arterial no idoso institucionalizado. 2013. Disponível em: <https://bibliotecadigital.ipb.pt/handle/10198/8465>. Acesso em: Jul, 2019.

SANTOS ,S.S.C. *et al.*; LUNARDI, V.L. Promoção da saúde da pessoa idosa: compromisso da enfermagem gerontogeriatrica. **Acta Paul Enferm**, v. 21, n. 4, p. 649-53, 2008.

SICA, N; ROCHA, M.P.; FLECK, A. Avaliação de qualidade de vida e importância dada a espiritualidade/religiosidade/crenças pessoais (SRPB) em adultos com e sem problemas crônicos de saúde. **Rev. psiquiatr. clín.** v.38, n.1. p. 19-23. 2011

VITORINO, L.M.; VIANNA, L.A.C. Coping religioso e espiritual de idosos institucionalizados. **Acta Paulista de Enfermagem**, v. 25, n.1, p.136-142, 2012.

SEGURANÇA DO PACIENTE RELACIONADA AO NOME SOCIAL COMO IDENTIFICADORES HOSPITALARES EM CLIENTES TRANSGÊNEROS

Lorena Alencar Sousa

Faculdade de Medicina Estácio de Juazeiro do Norte
Juazeiro do Norte - Ceará

Diego Ravelly dos Santos Callou

Faculdade de Medicina Estácio de Juazeiro do Norte
Juazeiro do Norte - Ceará

Joanderson Nunes Cardoso

Faculdade de Medicina Estácio de Juazeiro do Norte
Juazeiro do Norte - Ceará

Uilna Natércia Soares Feitosa

Faculdade de Medicina Estácio de Juazeiro do Norte
Juazeiro do Norte – Ceará

Mabel Maria Sousa Figueiredo

Faculdade de Medicina Estácio de Juazeiro do Norte
Juazeiro do Norte – Ceará

Edglê Pedro de Sousa Filho

Graduado em Medicina pela Universidade Federal do Ceará (1992)
Juazeiro do Norte – Ceará

Izadora Soares Pedro Macedo

Faculdade de Medicina Estácio de Juazeiro do Norte
Juazeiro do Norte - Ceará

Maria Jeanne de Alencar Tavares

Faculdade de Medicina Estácio de Juazeiro do Norte

Juazeiro do Norte - Ceará

Itamara da Costa Sousa

Enfermeira. Mestre em Enfermagem pela Universidade Regional do Cariri (URCA).
Juazeiro do Norte – Ceará

Amanda Cristina Araújo Cavalcante

Faculdade de Medicina Estácio de Juazeiro do Norte
Juazeiro do Norte – Ceará

RESUMO: O nome social refere-se à adoção/adequação ao qual a pessoa transexual prefere ser reconhecidas socialmente, respeitando assim suas autodeterminações em torno de sua identidade de gênero. Objetiva-se analisar a importância da utilização do nome social na pulseira de identificação quanto a segurança no cuidado a pacientes transgêneros. Trata-se de uma Revisão integrativa da literatura, onde foi selecionado Descritores em Ciências da Saúde, português: Segurança do Paciente, Pessoas Transgênero, Identificação Social e Centros de Saúde, e inglês: Transgender Persons, Patient Identification Systems, Health services, identification e Health services. Busca de dados na, Medical Literature Analysis and Retrieval System Online, e na PubMed, cruzados pelo operador booleano *AND*. Critérios de inclusão: artigos originais, de 2014 a 2018, nos idiomas português e inglês, e disponíveis na íntegra. E

exclusão: duplicatas, artigos indisponíveis online, pagos e que não contemplassem a temática. Foram encontrados 41 artigos, contudo, somente 4 se enquadravam nos critérios de inclusão. Constatou-se que é explícito a ausência e também importante do uso do nome social nos sistemas de identificação nas unidades de saúde. Esse estudo apresenta limitações relacionadas ao pequeno número de artigos disponíveis nas bases de dados acessadas. Destaca-se a importância da identificação social como humanização, tornando fundamental uma boa assistência as pessoas transgêneros. Espera-se que este trabalho possa contribuir para o desenvolvimento de outras pesquisas visando a qualidade da assistência para esse público.

PALAVRAS-CHAVE: Pessoas transgênero. Identificação. Segurança do paciente. Sistemas de identificação de pacientes.

PATIENT SAFETY RELATED TO SOCIAL NAME AS HOSPITAL IDENTIFIERS IN TRANSGENDER CUSTOMERS

ABSTRACT: The social name refers to the adoption / adaptation to which the transvestite or transgender person prefer to be socially recognized, thus respecting their self-determination around their gender identity. The objective is to analyze the importance of using the social name in the identification bracelet regarding safety in the care of transgender patients. This is the Integrative Literature Review method, selected Health Sciences Descriptors, Portuguese: Patient Safety, Transgender People, Social Identification and Health Centers, and English: Transgender Persons, Patient Identification Systems, Health services, identification and Health services. Data search in the Medical Literature Analysis and Retrieval System Online, and PubMed, crossed by the Boolean operator AND. Inclusion criteria: original articles, from 2014 to 2018, in Portuguese and English, and available in full. And exclusion: duplicates, articles unavailable online, paid and not contemplating the theme. We found 41 articles, however, only 4 met the inclusion criteria. It was found that the absence and also important of the use of the social name in identification systems in health facilities is explicit. This study has limitations related to the small number of articles available in the accessed databases. We highlight the importance of social identification as humanization, making good care for transgender people fundamental. It is hoped that this work can contribute to the development of other research aimed at the quality of care for this public.

KEYWORDS: Transgender people. Identification. Patient safety. Patient Identification Systems.

1 | INTRODUÇÃO

O nome social refere-se à adoção/adequação ao qual a pessoa travesti ou transexual preferem ser reconhecidas socialmente, respeitando assim suas autodeterminações em torno de sua identidade de gênero (BRASIL, 2019).

De acordo com o Decreto de 28 de abril de 2016, as entidades administrativas públicas, autárquicas e fundacional, deverão adotar em suas demandas administrativas o uso do nome social, principalmente nos sistemas de registros, programas, cadastros, fichas, prontuários e congêneres (BRASIL, 2016).

Deverá ser destaque nos instrumentos acompanhado do nome de registro civil, devendo constar em documentos oficiais o nome social, requerido pela pessoa travesti ou transexual, a qualquer tempo (BRASIL, 2016).

Tratando-se de direitos o uso do nome social nos serviços de saúde é garantido pela Portaria nº 1.820/2009, assegurando aos usuários o seu nome de preferência dentro das unidades do Sistema Único de Saúde (SUS), além de instituições autárquicas, não podendo ser chamados por código da doença ou outras formas que cheguem a desrespeitar o usuário (BRASIL, 2009).

Tendo um tratamento acolhedor e humanizado, sem qualquer discriminação, negação ou restrição no atendimento. Que os profissionais dessas unidades respeitem o nome social, garantindo o direito e evitando barreira do acesso aos serviços de saúde (BRASIL, 2018).

Dentro das instituições de saúde encontra-se a identificação presente dos usuários de várias formas, em pulseiras, na beira do leito e documentos cadastrados das unidades, mas nem sempre consta o nome social dos usuários transgêneros, apenas o nome e sobrenome registrado no civil (HOFFMEISTER, 2015).

Considera-se que a pulseira de identificação dos usuários nos serviços de saúde é um instrumento que contribui para a segurança do paciente, sendo de fácil acesso e objetiva, estabelecendo uma valorosa ferramenta na prevenção de eventos adversos (ASSIS et al., 2018).

Visando o decreto federal nº 8.727/2016 que regulamenta o uso do nome social para demandas administrativas, recomendasse que na pulseira de identificação do paciente dentro das unidades de saúde, deva conter além do nome civil, o nome social e data de nascimento e outros (SAÚDE, 2018).

Tendo em vista a grande importância da identificação correta do paciente, respeitando o uso do nome social na pulseira de identificação dos pacientes transexuais, desta forma, objetiva-se analisar a importância da utilização do nome social na pulseira de identificação quanto a segurança no cuidado a pacientes transgêneros.

2 | METODO

Essa pesquisa refere-se a um estudo de revisão integrativa da literatura, aplicado nas áreas de conhecimento que utiliza a sistematização e exposição dos resultados em um trabalho bibliográfico em saúde. O mesmo foi pautado em seis etapas, sendo elas: 1. Identificação do tema e seleção da hipótese ou questão de

pesquisa; 2. Definição de critérios para inclusão e exclusão de estudos, amostras e busca; 3. Definição das informações a serem extraídas dos estudos selecionados; 4. Avaliação dos estudos incluídos; 5. Interpretação e análise dos resultados dos estudos; 6. apresentação da revisão e síntese do conhecimento (MENDES; SILVEIRA; GALVÃO, 2008).

Diante do exposto, adotou-se como questão norteadora: “Qual a importância da identificação na assistência à saúde com o uso do nome social para garantia da segurança do paciente?”, facilitando a busca pela literatura científica desta revisão no intuito de alcançar o objetivo proposto.

A busca foi realizada nas bases de dados, Medical Literature Analysis and Retrieval System Online (MEDLINE), e na Latin American and Caribbean Health Sciences Literature (LILACS). Optou-se para obtenção dos artigos, os Descritores em Ciências da Saúde (DeCS), em português: Segurança do Paciente, Pessoas Transgênero, Identificação Social e Centros de Saúde, e em inglês: Transgender Persons, Patient Identification Systems, Health services, identification e Health services. Estes foram cruzados pelo operador booleano “AND”, de forma sistemática para alcançar amostra do presente estudo.

Como critérios de elegibilidade utilizou-se, inclusão: artigos originais publicados no período de 2014 a 2018, nos idiomas português e inglês, e disponíveis na íntegra. E como critérios de exclusão: duplicatas, artigos indisponíveis online, pagos e aqueles que não contemplassem a temática. Foram encontrados 41 artigos, contudo, somente 4 se enquadravam nos critérios de inclusão. (Quadro 1)

DeCS	Operador booleano	Bases de Dados	Resultado s/ CE	Resultado após CE
Segurança do Paciente. Pessoas Transgênero.	AND	BVS	9	1
Transgender Persons. Identification. Health services.	AND	BVS	30	3

Quadro 1 – Descritores e resultados.

Fonte: Elaborado pelo autor (2019). Critérios de Elegibilidade (CE).

Inicialmente aplicou-se durante a busca os filtros citados anteriormente como critério de inclusão, então foi feita leitura prévia dos títulos dos artigos, adicionando aqueles que contemplassem o tema em questão, em seguida foi feita a leitura na íntegra dos estudos, possibilitando fazer uma filtragem ainda mais fidedigna.

3 | RESULTADOS

Para compor a revisão integrativa, foram incluídos 4 artigos, dos quais observou-

se que 50% das publicações se deu no ano de 2015, 25% foi publicado em 2016 e os outros 25% em 2014. Sendo que, 75% dos estudos foram publicados nos Estados Unidos (EUA) e apenas 25% foi publicado no Brasil. Em relação as bases de dados 75% foram encontradas na MEDLINE e 25% na LILACS. Conforme exposto abaixo (Quadro 2):

Nº	Título	Autores/Ano	Bases de Dados	País
1	Registros eletrônicos de saúde e pacientes transgêneros - recomendações práticas para a coleta de dados de identidade de gênero.	MADELINE et. al. 2015	MEDLINE	Estados Unidos
2	Identificação de gênero e cirurgia de redesignação sexual na população trans: um estudo de pesquisa na França.	GIAMI et. al. 2014	MEDLINE	Estados Unidos
3	Métodos avançados para a pesquisa em saúde transgênero nos EUA.	REISNER et al. 2015	MEDLINE	Estados Unidos
4	Acolhimento do enfermeiro à população transexual: Relato de experiência	SOUZA e ANDRADE, 2016	LILACS	BRASIL

Quadro 2 – Artigos encontrados.

Fonte: Elaborado pelo autor (2019).

O quadro 3 aponta os principais resultados baseados na temática em questão. A maior parte dos artigos, 3, abordaram a temática de forma indireta, apenas 1 dos estudos fala diretamente da importância do nome social para segurança do paciente.

Nº	Objetivo	Principais Resultados
1	Fornecer insights sobre o processo com base na ampla experiência no desenvolvimento e implementação da funcionalidade de identidade de gênero dos registros eletrônicos de saúde em várias instituições.	Os arquivos, currículos e materiais de treinamento devem fornecer orientação sobre como reconhecer e usar os pronomes das pessoas transgênero, com especial atenção. Os profissionais inexperientes no atendimento a pessoa transgênero, pode encontrar essas identidades e terminologias de gênero não-binárias e ser particularmente difícil de entender e utilizar. Pode-se Incluir lembrete ou pop-up em tempo real adicionado para pacientes cuja preferência de pronome é “Eles / Elas” dentro da interface do usuário podem ajudar a reforçar este comportamento entre os profissionais e provedores da clínica.

2	Identificar a função da cirurgia de redesignação sexual em trajetórias trans de transição e para analisar o psicossocial fator que influenciam a realização de tal operação e o papel que a cirurgia de redesignação sexual desempenha nas identificações trans contemporâneas na França.	Os resultados destacaram a heterogeneidade da população trans, cuja definição não pode ser reduzida a um grupo de indivíduos submetidos a tratamentos hormonais padronizados e cirurgia de redesignação sexual. Dois indicadores centrais, sexo atribuído à nascença e auto identificação de gênero, permitiram-nos descrever e analisar diferentes vias médicas e sociais com um foco particular na cirurgia de redesignação sexual, que é frequentemente obrigatória para uma mudança de estado civil na França.
3	Descreve os desafios metodológicos, as lacunas e as oportunidades na pesquisa sobre saúde transgênero nos Estados Unidos da América.	As vantagens de uma abordagem baseada em sistemas de saúde incluem sua eficiência relativa na identificação de participantes elegíveis do estudo, a disponibilidade de controles cisgênero (não-transgênero) que podem ser combinados para participantes transexuais e a capacidade de envolver múltiplos locais. Por outro lado, esta abordagem pode faltar a subgrupos da população transexual de difícil acesso (por exemplo, sem seguro ou sem envolvimento na área da saúde). Além disso, se os procedimentos de coleta de dados estiverem limitados a registros médicos eletrônicos, a informação resultante pode não ter detalhes.
4	Relatar experiência da enfermagem no serviço de acolhimento à população transexual no estado de Pernambuco, em um hospital universitário.	Aspectos importantes para o acolhimento a população LGBT e as várias expressões da sexualidade e do gênero, começa pelo respeito ao nome social, isso significa o reconhecimento da possibilidade daquela diferença, reconhecendo a existência do outro na sua diferença. Outra questão, é o respeito a autodenominação, as pessoas são muito mais que as normas que são impostos na sociedade. Há na nossa sociedade uma normatização, que fecha as possibilidades da expressão da sexualidade para além da heterossexualidade.

Quadro 3 – Caracterização dos estudos quanto aos principais resultados voltado para temática em questão. Juazeiro do Norte - CE, 2018.

Fonte: Elaborado pelo autor (2019).

4 | DISCUSSÃO

Transgêneros (trans, trans*) pessoas que podem ter uma identidade de gênero e um nome de preferência que diferem daqueles atribuídos no nascimento e / ou aqueles listados em sua identificação legal atual (MADELINE et al., 2015).

A pesquisa em saúde de transexuais se beneficia de avanços metodológicos que assegurem análises estatísticas adequadamente fortalecidas, representação de subgrupos difíceis de alcançar, um léxico compartilhado acordado e consistente, protocolos unificados em estudos para coletar dados sobre tratamento e resultados em saúde ao longo do tempo (REISNER et al. 2015).

A partir dos estudos analisados nota-se que o nome social ainda é uma questão em processo de discussão. Tal fato pode ser explicado pela ausência de publicações voltado para a essa questão, porém a saúde das pessoas transgêneros está sendo discutida desde do acolhimento, receptividade e contato inicial do paciente com os serviços de saúde até no momento de alta do serviço hospitalar, são especialmente elencadas para garantir o êxito do desenvolvimento dos processos de trabalho e garantir uma assistência de qualidade para o público em questão.

Um dos estudos aponta como fator limitante na assistência o despreparo dos profissionais de saúde e afirma que existe desinteresse por parte dos profissionais acerca do assunto, principalmente quando a questão é o nome social, o que se torna um fato recorrente nos serviços. Situação que é versátil, podendo ser contornada com uma observação desprovida de preconceito na capa do prontuário e cartão de atendimento, isto seria suficiente para promover o respeito ao nome social, conseqüentemente à pessoa que está aguardando cuidados de saúde (SOUZA e ANDRADE, 2016).

É citado no estudo de Reisner et al., 2015, uma necessidade de utilizar terminologia padronizada para descrever a identidade e a história transgênero, levando em consideração o crescente número deste público que têm uma identidade e orientação sexual fora dos binários históricos, é necessário que a terminologia para tratamentos afirmativos de gênero também seja consistente e descritiva.

Neste sentido o estudo de Madeline et al., 2015, realizado nos Estados Unidos, aponta a indiferença quanto ao nome social nos serviços hospitalares, pois para pacientes não transgêneros, há um mapeamento direto e implícito do gênero feminino ou masculino para um marcador de gênero “M” ou “F” e pronome masculino (ele) ou feminino (ela); como tal, historicamente não existe nenhum campo “pronome” nos sistemas, já que o usuário simplesmente olha para o campo sexo / gênero e mentalmente mapeia isso para os pronomes corretos. No caso de pacientes transexuais, isso não é tão simples.

Ainda partindo deste pressuposto, o sistema eletrônico hospitalar apresenta inúmeras vantagens para o público cisgênero, porém não é nada acolhedor para a população transexual por não contribuir para uma maior segurança, ocasionando problemas e até mesmo confusão pela dificuldade e disposição dos registros médicos eletrônicos, a informação resultante pode não ter detalhes (REISNER et al. 2015).

É explícito a ausência e conseqüentemente importância do uso do nome social nos sistemas de identificação dos pacientes trans nas unidades de saúde não só para segurança dos mesmos, como também na assistência humanizada.

Alguns dos artigos destaca que a discriminação se inicia desde a recepção, com o desrespeito ao nome social, podendo ocasionar a essas pessoas o abandono ao tratamento, afugenta-las de consultas agendadas e pode ser o estopim para provocar resistência na busca por serviços de saúde (SOUZA e ANDRADE, 2016; MADELINE et. al. 2015).

Esse estudo apresenta limitações relacionadas ao pequeno número de artigos disponíveis nas bases de dados acessadas. Apesar disso, o escopo dessa revisão reforça a importância da utilização do nome social nos serviços hospitalares.

5 | CONCLUSÃO

É possível destacar a importância da identificação social como uma ferramenta de humanização e segurança, se tornando fundamental para uma boa assistência no atendimento as pessoas trans. Tornando-se essencial a educação permanente sobre a temática para profissionais de saúde, capacitando-os para uma boa relação profissional/paciente, uma vez que oportuniza a realização de palestras e seminários sobre diversidade sexual para profissionais da saúde com orientações sobre respeito às identidades e ao nome social.

Com isso o nome social, pode estabelecer questões de construção social, para que os profissionais que atuam nas unidades entendam a demanda e necessidades das pessoas transgênero e garanta os direitos estabelecidos pela constituição federal.

Está sendo cada vez mais possível discutir a promoção da saúde, segurança e humanização relacionado ao público transgênero dentro dos serviços de saúde, porém espera-se que este trabalho possa contribuir para o desenvolvimento de outras pesquisas visando a qualidade da assistência para esse público.

REFERENCIAS

ASSIS, Tamiris Garcia de et al. ADESÃO À IDENTIFICAÇÃO CORRETA DO PACIENTE PELO USO DA PULSEIRA. **Revista de Enfermagem Ufpe On Line**, Recife, v. 10, n. 12, p.2621-2627, out. 2018.

BRASIL, **Decreto nº 8.727, de 28 de abril de 2016**. Dispõe sobre o uso do nome social e o reconhecimento da identidade de gênero de pessoas travestir e transexuais no âmbito da administração pública federal direta, autárquica e fundacional. Brasília, DF, 2016.

BRASIL, governo federal. **PORTARIA Nº 1.820, DE 13 DE AGOSTO DE 2009: Dispõe sobre os direitos e deveres dos usuários da saúde**.

HOFFMEISTER, Louíse Viecili; MOURA, Gisela Maria Schebella Souto de. Uso de pulseiras de identificação em pacientes internados em um hospital universitário. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 23, n. 1, p. 36-43, Feb. 2015.

SAÚDE, Governo do Distrito Federal; Comissão Permanente de Protocolos de Atenção à Saúde da Ses-df -. **Protocolo de Atenção à Saúde: Segurança do Paciente: identificação do usuário**. 2018.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Protocolo de Identificação do Paciente**: Ministério da Saúde. 2013. Brasília DF.

BRASIL. Manual Orientador sobre Diversidade. **Assessoria de Comunicação do Ministério dos Direitos Humanos**, Brasília, p.1-92, 2018.

DEUTSCH, Madeline B.; BUCHHOLZ, David. Electronic Health Records and Transgender Patients— Practical Recommendations for the Collection of Gender Identity Data. **Journal Of General Internal Medicine**, [s.l.], v. 30, n. 6, p.843-847, 6 jan. 2015. Springer Science and Business Media LLC.

GIAMI, Alain; BEAUBATIE, Emmanuelle. Gender Identification and Sex Reassignment Surgery in the Trans Population: A Survey Study in France. **Archives Of Sexual Behavior**, [s.l.], v. 43, n. 8, p.1491-1501, 18 set. 2014. Springer Science and Business Media LLC.

HOFFMEISTER, Louíse Viecili; MOURA, Gisela Maria Schebella Souto de. Uso de pulseiras de identificação em pacientes internados em um hospital universitário. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*, Ribeirão Preto, v. 23, n. 1, p. 36-43, Feb. 2015. Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692015000100036&lng=en&nrm=iso>. access on 26 July 2019. <http://dx.doi.org/10.1590/0104-1169.0144.2522>.

REISNER, Sari L. et al. Advancing methods for US transgender health research. **Current Opinion In Endocrinology & Diabetes And Obesity**, [s.l.], v. 23, n. 2, p.198-207, abr. 2016. Ovid Technologies (Wolters Kluwer Health).

SAÚDE, Governo do Distrito Federal; Comissão Permanente de Protocolos de Atenção à Saúde da Ses-df -. **Protocolo de Atenção à Saúde: Segurança do Paciente: identificação do usuário**. 2018. Disponível em: <<http://www.saude.df.gov.br/wp-conteudo/uploads/2018/04/4.-Seguranca-do-Paciente-identificacao-do-usuario.pdf>>. Acesso em: 26 jul. 2019.

SOUZA, Karla Romana Ferreira de; ANDRADE, Carla Andreia Alves de. ACOLHIMENTO DO ENFERMEIRO À POPULAÇÃO TRANSEXUAL: RELATO DE EXPERIÊNCIA. **Editora Realize**, Recife, p.1-4, 09 maio 2016.

SINAIS DE PREDIÇÃO À DEPRESSÃO NA ADOLESCÊNCIA: REVISÃO INTEGRATIVA

Néliton da Costa Silva

Enfermeiro pelo Centro Universitário UNIATENEU,
Fortaleza – Ceará.

Adriana Sousa Carvalho de Aguiar

Enfermeira, Mestre em Enfermagem, Docente
do Centro Universitário UNIATENEU, Fortaleza -
Ceará.

Edina Silva Costa

Doutora em Ciências da Saúde pela Universidade
Federal de São Paulo.
Mestre em Saúde Coletiva pela Universidade
Estadual de Ceará.
Docente do Centro Universitário UNIATENEU,
Fortaleza – Ceará.

Hernágila Costa Freitas

Acadêmica de Enfermagem pelo UNIATENEU,
Fortaleza – Ceará.

Jesyskelly Duarte dos Santos Tenório

Enfermeira pelo Centro Universitário UNIATENEU,
Fortaleza – Ceará.

José Alexandre Alves do Nascimento

Acadêmico de Enfermagem pelo UNIATENEU,
Fortaleza – Ceará.

Juliana Ariádina de Vasconcelos

Enfermeira pelo Centro Universitário UNIATENEU,
Fortaleza – Ceará.

Lara Anísia Menezes Bonates

Enfermeira, Residência em Transplante de
Órgãos e Tecidos – HUWC. Mestranda em Saúde
Coletiva pela universidade Estadual do Ceará.
Coordenadora de estágio do UNIATENEU,
Fortaleza – Ceará.

Rosilane da Silva Soares

Enfermeira pelo Centro Universitário UNIATENEU,
Fortaleza – Ceará.

Tereza D'Ávila de Araújo Gomes Silva

Acadêmico de Enfermagem pelo UNIATENEU,
Fortaleza – Ceará.

Ticyanne Soares Barros

Enfermeira, Ms. em Cuidados Clínicos em
Enfermagem e Saúde pela UECE.
Docente no Curso de Enfermagem do
UNIATENEU, Fortaleza - Ceará.

Wanderson Alves Martins

Prof. Ms. Wanderson Alves Martins pelo Centro
Universitário UNIATENEU.
Mestre em Enfermagem pela UFC e Coordenador
do Curso de Enfermagem do Centro Universitário
UNIATENEU, Fortaleza – Ceará.

RESUMO: Depressão é uma psicopatologia que acarreta vários transtornos na vida adulta, sendo que quando diagnosticada precocemente, menor serão os impactos negativos. O objetivo da pesquisa foi identificar os sinais preditivos de transtornos depressivos nos adolescentes. Trata-se de um estudo de revisão integrativa, realizado entre setembro de 2018 a janeiro de 2019 nas bases de dados: LILACS, SciELO e MEDLINE. Foram incluídos no estudo artigos que tratavam sobre adolescentes depressivos, artigos nacionais disponíveis na integra e

publicado nos últimos cinco anos. Foram excluídos estudos que contemplassem mais de um transtorno de humor além da depressão. Nos resultados foi evidenciado que experiências negativas vivenciadas no ambiente familiar; ambiente escolar e contexto social que são fortes indicadores para desenvolver um quadro de transtorno depressivo no adolescente. Como conclusões evidenciou-se a importância de um acompanhamento multiprofissional qualificado, destacando a conduta e importância da enfermagem nesse processo de prevenção da doença, uma vez que, deve ser levado em consideração que tal transtorno se desenvolve não só de um ponto de partida, mas da soma de diversos subfatores.

PALAVRAS-CHAVE: Saúde Mental. Depressão. Saúde do Adolescente. Diagnóstico Precoce.

SIGNS OF PREDICTION TO DEPRESSION IN ADOLESCENCE: INTEGRATION EVALUATION

ABSTRACT: Depression is a psychopathology that causes several disorders in adult life, and When diagnosed early, lower will be the negative impacts. The objective of the research was to identify the predictive signs of depressive disorders in adolescents. It is an integrative review study, carried out between September 2018 and January 2019 in the databases: LILACS, SciELO and MEDLINE. Included in the study were articles dealing with depressive adolescents, national articles available in their entirety and published in the last five years. We excluded studies that looked at more than one mood disorder beyond depression. The results showed that negative experiences experienced in the family environment; school environment and social context that are strong indicators to develop a picture of depressive disorder in adolescents. As conclusions, the importance of a qualified multiprofessional follow-up was highlighted, emphasizing the nursing's behavior and importance in this disease prevention process, since it should be taken into account that such a disorder develops not only from a starting point but also of the sum of several sub-factors.

KEYWORDS: Mental health. Depression. Adolescence health. Early diagnosis.

1 | INTRODUÇÃO

O relato mais comum entre pessoas diagnosticadas com quadro de depressão corresponde à falta de interesse e a dificuldade para realizar atividades que antes eram prazerosas, bem como o desejo suprimido de manter as interações sociais (CAMPOS; PRETE; PRETE, 2014).

Inicialmente se espera que os indivíduos percebam em si mesmos a depressão e procurem por ajuda, sendo que muitas vezes a ajuda não vem de forma correta que incentive o indivíduo a buscar o tratamento, isso ocorre por desconhecimento ou despreparo por parte da assistência (NETO *et al.*, 2011).

Nem sempre existe um fator específico e predeterminante que desencadeie

a depressão em si. A literatura aponta que para um indivíduo entrar em um estado de depressão, ele precisa de vários fatores sociais, psicológicos e biológicos considerados de risco (BRITO, 2014).

Ferster, Culbertson e Boren estudam esse assunto desde 1977, e apontaram inúmeras teorias que poderiam estar explicando como ocorre o fenômeno depressivo, alguns desses exemplos são os transtornos cognitivos, psicanalíticas e fenomenológicas (CAMPOS; PRETE; PRETE, 2014).

Esses pioneiros entendiam que os sintomas depressivos seriam decorrentes de padrões comportamentais associados a uma história de punição, que gerariam uma diminuição da frequência de comportamentos e respostas de fuga e esquia dos eventos sociais, também acrescentam que a persistente punição, poderiam produzir sentimentos de irritabilidade, retardo psicomotor, desmotivação, desinteresse, baixa autoestima e comportamento suicida (CAMPOS; PRETE; PRETE, 2014).

A identificação da incidência e prevalência dos transtornos mentais na adolescência auxilia no delineamento de políticas de saúde, na distribuição de recursos, na prevenção e tratamento da depressão (MACHADO *et al.*, 2014).

As responsabilidades nas esferas sociais aumentam durante a passagem da adolescência para a fase adulta, gerando um choque de diversos pensamentos para suas próximas escolhas, tendo então que abrir mão de suas atividades antigas para entrar em uma nova construção de vida, podendo ocorrer diversas crises de identidades (BIAZUS; RAMIRES, 2012).

Quando o adolescente começa a entrar na fase adulta, o estado psíquico, físico e social passa por transformações e o adolescente passa a ter uma nova identidade, perdendo a imagem infantil, rompendo com o passado e realizando suas escolhas individuais (BIAZUS; RAMIRES, 2012).

Nesse momento, crescem as interações amorosas entre os adolescentes, podendo tornar os relacionamentos afetivos superficiais e passageiros. Os afetos tornam-se banais e as relações são vividas em meio ao tédio, à futilidade e ao vazio (LANGARO; BENETTI, 2014).

O diagnóstico da depressão inclusive na adolescência é habitualmente realizado a partir de critérios padronizados, como os da Classificação Internacional de Doenças (CID) ou do Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM). Esses sistemas são convergentes e aceitos internacionalmente (MACHADO *et al.*, 2014).

O tratamento oferecido deve ser discutido entre todos, incluindo psicoterapia, medicação e o envolvimento da família (COSTA; SILVA, 2017).

O preconceito impede que os adolescentes procurem por tratamento adequado. Além disso, há a dificuldade de acesso a profissionais capacitados (MACHADO *et al.*, 2014).

Dados indicam que de 50% a 75% dos transtornos mentais começam na adolescência, embora estudos epidemiológicos ainda sejam escassos em países em desenvolvimento (MACHADO *et al.*, 2014).

As equipes multiprofissionais precisam de capacitação para identificar sinais preditivos da depressão e não perder a atenção durante as consultas no momento que os adolescentes falam sobre suas vidas (PAIANO *et al.*, 2012).

O estudo justifica-se pela necessidade de se entender melhor os fatores relacionados à vulnerabilidade maior do adolescente a depressão, identificando também a postura do enfermeiro diante dessa temática. Uma vez que identificado esses sinais preditivos, esse estudo contribuirá para todo o público em geral. Como objetivo desse estudo, buscou-se identificar na literatura quais os sinais preditivos de transtornos depressivos nos adolescentes.

2 | FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

É dado à garantia da assistência ao serviço de saúde da pessoa com depressão segundo a Lei 8.080/1990 que dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes (BRASIL, 2018).

Na fase inicial da adolescência estimada entre 10 e 14 anos de idade, ocorrem mudanças na parte física com uma aceleração repentina do crescimento, seguida pelo desenvolvimento dos órgãos sexuais e das características sexuais secundárias. Essas mudanças externas frequentemente são bastante óbvias e podem ser motivo de ansiedade ou entusiasmo, pois o corpo está se transformando (BESERRA *et al.*, 2017).

O número de células cerebrais podem quase duplicar no espaço de um ano, enquanto as redes neurais são radicalmente reorganizadas, causando um impacto sobre a capacidade emocional, física e mental. O desenvolvimento físico e sexual ocorre mais rápido nas meninas, em média, entrando na puberdade mais cedo que os meninos (YING *et al.*, 2011).

O lobo frontal que é a parte do cérebro que governa o raciocínio e as tomadas de decisões começa a desenvolver-se durante a fase inicial da adolescência. Uma vez que esse desenvolvimento começa mais tarde e é mais prolongado nos meninos, sua tendência a agir impulsivamente e a pensar de forma acrítica permanece por mais tempo do que nas meninas. Esse fenômeno contribui para difundir a percepção generalizada de que meninas amadurecem muito antes do que meninos (YING *et al.*, 2011).

A fase final da adolescência se estima entre 15 e 19 anos de idade. A essa altura, as principais mudanças físicas normalmente já ocorreram, embora o corpo ainda se encontre em desenvolvimento. O cérebro continua a desenvolver-se e a reorganizar-se, e a capacidade de pensamento analítico e reflexivo é bastante ampliada (DAYRELL; MOREIRA; STENGEL, 2011).

Como tendência, as meninas na fase final da adolescência têm maior

probabilidade de sofrer consequências negativas para a saúde, inclusive depressão, do que os meninos, e muitas vezes esses riscos são ampliados por discriminação de gênero e abusos. As meninas são particularmente propensas a distúrbios alimentares, como anorexia e bulimia. É durante essa fase que os adolescentes ingressam no mundo do trabalho ou avançam em sua educação, estabelecem sua própria identidade e sua visão de mundo e começam a participar ativamente na organização do mundo ao seu redor (LICO; WESTPHAL, 2014).

Ao desenvolverem seu lado sexual, definindo seus padrões de gênero, o adolescente pode sentir-se confuso e sofrer agressões morais em relação à sua própria identidade pessoal. Esse adolescente deve dispor de um espaço seguro e sem impedimentos, para conciliar-se com essa transformação cognitiva, emocional, sexual e psicológica, com o total apoio de adultos protetores em casa, na escola e na comunidade (OLIVEIRA *et al.*, 2018).

As condições de trabalho raramente são adequadas: só em 2010, em todo o mundo, cerca de 25% da população em ocupações de nível inferior eram jovens de 15 a 24 anos de idade, trabalhando muitas vezes de meio informal, quase sem direitos trabalhistas denominando um trabalho exploratório (DAYRELL; MOREIRA; STENGEL, 2011).

Na puberdade as opiniões dos membros de seu grupo ainda são importantes, mas essa influência diminui à medida que o adolescente adquire maior clareza e confiança em sua própria identidade e em suas opiniões (DAYRELL; MOREIRA; STENGEL, 2011).

No entanto, o consumo de cigarros, sexo desprotegido, experiências com drogas e álcool frequentemente são práticas adquiridas na adolescência com intuito de socializar com membros de seus grupos e que seguem por toda a fase final da adolescência e na vida adulta. Por exemplo, calcula-se que um em cada cinco adolescentes de 13 a 15 anos de idade fumam, e que cerca de 50% daqueles que começam a fumar na adolescência continuam a fazê-lo por no mínimo 15 anos (DAYRELL; MOREIRA; STENGEL, 2011).

A atitude de enfrentar riscos é uma característica comum da fase inicial à fase intermediária da adolescência, colocando em risco sua própria vida por não ter consciência das atividades de risco que se predispõe a experimentar por serem “comportamentos adultos”, à medida que se desenvolve a capacidade de avaliar riscos e de tomar decisões conscientes esses tipos de comportamentos vão diminuindo (LICO; WESTPHAL, 2014).

3 | METODOLOGIA

Trata-se de um estudo de revisão integrativa da literatura, que para Mendes, Silveira e Galvão (2008), esse tipo de estudo é um método de pesquisa que permite a

busca, a avaliação crítica e a síntese das evidências disponíveis do tema investigado, sendo o seu produto final o estado atual do conhecimento do tema buscado.

A elaboração constituiu-se pelas seguintes etapas: a formulação da pergunta norteadora “quais os sinais preditivos de transtornos depressivos nos adolescentes?“, a construção do trabalho, as definições dos estudos pelos pesquisadores e a produção dos resultados. A construção da pergunta norteadora deve estar relacionada a um raciocínio teórico e deve incluir definições já definidas pelo pesquisador, sendo abordado de maneira clara e específica (MENDES; SILVEIRA; GALVÃO, 2008).

A definição da pergunta norteadora determina quais serão os estudos incluídos, os meios adotados para a identificação e as informações coletadas de cada texto selecionado. Para obter uma resposta coerente a essa pergunta se fez necessário o acesso a uma literatura científica bem definida, descartando contextos desnecessários (BOTELHO; CUNHA; MACEDO 2011).

Na etapa seguinte ocorreu a busca nas bases de dados para identificação dos estudos que foram incluídos na revisão. A extração dos dados teve como objetivo organizar e sumarizar as informações de maneira concisa, formando um banco de dados de fácil acesso e manejo. No que corresponde à análise, foi realizada de forma crítica para garantir a validade da revisão, os estudos selecionados foram analisados detalhadamente procurando esclarecer os resultados.

Por fim tem-se a síntese e apresentação dos resultados, esta etapa corresponde à fase de discussão dos principais achados da pesquisa, o pesquisador fundamentado nos resultados da avaliação crítica dos estudos incluídos realizou a comparação com o conhecimento teórico, a identificação de conclusões e implicações resultantes da revisão integrativa (MENDES; SILVEIRA; GALVÃO, 2008).

As buscas foram realizadas de forma ampla e diversificada, contemplando a procura em bases eletrônicas, foram utilizadas três plataformas de forma simultânea durante os meses de setembro de 2018 e janeiro de 2019, sendo essas as bases de dados: Literatura Latino Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), Biblioteca Scientific Electronic Library Online (SciELO) e no Sistema Online de Busca e Análise de Literatura Médica (MEDLINE).

Os descritores utilizados como fonte de pesquisa disponíveis no DeCS (Descritores em Ciência e Saúde) foram: “Saúde Mental”, “Depressão”, “Saúde do Adolescente” e “Diagnóstico Precoce”, em português e inglês, com uso do conector booleano “AND” para cruzar as palavras chaves.

A coleta foi realizada entre os cruzamentos dos descritores utilizando os filtros: “Ano (2014 a 2019)”, “Artigo completo” e “Idioma”.

Para composição da amostra foram adotados como fatores de inclusão: artigos que tratavam sobre adolescentes com transtornos de humor de depressão, artigos nacionais disponíveis na íntegra e publicado nos últimos cinco anos que antecedem 2019. Os critérios de exclusão associaram artigos duplicados, dissertações, estudos de casos, monografias, entre outros.

As buscas realizadas nas bases de dados resultaram nos artigos que embasaram a pesquisa, logo após atenderem a pergunta norteadora e se enquadrarem nos fatores de inclusão. A partir das buscas realizadas foram encontrados 632 artigos, sendo 206 no LILACS, 84 no MEDLINE e 342 no SciELO, constituindo com amostra final de 11 artigos.

Os 11 artigos filtrados e selecionados foram lidos na íntegra e organizados assegurando a originalidade dos dados fornecidos. Para realização da análise, se fez necessário a organização dos artigos por meio de uma leitura exploratória identificando nos resultados de cada texto frases e palavras que correspondiam a elementos de interesse que resultaram em três indicadores aos sinais preditivos de depressão na vivência do adolescente que se encontra dentro do ambiente escolar, ambiente familiar e contextos sociais.

A apresentação dos resultados e discussão dos dados obtidos foi feita de forma descritiva, possibilitando ao leitor a avaliação da aplicabilidade da revisão integrativa elaborada, de forma a atingir o objetivo desse estudo.

4 | RESULTADOS E DISCUSSÕES

Na presente revisão integrativa, analisou-se 11 artigos e, a seguir, apresentar-se-á um panorama geral dos artigos avaliados sendo construído um quadro sinóptico que contemplou os seguintes aspectos, considerados pertinentes: autores; ano; país; desenho do estudo.

Nº	Autores/Ano	País de Publicação	Desenho do Estudo
A1	BIAZUS, C.B; RAMIRES, V.R.R., 2012.	BRASIL	Estudo Qualitativo
A2	CAMPOS, J.R; PRETTE, A.D; PRETTE, Z.A.P.D., 2014.	BRASIL	Estudo Quantitativo
A3	COSTA, N.R; SILVA, P.R.F., 2017.	BRASIL	Estudo Transversal
A4	LANGARO, F.N; BENETTI, S.P.C., 2014.	BRASIL	Quantitativo, do tipo transversal.
A5	LICO, F.M.C; WESTPHAL, M.F., 2014.	BRASIL	Estudo Quantitativo
A6	LOURES, N.R.P; MILAGRES, A.F., 2014.	BRASIL	Estudo qualitativo exploratório do tipo descritivo
A7	MACHADO, C.M. <i>et al.</i> , 2014.	BRASIL	Estudo Quantitativo
A8	MENDES, K.D.S; SILVEIRA, R.C.C; GALVÃO, C.M., 2008.	BRASIL	Estudo qualitativo exploratório do tipo descritivo
A9	NETO, M.L.R. <i>et al.</i> , 2011.	BRASIL	Estudo qualitativo exploratório do tipo descritivo
A10	OLIVEIRA, W.A. <i>et al.</i> , 2018.	BRASIL	Estudo do Tipo Qualitativo
A11	PAIANO, M. <i>et al.</i> , 2012.	BRASIL	Estudo qualitativo exploratório do tipo descritivo

Quadro 1 - Caracterização dos estudos que colaboraram com a pesquisa segundo autores, ano, país de publicação e desenho do estudo.

Na visão de Levy (2007), a adolescência é descrita como um reordenamento simbólico, o que significa um desligamento dos sistemas de representações constituídas na infância e a criação de um novo sistema representacional que dê conta da sua nova subjetividade. O que torna o adolescente vulnerável a experiências negativas que podem interferir na construção da sua identidade. Corroborando com este autor, a maioria dos casos de depressão se desenvolve através de experiências negativas vivenciados em ambientes de convivência, podendo ser agrupados da seguinte forma: ambiente familiar; ambiente escolar e contextos sociais.

Essas vivências surgiram nos artigos como potencializadoras para o desenvolvimento de um quadro de depressão, cada um desses ambientes permite a identificação de subfatores preditivos que se entrelaçam e interferem significativamente na saúde mental do adolescente.

A família é o primeiro agente socializador da criança e do adolescente, suas características têm influência direta no comportamento do adolescente, bem como desenvolve a criação dos laços emocionais entre seus membros. Esses laços vão além do nível interno do adolescente, mas também no nível de seu relacionamento com o meio externo. As características da família têm relação direta com o comportamento e a saúde mental do adolescente (FORTE, 2016).

Nesta perspectiva, para Biazus e Ramires (2012), a depressão na adolescência pode ser vista como a incapacidade do aparelho mental em gerenciar as situações traumáticas vivenciadas, causando uma fragilidade psíquica por consequência de um ambiente familiar que não supre as suas necessidades afetivas, sendo este um dos principais fatores preditivos.

As influências, trajetórias, apoios, culturas voltadas ao âmbito familiar para com o adolescente, são responsáveis pelo adulto que irá se tornar. Muitos dos adolescentes se queixam dessas vivências familiares e relatam abandono, descaso, violência e opressões sobre seu comportamento e tomada de decisões (DAYRELL; MOREIRA; STENGEL, 2011; PAIANO *et al*, 2012).

Adolescentes que vivenciam situações traumáticas no contexto familiar, possuem maiores chances de desenvolver a depressão (PAIANO *et al*, 2012).

Os relatos mais frequentes relacionados à identificação preditiva da depressão na adolescência no convívio familiar estão relacionados a episódios onde o adolescente apresenta determinados tipos de comportamento como: isolamento, agressividade e tristeza, levantando um alerta para tornar-se comprometedor do desenvolvimento físico e mental do adolescente.

Adolescentes que se mantêm isolados podem ser percebidos como adolescentes calmos, sendo que esta característica não levanta qualquer suspeita, passando despercebido pela família (FERREIA *et al.*, 2013).

Percebe-se então à necessidade de um ambiente familiar afetuoso e seguro, onde a família tenha a compreensão e capacidade de reconhecer determinados tipos de comportamentos e atitudes que possam ser classificados como sinais preditivos de uma possível depressão.

No que se refere ao ambiente escolar que é um território onde os adolescentes exercitam suas interações sociais sozinhos, ele passa a questionar os valores e passa a construir sua perspectiva de vida. As experiências traumáticas dentro da escola que o adolescente pode vivenciar estão: preconceito, discriminação, desobediência, intolerância, evasão escolar, violência, bullying, ente outros (SILVA; FERREIRA, 2014).

Sendo essas experiências muito presentes nas escolas, e que deve ser tratada com prioridade, pois não só afeta o aluno fisicamente, compromete também as questões emocionais podendo desencadear dentre outros distúrbios, a depressão que pode trazer prejuízos não somente ao aluno como também a família e sociedade (OLIVEIRA *et al*, 2018).

Artigos trazem como fenômenos recorrentes nas escolas a violência e o bullying. A violência como um problema que existe em todas as sociedades, e por consequência, também é vista no ambiente escolar, as formas de violência de acordo com Silva e Ferreira (2014), podem ser as mais variadas, desde agressões físicas, violência sexual, roubos, crimes, vandalismo, humilhações, palavras grosseiras e a falta de respeito.

No que se refere ao bullying, é definido como um conjunto de comportamentos agressivos, de forma intencional e repetitiva, entre os atos de agressividade que envolve o bullying podem ser apresentados por: bater, empurrar, caçoar, chamar por nomes ofensivos, comportamentos de manipulação social, excluir, ignorar, espalhar rumores, ameaçar, dentre outros (OLIVEIRA *et al*, 2018).

Essas experiências traumáticas podem desenvolver a depressão. Estudos evidenciam que adolescentes que vivenciam esse tipo de situação no ambiente escolar na maioria das vezes são retraídos, não interagem, possuem expressões de medo, raiva, ansiedade, atitude agressiva a si e a outros.

Há a necessidade dos familiares e educadores estarem atentos a qualquer identificação desses e/ou outros sinais que possam se relacionar com alterações emocionais, isolamento e/ou comportamento suicida. Diante disso, existe a necessidade da inserção de profissionais da saúde nas escolas, uma vez que terá, dentre suas funções, a atribuição de analisar e identificar as causas dos problemas em relação aos alunos, objetivando atuar nessas questões agindo de forma preventiva e evitando possíveis sinais de agressões e/ou outros agravos à saúde física e mental.

No que diz respeito à sociedade, esta tem uma importante contribuição para a consolidação da personalidade do adolescente, é com base nos fatores sociais e morais que uma sociedade impõe como se dará a formação do adolescente, uma vez que é papel da sociedade estimular os adolescentes a refletirem sobre os

valores sociais, bem como investir em formar um cidadão que possa respeitar as diversidades (MACHADO *et al*, 2014; LICO; WESTPHAL, 2014).

É importante que os contextos sociais que o adolescente esteja inserido estejam atentos aos grupos em que ele participa, uma vez que, o adolescente recebe do meio, influências que poderão interferir na construção da sua identidade (CAMPOS; PRETTE; PRETTE, 2014; LOURES; MILAGRES, 2009).

A sociedade oferece uma diversidade de informações e de inovações que despertam a atenção dos adolescentes (LANGARO; BENETTI, 2014; MACHADO *et al*, 2014; LICO; WESTPHAL, 2014).

Quando o adolescente não consegue, por diversos fatores, se sentir representado pela sociedade, muitas vezes poderá ocasionar diversos transtornos psicológicos e mentais, que para esse novo adulto, será uma barreira no enfrentamento dos obstáculos naturais da vida (BRITO, 2011; UNICEF, 2018). Esse adulto jovem poderá ter dificuldade na criação de vínculos sociais se tornando um adulto isolado, sem grandes expectativas de crescimento pessoal e/ou profissional; (CAMPOS; PRETTE; PRETTE, 2014).

Dentre as dificuldades vivenciadas pelo adolescente ao tentar se inserir na sociedade, as literaturas destacam: opressões psicológicas, decepções amorosas, isolamento e não reconhecimento do seu papel, sendo essas questões causadoras de frustrações e medos que podem indicar um quadro depressivo levando aos sintomas de: mudança do comportamento, agressividade, isolamento, choro fácil, dificuldades de entendimento psicológico e tristeza (OLIVEIRA *et al*, 2018; UNICEF, 2018).

A depressão requer o acompanhamento realizado por práticas multiprofissionais participativas e constantes direcionadas a pessoa com depressão (COSTA; SILVA, 2017; BESERRA *et al.*, 2017, BRITO, 2011).

No que se refere a sua prevenção a Estratégia da Saúde da Família pode colaborar nesse processo por meio da identificação em territórios determinados pela área de abrangência de cada Unidade de Atenção Primária à Saúde (UAPS) de situações que envolvam variáveis como os diversos tipos de violências (OLIVEIRA *et al.*, 2018; MACHADO *et al*, 2014).

No contexto da Estratégia Saúde da Família e da valorização multiprofissional destaca-se nessa pesquisa o profissional enfermeiro/a que junto com a equipe sendo esses bem qualificados, podem estar identificando possíveis sinais emitidos pelo adolescente durante as consultas, as visitas domiciliares e/ou outras formas de contato com os jovens do seu território de atuação (UNICEF, 2018; BESERRA *et al.*, 2017, BRITO, 2011).

O enfermeiro/a atua diretamente nos três ambientes de convivência identificados na pesquisa como mais propensos ao desenvolvimento da depressão, a escola, a família e a sociedade, agindo nessas esferas de forma preventiva (COSTA; SILVA, 2017; NETO *et al*, 2011).

As medidas de prevenção, promoção e orientações provenientes da atuação de enfermagem, permitiram muitas vezes impedir que a depressão se desenvolva (COSTA; SILVA, 2017; UNICEF, 2018; CAMPOS; PRETTE; PRETTE, 2014).

O enfermeiro/a não diagnostica a depressão, mas pode identificar sinais preditivos e oferecer meios que levará esse adolescente ao atendimento especializado, com utilização de uma terapia decidida pelo médico especializado sendo esse tratamento medicamentoso, psicoterapêutico, e de acompanhamento de equipe multiprofissional (BRITO, 2014).

Lembrando que esse público possui muitas fragilidades e requer atenção constante não só dos profissionais, mas também da família, permitindo que o adolescente se sinta amparado, seguro e confiante (UNICEF, 2018).

5 | CONCLUSÃO

Percebeu-se perante a busca de literaturas uma dificuldade de encontrar artigos voltados a essa temática. Um dos motivos para isso ocorre pela pessoa com depressão não buscar ajuda por vergonha, pelo auto negligenciamento e/ou pela negação da aceitação, o que limita as pesquisas nessa área, logo, se faz necessário à aplicação de estratégias para alcançar esse público.

Após a conclusão do trabalho, alguns ambientes foram evidenciados como indicadores que mais contribuem para o desencadeamento da depressão, entre eles estão o contexto familiar, escolar e social. Diante disso deve ser levado em consideração que tal transtorno se desenvolve não só de um ponto de partida, mas da soma de diversos subfatores, eles acabam que se interligando e criando uma rede de transtornos psicossociais, sendo necessária uma equipe multiprofissional para prevenção e assistencialismo desse público.

Assim sendo, este estudo, mesmo diante das limitações por conta da escassez de literaturas, trouxe contribuição para todos os profissionais de saúde bem como a todos os adolescentes à medida que evidencia um mal que é a depressão e que está sendo um marco nessa geração. Diante desta realidade, torna-se urgente a necessidade de estudos com foco nesta situação clínica e em métodos de intervenção apropriados para a sintomatologia depressiva na adolescência.

REFERÊNCIAS

BESERRA, E.P. *et al.* **Percepção de adolescentes acerca da atividade de vida “expressar sexualidade”**. Rev. Fund Care Online, Rio Grande do Norte, v. 09, n°. 02, p. 340-346, abr./jun. 2017.

BIAZUS, C.B; RAMIRES, V.R.R. **Depressão na adolescência: uma problemática dos vínculos**. Psicologia em Estudo, Paraná, v. 17, n. 01, p. 83-91, jan./mar. 2012.

BOTELHO, L.L.R; CUNHA, C.C.A; MACEDO, M. **O Método da Revisão Integrativa da nos Estudos**

Organizacionais. rev. Gestão E Sociedade, v. 05, n. 11), p. 121-136, 2011.

BRASIL. **Conselho Nacional de Saúde.** Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/legislacao/lei8080_190990.htm>. Acesso em 05.11.2018.

BRITO, I. **Ansiedade e depressão na adolescência.** rev. Port Clin Geral, Portugal, v. 27, p. 208-05/06, 2014.

CAMPOS, J.R; PRETTE, A.D; PRETTE, Z.A.P.D. **Depressão na adolescência: habilidades sociais e variáveis sociodemográficas como fatores de risco/proteção.** Estud. pesqui. psicol., Rio de Janeiro, v. 14, n. 2, p. 408-428, 2014.

COSTA, N.R; SILVA, P.R.F. **A atenção em saúde mental aos adolescentes em conflito com a lei no Brasil.** Ciênc. saúde colet., Rio Grande do Sul, v. 22, p. 05, mai. 2017.

DAYRELL, J; MOREIRA, M.I.C; STENGEL, M. **Juventude contemporâneas: um mosaico de possibilidades.** ed. PUCMinas, Minas Gerais, 2011.

FORTE, M.J.P. *et al.* **O adolescente e a família.** r. Pediatria, v. 18, n. 03, 2016.

LANGARO, F.N; BENETTI, S.P.C. **Subjetividade contemporânea: Narcisismo e estados afetivos em um grupo de adultos jovens.** Psicol. Clin., v. 26, nº. 02, Rio de Janeiro, jul./dez. 2014.

LICO, F.M.C; WESTPHAL, M.F. **Juventude, violência e ação coletiva.** Saúde soc. São Paulo, v. 23, nº. 03, pag. 764-777, set. 2014.

LOURES, N.R.P; MILAGRES, A.F. **A depressão adolescente e a globalização.** Mosaico: Estudos em psicologia, Belo Horizonte-MG, v. 03, nº. 01, p. 05-06, 2014.

MACHADO, C.M. *et al.* **Ambulatório de psiquiatria infantil: prevalência de transtornos mentais em crianças e adolescentes.** Rev. Psicologia: Teoria e Prática, São Paulo, v. 16, nº. 02, p. 53-62, mai./ago. 2014.

MENDES, K.D.S; SILVEIRA, R.C.C; GALVÃO, C.M. **Revisão Inegrativa - Método de Pesquisa para a Incorporação de Evidências na Saúde e na Enfermagem.** rev. Texto Contexto Enferm, Florianópolis, v. 17, n. 04, p. 758-64, out./dez; 2008.

NETO, M.L.R. *et al.* **Histórias de vida sobre o fenômeno depressivo.** Arq. Brasileiros de Ciências da Saúde, v. 36, nº. 03, p. 157-160, set./dez. 2011.

OLIVEIRA, W.A. *et al.* **Modos de explicar o bullying: análise dimensional das concepções de adolescentes.** Artigo Ciênc. saúde colet., São Paulo, v. 23, nº. 03, mar. 2018.

PAIANO, M. *et al.* **Cuidar e ser cuidado: A opinião de acadêmicos de enfermagem sobre um projeto de saúde mental.** rev., Eletrônica Saúde Mental Álcool Drog. (Ed. port.), v. 08, nº. 02, Ribeirão Preto, ago. 2012.

SILVA, L.G.M; FERREIRA, T.J. **O papel da escola e suas demandas sociais.** rev. Período Científico Projeção e Docência, v. 5, n. 02, 2014.

YING, E. *et al.* **Adolescência: Uma fase de oportunidades.** UNICEF. Ceará. Disponível em: <https://www.unicef.org/brazil/pt/br_sowcr11web.pdf>. Acesso em 05.11.2018.

TECNOLOGIAS EDUCACIONAIS DIGITAIS NO ENSINO DE GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM NO BRASIL

Lorena Alencar Sousa

Faculdade de Medicina Estácio de Juazeiro do Norte
Juazeiro do Norte - Ceará

Diego Ravelly dos Santos Callou

Faculdade de Medicina Estácio de Juazeiro do Norte
Juazeiro do Norte – Ceará

Joanderson Nunes Cardoso

Faculdade Estácio de Juazeiro do Norte,
Juazeiro do Norte – Ceará

Izadora Soares Pedro Macêdo

Faculdade Estácio de Juazeiro do Norte,
Juazeiro do Norte – Ceará

Sara Beatriz Feitoza Ricardino

Faculdade Estácio de Juazeiro do Norte,
Juazeiro do Norte – Ceará

Lindiane Lopes de Souza

Faculdade Estácio de Juazeiro do Norte,
Juazeiro do Norte – Ceará

Juliana Maria da Silva

Faculdade Estácio de Juazeiro do Norte,
Juazeiro do Norte – Ceará

Mabel Maria Sousa Figueiredo

Faculdade Estácio de Juazeiro do Norte,
Juazeiro do Norte – Ceará

Edglê Pedro de Sousa Filho

Faculdade Estácio de Juazeiro do Norte,
Juazeiro do Norte – Ceará

Maria Jeanne de Alencar Tavares

Faculdade de Medicina Estácio de Juazeiro do

Norte

Juazeiro do Norte - Ceará

Itamara da Costa Sousa

Enfermeira. Mestre em Enfermagem pela Universidade Regional do Cariri (URCA).
Juazeiro do Norte – Ceará

Uilna Natércia Soares Feitosa

Faculdade de Medicina Estácio de Juazeiro do Norte
Juazeiro do Norte – Ceará

RESUMO: Analisar a produção científica acerca do uso de tecnologias educacionais digitais no ensino de graduação em enfermagem, bem como destacar as principais implicações deste uso no elo de ensino e aprendizagem. Optou-se por um estudo de revisão integrativa da literatura, tendo como critérios de inclusão: artigos originais disponíveis na íntegra gratuitos, publicados entre 2014 a 2018, no idioma português. Foram excluídas revisões de literatura, duplicatas, literaturas cinzentas e aqueles não tivessem relação com o tema. Cada estudo optou por tecnologias diferentes, porém a maioria chegou no consenso destacando a importância das mesmas para o ensino de enfermagem, ainda foi possível analisar as contribuições e prejuízos do ensino EAD na percepção de discentes. O uso de tecnologias educacionais contribuem positivamente para o

ensino na graduação em enfermagem, melhorando a aquisição de referenciais teóricos que subsidiam as práticas, permitindo o auto reconhecimento de eventuais erros antes da realização do cuidado com os pacientes reais.

PALAVRAS – CHAVE: Tecnologias em Saúde. tecnologia educacional. Enfermagem.

DIGITAL EDUCATIONAL TECHNOLOGIES IN NURSING GRADUATION TEACHING IN BRAZIL

ABSTRACT: to analyze a scientific production about the use of digital educational technologies in undergraduate nursing education, as well as the main indicators about teaching and learning. We opted for an integrative literature review study, whose main features were: original articles available in full, between 2014, 2018, in the Portuguese language. Literature reviews, ashes and non-related literature were excluded. Each group opted for different technologies, but most agreed on their importance for nursing education, and were able to analyze the responsibilities and responsibilities of distance learning. The use of educational technologies contributed positively to nursing education, improving the ability to refer to subsidiary practices, allowing automatic recognition of care prior to real care.

KEYWORDS: Health Technologies. Educational technology. Nursing

1 | INTRODUÇÃO

As Tecnologias Educacionais Digitais (TED), caracterizam-se como um conjunto de técnicas que objetivam descomplicar e alavancar os processos de ensino e aprendizagem através do uso da teoria aplicada a tecnologia (LAHTI et al, 2014). Essas técnicas englobam vídeos, jogos e hipertextos, podendo ser difundidos pela internet, televisão, DVDs, CD-ROMs, ou telefone celular, bem como a utilização de manequim simulador de alta fidelidade, simulador em ambiente virtual e cursos completos com mais de um recurso digital agregado (SANTOS et al, 2014).

Tais tecnologias podem ser executadas de diversas modalidades, sendo elas: a distância (elearning), estritamente através de recursos de telefonia móvel (m-learning), presenciais utilizando as tecnologias como atividade de apoio, ou podem ser híbridas (blended learning) tendo uma parte presencial e outra a distância (LEE; HUNG, 2015).

Esses recursos estão sendo usados cada vez mais pelas instituições de ensino superior, devido a grandes contribuições voltadas para maior produção do conhecimento, com incitação da autonomia do estudante, favorecendo o aperfeiçoamento das competências técnicas, tendo como auxílio outros instrumentos tecnológicos, como manequins simuladores (BUTTON et al, 2014).

As utilizações da TED são exaltadas por muitos docentes e instituições de ensino superior, sendo vista como uma oportunidade para dar um upgrade no

ensino. Entretanto, é necessário compreender que somente a utilização da TED não é suficiente para lapidar o processo de ensino e aprendizagem, pois é importante desenvolver ações pedagógicas que proporcionem o vínculo da teoria com a realidade incitando o pensamento crítico e maior cooperação dos alunos (SILVEIRA, 2016).

No curso de graduação em enfermagem há Diretrizes Curriculares Nacionais onde ressaltam que os estudantes têm necessidade de desenvolver pensamento crítico-reflexivo, porém para isso é indispensável um ensino mais dinâmico. (SANTOS et al, 2014). Nesta perspectiva as TED contribuem com ensino de enfermagem.

As tecnologias incentivam a autonomia e conseqüentemente a independência dos acadêmicos de enfermagem, devido a associação da teoria com a prática, através da incorporação dos conteúdos estudados (GÓES et al, 2015a). A junção de softwares com manequins simuladores aperfeiçoa as habilidades cognitivas e motoras, gerando resultados notáveis comparados aos métodos tradicionais (CHEN et al, 2015).

Através do uso das TED é possível promover um ambiente seguro que possibilita testar suas habilidades inúmeras vezes, admitindo erros, viabilizando o aperfeiçoamento da técnica, assegurando que o estudante não vá causar danos ao paciente durante a vivência real (GÓES et al, 2015b). Desta maneira, é possível destacar as TED, como um fator que minimiza exposição dos estudantes a eventos adversos.

Não é possível contrariar o fato de que as tecnologias digitais desempenham papel de extrema importância a nível de ensino e aprendizagem nos cursos de graduação em enfermagem no cenário contemporâneo de saúde, devido a sua veracidade e agilidade no compartilhamento de informações conectando e incentivando os acadêmicos a realidade profissional.

Frente ao panorama exposto este estudo pretende otimizar a metodologia de ensino utilizada na graduação de enfermagem, e então têm como objetivo analisar a produção científica acerca do uso de tecnologias educacionais digitais no ensino de graduação em enfermagem, bem como destacar as principais implicações deste uso neste contexto.

2 | MÉTODO

Como método para busca de resultados, optou-se por um estudo de revisão integrativa da literatura, pois a mesma possibilita que a enfermagem construa bases sólidas de conhecimento com subsídios para que o enfermeiro desenvolva uma prática clínica de qualidade. Este método visa encontrar resultados de pesquisa, por meio de uma questão norteadora, pela sistematização e pelo ordenamento da pesquisa, e assim auxiliando diretamente no entendimento o aprofundamento do conhecimento do tema investigado (CROSSETTI, 2012).

Foram seguidos seis passos para estruturação deste estudo, inicialmente foi definido a pergunta norteadora, em seguida a busca ou amostragem na literatura, consecutivamente coleta de dados, análise crítica dos estudos incluídos, discussão dos resultados e apresentação da revisão integrativa (SOUZA; SILVA; CARVALHO, 2010).

Buscou-se responder à questão de pesquisa “Quais impactos do uso de tecnologias educacionais digitais no ensino de graduação em enfermagem relatados na literatura vigente?” A questão foi abordada por meio da estratégia “População/ Problema, Interesse e Contexto” (PICo), que é uma ferramenta da base de dados National Library of Medicine (Quadro 1).

PICo	
P População/Problema	Uso de tecnologias educacionais no ensino de enfermagem
I Interesse	Impactos do uso de TED relatados na literatura
Co Contexto	ensino de graduação em enfermagem

Quadro 1 - Pergunta de pesquisa, segundo a estratégia População/Problema, Interesse e Contexto - PICo, Brasil, 2019

Fonte: Autores

A revisão de literatura foi realizada no mês de janeiro de 2019, mediante a leitura de publicações contidas no repositório da Biblioteca Virtual de Saúde (BVS) e na base de dados Latino-Americano e Caribe (LILACS), Base de dados em Enfermagem (BDENF), Medical Literature Analysis and Retrieval System Online (MEDLINE), via BVS. Os Descritores em Ciências da Saúde (DeCs) utilizados na estratégia de busca foram: “Tecnologias em Saúde”, “tecnologia educacional” e “Enfermagem”, mediados pelo operador booleano AND.

Os critérios de inclusão foram: artigos originais disponíveis na íntegra gratuitos, publicados entre 2014 a 2018, no idioma português. Foram excluídas revisões de literatura, duplicatas, literaturas cinzentas (teses, dissertações, monografias e afins) e aqueles não tiverem relação com o tema.

Após a busca com a combinação dos descritores foram encontrados 92 estudos nas bases de dados, para seleção dos artigos de interesse, iniciou-se a leitura dos títulos e resumos, com base nos critérios de inclusão. A partir de então, os artigos restantes foram lidos na íntegra, com a finalidade de incluir apenas as publicações relevantes e coerentes com o problema deste estudo, totalizando 13 artigos para análise.

Foram abordadas variáveis dos títulos através de um instrumento validado

incluindo autores, ano e país de publicação. Também foram acrescentados elementos relacionados a metodologia utilizados nos estudos selecionados e aos resultados (URSI; GALVÃO, 2006).

Após a análise, os artigos foram organizados em um quadro e discutidos de acordo com o tema em questão. Vale ressaltar que os preceitos éticos foram mantidos, respeitando-se os direitos autorais dos autores, mediante citação de cada um deles.

3 | RESULTADOS

Para compor a revisão integrativa, foram incluídos 11 artigos, dos quais observou-se que a maior parte das publicações se deu no ano de 2017, totalizando 4 artigos, as demais representaram 3 publicações em 2014, 3 em 2016 e 1 em 2018. Alguns dos trabalhos tem como método adotado relato de experiência com abordagem qualitativa, perfazendo 3, sendo um deles com abordagem descritiva, apenas um dos estudos é observacional do tipo transversal com abordagem quantitativa, pesquisa metodológica só 1 dos estudos, 3 dos estudos são descritivos, porém um deles tem abordagem qualitativa, outros 2 também tem abordagem qualitativa.

Nº	TÍTULO	AUTORES, ANO DE PUBLICAÇÃO	PAÍS	MÉTODO ADOTADO
1	Tecnologia educacional baseada em Nola Pender: promoção da saúde do adolescente	Santos et al., 2018	Brasil	Estudo qualitativo, descritivo, do tipo relato de experiência
2	Validação de cartilha informativa sobre idoso demenciado pelos enfermeiros e acadêmicos de enfermagem: estudo observacional-transversal	Camacho, et al., 2014	Brasil	Estudo quantitativo observacional do tipo transversal
3	Integração de tecnologias digitais no ensino de enfermagem: criação de um caso clínico sobre úlceras por pressão com o software SIACC	Millão, et al., 2017	Brasil	Estudo qualitativo, do tipo relato de experiência
4	Avaliação de aplicativo digital para o ensino de sinais vitais	Pereira, et al., 2017	Brasil	Trata-se de uma pesquisa metodológica
5	Elaboração de novas tecnologias em enfermagem: utilização de uma cartilha para prevenção	Santos, Souza, 2017	Brasil	Estudo qualitativo, com caráter descritivo
6	Simulação virtual por computador no ensino de enfermagem: relato de experiência	Domingues, et al., 2017	Brasil	Trata-se de um estudo descritivo, tipo relato de experiência
7	Percepções de estudantes de enfermagem sobre educação a distância	Silva, et al., 2016	Brasil	Trata-se de estudo qualitativo
8	Acidente de trabalho com material biológico no contexto de um ambiente virtual de aprendizagem	Freguia, et al., 2016	Brasil	trata-se de uma pesquisa qualitativa

9	Tecnologia educacional como estratégia de empoderamento de pessoas com enfermidades crônicas	Berardinelli, et al., 2014	Brasil	Trata-se de um estudo descritivo,
10	Hipermídia educacional sobre punção venosa periférica: perspectiva de acadêmicos de enfermagem	Frota, et al., 2014	Brasil	Estudo descritivo, com abordagem qualitativa

Quadro 2: Categorização dos estudos selecionados relacionados ao ano e país de publicação, assim como método de publicação. Fonte: Autores, Juazeiro do Norte – CE, 2019

O Quadro 3 demonstra a caracterização dos estudos quanto as tecnologias aplicadas dentro de cada estudo. Todos os artigos utilizaram tecnologias diferentes, variado entre Peça teatral, dinâmicas, cartilhas, casos clínicos digitais, tecnologias de comunicação, diagrama, simulação, entrevista, WebQuest, hipermídia entre outros.

Nº do artigo	Objetivo	Principais resultados	Tecnologias utilizadas
1	Apresentar uma tecnologia educativa em Enfermagem, voltada para adolescentes, acerca da vacinação contra o HPV, baseada no modelo de promoção da saúde de Nola Pender.	Intervenções de Enfermagem baseadas em conhecimento científico e teórico demonstram-se efetivas em relação às atividades tradicionais repassadas de forma vertical e sem interação.	1) Peça teatral abordando as principais questões que envolvem a vacinação contra HPV e 2) Aplicação da dinâmica desvendando mistérios e esclarecendo dúvidas.
2	validar a cartilha informativa como Tecnologia Educacional (TE) sobre os cuidados ao idoso com demências pelos enfermeiros e acadêmicos de enfermagem.	A validação da cartilha foi satisfatória na análise dos avaliadores, pois a maioria das respostas recebeu conceitos adequados não apresentando variações importantes. Quanto ao parâmetro de valorização em seus itens de avaliação em grande parte a cartilha possui concordância nos conceitos atingindo a meta proposta.	Cartilha
3	descrever o desenvolvimento de um caso clínico virtual como método de simulação clínica criado na web através do software SIACC	método de simulação que pode ser efetivo no que se refere à redução da ansiedade dos alunos, pois a possibilidade de errar e aprender com os erros permite que o aluno compreenda as consequências de suas escolhas em um ambiente seguro, sem impacto na vida do paciente como o observado quando o aluno passa diretamente das aulas teóricas para a atuação nos campos hospitalares e na comunidade.	Sistema Interdisciplinar de Análise de Casos Clínicos – interdisciplinary system for analysis of clinical case e Simulação Realística

4	descrever a avaliação, pelo público-alvo, de um aplicativo de celular construído para o ensino dos sinais vitais.	Como resultado, é possível destacar que a maior parte avaliou o aplicativo como excelente para as três características avaliadas: estilo (21-25; 72,6%-86,2%); motivação (20-25; 69,0%-86,2%); e conteúdo (21-25; 72,4%-86,2%).	tecnologias de informação e comunicação através do aplicativo Vital Easy,
5	elaborar cartilha de orientações para profissionais em enfermagem contendo as funções de cada categoria e com orientações sobre os direitos da mulher no pré-natal, parto e pós-parto.	A Enfermagem pode incorporar, em suas práticas de cuidado às mulheres, ações de enfrentamento e de prevenção dos agravos. Elaborou-se uma cartilha intitulada “Violência obstétrica é violência contra a mulher – meu corpo, minhas regras, meu parto, minhas escolhas”.	diagrama teórico
6	relatar a experiência da utilização de uma simulação virtual por computador no ensino de segurança do paciente para alunos de graduação em enfermagem.	recursos tecnológicos aliados à educação na área da saúde têm se mostrado bastante eficientes. Há maior motivação por conta das vantagens gráficas desse tipo de recurso e pode ser visto como um dos atrativos que fazem com que os usuários fixem melhor o conteúdo proposto.	simulação virtual por computador através do serious game “Cuidando Bem”
7	Analisar a percepção de estudantes de Enfermagem de uma instituição de ensino superior sobre o uso da Educação a Distância	Verificou-se que discentes de enfermagem já possuem experiências variadas em relação à educação a distância permitindo a busca pelo conhecimento, o desenvolvimento profissional e a atualização	Entrevista
8	Descrever a avaliação de uma WebQuest na temática Assistência de Enfermagem ao Acidente de Trabalho com Material Biológico no ambiente hospitalar, desenvolvida por graduandos em enfermagem de uma instituição privada de ensino superior do noroeste paulista.	Confirmou-se a importância das tecnologias de informação como instrumentos para a prática docente mediadora, na integração entre conhecimentos válidos e a realidade complexa e dinâmica dos serviços de saúde.	WebQuest aos acadêmicos de enfermagem por meio da plataforma educacional Moodle
9	desenvolver o trabalho em grupo a fim de conhecer o cotidiano e o processo saúde/adoecimento/cuidado das pessoas com enfermidades crônicas	a tecnologia educacional pode ser usada como estratégia de empoderamento de pessoas, considerando o envolvimento delas no grupo e o estímulo à reflexão, ao raciocínio, à troca de ideias e ao respeito mútuo.	Dinâmicas em grupo
10	Identificar a opinião dos estudantes quanto à utilização de uma hiperídia educacional sobre punção venosa no ensino de enfermagem	A hiperídia apresentou resultados positivos, pois a maioria dos acadêmicos relatou que o material ajudou na aprendizagem e gerou autonomia e interatividade no momento de estudar.	Hiperídia

Quadro 3 – Caracterização dos estudos quanto à tecnologia em saúde empregada. Fonte: Autores, Juazeiro do Norte – CE, 2019

4 | DISCUSSÃO

O uso de tecnologias no ensino de enfermagem dar suporte para uma formação mais ampla, indo além da sala de aula, favorecendo com que os acadêmicos possam se programar e escolher o momento ideal para a aprendizagem, pois facilitam a aquisição de conhecimentos devido as diversas possibilidades aprender (Frota, et al., 2014).

O estudo de, Freguia, et al., 2016, realizado com método qualitativo, com uma amostra de 36 alunos, teve finalidade de testar um WebQuest para a promoção de capacitação de graduandos em Enfermagem na “Assistência de Enfermagem ao Acidente de Trabalho com Material Biológico” no ambiente hospitalar. A atividade teve grande adesão por parte dos alunos, vale ressaltar que esse método é apenas um auxílio no processo do ensino.

Neste sentido, Millão, et al., 2017, destaca a importância do manuseio adequado de aplicativos digitais, pois podem causar ansiedade nos estudantes, podendo afetar negativamente o seu desempenho ao realizar suas atividades. Porém destaca que o uso de simuladores virtuais possibilita que o aluno possa errar e em situações futuras contornem os mesmos, sem impactos na vida dos futuros pacientes.

Com intuito de validar a cartilha informativa como Tecnologia Educacional (TE) sobre os cuidados ao idoso com demências pelos enfermeiros e acadêmicos de enfermagem, Camacho, et al., foi observado êxito, pois as avaliações foram satisfatórias com parâmetros positivos (Camacho et al., 2014).

Partindo do pressuposto de que quem ensina também aprende, a criação de uma cartilha a cerca da “Violência obstétrica é violência contra a mulher – meu corpo, minhas regras, meu parto, minhas escolhas”, pode apontar pontos negativos da assistência, fazendo com que o aluno desenvolva seu pensamento crítico e identifiquem, bem como contorne situações inadequadas (SANTOS; SOUZA, 2017).

No estudo de, Pereira, et al., 2017, participaram 29 acadêmicos do segundo ano do curso de graduação de enfermagem, da disciplina Semiologia e Semiotécnica, no intuito de validar softwares para plataforma móvel que auxiliassem no ensino e aprendizagem, o que é uma alternativa viável, tendo em vista que atualmente é extremamente comum entre os jovens o uso de aparelhos celulares, tanto que o aplicativo teve um feedback positivo na promoção da aprendizagem.

Ao conduzir um estudo com quatro tutores enfermeiros, com titulação de um doutor e três mestres na área da enfermagem e com experiência no desenvolvimento de tecnologias educacionais para o ensino de enfermagem, Domingues, et al., 2017, relata algumas dificuldades na interação do uso do serious game (aplicativo de simulação virtual) pelos alunos, onde foi visto dificuldades em se ambientar à simulação virtual, bem como a interagir com o cenário, porém um dos aspectos que se destacava era a segurança do ambiente, voltado apenas para aprendizagem para executarem suas habilidades relacionadas à segurança do paciente.

Santos et al., 2018, trouxe um estudo voltado para uso de tecnologias leves, como peça teatral e dinâmica popularmente conhecida como “Mitos e Verdades”, onde é afirmado que a tecnologia educativa atraiu a atenção das adolescentes, por se tratar de uma atividade educativa que permitia a participação ativa dos sujeitos envolvidos, facilitada pelos profissionais de saúde nas escolas (SANTOS et al., 2018).

Berardinelli, et al., 2014, ressalta em um estudo descritivo, desenvolvido com 16 pessoas de uma instituição universitária, situada no município do Rio de Janeiro, que a tecnologia educacional pode ser usada como estratégia de empoderamento de pessoas, considerando o envolvimento destas no grupo e o estímulo à reflexão, ao raciocínio, à troca de ideias e ao respeito mútuo.

É possível ver que o uso de tecnologias educacionais traz ótimos aspectos para a vida acadêmica dos graduandos, porém até então só foram citados métodos que auxiliariam no processo de ensino.

Trazendo uma perspectiva diferente, Silva, et al., 2016, fez um levantamento acerca da Percepções de Estudantes de Enfermagem sobre educação a distância, onde constatou que o ensino a distância traz algumas facilidades tais como a flexibilidade de horários, a redução de custos, de deslocamentos e o estímulo a autoaprendizagem. Porém destacaram dificuldades relacionadas às questões técnicas, sobrecarga de atividades e dificuldades para o exercício de sua autonomia, além da ausência de um processo de capacitação sistemático para a manipulação das tecnologias na EaD.

5 | CONCLUSÃO

O uso tecnologias educacionais contribuem positivamente para o ensino na graduação em enfermagem, melhorando a aquisição de referenciais teóricos que subsidiam as práticas, permitindo o auto reconhecimento de eventuais erros antes da realização do cuidado com os pacientes reais.

Os impactos são positivos, desde que essas tecnologias sejam manuseadas adequadamente de acordo com suas individualidades, e que os estudantes estejam preparados não só virtualmente, mas também atentos discrepâncias entre o virtual e o real.

Espera-se que este estudo possa contribuir para outros voltados para temática, e que assim seja possível otimizar cada vez mais o processo de ensino e aprendizagem nas graduações de enfermagem.

REFERÊNCIA

BERARDINELLI, L. M. M et al. Tecnologia educacional como estratégia de empoderamento de pessoas com enfermidades crônicas. **Revista Enfermagem Uerj**, [s.l.], v. 22, n. 5, p.603-609, 10 mar. 2015.

BUTTON, D.; HARRINGTON, A.; BERLAN, I. E-learning & information communication technology (ICT) in nursing education: A review of the literature. *Nurse Education Today*, v. 34, n. 10, out. 2014.

CAMACHO, A et al., Validation of informative booklet about the elderly demented by nurses and nursing students: an observational-transversal study. **Revista de Pesquisa: Cuidado é Fundamental Online**, [s.l.], v. 6, n. 1, p.8-16, 1 jan. 2014.

DOMINGUES, A. N et al. Simulação virtual por computador no ensino de enfermagem: relato de experiência. **Rev Enferm UFPI.**, Piauí, p.70-75, dez. 2017.

FREGUI, A. F. S et al. ACIDENTE DE TRABALHO COM MATERIAL BIOLÓGICO NO CONTEXTO DE UM AMBIENTE VIRTUAL DE APRENDIZAGEM. **Cuidarte Enfermagem**, [s. L.], p.102-108, Não é um mês valido! 2016.

FROTA, N. M et al. HIPERMÍDIA EDUCACIONAL SOBRE PUNÇÃO VENOSA PERIFÉRICA: PERSPECTIVA DE ACADÊMICOS DE ENFERMAGEM. **Cogitare Enferm.**, Fortaleza, p.717-725, out. 2014.

GÓES, F. S. N et al a. Educational technology “Anatomy and Vital Signs”: Evaluation study of content, appearance and usability. **International Journal of Medical Informatics**, v. 84, n. 11, nov. 2015.

GÓES, F. S. N et al b. Elaboração de um Ambiente Digital de Aprendizagem na Educação Profissionalizante em Enfermagem. *Ciencia y Enfermeria*, v. 21, n. 1, abr. 2015.

ILVEIRA, Mauricio de Souza. Tecnologias educacionais digitais no ensino de habilidades de enfermagem: revisão integrativa. 2016. 36 f. TCC (Graduação) - Curso de Enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2016.

LAHTI, M.; HÄTÖNEN, H.; VÄLIMÄKI, M. Impact of e-learning on nurses' and student nurses knowledge, skills, and satisfaction: a systematic review and meta-analysis. **International Journal of Nursing Studies**, v. 51, n.1, jan. 2014.

Lasserson TJ, Thomas J, Higgins JPT: Higgins JPT, Thomas J, Chandler J, Cumpston M, Li T, Page MJ, Welch VA. **Starting a review**. [s. L.]: Copyright © 2019 The Cochrane Collaboration, 2019. Cap. 1. p. 1-11.

LEE, L. T.; HUNG, J.C. Effects of blended e-Learning: a case study in higher education tax learning setting. **Human-centric Computing and Information Sciences**, v. 5, n. 13, abril, 2015.

MILLÃO, Luzia Fernandes et al. Integração de tecnologias digitais no ensino de enfermagem: criação de um caso clínico sobre úlceras por pressão com o software SIACC. **Revista Eletrônica de Comunicação, Informação e Inovação em Saúde**, [s.l.], v. 11, n. 1, p.1-12, 3 abr. 2017.

PEREIRA, Francisco Gilberto Fernandes et al. EVALUATION OF AN APPLICATION PROGRAM FOR THE TEACHING OF VITAL SIGNS. **Reme: Revista Mineira de Enfermagem**, [s.l.], v. 21, p.1-6, 2017. GN1 Genesis Network.

SANTOS, Aliniana da Silva et al. Tecnologia educacional baseada em nola pender: promoção da saúde do adolescente. **Revista de Enfermagem Ufpe On Line**, [s.l.], v. 12, n. 2, p.582-595, 4 fev. 2018. *Revista de Enfermagem, UFPE Online*.

SANTOS, Amália Lúcia Machry; SOUZA, Martha Helena Teixeira de. ELABORAÇÃO DE NOVAS TECNOLOGIAS EM ENFERMAGEM: UTILIZAÇÃO DE UMA CARTILHA PARA PREVENÇÃO. **Rev Enferm Ufpe On Line**, Recife, p.3893-3898, out. 2017.

SANTOS, K. S.; LIMA, R. R.; BOTTENTUIT JUNIOR, J. B. TIC e as discussões sobre sexualidade

na escola: o subsídio da tecnologia na ampliação dos debates. *Temática*, Santos, ano 10, n.12, dez. 2014.

SILVA, Lidia Trindade de Castro. PERCEPÇÕES DE ESTUDANTES DE ENFERMAGEM SOBRE EDUCAÇÃO A DISTÂNCIA. *Ciência y Enfermería* **Xxii**, [s. L.], p.129-139, jan. 2016.

URSI, E. S.; GALVÃO, C. M. Prevenção de lesões de pele no perioperatório: revisão integrativa da literatura. *Rev. Latino-am Enfermagem*. v.14, n.1, p.124-131, janeiro-fevereiro, 2006.

USO DE ANÁLISE INFERENCIAL PARA AVALIAR A ASSISTÊNCIA À GESTANTE DURANTE O PRÉ-NATAL NA REGIÃO NORDESTE DO BRASIL

Antonio Alberto Ibiapina Costa Filho

Discente do Curso de Especialização em Estatística pela Universidade Federal do Piauí
Teresina - Piauí

Lya Raquel Oliveira dos Santos

Docente da Universidade Federal do Piauí
Teresina - Piauí

Paulo Germano Sousa

Docente do Instituto Federal do Pará
Belém - Pará

Aline Raquel de Sousa Ibiapina

Docente da Universidade Federal do Piauí
Picos - Piauí

Ana Paula Cardoso Costa

Enfermeira. Mestranda em Enfermagem pela Universidade Federal do Piauí
Teresina - Piauí

Janainna Maria Maia

Enfermeira do Hospital São Marcos
Teresina - Piauí

Deyna Francélica Andrade Próspero

Docente da Universidade Estadual do Piauí
Teresina - Piauí

Emanuel Osvaldo de Sousa

Fisioterapeuta pela Facid Wyden
Teresina - Piauí

identificada na pesquisa nacional Nascer no Brasil e sua associação com características socioeconômicas e demográficas com base nas análises descritivas e teste qui-quadrado (X^2) para analisar associação entre as variáveis. **Métodos:** Estudo nacional Nascer no Brasil de base hospitalar, realizado com 6096 gestantes em acompanhamento de assistência ao pré-natal na região Nordeste do Brasil no período de fevereiro de 2011 a outubro de 2012. Os dados foram analisados por meio do software Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) versão 20.0. **Resultados:** A assistência pré-natal na região Nordeste do Brasil, de modo geral, teve início no primeiro trimestre da gestação, com número adequado de consultas. Houve predomínio da assistência pré-natal no setor público, realizada por enfermeiros e da assistência de enfermagem continuada nas consultas. A maioria das entrevistadas também recebeu orientações educativas sobre diversas temáticas durante o pré-natal. **Conclusão:** A assistência pré-natal na região Nordeste do Brasil alcançou elevado índice de cobertura. **PALAVRAS-CHAVE:** Cuidado pré-natal. Avaliação de programas. Projetos de saúde.

RESUMO: Objetivo: Avaliar a assistência à gestante durante o pré-natal na região nordeste

USE OF INFERENTIAL ANALYSIS TO
EVALUATE ASSISTANCE TO PREGNANT IN

1 | INTRODUÇÃO

A assistência pré-natal é compreendida como um conjunto de ações voltadas à saúde da mulher no decorrer do período gestacional, com a finalidade de identificar riscos, agir precocemente diante das situações encontradas, garantir uma melhor condição de saúde, prevenir a morte e o comprometimento físico da mãe e do feto, de modo a contribuir com a redução da morbimortalidade materno-fetal (PEDRAZA; ROCHA; CARDOSO, 2013).

No que concerne à padronização de uma assistência de qualidade a gestante durante o pré-natal, o Ministério da Saúde (2002), teve a preocupação de garantir uma assistência a gestante com esclarecimentos acerca de seus direitos e deveres da gestante, da criança, durante o pré-natal, o parto e no puerpério, dentro do processo de integralidade da rede de assistência à saúde e à melhoria na garantia do acesso.

Uma assistência de qualidade durante atenção pré-natal está implícita na valorização do acolhimento da mulher desde o início de sua gravidez - período de mudanças físicas e emocionais, que cada gestante vivencia de forma distinta (BRASIL, 2000).

A consulta de pré-natal envolve procedimentos bastante simples, podendo o profissional de saúde dedicar-se a escutar as demandas da gestante, transmitindo nesse momento o apoio e a confiança necessária para que ela se fortaleça e possa conduzir com mais autonomia a gestação e o parto. Santos (2007) ainda ressalta que a maioria das questões trazidas, embora pareça elementar para quem escuta, pode representar um problema sério para quem o apresenta. Assim, respostas diretas e seguras são significativas para o bem-estar da mulher e sua família.

Nesse sentido, a assistência pré-natal deve ser organizada para atender às reais necessidades das gestantes, dispondo de profissionais com conhecimentos técnico-científicos, de meios e recursos adequados e disponíveis, bem como, as ações de saúde devem estar voltadas à cobertura de toda a população-alvo da área de abrangência da unidade de saúde, assegurando continuidade no atendimento, acompanhamento e avaliação das ações sobre a saúde materno-perinatal (CARDOSO et al., 2016). Visto, que os profissionais da equipe de saúde, devem estar preparados para atender essa clientela, dentro de suas especificidades biopsicoemocionais, socioeconômicos e culturais.

Dessa forma, é válido destacar que o teste Qui Quadrado é um teste não paramétrico proposto por Karl Pearson (1857-1936) que tem princípio básico comparar possíveis discrepâncias entre as frequências esperadas e observados de dois grupos de estudo.

Karl Pearson estudou matemática na Universidade de Cambridge, considerado por muitos, o fundador da estatística e um dos principais representantes da Escola de Biometria da Inglaterra. Homem de forte personalidade e inteligências, em 1892 publicou uma obra intitulada “The Grammar of Science”, onde este autor afirma que todas as variáveis organizadas em escala contínuas, as variáveis descontínuas são na realidade variáveis contínuas com interrupções, e as medidas de associação entre elas na verdade seriam feitas por meio estimatórias da correlação subjacentes das variáveis contínuas (MEMÓRIA, 2004).

Portanto, o teste Qui Quadrado pode ser utilizado para verificar desvios significativos ou não da frequência observada e esperada de uma amostra ou comparar a distribuição de vários acontecimentos de diferentes amostras, a fim de avaliar desvios de proporção entre os grupos analisados.

Para a aplicação do teste é necessário que os grupos sejam independente e coletados de maneira aleatória. Os dados devem ser representados por valores absolutos ou relativos, onde uma pertença apenas em uma categoria e que a amostra seja relativamente grande, onde pelo menos existe 5 observações por célula.

Para o cálculo da estatística do teste é necessário inicialmente propor as hipóteses a serem analisadas.

$$\text{Onde: } \left\{ \begin{array}{l} H_0 = \text{Não existe associação} \\ H_1 = \text{Existe associação} \end{array} \right.$$

Hipótese Nula (H0): As frequências observadas não se diferem as frequências esperadas, portanto os grupos não apresentam associação.

Hipótese Alternativa (H1): As frequências observadas se diferem as da frequência esperada, portanto existe associação entre os grupos.

Para calcular o valor a divergência entre os valores observados e esperados, Karl Pearson propôs a seguinte fórmula:

$$\text{Qui-quadado} = \sum \frac{(O - E)^2}{E} \sim \chi^2_{(r-1)(c-1)}$$

Onde os graus de liberdade são calculados com base em R (Número de linha) e C (Número de colunas).

Na aplicação do teste pressupõem que a amostra seja “grande”, mas e situações praticas os valores fornecidos pelo teste é aproximado, pois a amostra é finita e a frequência observada só pode assumir valores inteiros.

No entanto existem casos que mesmo com o resultado significativo do teste, devido a amostra ser pequena ou a frequência esperada de uma das células de uma classe ser inferior a 5, o resultado do teste χ^2 não é confiável. Para isso usa-se a correção de Yates ou Correção de continuidade:

$$\text{Qui-quadrado}_{\text{correcao de Yates}} = \sum \frac{(|O - E| - 0,5)^2}{E} \sim \chi^2_{(r-1)(c-1)}$$

Para a tomada de decisão, considerando o nível de significância (alfa) igual a 5%, é feita com base na comparação valores χ^2 calculado, obtido com base no cálculo proposto do Pearson, e χ^2 tabelado, obtido com base nos níveis de significância e tabela específica do teste com a probabilidade de ocorrência do fato.

$$\left\{ \begin{array}{l} \text{Se } \chi^2 \text{ calculado} > \text{ ou } = \chi^2 \text{ tabelado: Rejeita-se } H_0. \\ \text{Se } \chi^2 \text{ calculado} < \chi^2 \text{ tabelado: Não rejeita } H_0. \end{array} \right.$$

Outra forma da tomada de decisão é feita por meio da distribuição de densidade de $\chi^2(n-1)$ com $(n-1)$ graus de liberdade, onde tomamos como base o nível de significância de α igual a 0,05, rejeitamos a hipótese nula para valores maiores que α . O nível de significância é o valor máximo para se rejeitar sua hipótese original.

Diante do exposto, o objetivo deste estudo foi avaliar a assistência à gestante durante o pré-natal na região nordeste identificada na pesquisa nacional Nascer no Brasil e sua associação com características socioeconômicas e demográficas com base nas análises descritivas e teste qui-quadrado (χ^2) para analisar associação entre as variáveis.

2 | MÉTODO

Trata-se de um estudo nacional Nascer no Brasil de base hospitalar composto por puérperas e recém-nascidos, realizado no período de fevereiro de 2011 a outubro de 2012.

A amostra foi selecionada em três etapas. A primeira, composta por hospitais com 500 ou mais partos ao ano, sendo estratificado pelas cinco macrorregiões do país, desde a localização (capital ou não capital), e tipo de hospital (privado, público e misto). A segunda foi composta por dia (mínimo de sete dias em cada hospital) e a terceira composta pelas puérperas em cada dia do trabalho de campo.

Nesta pesquisa foram planejadas 90 entrevistas em cada um dos 266 hospitais,

tendo sido entrevistadas 23894 mulheres e na região nordeste totalizou uma amostra de 6096 mulheres em acompanhamento de assistência ao pré-natal por profissionais de saúde em 67 hospitais da região nordeste. Mais informações detalhadas sobre o desenho amostral estão disponíveis na publicação de Vasconcellos et al. (2014).

A coleta dos dados foi efetivada por meio de entrevistas realizada com mulheres durante a internação hospitalar, num intervalo mínimo de 6 horas após o parto, utilizando um questionário eletrônico elaborado especificamente para obter informações requeridas acerca da assistência durante o acompanhamento de pré-natal, bem como realizou-se também anotações de dados do cartão de pré-natal, quando disponíveis, foram fotografados em meio digital, com posterior extração e digitação dos dados numa plataforma online. Estas informações também poderão ser encontradas mais detalhadas no estudo de Carmo Leal et al. (2012).

Para a identificação da assistência ao pré-natal, foi feita uma análise descritiva dos diversos componentes da assistência ao pré-natal, teve assistência pré-natal, segundo o trimestre em que iniciou o pré-natal; o número total de consultas registradas no cartão pré-natal; local de realização das consultas do pré-natal; qual profissional de saúde atendeu durante a maior parte das consultas do pré-natal, dentre outros quesitos apresentados nos resultados.

Foi utilizado o teste do X² para verificar diferenças entre as proporções com base nos valores percentuais, considerando-se um intervalo de confiança de 95% (IC 95%). Todas as análises foram realizadas por meio do software Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) versão 20.0.

Este estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em pesquisa da Escola Nacional de Saúde Pública da Fundação Oswaldo Cruz (Parecer nº 92/2010). Antes da realização de cada entrevista, foi obtido consentimento digital após leitura do termo de consentimento livre e esclarecido. Todos os cuidados foram adotados visando a garantir o sigilo e o anonimato das informações adquiridas (CARMO LEAL et al., 2012).

3 | RESULTADOS

Foram analisadas 6096 puérperas no período gestacional. A Tabela 1 apresenta dados do trimestre do início da gravidez e do número de consultas do pré-natal. Independentemente da variável analisada, percebeu-se que a maioria das puérperas iniciaram o pré-natal no primeiro trimestre de gestação. Com base nos resultados, as mulheres que iniciaram o pré-natal no primeiro trimestre de gestação e tiveram o maior número de consultas durante o processo foram as que apresentaram idade superior à 35 anos, com maior nível de escolaridade, com companheiro, não tentaram interromper a gestação, eram primigestas e mais satisfeitas perante a gestação. Com relação as variáveis analisadas identificaram-se que todas apresentaram associação

estatística, com p-valor inferior a 5%.

Exposição/Desfecho	Trimestre de início do Pré-natal - informação do cartão e entrevista (%)				Valor do p	Número de consultas pré-natal (%)				Valor do p	
	Não fez	Primeiro Trimestre	Segundo Trimestre	Terceiro Trimestre		Não fez	1-3	4 - 5	≤ 6		
Faixa Etária	< 20 anos	1	61	33,4	4,6	1,00	16,00	28,40	54,60		
	20-34 anos	1,5	75,3	20	3,2	1,50	9,90	22,20	66,30		
	> 35 anos	1,5	79,7	16	2,8	<0,001	1,50	9,40	15,80	73,40	<0,001
Raça/Cor da pele	Branca	1,1	78,1	18,8	2		1,10	9,00	17,20	72,70	
	Preta	2	66,8	27,1	4,1		2,00	14,80	24,90	58,30	
	Parda	1,5	71,8	22,9	3,8		1,50	11,20	24,40	63,00	
	Amarela Indígena	0	74	21,6	4,4	<0,001	0,00	11,30	22,10	66,50	<0,001
Escolaridade	E.F incompleto	2,8	59,9	32,4	4,9		2,80	17,40	30,00	49,80	
	E.F completo	0,9	70,4	24,8	3,9		0,90	11,70	27,40	60,00	
	E.M completo	0,6	83	14,3	2,1		0,60	5,90	15,90	77,50	
	E.S completo	0	92,1	7,4	0,5	<0,001	0,00	3,40	7,80	88,80	<0,001
Situação conjugal da mãe	Sem companheiro	2,7	57,4	32,2	7,6		2,70	18,50	25,70	53,10	
	Com companheiro	1,1	75,9	20,4	2,6		1,20	9,60	22,30	66,90	<0,001
Você tentou interromper esta gravidez	Não	1,3	73,2	22,1	3,5		1,30	10,90	22,60	65,20	
	Sim	6,5	55	35,1	3,3	<0,001*	6,40	18,20	31,00	44,40	<0,001*
Algum aborto anterior	Não	2,6	69,4	23	4,9		2,60	14,50	24,70	58,20	
	Sim	1,2	72,5	24,1	2,2		1,30	9,70	24,30	64,70	
	Primigesta	0,4	75,7	21,3	2,6	<0,001	0,40	8,60	20,50	70,40	<0,001
Número de gestações anteriores	Nenhuma	0,4	75,8	21,2	2,6		0,40	8,60	20,60	70,50	
	Uma	1,3	77	19,3	2,5		1,30	10,40	21,10	67,10	
	Duas	1	71,4	22,3	5,4		1,00	13,40	24,30	61,40	
	3 gestações ou mais	4,9	57,9	31,6	5,6	<0,001	5,00	17,20	30,60	47,20	<0,001
Como você se sentiu quando soube que estava grávida	Satisfeita	0,7	78,8	18,3	2,1		0,70	8,20	20,00	71,10	
	Mais ou menos satisfeita	1,8	63	30,5	4,6		1,80	14,20	30,00	54,00	
	Insatisfeita	5,9	50,4	34	9,7	<0,001	5,90	24,30	26,80	42,90	<0,001

Tabela 1 - Distribuição proporcional das características maternas segundo o Trimestre de Início do Pré-natal e número de consultas realizadas em uma amostra nacional de puérperas. Brasil, 2011-2012 *.

* Valores ponderados segundo plano amostral.

A Tabela 2 apresenta dados relativos ao local das consultas do pré-natal, o profissional que atendeu durante o processo e se houve continuidade pelo mesmo profissional. De modo geral, percebemos que independentemente da variável analisada, as mulheres da amostra realizaram a maior parte das consultas em instituições públicas de saúde, foram atendidas por enfermeiros e tiveram continuidade pelo menos profissional.

Exposição/Desfecho	Onde foi realizada a maioria das consultas do pré-natal (%)			Valor de p	Qual profissional de saúde atendeu você durante a maior parte das consultas do pré-natal (%)				Valor p	Você foi acompanhada, durante o pré-natal da gravidez pelo mesmo profissional (%)			Valor p
	Público	Particular	Misto		Médico	Enfermeiro	Parteira	Outro		Não	Sim, parcialmente	Sim, totalmente	
< 20 anos	92,90	5,20	1,90		33,10	66,40	0,00	0,50		11,50	39,60	48,90	
Faixa Etária													
20 - 34 anos	71,00	25,00	4,00		50,70	48,60	0,10	0,60		8,30	39,00	52,70	
> 35 anos	57,00	37,10	5,90	<0,001	61,80	37,60	0,00	0,60	<0,001	7,40	40,70	51,90	0,001
Branca	57,40	38,20	4,30		59,40	40,60	0,00	0,00		9,00	37,10	53,90	
Preta	91,20	5,50	3,30		40,70	59,20	0,00	0,10		9,40	36,70	53,90	
Raça/Cor da pele													
Parda	77,00	19,30	3,60		45,70	53,40	0,10	0,80		8,70	40,40	50,80	
Amarela	74,70	22,50	2,80		50,80	49,20	0,00	0,00		10,00	36,90	53,00	
Indígena	86,70	6,00	7,30	<0,001	21,70	78,30	0,00	0,00	<0,001	16,50	34,70	48,90	0,342
E.F incompleto	94,50	3,60	1,90		33,40	65,50	0,20	0,90		10,70	41,40	48,00	
Escolaridade													
E.F completo	86,90	10,10	3,00		39,60	60,20	0,00	0,20		8,80	41,70	49,50	
E.M completo	61,90	32,30	5,90		56,80	42,70	0,00	0,50		8,50	39,50	52,00	
E.S completo	9,80	84,70	5,50	<0,001	93,40	6,50	0,00	0,10	<0,001	3,80	25,30	71,00	<0,001
Situação conjugal													
Sem companheiro	83,70	13,30	3,10		41,10	58,80	0,00	0,10		9,20	42,70	48,10	
Com companheiro	72,30	23,80	3,90	<0,001	49,60	49,70	0,10	0,70	<0,001	8,90	38,70	52,40	0,028
Você tentou interromper esta gravidez													
Não	73,70	22,50	3,70		48,50	50,80	0,10	0,60		8,90	39,10	52,00	
Sim	89,80	5,30	4,90	<0,001	33,90	65,90	0,20	0,00	0,001*	9,80	44,00	46,20	0,271
Algum aborto anterior?													
Não	78,20	18,30	3,50		43,70	55,20	0,10	1,00		8,50	40,00	51,50	
Sim	73,20	23,40	3,40		52,70	47,00	0,00	0,30		9,00	38,20	52,80	
Primigesta	71,10	24,80	4,10	<0,001	50,10	49,50	0,10	0,30	<0,001	9,20	39,20	51,70	0,810
Nenhuma	71,10	24,80	4,10		50,10	49,50	0,10	0,30		9,10	39,20	51,70	
Uma	70,20	25,50	4,30		51,70	47,90	0,00	0,40		6,20	39,70	54,10	
Duas	77,50	20,00	2,50		44,60	53,40	0,20	1,80		12,00	37,60	50,30	
3 gestações ou mais	87,30	9,60	3,10	<0,001	39,30	60,20	0,10	0,30	<0,001	10,10	40,50	49,50	<0,001
Como você se sentiu quando soube que estava													
Satisfeita	69,80	26,20	4,00		50,60	49,10	0,00	0,30		8,20	38,10	53,70	
Mais ou menos satisfeita	82,80	14,30	2,90		42,10	56,20	0,20	1,40		10,20	42,40	47,30	
Insatisfeita	86,40	10,00	3,50	<0,001	43,80	55,90	0,10	0,20	<0,001	11,10	40,10	48,80	<0,001

Tabela 2- Distribuição proporcional das características maternas segundo o local da realização do pré-natal e o perfil da assistência prestada na maioria das consultas de pré-natal em uma amostra nacional de puérperas. Brasil, 2011-2012 *.

* Valores ponderados segundo plano amostral. D.

A Tabela 3 apresenta dados relativos às orientações fornecidas às puérperas durante o pré-natal. Ao analisar os resultados, observou-se que a maioria das mulheres receberam orientações quanto ao início do trabalho de parto, sobre os sinais de risco na gravidez nos quais deviam buscar um serviço de saúde, além disso, foram esclarecidas sobre o que poderia fazer durante o trabalho de parto para facilitar o nascimento do bebê. Destas, o maior percentual apresentou faixa etária entre 20 e 34 anos, brancas, com maior nível de escolaridade, com companheiro, que não tentaram interromper a gestação, primigestas, com menor número de gestações anteriores e satisfeitas perante a gestação.

Com base em testes estatísticos percebemos que a variável “algum aborto anterior” não apresenta diferença significativa em relação as orientações aos sinais de risco na gravidez e que as variáveis faixa etária, raça/cor da pele e situação conjugal não apresentam associação estatística em relação as ações facilitadoras durante o trabalho de parto, pois estas variáveis apresentaram um p-valor superior a 5%.

Exposição/Desfecho	Como começa o trabalho de parto (%)		Valor de p		Sinais de risco na gravidez que devem fazer você procurar um serviço de saúde (%)		Valor de p		Sobre coisas que você poderia fazer durante o trabalho de parto para facilitar o nascimento do bebê (%)		Valor de p	
	Sim	Não			Não	Sim			Não	Sim		
Faixa Etária da mãe	< 20 anos	45,10	54,90		46,60	53,40			58,50	41,50		
	20 - 34 anos	52,70	47,30		37,50	62,50			56,20	43,80		
	> 35 anos	50,50	49,50	<0,001	33,70	66,30	<0,001		58,50	41,50		0,227
Raça/Cor da pele	Branca	52,20	47,80		35,20	64,80			56,60	43,40		
	Preta	50,40	49,60		43,70	56,30			55,80	44,20		
	Parda	50,50	49,50		39,70	60,30			57,20	42,80		
	Amarela	52,80	47,20		34,20	65,80			57,70	42,30		
	Indígena	39,10	60,90	0,603	36,50	63,50	0,02		56,50	43,50		0,967
Escolaridade	E.F incompleto	43,80	56,20		44,40	55,60			56,80	43,20		
	E.F completo	49,60	50,40		43,50	56,50			58,70	41,30		
	E.M completo	54,10	45,90		35,30	64,70			57,50	42,50		
	E.S completo	68,50	31,50	<0,001	21,10	78,90	<0,001		51,10	48,90		0,014
Situação conjugal	Sem companheiro	46,90	53,10		45,20	54,80			57,30	42,70		
	Com companheiro	51,60	48,40	0,005	37,90	62,10	<0,001		56,90	43,10		0,432
Você tentou interromper esta gravidez	Não	51,20	48,80		38,80	61,20			56,60	43,40		
	Sim	39,60	60,40	0,002	48,30	51,70	0,008		67,40	32,60		0,003
Algum aborto anterior?	Não	48,30	51,70		40,20	59,80			58,20	41,80		
	Sim	49,50	50,50		38,70	61,30			58,80	41,20		
	Primigesta	53,70	46,30	<0,001	38,10	61,90	0,275		55,00	45,00		0,019
Número de gestações anteriores	Nenhuma	53,80	46,20		38,10	61,90			55,00	45,00		
	Uma	51,50	48,50		37,60	62,40			58,90	41,10		
	Duas	48,80	51,20		38,30	61,70			56,20	43,80		
	3 gestações ou mais	43,40	56,60	<0,001	45,20	54,80	<0,001		59,40	40,60		0,017
Como você se sentiu quando soube que estava grávida	Satisfeita	53,70	46,30		36,10	63,90			55,00	45,00		
	Mais ou menos satisfeita	45,40	54,60		46,70	53,30			60,80	39,20		
	Insatisfeita	43,00	57,00	<0,001	42,10	57,90	<0,001		61,60	38,40		<0,001

Tabela 3- Distribuição proporcional das características maternas segundo as orientações fornecidas sobre o início do trabalho de parto, sinais de risco e ações facilitadoras no processo do parto em consultas de pré-natal em uma amostra nacional de puérperas. Brasil, 2011-2012*.

* Valores ponderados segundo plano amostral.

A Tabela 4 apresenta dados relativos sobre as orientações do local de assistência do trabalho de parto e acerca da importância da amamentação nas primeiras horas de vida. Com base nos resultados identificou-se que as mulheres com idade superior a 35 anos, brancas, com maiores níveis de escolaridade, com companheiro, sem tentativas de interrupção da gestação, sem abortos anteriores, com menor número de gestações anteriores e satisfeitas foram as que apresentaram maior percentual de orientações sobre o local da assistência ao trabalho de parto e a importância do aleitamento nas primeiras horas de vida.

Com base em teste estatístico percebemos que as variáveis algum aborto anterior e número de gestação anteriores não apresentam associação estatística com orientação sobre o local da assistência ao trabalho de parto, e a variável faixa

etária, raça/cor da pele, tentativas de interrupção da gestação e número de gestação anteriores não apresentam diferenças significativas, logo não possuem associação com a variável “orientação sobre a importância da amamentação nas primeiras horas de vida”.

		Orientada sobre qual hospital/maternidade/casa de parto procurar para ter o parto (%)		Valor de p	Orientada sobre a importância da amamentação na primeira hora de vida (%)		Valor do p
		Não	Sim		Não	Sim	
Faixa Etária	< 20 anos	54,3	45,7		31,3	68,7	
	20 - 34 anos	43,7	56,3		28,9	71,1	
	> 35 anos	37,4	62,6	<0,001	28,6	71,4	0,206
Raça/cor da pele	Branca	38,9	61,1		29,9	70,1	
	Preta	52,2	47,8		29,3	70,7	
	Parda	46,3	53,7		29,4	70,6	
	Amarela Indígena	41,9 60	58,1 40	<0,001	22,2 15,7	77,8 84,3	0,365
Escolaridade	E.F incompleto	51,5	48,5		31,4	68,6	
	E.F completo	49,5	50,5		29,2	70,8	
	E.M completo	40,7	59,3		28,9	71,1	
	E.S completo	26,4	73,6	<0,001	22,9	77,1	0,01
Situação conjugal	Sem companheiro	49,2	50,8		32,4	67,6	
	Com companheiro	44,5	55,5	0,005	28,8	71,2	0,017
Você tentou interromper esta gravidez	Não	45,1	54,9		29,2	70,8	
	Sim	52,9	47,1	0,026	34,9	65,1	0,109
Algum aborto anterior?	Não	46,3	53,7		27,9	72,1	
	Sim	45,4	54,6		29,2	70,8	
	Primigesta	44,2	55,8	0,278	30,7	69,3	0,072
Número de gestações anteriores	Nenhuma	44,2	55,8		30,7	69,3	
	Uma	45,6	54,4		27,6	72,4	
	Duas	44,7	55,3		28,1	71,9	
	3 gestações ou mais	48,1	51,9	0,171	29,9	70,1	0,112
Como você se sentiu quando soube que estava grávida	Satisfeita	42	58		27,7	72,3	
	Mais ou menos satisfeita	51,2	48,8		32,6	67,4	
	Insatisfeita	55,2	44,8	<0,001	34,6	65,4	<0,001

Tabela 4- Distribuição proporcional das características maternas segundo orientações fornecidas do local assistencial ao trabalho de parto e acerca da importância do aleitamento materno nas primeiras horas vida em consultas de pré-natal em uma amostra nacional de púerperas. Brasil, 2011-2012.

* Valores ponderados segundo plano amostral.

4 | DISCUSSÃO

Os resultados deste estudo evidenciaram que a cobertura da assistência pré-natal na região Nordeste do Brasil é ampla e abrangente, e as mulheres atendidas possuíam características sociais e demográficas diversificadas.

Em relação ao início do pré-natal e à quantidade de consultas, verificou-se que a maioria das entrevistadas iniciou no primeiro trimestre de gestação, e realizou um número de consultas ≥ 6 . No Brasil, os protocolos recomendam o número mínimo de seis consultas de pré-natal, com início entre a 12^a e 20^a semana de gestação. A aquisição precoce dessa assistência à gestante encaminha ao acesso a importantes recursos diagnósticos e terapêuticos, enquanto o número adequado de consultas

permite acompanhamento apropriado, facilitando a detecção de necessidades e realização de intervenção sempre que necessário, o que corrobora para a prevenção de problemas à saúde materno-fetal (NUNES et al., 2016).

Quanto às características sociodemográficas, predominaram neste estudo, mulheres com idade superior a 35 anos e autodeclaradas brancas, dados que diferem dos achados de estudo nacional, realizado nos serviços de atenção básica de municípios brasileiros, no qual a maioria das mulheres que realizaram pré-natal tinha idade entre 25 a 34 anos, em sua maioria autodeclaradas mestiças, pardas ou pretas (TOMASI et al., 2017).

No que diz respeito à escolaridade, 92,1% referiu ter ensino superior completo, e quanto à situação conjugal, 75,9% afirmaram ter companheiro. Estudo desenvolvido por Ruschi et al. (2018) observou que, entre 794 gestantes pesquisadas, a maioria possuía nove ou mais anos de estudo e também viviam com companheiro.

Entre as mulheres que iniciaram pré-natal no primeiro trimestre de gestação, também se destaca que a maioria não tentou interromper a gestação (73,2%), eram primigestas (75,7%) e estavam mais satisfeitas perante a gestação (78,8%). Tais resultados vão ao encontro dos achados por Viellas et al. (2014) em seu estudo, dentre os quais as participantes, em geral, não tentaram interromper a gravidez (98,8%), eram primigestas (99,4%) e demonstraram satisfação com a gestação (99,2%).

Neste estudo, a maioria das participantes realizaram o pré-natal em instituições públicas, atendidas por enfermeiros, e além disso, deram continuidade a assistência pré-natal pelo mesmo profissional. Pesquisa desenvolvida em São Luís, Maranhão, Brasil, apresenta concordância com o local de realização do pré-natal mencionado, visto que 81,6% das entrevistadas afirmou realizar pré-natal no sistema público de saúde (GOUDARD et al., 2016). A realização do pré-natal por enfermeiros, por sua vez, possui amparo legal para acompanhamento integral de gestantes de baixo risco, perante a Lei do Exercício Profissional da Enfermagem no Brasil (SILVA et al., 2016).

O enfermeiro tem capacitação para exercer ações de assistência à saúde da gestante no período pré-natal, considerando sua formação integral e ampla. Dessa forma, entende-se que esse profissional é fundamental para a promoção da saúde materno-fetal, entretanto, conforme Silva et al. (2016), essa atividade ainda possui entraves e não é realizada como deveria, aspectos atribuídos às dificuldades do sistema de saúde, como a desconstrução do modelo biomédico e dificuldade de implementação do Programa de Humanização do Pré-Natal e Nascimento (PHPN).

No que se concerne às orientações recebidas pelas mulheres durante o pré-natal, observou-se que a maioria receberam informações quanto ao início do trabalho de parto, sinais de risco na gravidez nos quais deve-se buscar um serviço de saúde, o que fazer durante o trabalho de parto para facilitar o nascimento do bebê, qual instituição de saúde procurar para o parto e a importância da amamentação na primeira hora de vida.

De acordo com o PHPN, a gestante também deve receber intervenções qualitativas, para melhor instrução nesse período, essas ações incluem as orientações, que podem abordar diversas temáticas, como alimentação, amamentação, imunização, entre outras (NUNES et al., 2016).

No que se refere às características das mulheres que receberam orientações, a maior parte apresentou faixa etária superior a 20 anos, brancas, com maior nível de escolaridade. Dados de estudo também realizado no Brasil apontaram que, a maioria das gestantes com as quais foram realizadas este tipo de intervenção possuíam idade entre 35 e 49 anos, se autodeclaravam brancas e possuíam maior renda familiar. Ressalta-se que o fornecimento de orientações às gestantes nesse processo não implica em custos ou despesas para os sistemas de saúde, esse ato depende, muitas vezes exclusivamente, das atitudes dos profissionais responsáveis pela consulta (TOMASI et al., 2017).

Apesar da inexistência de associação estatisticamente significativa das orientações com algumas variáveis exploradas nesta pesquisa, destaca-se que a saúde materno-fetal é um fator determinante no período gestacional. Nesse sentido, é imprescindível que a mulher seja devidamente orientada, alertada e incentivada a buscar medidas que possam prevenir problemas ou prejudicar o desenvolvimento saudável da gravidez (MOURA et al., 2015).

Para Rios e Vieira (2007), as ações educativas são fundamentais durante todo o ciclo gravídico-puerperal, porém, é especialmente no pré-natal que a mulher deve ser mais orientada. Dessa maneira, a vivência será mais positiva, sofrerá menos riscos e complicações. Para isso, os profissionais da saúde devem ter consciência do seu papel de educadores, compartilhar saberes e entender a importância da autonomia e autoconfiança das mulheres durante a gestação, parto e puerpério.

Entretanto, todavia, estudo de caráter qualitativo, desenvolvido por Rodrigues et al. (2016) na cidade de Fortaleza, Ceará, Brasil, evidenciou que, dentre as 25 gestantes participantes, a maioria recebera orientações sobre temáticas diversas durante as consultas de pré-natal, com ênfase nos cuidados durante a gravidez, alimentação e responsabilidades acerca desse período. Esse momento é, em muitos casos, permeado pelo medo e angústia da mulher, principalmente em relação ao que ainda é desconhecido.

Portanto, é um momento propício para o profissional de saúde estabelecer vínculos, esclarecer dúvidas e apresentar informações com clareza, com a finalidade de empoderar e preparar a gestante durante todo o ciclo gravídico-puerperal.

5 | CONCLUSÃO

Evidenciou-se nesse estudo por meio de uma análise inferencial, que a assistência pré-natal na região Nordeste do Brasil alcançou elevado índice

de cobertura, pois as características sociodemográficas apresentadas pelas participantes foram heterogêneas. Houve predominância de início precoce do pré-natal, com número de consultas conforme preconizado, realizadas por enfermeiros em instituições públicas de saúde, utilizando-se da estratégia de educação em saúde por meio de orientações.

Frente ao exposto, reitera-se a importância de serviços de saúde oferecerem um acompanhamento pré-natal qualificado e humanizado, com profissionais competentes, que englobe as necessidades materno-fetais imbricadas à diversidade da população e siga os pressupostos implementados em âmbito nacional.

REFERÊNCIAS

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Atenção Básica. Desafios e conquistas do PSF. **Rev. Bras. de Saúde da Família**, ed. especial, p. 7-24, 2002.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Atenção Básica. Assistência Pré-natal: **Manual técnico**. 3ª edição –Brasília, 2000.

CARDOSO, M. D. et al. Percepção de gestantes sobre a organização do serviço/assistência em um pré-natal de baixo risco de Recife. **J. res.: fundam. care. online**, v. 8, n. 4, p. 5017-5024, 2016.

CARMO LEAL, M. et al. Birth in Brazil: national survey into labour and birth. **Reproductive health**, v. 9, n. 1, p. 1, 2012.

GOUDARD, M. J. F. et al. Inadequação do conteúdo da assistência pré-natal e fatores associados em uma coorte no nordeste brasileiro. **Ciênc. saúde coletiva**, v. 21, n. 4, p. 1227-1238, 2016.

MEMÓRIA, J. M. P. **Breve história da Estatística**. Brasília, DF: Embrapa Informação Tecnológica, 2004.

MOURA, S. G. et al. Assistência pré-natal realizada pelo enfermeiro (a): um olhar da mulher gestante. **J. res.: fundam. care. online**, v. 7, n. 3, p. 2930-2938, 2015.

NUNES, J. T. et al. Qualidade da assistência pré-natal no Brasil: revisão de artigos publicados de 2005 a 2015. **Cad. Saúde Colet.**, v. 24, n. 2, p. 252-261, 2016.

PEDRAZA, D. F.; ROCHA, A. C. D; CARDOSO, M. V. L. M. L. Assistência pré-natal e peso ao nascer: uma análise no contexto de unidades básicas de saúde da família. **Rev. Bras Ginecol. Obstet.** v. 35, n. 8, p. 349-56, 2013.

RIOS, C. T. F.; VIEIRA, N. F. C. Ações educativas no pré-natal: reflexão sobre a consulta de enfermagem como um espaço para a educação em saúde. **Ciênc. saúde coletiva**, v. 12, n.2, p.477-486, 2007.

RODRIGUES, I. R. et al. Elementos constituintes da consulta de enfermagem no pré-natal na ótica de gestantes. **Rev Rene.**, v. 17, n. 6, p. 774-781, 2016.

RUSCHI, G. E. C. et al. Determinantes da qualidade do pré-natal na Atenção Básica: o papel do Apoio Matricial em Saúde da Mulher. **Cad. saúde colet.**, v. 26, n. 2, p. 131-139, 2018.

SANTOS, N. Desenvolvimento do SUS, rumos estratégicos e estratégias para visualização dos

Rumos. **Ciênc. saúde coletiva**. v. 12, n. 2, p. 429-435, 2007.

SILVA, C. S. et al. Atuação do enfermeiro na consulta pré-natal: limites e potencialidades. **J. res.: fundam. care. online**, v. 8, n. 2, p. 4087-4098, 2016.

TOMASI, E. et al. Qualidade da atenção pré-natal na rede básica de saúde do Brasil: indicadores e desigualdades sociais. **Cad. Saúde Pública**, v. 33, n. 3, p. 1-11, 2017.

VASCONCELLOS, M. T. L. et al. Sampling design for the birth in Brazil: National Survey into Labor and Birth. **Cad. Saúde Pública**, v. 30, p. S49-S58, 2014.

VECINA NETO, G.; MALIK, AM. (Org.). **Gestão em Saúde**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, v. 1, p. 15-31, 2011.

VIELLAS, E. F. et al. Assistência pré-natal no Brasil. **Cad. Saúde Pública**, v. 30, n. 1, p. 85-100, 2014.

VIOLÊNCIA NO TRABALHO DA ENFERMAGEM BRASILEIRA: ANÁLISE DO FENÔMENO NO CENÁRIO HOSPITALAR E NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

Letícia de Lima Trindade

Doutora em Enfermagem. Docente do Departamento de Enfermagem e Mestrado Profissional em Enfermagem na Atenção Primária à Saúde da Universidade do Estado de Santa Catarina - UDESC e do Programa de Pós-graduação em Ciências da Saúde (PPGCS) da Universidade Comunitária da Região de Chapecó - UNOCHAPECÓ. Chapecó – SC.

Grasiele Fatima Busnello

Doutoranda do Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde da Universidade Comunitária da Região de Chapecó - UNOCHAPECÓ. Docente colaboradora do Departamento de Enfermagem da Universidade do Estado de Santa Catarina - UDESC. Chapecó – SC.

Daiane Dal Pai

Doutora em Enfermagem. Docente da Universidade Federal do Rio Grande do Sul - UFRGS. Porto Alegre – RS.

Daiana Brancalione

Graduanda em Enfermagem pela Universidade do Estado de Santa Catarina - UDESC. Chapecó – SC.

Manoela Marciane Calderan

Graduanda em Enfermagem pela Universidade do Estado de Santa Catarina – UDESC. Chapecó – SC.

Chancarlyne Vivian

Mestra em Ciências da Saúde pela Universidade Comunitária da Região de Chapecó - UNOCHAPECÓ. Chapecó – SC.

RESUMO: a violência no contexto do trabalho, tornou-se um fenômeno crescente no mundo, considerada um problema de saúde pública que atravessa fronteiras, diferentes setores econômicos e grupos profissionais. Entre os trabalhadores da saúde em particular a equipe de enfermagem, há exposição cotidiana a situações de violência no trabalho. O estudo objetivou analisar a ocorrência de violência no trabalho da enfermagem brasileira no cenário hospitalar e na Atenção Primária à Saúde (APS). Estudo misto explanatório sequencial, mediante pesquisa de campo que associou a abordagem quantitativa, do tipo transversal e prospectiva, e qualitativa, do tipo descritiva, estratégia explanatória sequencial. Participaram do estudo 198 trabalhadores de enfermagem de um hospital e 169 trabalhadores da APS situados no Sul do Brasil. Para a coleta de dados na etapa quantitativa utilizou-se o *Survey Questionnaire Workplace Violence in the Health Sector* e, na sequência entrevista com 15 profissionais que sinalizaram ter sofrido episódios de violência no ambiente de trabalho no hospital e outros 16 na APS. Identificou-se que 51% dos trabalhadores do hospital e 83,4% dos trabalhadores da APS foram vítimas de violência nos últimos 12 meses, sendo a agressão verbal a mais comum em ambos os cenários. No hospital o principal agressor é o colega de trabalho e na APS o paciente/usuário. Foram encontrados todos os

tipos de violência pesquisados, física e psicológica caracterizada por agressão verbal, assédio/intimidação, assédio sexual e discriminação racial. O que representa uma problemática com potencial impacto negativo sobre o cotidiano das instituições de saúde e a saúde dos profissionais de enfermagem.

PALAVRAS-CHAVE: Violência do Trabalho, Saúde do Trabalhador, Atenção Primária à Saúde, Atenção Hospitalar.

VIOLENCE AT WORK: IN BRAZILIAN NURSING: ANALYSIS OF THE PHENOMENON IN THE HOSPITAL SETTING AND IN PRIMARY HEALTH CARE

ABSTRACT: violence in the workplace has become a growing phenomenon in the world, considered a public health problem that crosses borders, different economic sectors and professional groups. Among health workers, particularly the nursing staff, there is daily exposure to situations of violence at work. The study aimed to analyze the occurrence of violence in Brazilian nursing work in the hospital setting and in Primary Health Care (PHC). Sequential explanatory mixed study, through field research that combined the quantitative, cross-sectional and prospective, and qualitative, descriptive approach, sequential explanatory strategy. The study included 198 nursing workers from a hospital and 169 PHC workers located in southern Brazil. For data collection in the quantitative stage, the Survey Questionnaire Workplace Violence in the Health Sector was used and, following an interview with 15 professionals who reported having suffered episodes of workplace violence in the hospital and 16 others in PHC. It was found that 51% of hospital workers and 83.4% of PHC workers were victims of violence in the last 12 months, with verbal aggression being the most common in both scenarios. In the hospital the main aggressor is the co-worker and in PHC the patient / user. We found all types of violence researched, physical and psychological characterized by verbal aggression, harassment / intimidation, sexual harassment and racial discrimination. This represents a problem with potential negative impact on the daily lives of health institutions and the health of nursing professionals.

KEYWORDS: Violence of work, Worker's health, Primary Health Care, Hospital Attention.

1 | INTRODUÇÃO

A Organização Mundial da Saúde (OMS) define violência como “uso intencional ou ameaça de uso da força física contra outra pessoa ou a si próprio, que resulta, ou tem a probabilidade de resultar em lesão, morte e dano psicológico” (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2002, p. 5).

No mundo, de acordo com o estudo Carga Global de Doença (GBD) realizado em 2013, 4,8 milhões de mortes foram decorrentes de acidentes e violências (HAAGSMA *et al.*, 2016). As violências no Brasil, ainda ocupam lugar de destaque no perfil da morbimortalidade. Em relação à mortalidade, os óbitos por causas externas foram

responsáveis por 134.931 mortes, em 1990, e 168.018, em 2015, com destaque para os homicídios, seguido dos acidentes de transporte, outras causas acidentais e suicídios (MALTA, 2017).

No contexto do trabalho, a violência tornou-se um fenômeno crescente no mundo, considerada um problema de saúde pública que atravessa fronteiras, diferentes setores econômicos e grupos profissionais. A Organização Internacional do Trabalho (Organização Internacional do Trabalho, 2002) conceitua violência no trabalho como qualquer ação, incidente ou comportamento fundamentado em uma atitude voluntária do agressor, em decorrência da qual um profissional é agredido, ameaçado, ou sofre algum dano ou lesão durante a realização, ou como resultado direto, do seu trabalho. Esta Organização classifica a violência no trabalho como violência física e psicológica.

O setor saúde posiciona-se entre aqueles que denotam alto potencial para a ocorrência de agressões a trabalhadores, tratando-se, portanto, de um risco laboral, em grande parte associados ao contato constante com o público (Organização Internacional do Trabalho *et al.*, 2003). Pesquisas têm revelado o paciente como o principal praticante de agressões voltados aos profissionais da saúde (ALAMEDDINE; MOURAD; DIMASSI, 2015; SPECTOR; ZHOU; CHE; 2014; DAL PAI *et al.*, 2018).

Entre os trabalhadores da saúde, em particular a equipe de enfermagem, há exposição cotidiana a situações de violência no trabalho. Estes assumem estimada importância nos serviços de saúde. Dentre os cenários de saúde no Brasil, destaca-se a Estratégia Saúde da Família (ESF), principal modelo assistencial da Atenção Primária à Saúde (APS) no país e importante serviço no contexto do Sistema Único de Saúde (SUS). A APS é orientada pela Política Nacional da Atenção Básica (PNAB) (BRASIL, 2017).

Já no contexto hospitalar tem-se entre as políticas públicas a Política Nacional de Humanização da Assistência, introduzida no Brasil em 2003, com o objetivo de disseminar práticas de saúde humanizadas para usuários, trabalhadores e gestores, é entendida como política que atravessa as diferentes ações e instâncias gestoras do SUS, por se acreditar na indissociabilidade entre os modos de produzir saúde e os de gerir os processos de trabalho, atenção e gestão, clínica e política, produção de saúde e produção de subjetividade.

Considerando a importância da atuação dos profissionais de enfermagem nos diferentes níveis de atenção à saúde, coloca-se em relevo a situação atual de violência pela qual muitos são expostos. Salienta-se a necessidade de maior envolvimento de gestores, trabalhadores, comunidade científica e população no incremento por condições de saúde favoráveis no ambiente de trabalho, segurança e qualidade da assistência, bem como propostas de intervenção dos órgãos de classe, com vistas para o alcance de êxitos cada vez maiores neste campo (BORDIGNON; MONTEIRO, 2016).

No cenário brasileiro, são limitados os estudos sobre esta temática,

particularmente na perspectiva de vislumbrar a violência como um objeto de investigação complexo, de manifestações geradoras de sofrimento e conflitos entre os trabalhadores de saúde em seus ambientes de trabalho, e que possam contribuir com mudanças nas políticas públicas e enfrentamento desse fenômeno global. Nesse contexto o estudo tem como questões norteadoras: ocorre violência no trabalho da Enfermagem nos cenários hospitalar e APS? Qual o perfil das vítimas, consequências e formas de enfrentamento utilizadas por elas?

Considerando o exposto objetiva-se analisar a ocorrência de violência no trabalho da enfermagem brasileira no cenário hospitalar e na Atenção Primária à Saúde (APS).

2 | MÉTODO

Trata-se de uma pesquisa com abordagem mista do tipo explanatória sequencial, mediante pesquisa de campo que associou a abordagem quantitativa, do tipo transversal e prospectiva, e qualitativa, do tipo descritiva, estratégia explanatória sequencial, conforme referencial de (CRESWELL; CLARK 2013). O pressuposto central que justifica a abordagem dos dois métodos é a interação entre eles fornecendo melhores possibilidades analíticas.

O local da pesquisa foi um hospital público referência regional e estadual e 26 Unidades Básicas de Saúde localizados no Sul do Brasil. Participaram do estudo enfermeiros, auxiliares e técnicos de enfermagem, totalizando 198 trabalhadores do Hospital e 169 trabalhadores da APS, selecionados por sorteio aleatório proporcional às unidades e turnos. Para definição dos participantes da primeira etapa do estudo foi realizado cálculo amostral por categoria populacional limitada, considerando 95% de confiança e erro de 5% da amostra.

Para participar da primeira etapa da pesquisa foram utilizados como critérios de inclusão: possuir formação na área da enfermagem (enfermeiros, técnicos e auxiliares de enfermagem) e estar atuando como profissional do serviço hospitalar ou da APS, há no mínimo 12 meses. Foram excluídos os trabalhadores afastados por qualquer motivo (atestado médico, licença maternidade ou férias) no período da coleta de dados.

Para a segunda etapa do estudo, qualitativa, utilizou-se uma entrevista semiestruturada que permitiu conhecer as características do processo de trabalho, aprofundar a compreensão de como ocorre o fenômeno nos diferentes cenários, as formas de enfrentamento, as implicações da violência na sua saúde e no acesso aos serviços de saúde. Foram convidados profissionais que participaram da etapa anterior, sendo selecionados intencionalmente, considerando disponibilidade em participar de uma entrevista, incluindo 15 trabalhadores do Hospital e 16 da APS. As entrevistas foram realizadas nos locais de trabalho, gravadas e posteriormente transcritas. O quantitativo de participantes nesta etapa foi definido pela saturação

de dados, este entende o conhecimento formado pelo pesquisador, no campo, de que conseguiu compreender a lógica interna do grupo ou da coletividade em estudo (Minayo, 2017), permitindo finalizar o processo de busca por novos achados referentes ao tema entre os participantes.

Na etapa quantitativa da investigação foram mensuradas as características demográficas e laborais dos trabalhadores, e para o levantamento da violência ocorrida nos últimos 12 meses foi utilizado o *Survey Questionnaire Workplace Violence in the Health Sector*, proposto pela Organização Mundial da Saúde, Organização Internacional do Trabalho e de Serviços Públicos e Conselho Internacional de Enfermagem, traduzido e adaptado para a língua portuguesa (PALÁCIOS, 2002).

Para a coleta de informações qualitativas, utilizou-se um roteiro semiestruturado, a fim de compreender a origem e as situações em que ocorre a violência no ambiente de trabalho. A coleta de dados no ambiente hospitalar ocorreu entre outubro de 2014 e novembro de 2017 e na APS no período de setembro a dezembro de 2018.

Os dados quantitativos foram codificados, tabulados e analisados por meio do software *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS), versão 21.0. As variáveis de natureza quantitativa foram descritas por meio de medidas de tendência central e dispersão: média, desvio padrão, mediana, valor mínimo e máximo observado, estimativa por intervalo de confiança para a média populacional com base no número de respostas válidas e nível de confiança de 95%. As variáveis categóricas foram descritas por meio de frequências absolutas e proporções.

Para o tratamento dos dados qualitativos está sendo utilizada a Análise Temática de Bardin (2016), que se constitui de etapas, organizadas em três fases as quais estão descritas a seguir: *Pré-análise* - é a fase que compreende a organização do material a ser analisado com vistas a torná-lo operacional, sistematizando as ideias iniciais. *Exploração do material* - codificação do material e à definição de categorias de análise ou classes que reúnem um grupo de elementos sob um título genérico cujo agrupamento é efetuado em razão dos caracteres comuns desses elementos e *Tratamento dos resultados, inferência e interpretação* - fase em que ocorre a condensação e o destaque das informações para análise, culminando nas interpretações inferenciais. Para análise das entrevistas, as mesmas foram transcritas e divididas em categorias gerais, posteriormente em subcategorias, para analisar o tipo de violência mais comum, agressor, consequência para o profissional e condutas tomadas pelas instituições de saúde.

A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital de Clínicas de Porto Alegre, sob parecer n° 933.725 e pelo comitê de ética em Pesquisa da Universidade do Estado de Santa Catarina sob parecer n° 2.835.706.

3 | RESULTADOS E DISCUSSÃO

Por meio da análise conjunta dos dados, foi possível perceber a complementaridade entre os métodos de pesquisa, o que resultou em evidências mais abrangentes sobre o fenômeno e que provocam reflexões. O estudo reforça a presença de violência no local de trabalho.

No ambiente hospitalar, entre os participantes do estudo 25,8% da amostra da etapa quantitativa eram enfermeiros, 71,2% técnicos de enfermagem e 3,0% auxiliares de enfermagem, sendo 84,2% do sexo feminino. A maioria dos trabalhadores que sofreram violência eram brancos 85,1%, solteiros 41,1% e menor número de filhos 0-1,5%. Quanto a função, eram enfermeiros 37,6%, tinham função de chefia 28,7%, contato mais frequente com os pacientes 94,1%, maior número de profissionais que atuam junto no ambiente de trabalho e maior preocupação com a violência no local de trabalho. Profissionais que tem contato físico com os pacientes e estão em cargo de chefia apresentam uma probabilidade maior de sofrer violência no ambiente de trabalho, sendo o profissional médico o perpetrador mais frequente.

Profissionais que tem contato físico frequente com os pacientes apresentam 97% maior probabilidade de violência no trabalho. Também aqueles com mais de um filho apresentam redução de 14% na prevalência de violência no trabalho. Ainda, em relação a escala de preocupação com a violência no local de trabalho, há um aumento de 14% na probabilidade de sofrer violência no trabalho.

Ainda, para cada ponto a mais na escala de preocupação com violência no local de trabalho, há um aumento de 14% na probabilidade de sofrer violência no trabalho. Por fim, profissionais que apresentam cargo de chefia apresentam uma probabilidade 41% maior de sofrer violência no ambiente de trabalho. O agressor que mais emergiu no cenário hospitalar foi o colega de trabalho da categoria profissional médica.

No cenário da APS, os trabalhadores participantes da etapa quantitativa do estudo, foram 27,8% enfermeiros, 5,3% técnicos de enfermagem e 66,9% auxiliares de enfermagem, destes 93,5% do sexo feminino, possuem escolaridade média de 15,4 anos, 1 a 2 filhos, dormem em média 7,1 horas de sono. 98,8% fazem uso de alguma medicação e 50,3% apresentam doenças crônicas. 94,1%, possuem contato físico frequente com pacientes de todas as faixas etárias incluindo crianças, adolescentes, adultos e idosos.

Entre os trabalhadores que sofreram violência eram significativamente mais jovens 44,8%. Em relação às doenças crônicas, somente a osteoporose apresentou significância estatística, sendo que trabalhadores com essa doença apresentaram menor prevalência de violência do que os que não apresentam 40%. Quanto ao trabalho, os que sofreram algum tipo de violência se sentiam menos reconhecidos pelo trabalho que exercem, também menor avaliação dos relacionamentos interpessoais no ambiente de trabalho e maior preocupação com a violência no local de trabalho.

Técnicos de enfermagem apresentam 28% maior probabilidade de violência no trabalho quando comparados com os auxiliares de enfermagem.

Ainda, para cada ponto a mais na escala de preocupação com violência no local de trabalho, há um aumento de 12% na probabilidade de sofrer violência no trabalho e para cada ponto a mais na sensação de reconhecimento pelo trabalho que exerce, a probabilidade de violência reduz em 7%. O principal agressor neste cenário de pesquisa foi o paciente. Encontrou-se nesta pesquisa todos os tipos de violência classificados pela OMS, sendo que a mais presente foi a violência psicológica, com destaque para agressão verbal 75,7% e intimidação/assédio moral 39,1%.

Os achados do estudo demonstram similaridade com o percentual de vítimas encontrado em outros estudos nacionais e internacionais, utilizando a mesma estratégia de pesquisa, na Sérvia (FISEKOVIC *et al.*, 2015), Austrália (FARREL; SHAFIEL, 2012) e Suíça (HAHN *et al.*, 2012). Contudo, foi inferior a prevalência encontrada em estudos na Turquia (ATAN *et al.*, 2013), Eslovênia (KVAS; SELJAK, 2014), China (ZENG *et al.*, 2013) e no Brasil (DAL PAI *et al.*, 2018; STURBELLE, 2018). A prevalência da violência no trabalho em saúde é elevada, a exemplo do estudo realizado no Sul do Brasil que registrou 277 eventos de violência entre os 170 trabalhadores que afirmaram ter sofrido violência nos últimos 12 meses (DAL PAI *et al.*, 2018).

A agressão verbal foi a mais prevalente no estudo, sendo que resultados semelhantes foram encontrados em estudos na Turquia (ATAN *et al.*, 2013 e no Chile (CAMPO; KLIJN, 2017). Já alguns estudos evidenciaram percentuais superiores como os realizados na Coreia do Sul (PARK; CHO; HONG, 2015), Jordânia (AL-OMARI, 2015) e França (GIGNON *et al.*, 2014). Ainda, tem-se resultados mais alarmantes em relação a porcentagem de agressão verbal encontrada em um estudo brasileiro realizado no Maranhão com 95% das vítimas (LIMA; SOUZA, 2015).

O colega de trabalho mostrou-se como o agressor mais frequente no ambiente hospitalar (31,75%), já no cenário da APS o paciente (91,12%) foi o principal perpetrador da violência com os trabalhadores de enfermagem. Nos estudos de (ATAN *et al.*, 2013, BORDIGNON; MONTEIRO, 2016; DAL PAI *et al.*, 2018) o paciente também foi evidenciado como o perpetrador mais comum vitimando trabalhadores da saúde.

Em relação aos tipos de violência, as prevalentes neste estudo foram agressão verbal, seguidos de assédio moral em ambos os cenários hospitalar e APS. O paciente demonstrou ser o principal perpetrador da violência verbal na APS e no hospital. Notou-se que nos estudos de (LIMA; SOUZA, 2015; DAL PAI *et al.*, 2018) o paciente também foi o principal agressor da violência física.

Quando se trata de intimidação/assédio moral o estudo evidenciou como principal perpetrador o colega de trabalho no hospital e a chefia na APS. O mesmo resultado foi encontrado por Campo; Klijn (2017). Já no estudo de Dal Pai *et al.*, (2018), as chefias foram apontadas como principais responsáveis pela ocorrência de

intimidação/assédio moral.

Ressalta-se que todos os tipos de violência estão fortemente associados a consequências negativas para a saúde dos trabalhadores ao longo da vida (OMS, 2014), além disso, as condições de trabalho são o que mais contribuem para o adoecimento do trabalhador de enfermagem (OLIVEIRA *et al.*, 2014; KAYO *et al.*, 2018). Tratando-se da violência, esta pode trazer consequências físicas e psicológicas, podendo interferir no processo de trabalho e fragilizando o trabalho em equipe.

Na etapa qualitativa aspectos singulares do fenômeno foram desvelados, especialmente por permitir a escuta dos participantes que sofreram com episódios de violência, que ocorreram principalmente em interações que exigiram dos profissionais uma atuação divergente da expectativa do paciente/usuário, como na demora pelo atendimento e na falta de recursos. Os trabalhadores descreveram que as situações de violência verbal ocorreram principalmente por meio de xingamentos, ameaças e insultos, sinalizando que diante destes há implicações no modo de assistir dos trabalhadores, a banalização da violência no trabalho, a partir da soma de impressões dos participantes, de difícil análise na abordagem quantitativa.

Alguns depoimentos a seguir expressam a forma como a violência verbal ocorreu nos cenários de atuação dos trabalhadores de enfermagem:

“(...) ah tu é burra, tu não sabe, tu tem que estudar” sabe aquela coisa assim, que te humilha mesmo.” (TE1)

“(...) aí ele disse (o profissional médico) que não interessava que eu era uma desgraçada que não fazia nada direito, que eu como profissional era uma vergonha, eu fiquei na hora sem chão sabe...” (ENF5)

“(...) eu estava sentada na recepção e ele (paciente) veio com os dois braços pra frente, e ele era um homem bem grande e bateu no balcão, respirou bem profundo e começou a gritar, ele foi bem grosseiro, ao extremo, começou a falar em tom de voz muito alto: - o que eu preciso fazer pra passar numa vaga de urgência hoje? Falou muito grosseiramente, eu nem consigo expressar exatamente como foi.” (ENF72)

Evidenciou-se que a consequência mais frequente é psíquica, emergindo nas falas as tentativas de não esquecer, sentimentos de incompetência, sofrimento psíquico, desmotivação para trabalhar, isolamento, medo e culpa. No que concerne ao enfrentamento da violência pelos trabalhadores da enfermagem observou-se o enfrentamento individual e coletivo com utilização de estratégias de enfrentamento voltadas para recursos pessoais e da equipe de trabalho.

Os relatos a seguir demonstram a forma como os trabalhadores de enfermagem enfrentam as situações de violência em seus ambientes laborais:

“A gente desabafa um com o outro em equipe, é a única coisa que a gente faz, desabafar um com o outro”. (AE105)

“(...) a gente se protege mesmo entre colegas, e todos se aproximam quando

ouvem alguma gritaria, alguma coisa assim, quando a gente percebe tem um monte de colegas ao redor”. (AE142)

“(...) discutimos as situações de violência nas reuniões de equipe ou com os profissionais envolvidos”. (E71)

“(...) conversamos sobre violência nas reuniões de equipe e pensamos que a única estratégia é sair porta a fora gritando, pedindo socorro, porque a gente não tem uma orientação, não tem nada acordado sobre o que fazer.” (E37)

Foi possível afirmar com base nos relatos dos trabalhadores que a violência é um fator de impacto negativo que permeia o cotidiano das instituições e interfere na saúde destes profissionais. Assim, reforçou-se com o estudo que alguns objetos de investigação requerem a utilização de estratégia aninhadas concomitantes, potencializando aos pesquisadores uma apreensão mais ampla como resultado.

4 | CONCLUSÕES

O estudo revelou a existência de violência no ambiente hospitalar e em maior prevalência na APS, encontrou-se todos os tipos de violência preconizados pela OMS, estas são vistas e tratadas como naturais devido a sua frequência e banalização no ambiente de trabalho da enfermagem. Os achados qualitativos ainda revelaram sua influência negativa sobre os trabalhadores com consequências principalmente psicológicas.

Os trabalhadores de saúde vítimas da violência manifestam insegurança, medo e sofrimento o que pode influenciar na saúde dos trabalhadores e na qualidade da assistência por eles prestada. O enfrentamento coletivo emergiu como a estratégia mais eficaz para o combate da violência nos locais de trabalho.

A enfermagem possui papel fundamental nos serviços de saúde, sendo a profissão que possui maior contato direto com o paciente e equipe multiprofissional. O estudo realizado contribui para a análise do fenômeno da violência no trabalho da enfermagem, o qual se destaca como problema de saúde pública que pouco tem sido identificado, mensurado e prevenido, tem sido naturalizado no cotidiano dos serviços de saúde brasileiros.

A abordagem mista, como escolha metodológica, propiciou para a análise do fenômeno da violência no trabalho, pois integrou elementos complementares e potencializou as interpretações e inferências sobre os achados.

REFERÊNCIAS

ALAMEDDINE, M.; MOURAD, Y.; DIMASSI, H. A national study on nurses' exposure to occupational violence in Lebanon: prevalence, consequences and associated factors. **PLoS One**. 2015 Sep.; 10; 10(9):e0137105. Disponível em: <http://journals.plos.org/plosone/article?id=10.1371/journal.pone.0137105>. Acesso em 26 Jul. 2019.

AL-OMARI, H. Physical and verbal workplace violence against nurses in Jordan. **International Nursing Review**, Jordan, v. 62, (1);111-8, 2015. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25626758>>. Acesso em: 17 jun. 2019.

ATAN, S.; BAYSAN ARABACI, L.; SIRIN, A.; ISLER, A.; DONMEZ, S.; UNSAL GULER, M.; OFLAZ, U.; YALCINKAYA OZDEMIR, G.; YAZAR TASBASI, F. Violence experienced by nurses at six university hospitals in Turkey. **J Psychiatr Ment Health Nurs**. 2013 Dec;20(10):882-9. doi: 10.1111/jpm.12027. Epub 2012 Dec 7. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23216948>. Acesso em: 20 Mai. 2019.

BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. Ed. rev e ampl. São Paulo: Ed. 70, 2016. 279 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Atenção Básica (PNAB)**. Brasília (DF): MS; 2017.

BORDIGNON, M.; MONTEIRO, M.I. Violence in the workplace in Nursing: consequences overview. **Rev Bras Enferm**. 2016, Sep./Oct.;69(5):939-42. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27783746>. Acesso em: 16 ago. 2019.

CAMPO, V. R.; KLIJN, T. P. Abuso verbal e assédio moral em serviços de atendimento pré-hospitalar no Chile. **Revista Latino-Americano de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 25, e2956, 2017. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692017000100413&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em 18 jun. 2019.

CRESWELL, J. W.; CLARK, V. L. P. **Pesquisa de métodos mistos**. 2 ed. Porto Alegre: Penso, 2013.

DAL PAI, D.; STURBELLE, I.C.S.; SANTOS, C.; TAVARES, J.P.; LAUTERT, L. Violência física e psicológica perpetrada no trabalho em saúde. **Texto Contexto Enferm**, 2018; 27(1):e2420016. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-07072018000100312&script=sci_abstract&tlng=pt. Acesso em: 22 Ago. 2019.

FARRELL, G. A, SHAFIEI, T. Workplace aggression, including bullying in nursing and midwifery: a descriptive survey: the SWAB study. **International Journal of Nursing Studies**, [S.l.], v. 49, n. 11, p. 1423-1431, 2012. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22770947>>. Acesso em: 06 ago. 2019.

FISEKOVIC, M.B.; TRAJKOVIC, G.Z.; BJEGOVIC-MIKANOVIC, V.M.; TERZIC-SUPIC, Z.J. Does workplace violence exist in primary health care? Evidence from Serbia. **European Journal of Public Health**, v. 25, n. 4, 693-98, 2015. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25644138>. Acesso em: 24 Mai 2019.

GIGNON, M. *et al.* Fighting violence against health workers: a way to improve quality of care?. **Workplace Health Safety**, [S.l.], v. 62, (6):220-2, 2014. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24971816>>. Acesso em: 27 mai. 2019.

HAAGSMA, J.A.; GRAETZ, N.; BOLLIGER, I.; NAGHAVI, M.; HIGASHI, H.; MULLANY, E.C., *et al.* The global burden of injury: incidence, mortality, disability-adjusted life years and time trends from the Global Burden of Disease study 2013. **Inj Prev** 2016; 22: 3-18.

HAHN, S. *et al.* Patient and visitor violence in the general hospital, occurrence, staff interventions and consequences: a cross-sectional survey. **Journal of Advanced Nursing**, [S.l.], v. 68, (12):2685-99, 2012. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22381080>>. Acesso em: 16 mai. 2019.

KAYO, H. J. F. S. *et al.* Riscos de adoecimento no trabalho da equipe de enfermagem em um hospital psiquiátrico. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 26, e3032, 2018. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v26/pt_0104-1169-rlae-26-e3032.pdf>. Acesso em: 03 mai. 2019.

KVAS, A; SELJAK, J. Unreported workplace violence in nursing. **International Nursing Review**, [S.l.], v. 61, (3):344-51, 2014. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24847955>>. Acesso em: 19 mai. 2019.

LIMA, G. H. A; SOUSA, S. M. A. Violência psicológica no trabalho da enfermagem. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 68, n. 5, p. 817-823, 2015. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reben/v68n5/0034-7167-reben-68-05-0817.pdf>>. Acesso em: 20 ju. 2019.

MALTA, D.C. *et al.* Mortalidade e anos de vida perdidos por violências interpessoais e autoprovocadas no Brasil e Estados: análise das estimativas do Estudo Carga Global de Doença, 1990 e 2015. **Rev Bras Epidemiol**. Maio 2017; 20 SUPPL 1: 142-156. Disponível em: <https://www.scielosp.org/pdf/rbepid/2017.v20suppl1/142-156>. Acesso em 19 abr. 2019.

MINAYO, M. C. S. Amostragem e saturação em pesquisa qualitativa: Consensos e controvérsias. **Revista Pesquisa Qualitativa**. São Paulo (SP), v. 5, n. 7, p. 01-12, abril. 2017. Disponível em: <http://rpq.revista.sepq.org.br/index.php/rpq/article/view/82>. Acesso em 01 ago. 2019.

OLIVEIRA, J da S. *et al.* violência relacionada ao trabalho em saúde. **Revista Saúde.Com**, Bahia, v. 10, n. 4, p. 381-389, 2014. Disponível em: <<http://periodicos2.uesb.br/index.php/rsc/article/view/328/265>>. Acesso em: 12 jun. 2019.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). **Relatório Mundial Sobre Violência e Saúde**. Brasília: OMS/OPAS, 2002.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. Relatório mundial sobre a prevenção da violência. [S.l.]: OMS, 2014. Disponível em: <<http://nevus.org/wp-content/uploads/2015/11/1579-VIP-Main-report-Pt-Br-26-10-2015.pdf>>. Acesso em: 07 ago. 2019.

ORGANIZACIÓN INTERNACIONAL DEL TRABAJO; CONSEJO INTERNACIONAL DE ENFERMERAS; ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD; INTERNACIONAL DE SERVICIOS PÚBLICOS. **Directrices marco para afrontar la violencia laboral en el Sector de la Salud**. Ginebra: OIT; 2002. Disponível em: http://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---ed_dialogue/---sector/documents/publication/wcms_160911.pdf. Acesso em: 03 Jul. 2019.

Organização Internacional Do Trabalho, International Council of Nurses, Organização Mundial Da Saúde & Public Services International. **Informe para discusión em la reunión de expertos encargada de elaborar un repertorio de recomendaciones prácticas sobre la violencia y el estrés en el sector de los servicios**: una amenaza para la productividad y el trabajo decente. Ginebra: OIT; 2003.

PALÁCIOS, M. **Relatório Preliminar de Pesquisa**. Violência no trabalho no Setor Saúde - Rio de Janeiro - Brasil. Rio de Janeiro: Universidade Federal do Rio de Janeiro; 2002. Disponível em: http://www.assediomoral.org/IMG/pdf/pesquisa_sobre_Violencia_no_trabalho_Universidade_Federal_RJ.pdf. Acesso em: 03 jul. 2019.

PARK, M; CHO, S. H; HONG, H. J. Prevalence and Perpetrators of Workplace Violence by Nursing Unit and the Relationship Between Violence and the Perceived Work Environment. **Journal of Nursing Scholarship**, [S.l.], v. 47, n. 1, p. 87–9, 2015. Disponível em: <<https://sigmapubs.onlinelibrary.wiley.com/doi/epdf/10.1111/jnu.12112>>. Acesso em: 19 jun. 2019.

SPECTOR, P.E., ZHOU, Z.Q.E., CHE. X.X. Nurse exposure to physical and nonphysical violence, bullying, and sexual harassment: A quantitative review. **Int J Nurs Stud**. 51(1):72-84. 2014. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23433725>. Acesso em 14 Jul. 2019.

STURBELLE, I. C. S. Violência no trabalho em unidades de saúde da família e as suas interfaces com as condições e a organização do trabalho. **Universidade Federal do Rio Grande Do Sul**, Dissertação de Pós-Graduação em Enfermagem, Porto Alegre, 2018. Disponível em: <https://lume.ufrgs.br/handle/10183/184550>

ZENG, JY *et al.* Frequency and risk factors of workplace violence on psychiatric nurses and its Impact on their quality of life in China. **Psychiatry Research**, [S.l.], v. 210, p. 510-514, 2013. Disponível em: <<http://isiarticles.com/bundles/Article/pre/pdf/60075.pdf>>. Acesso em: 21 mai. 2019.

CHAGAS CONGÊNITA: POLÍTICAS PÚBLICAS, RASTREABILIDADE, PREVENÇÃO E TRATAMENTO

Priscilla Inocência Rodrigues Ribeiro

Mestre em Ciências Veterinárias pela
Universidade Federal de Uberlândia

Instituição: IMEPAC - Instituto Master de Ensino
Presidente Antônio Carlos

Endereço: Av. Minas Gerais, 1889 - Centro,
Araguari - MG

Instituição: HSC - Araguari - Santa Casa de
Misericórdia de Araguari

Endereço: Praça Dom Almir Marques, 02 -
Rosário, Araguari - MG

E-mail: priscilla.med.es@gmail.com

Alex Miranda Rodrigues

Doutor em Infectologia e Medicina Tropical pela
Universidade Federal de Minas Gerais

Instituição: IMEPAC - Instituto Master de Ensino
Presidente Antônio Carlos

Endereço: Av. Minas Gerais, 1889 - Centro,
Araguari – MG

Marislene Pulsena da Cunha Nunes

Instituição: IMEPAC - Instituto Master de Ensino
Presidente Antônio Carlos

Endereço: Av. Minas Gerais, 1889 - Centro,
Araguari – MG

RESUMO: Doença de Chagas (DC) é uma doença tropical causada pelo parasita *Trypanosoma cruzi* considerada negligenciada pela Organização Mundial da Saúde (OMS). A iniciativa ETMI-PLUS, promovida pela

Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS), incentiva os sistemas de saúde das Américas a realizar a triagem e o controle da doença em mulheres grávidas com o mesmo nível de prioridade que outras doenças mais conhecidas, como HIV. Atualmente, estima-se que existam mais de 1,2 milhão de mulheres com a infecção e que a cada ano nascem mais de 8.000 crianças com Chagas pela transmissão de mãe para filho. Identificar gestantes infectadas pelo *Trypanosoma cruzi* é um dos principais desafios para a prevenção e controle da doença de Chagas (DC) em países endêmicos. Foi realizada uma revisão, pesquisando a literatura nas bases de dados PubMed, Google Acadêmico e da Organização Mundial da Saúde (OMS) usando os termos-chave: “diagnostic”, “Chagas disease” e “pregnant”; como texto livre e combinado como uma frase para aumentar a sensibilidade da pesquisa. Revisões, recomendações, diretrizes e relatórios de programas de controle/vigilância foram incluídos. Dos 151 documentos identificados, 12 corresponderam à inclusão. A Espanha é o único país com um monitoramento sistemático estabelecido de mulheres grávidas nascidas em países latino-americanos e a Colômbia é o único país da América que conta com um projeto-piloto de controle da transmissão vertical de DC e tratamento precoce de bebês infectados. O Brasil precisa urgentemente de

uma política pública de rastreamento de gestantes chagásicas, controle da transmissão vertical e tratamento precoce do neonato infectado.

PALAVRAS-CHAVE: diagnóstico, Doença de Chagas, pré-natal, transmissão vertical, prevenção e tratamento precoce.

CONGENITAL CHAGAS: PUBLIC POLICIES, SCREENING, PREVENTION AND TREATMENT

ABSTRACT: Chagas disease (DC) is a tropical disease caused by the parasite *Trypanosoma cruzi* considered neglected by the World Health Organization (WHO). The ETMI-PLUS initiative, promoted by the Pan American Health Organization (PAHO), encourages health systems in the Americas to screen and control the disease in pregnant women with the same level of priority as other HIV. It's currently estimated that there are more than 1.2 million women with the infection and that each year more than 8,000 children born with Chagas are born from mother to child transmission. To identify pregnant women infected with *Trypanosoma cruzi* is one of the main challenges for the prevention and control of Chagas' disease (CD) in endemic countries. A review was made searching the literature in PubMed, Google Scholar and World Health Organization (WHO) databases using the key terms: "diagnostic", "Chagas disease" and "pregnant"; as free and combined text as a sentence to increase the sensitivity of the search. Revisions, recommendations, guidelines and reports of control / surveillance programs were included. Of the 151 documents identified, 12 corresponded to inclusion. Spain is the only country with established systematic monitoring of pregnant women born in Latin American countries and Colombia is the only country in the Americas that has a pilot project to control vertical transmission of CD and early treatment of infected babies. Brazil urgently needs a public policy to track chagasic pregnant women, control of vertical transmission and early treatment of infected neonates.

KEYWORDS: diagnosis, Chagas disease, prenatal, vertical transmission, prevention and early treatment.

1 | INTRODUÇÃO

Chagas é uma doença tropical causada pelo parasita *Trypanosoma cruzi* considerada negligenciada pela Organização Mundial da Saúde (OMS). Sua transmissão para seres humanos e outros mamíferos ocorre principalmente pelo inseto vetor conhecido como barbeiro. Há 5,7 milhões de pessoas infectadas em 21 países da América Latina, mais de 6 milhões no mundo e calcula-se que 70 milhões de pessoas estejam em risco de contrair a doença. Atualmente estima-se que menos de 1% das pessoas infectadas recebem tratamento. As doenças negligenciadas continuam a causar significativa morbidade e mortalidade no mundo em desenvolvimento. A iniciativa ETMI-PLUS, promovida pela Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS), incentiva os sistemas de saúde das Américas a

realizar a triagem e o controle da doença em mulheres grávidas com o mesmo nível de prioridade que outras doenças mais conhecidas, como HIV. Atualmente, estima-se que existam mais de 1,2 milhão de mulheres com a infecção e que a cada ano nascem mais de 8.000 crianças com Chagas pela transmissão de mãe para filho. Identificar gestantes infectadas pelo *Trypanosoma cruzi* é um dos principais desafios para a prevenção e controle da doença de Chagas (DC) em países endêmicos.

A transmissão da doença de Chagas de mãe para filho é hoje uma das principais vias de infecção nos países que controlaram a transmissão de vetores, por meio de vigilância, melhorando os padrões de moradia e aplicando a triagem de candidatos à doação de sangue em hemocentros (bancos de sangue), como Argentina, Brasil, Chile, Honduras, Paraguai, Nicarágua e Uruguai. Entretanto, a doença de Chagas congênita representa um dos eixos nos quais esforços adicionais devem ser concentrados. Para a doença de Chagas, entretanto, tanto para mãe quanto para o concepto, significa possibilidade de doença grave, com especial ênfase à fase aguda, somado ao fato de que a única droga utilizada para o tratamento tem potencial tóxico considerável e eficácia discutível para as fases crônicas.

Estima-se no Brasil que 3 milhões de pessoas estarão infectadas em 2020, aproximadamente 950 mil com a forma cardíaca crônica e 410 mil com a forma digestiva, segundo análise publicada no II Consenso Brasileiro de Doenças de Chagas de 2015. Estes números reforçam a carga da doença no País e os desafios para o alcance do controle. As experiências a partir do Estado de Goiás têm demonstrado claramente que a doença de Chagas é um evento relativamente comum entre as mulheres testadas após 2003. Nesta mesma linha, as evidências latino-americanas, em particular a Argentina, reforçam esta modalidade de transmissão como um problema de saúde pública e o impacto populacional do seu controle. De fato, o tratamento de crianças com benznidazol é altamente eficaz na eliminação da infecção por *T. cruzi*.

A Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS) recomenda a triagem universal de Chagas para gestantes, pesquisa do parasito para os recém-nascidos ou estudo sorológico após os sete meses de idade que se positivo é indicação formal de tratamento etiológico, com cura em todos os casos. Também aconselha tratar as mães após o parto e diagnosticar e tratar os outros filhos de mulheres que tiveram resultados positivos.

De acordo com o II Consenso Brasileiro em Doença de Chagas, na América Latina foram estimados mais de 15 mil casos de doença de Chagas congênita por ano, com análises mais recentes indicando estimativa de 8.668 crianças infectadas por transmissão vertical. Ainda segundo o documento, no Brasil, a doença de Chagas congênita é considerada aguda e, portanto, de notificação compulsória. Entretanto, não se estabeleceu no País a vigilância específica em gestantes ou crianças expostas/infectadas. Por outro lado, reconhece-se que o tratamento anti-*T. cruzi* em mulheres infectadas em idade fértil, que não estão grávidas, pode representar

uma estratégia efetiva para reduzir a transmissão vertical a futuras gestações. A transmissão vertical pode ser repetida a cada gravidez, durante todo o período fértil da vida de uma mulher.

Pode-se adequar acompanhamento pré-natal, objetivando detectar precocemente situações de risco ao concepto que será, portanto, devidamente acompanhado com oportunidade de diagnóstico precoce e prevenção de complicações.

Em pacientes com suspeita de infecção aguda por *T. cruzi*, recomenda-se a realização de exames parasitológicos diretos (microhematócrito e observação direta) e posterior acompanhamento sorológico (infecção aguda por transmissão congênita, a partir dos 8 meses de idade; caminhos, busca por soroconversão).

Em comparação com o “padrão diagnóstico”, todas as intervenções avaliadas estão associadas a danos, principalmente relacionados à classificação inadequada dos pacientes como saudáveis (falso-negativos), o que resultaria em maior probabilidade de dano orgânico a longo prazo em consequência de um diagnóstico errado. Com uma prevalência de 4,7% (transmissão congênita resultante da combinação de vários estudos em meta-análise), a taxa de pacientes diagnosticados incorretamente como saudáveis seria entre 8 e 34 por mil com o teste de microhematócrito de 9 (IC95%: 3-23) de cada 1000 com observação direta e de 21 (95% CI: 13-30) de cada 1000 com hemoculturas.

Alguns estudos sugerem que, em pacientes assintomáticos com suspeita de transmissão congênita (filho de uma matriz reprodutora de *T. cruzi*), o pico da parasitemia pode ocorrer entre 20 e 30 dias após o nascimento, portanto a aplicação seriada de testes parasitológicos melhorar a detecção de infectados.

Levando em consideração a baixa sensibilidade dos testes parasitológicos diretos, em pacientes com suspeita de infecção aguda não congênita, a aplicação de testes parasitológicos seriados poderia aumentar a detecção de pessoas infectadas.

Os custos diretos do tratamento não são de grande magnitude. Levando em conta o potencial de economia devido à menor taxa de transmissão congênita, o painel julgou que a intervenção provavelmente está associada a uma economia moderada.

O tratamento da infecção aguda por *T. cruzi* com medicamentos atualmente disponíveis é realizado desde as décadas de 1960 e 1970. Durante os estágios iniciais, os benefícios foram observados forte em termos de melhora sintomática (observação dos especialistas) e sorologia negativa (estudo publicado em 1969 no qual foi comparada a evolução sorológica de 151 pacientes com infecção aguda por *T. cruzi* tratados com benzonidazol ou placebo), Transformou os antiparasitários no padrão terapêutico nesse cenário. Por essa razão, o corpo de evidências disponíveis consiste em apenas alguns estudos comparativos que relatam benefícios conclusivos em resultados relacionados à carga parasitária. Além disso, há várias observações de um único ramo que descrevem uma incidência muito alta de negativismo parasitário

e sorológico em comparação com o que poderia ser esperado em pacientes não tratados de forma oportuna (perto de 0%). A certeza global no corpo de evidências foi considerada moderada em relação à negatificação da sorologia, devido ao risco de viés (estudos observacionais ou ensaios clínicos com problemas metodológicos graves) e a grande magnitude do efeito observado. No entanto, a certeza no corpo geral da evidência foi muito baixo, uma vez que não foram encontrados estudos comparativos (tripanocida em comparação com um controlo) que descrevam o efeito da intervenção nos resultados clínicos. A certeza sobre a validade dos desfechos avaliados (negatificação da parasitemia e sorologia) como substitutos dos clinicamente relevantes (desenvolvimento de doença cardíaca ou mortalidade) é baixa devido à ausência de evidências confiáveis sobre a associação entre ambos e a eventual magnitude dita associação (anexo 9).

Benefícios e danos O corpo de evidências analisadas revela que o tratamento tripanocida provavelmente aumenta substancialmente a probabilidade de negativar a parasitemia (taxa de negativização entre 74,7% e 89,6%) e a sorologia (RR, 25, 5; IC95%: 2,7-37; taxa de negativização sorológica, 50,3% -60%). Estes efeitos podem levar a benefícios significativos em termos de redução no desenvolvimento de danos orgânicos específicos. Além disso, o tratamento neste cenário provavelmente tem um impacto positivo no controle sintomático, embora esse resultado não seja avaliado adequadamente nos estudos revisados. Os efeitos adversos graves foram excepcionais. O painel concordou que o cenário de infecção chagásica aguda é potencialmente catastrófico, uma vez que está associado a alta mortalidade, próximo a 5% (27), e porque quase 100% dos pacientes não tratados progridem para a fase crônica. Desta forma, o painel julgou os benefícios potenciais de tratamento de grande magnitude. A grande maioria dos pacientes bem informados possivelmente valorizaria os benefícios potenciais da intervenção mais do que os aspectos negativos. Os custos diretos do tratamento não são de grande magnitude. Levando em conta a economia potencial resultante do menor desenvolvimento de danos orgânicos específicos, o painel julgou que a intervenção provavelmente estaria associada a grandes economias.

Aplicabilidade e impacto sobre o capital próprio O painel concordou que há uma população (socioeconômica, geográfica) desvantagem é mais provável de se beneficiar se você receber tratamento tripanossomicida (a probabilidade de danos órgão específico parece ser maior nesta subpopulação). No entanto, esse grupo de pacientes tem menor probabilidade de acessar o tratamento. Equilíbrio entre os benefícios e os aspectos negativos Os resultados observados em negatificação de parasitemia e serologia como marcadores substitutos de potenciais benefícios sobre os resultados clinicamente relevantes (morte, infecção crônica, lesão de órgão específico) no contexto de uma situação clínica potencialmente catastrófica. Desta forma, deu maior peso à possibilidade de alcançar esses benefícios do que aos aspectos negativos da intervenção (efeitos adversos, estigmatização). O fornecimento de medicamentos e o acesso a serviços de saúde devem ser assegurados, especialmente em populações

de acesso desfavorecidas. • Os pacientes devem ser acompanhados periodicamente, de forma regular e sustentada.

Dois modelos econômicos mostram que o tratamento precoce da doença de Chagas congênita é custo-efetivo. Portanto, é possível considerar que o tratamento de mulheres em idade reprodutiva poderia reduzir ainda mais os custos, pois evitaria o dispêndio de recursos em três cenários não exclusivos: o gasto associado à doença materna, o gasto com o tratamento de crianças com Chagas congênita e as despesas derivadas das complicações de crianças não tratadas precocemente.

Evitar a transmissão vertical provavelmente tem um impacto significativo nos custos. Fundamentalmente, economizaria no acompanhamento de recém-nascidos com risco de infecção e no tratamento dos infectados.

Devem ser dados tripanocidas para doença de Chagas aguda / congênita ou é melhor não indicar o tratamento? O painel da OPAS recomenda administrar o tratamento com tripanocida em vez de administrar o tratamento em pacientes com doença de Chagas aguda / congênita (forte recomendação, com base em uma certeza muito baixa sobre os efeitos da intervenção).

O painel interpretou que o tratamento tripanocida neste cenário poderia estar associado a benefícios significativos no contexto de uma situação catastrófica, uma vez que a mortalidade nesta fase (aguda) é alta (próximo a 5%), mesmo quando o tratamento tripanocida é recebido, e 100% dos pacientes que não são tratados progridem para a fase crônica. Desta forma, e considerando que os efeitos adversos graves do tratamento são excepcionais, a forte recomendação é apoiada no contexto de uma certeza muito baixa sobre os efeitos da intervenção.

2 | CONCLUSÕES

Dada a disseminação global da DC, a natureza de sua transmissão vertical e as lacunas nas estratégias atuais em países não endêmicos, há uma necessidade urgente de padronizar, expandir e reforçar medidas contra a transmissão da doença. O Brasil precisa urgentemente de uma política pública de rastreamento de gestantes chagásicas, controle da transmissão vertical e tratamento precoce do neonato infectado.

REFERÊNCIAS

ANTONI, Soriano-Arandes et.al. Control and management of congenital Chagas disease in Europe and other non-endemic countries: current policies and practices. **Trop Med Int Health**, v.21, n.5, p.590-596, may, 2016.

BRUTUS, Louis et al. Screening for congenital infection by *Trypanosoma cruzi* in France. **Bulletin de la Société de pathologie exotique**; v.102, n.5, p.300-309, dec,2009.

CARLIER, Yves et al. Congenital Chagas disease: an update. **Mem. Inst. Oswaldo Cruz**, Rio de Janeiro, v.110, n.3, p.363-368, May, 2015.

CARLIER, Yves et al. Congenital Chagas disease: recommendations for diagnosis, treatment and control of newborns, siblings and pregnant women. **PLoS Neglected Tropical Disease**; v.5, n.10, e1250, oct,2011.

CEVALLOS, Ana María, HERNÁNDEZ, Roberto. Chagas Disease: Pregnancy and Congenital Transmission. **BioMed Research International**, vol. 2014, Article ID 401864, 10 pages, 2014.

MARTINS MELO, Francisco Rogerlândio et al. Prevalence of Chagas disease in pregnant women and congenital transmission of *Trypanosoma cruzi* in Brazil: a systematic review and meta-analysis. **Tropical Medicine and International Health**. v.19, n.8, p.943–957, aug 2014

MERINO, Francisco et al. Grupo de Estudio de la Enfermedad de Chagas de la Comunidad de Madrid. Control de la infección por *Trypanosoma cruzi* / Enfermedad de Chagas en gestantes Latinoamericanas y sus hijos. **Rev Esp Quimioter**, v.26, n.3, p.253-260, set, 2013.

Organización Panamericana de la Salud. **Guía para el diagnóstico y el tratamiento de la enfermedad de Chagas**. Washington, D.C.: OPS; 2018.

Perez-Lopez, Faustino & Chedraui, Peter. Chagas disease in pregnancy: A non-endemic problem in a globalized world. **Archives of gynecology and obstetrics**, v.282, n.6, p.595-599, dec,2010.

CO₂ LASER IN CARDIOLOGY FOR REVASCULARIZATION

Maryam Liaqat

Department of Physics
University of Okara,
Pakistan

Adnan Malik

Department of Physics
University of Agriculture,
Faisalabad, Pakistan

Sobia Kanwal

Department of Zoology
University of Agriculture,
Faisalabad, Pakistan

Ali Raza

Department of Physics
University of Agriculture,
Faisalabad, Pakistan

Kaienat Asghar Ali

Department of Zoology
University of Agriculture,
Faisalabad, Pakistan

Shaukat Ali Shahid

Department of Physics
Government Postgraduate College of Science,
Faisalabad, Pakistan

Saher Jabeen

Department of Statistics
University of Agriculture,
Faisalabad, Pakistan

ABSTRACT: Laser device emits laser by optical amplification which is based on simulated emission of electromagnetic radiation. Earlier a CO₂ laser with 450W power was used for the creation of channels in heart vessels. Currently CO₂ laser having wavelength of 10,600 nm with energy level of 15-20 joules per pulse and pulse duration of 25-40ms are being used. TMLR is a technique in which small 20-30 channels of size 1mm are drilled in left ventricle and heart muscle by CO₂ gas laser for better perfusion of blood. Laser is applied on heart vessels by a device named laser gun. Trans-myocardial revascularization by CO₂ laser is a revolution in cardiology. It is an alternative to open heart surgery, applied on the patients of refractory angina who are not able to be treated by conventional methods.

KEYWORDS: CO₂ Laser,

1 | INTRODUCTION

A laser is a device that emits light through a process of optical amplification based on the stimulated emission of electromagnetic radiation. The term “laser” originated as an acronym for “Light Amplification by Stimulated Emission of Radiation”. A laser is created when the electrons in atoms in special glasses, crystals, or gases absorb energy from an

electrical current or another laser and become “excited.” First, its light contains only one wavelength.

Robert von Lieben and Lee de Forest in 1905/06 invented vacuum amplifier. Which were later improved up to millimeter wave region. Electromagnetic waves in optical frequency range were generated by the means of thermal radiation till 1950. Optical coherent waves were only generated by Laser. Gordon, Townes and Zeiger in 1954 invented MASER which was the first amplifier based on discrete energy levels. The first laser made by solid-state material Ruby was invented by Maiman. The very first gas laser that was invented was He-Ne laser which was basically a gas laser which was built by Ali Javan at MIT. The wavelength of this laser was 632.8 nm and its line width was only 10 kHz. An optical resonator laser contains partially reflecting mirrors which cause internal losses. These losses are compensated by a gain media which is fitted inside the resonator.

MEDIUM USED FOR LASER: First of all we will discuss different types of media like gas, liquid and solid-state which are used for making lasers. Laser gain media are the media which are used for making laser since there are 3 types of lasers so the gain media can be solid, liquid and gas. However there are few parameters which are responsible for the conversion of media these are upper state lifetime, $\tau_L = T_1$, line width $\Delta f_{FWHM} = 2/T_2$ and the cross-section for stimulated emission. Lasers are classified into 4 types based on the type of laser medium used: i) Solid state laser ii) Gas laser iii) Liquid laser iv) Semiconductor laser Here we will discuss only Gas Laser.

GAS LASER: A device which is able to produce coherent electromagnetic radiation whose wavelengths are shorter than microwave frequencies. Usually a gas laser contains atoms or molecules of a gas which are excited to higher energy states. Shortly a gas laser consists of a gaseous medium which is in excited state by the help of electric energy and all this is enclosed in a closed optical path to keep optical energy for long time. Gas laser was the first technology in which electrical energy was used to produce lasers. Gas lasers are the lasers in which coherent light is produced by passing electric current from a gas. Gas lasers are the first continuous-light laser. And these are the first lasers which work on the principle of converting electrical energy to the laser energy as an output.

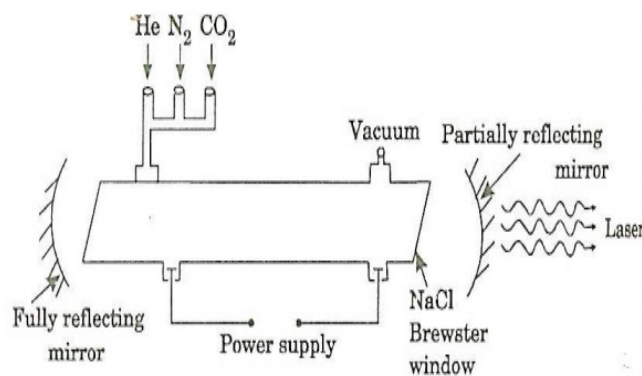


Figure: Layout of Carbon dioxide laser

Lasers are of different types based on the medium. The laser medium can be a solid, gas, liquid or semiconductor. Lasers are commonly designated by the type of lasing material employed: Solid-state lasers have lasing material distributed in a solid matrix (such as the ruby or neodymium: yttrium-aluminum garnet “Yag” lasers).

GAS LASER TYPES: Gas lasers are of different types: they are: i) Helium (He) ii) Neon (Ne) iii) Argon ion lasers iv) Carbon dioxide lasers (CO₂ laser)

HELIUM-NEON LASER: He-Ne is the most famous noble gas laser. Lasers of different wavelengths like 543.5nm, 593.9nm, 611.8nm, 1.1523 μ m etc. can be achieved through this. In this type of laser gain media consist of two gases Helium and Neon. The mixture ratio is of the range of 5:1 to 20:1 with low pressure. Transfer of energy done by the collision of excited He atoms with ground state Neon atoms. The excited Neon atom can relax to ground state by spontaneous and stimulated emission of a photon. The strongest transitions are at 1.5 μ m and 3.39 μ m. In the visible, transitions at 543.5 nm (green, measured in vacuum), 594 nm (yellow) and 612 nm (orange) exists. The typical red laser uses the transition at 632.8 nm(measured in air).

Electrical discharge is used for excitation of Helium atoms in Helium-Neon laser. The collisions between helium and neon atoms cause the population inversion between Neon energy states. The collision between the atoms of these two gases is called second kind of collision. When energy of a metastable state of a gas lies very close to the excited energy state of other gas atoms. A pure mixture of Helium and Neon gas is the basic need for the operation of a He-Ne laser. As we know that the gas filled in laser is of the range of 1 torr which is not significant and can escape very quickly by a small leakage from outside. To overcome this problem a device is used which is called getter is placed inside the laser. As we know that Helium and Neon are noble gases so they do not interact with getter in this way we get a pure mixture of Helium and Neon gas.

ARGON AND KRYPTON ION LASERS: Lasers emitted by Argon Krypton have wavelengths of the range of 514.5nm, 351nm, 465.8nm, 472.7nm and 528.7nm. It can also create white laser. An argon laser photo coagulator was developed for use

in Wilmer Eye Institute. It was used on a great success rate on about 400 patients. The main diseases which were treated from this type of technique were diabetic retinopathy, macular diseases, and assorted vascular conditions. The implementation of laser on eye was made direct or indirect by a device named ophthalmoscope. This technology was later improved for focusing on retina also. The ability of Argon laser to prevent retinal vessels was tested on rabbits. The implementation of the laser on retinal vessels was very successful. It occluded both the arteries and veins.

CO₂ LASERS: CO₂ laser is one of the earliest gas lasers. Now a days CO₂ is grouped in most highest power continuous wave lasers. The first ever gas laser which was developed by Kumar Patel in Bell Lab was CO₂ laser. It is also most famous laser of current age also. CO₂ laser is the among the highest power continuous lasers which are available now. These type of gas lasers are relatively efficient and there efficiency range is about 20 %. Infrared light having principle wavelength is produced by CO₂ laser centering about 9.4-10.6 micrometers. Special materials are needed for the construction of this type of lasers because this type of lasers operate in only infrared region. Normally mirrors coated with silver are used and the windows and other lenses are made of Ge or Si. The wavelengths of the laser emitted from carbon are 10.6 μ m and 9.4 μ m. These are the most efficient gas lasers there efficiency is about 30%. They are emitted by the low power electrical discharge. Tese are widely being used in industry for cutting processes, for the welding of steel and also in medical field for surgery. As we are concerned with the application of co2 laser in cardiology so we will discuss the working of only CO₂ laser.

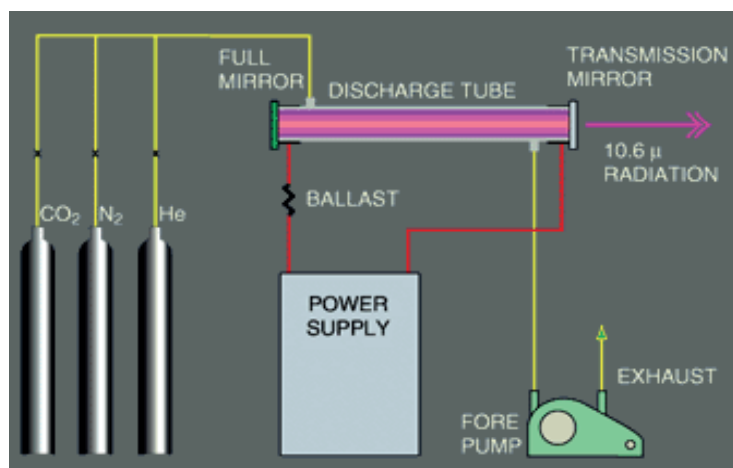


Figure: Working of Carbon Dioxide Laser
 Source: <https://laserscn.wordpress.com/tag/co2-laser/>

However to get maximum output mirrors coated with gold, lenses and windows made with zinc solenoid are used. Diamond windows and lenses are also being used in some developed labs but they are very expensive. However they are most suitable for high-power applications because of their high thermal conductivity. In the past

lenses and windows were made of salt. Although it was a cheap material but with the passage of time and exposure to the atmosphere their quality was damaged and they degraded gradually. The gas lasers consist of 2 parts one is gas discharge and the other is output coupler. As we know gas lasers are the high power lasers that's why they are widely used in industry for laser cutting. These type of lasers also have applications in medical field because gas lasers are absorbent in water. Lasers are used in medical for skin resurfacing etc. however they gas lasers can also be used for some type of skin treatments like hirsute and papillary.

Applications of CO₂ laser: Lasers are very crucial in industry because of their wide application like cutting, drilling, scribing, welding, brazing, and soldering. CO₂ laser is the most famous in these applications. The major fields where the lasers are used are laser-welding and -adjusting of a miniaturized relays, Cutting of graphite cylinders to form a grating for high power transmitter tubes, and Cardiology. Comparing the number of papers which describe potential applications for excimer lasers with the number of processes introduced already in fabrication lines shows a striking incongruity: There are almost no published large-scale industrial applications for excimer lasers. The reason for this, at least from our point of view, is that the way down from proof of feasibility in the research laboratories to the production lines is sometimes very hard and may take several years.

CO₂ are broadly being used in many fields also on industrial level. This is just because it can create very powerful laser beams. Their industrial applications include, drilling, cutting, scribing, machining, heat treatment, cladding and alloying. CO₂ have a long range of applications in medical field such as laser surgery, wound healing, neurosurgery, dermatology and revascularization. As we are concerned with the uses of CO₂ laser in revascularization which is also called TMR/TMLR so we will discuss revascularization only.

CO₂ Laser in Revascularization: In medical field many kinds of lasers are being used for different purposes based on their properties. But in case of cardiovascular surgery only few lasers have been tested successful so far. Since it is very critical that's why lasers have been applied in cardiology only in three fields which are 1) Trans-myocardial laser revascularization (TMLR), 2) Laser vascular anastomosis, and 3) Laser angioplasty in the peripheral arterial diseases. However in Japan lasers are being used in coronary artery bypass grafting also. With the passage of time different more efficient methods are being developed for revascularization by CO₂ laser. A laser with output power 100 watt and whose irradiation time was 0.2 seconds was used for the treatment of severely ill people as an experiment.

In this study, a feasibility of trans-myocardial laser revascularization from left ventricular cavity through artificially created channels by laser was precisely evaluated. When this technique was tested on dogs the results were very satisfactory that the 0.2mm holes created by laser in the dog's heart's left ventricle were patent even 3 years after their creation. Similarly when, trans-myocardial laser revascularization was

applied in a 55-year-old male patient with severe angina pectoris who had undergone pericardiectomy 7 years before. He was completely recovered from severe chest pain.

As our whole body need oxygen for survival similar is in the case of our heart. Our heart also needs a continuous supply of oxygen. That is supplied by blood carrying oxygen. This kind is delivered to heart by coronary arteries. However sometime the coronary arteries are damaged/jammed due to which the supply of oxygen carrying blood to the heart is affected. These arteries due to some kind of disease cannot supply blood to heart. Thus lack of oxygen carrying blood supply to heart results in a heart disease which is termed as ischemia. This shortage of oxygen carrying blood to heart muscle increases the risks of heart attack which is very painful and dangerous for human health. This condition is termed as angina.

Now the question is how to deal with such kind of disease? How to treat the patients facing angina? Sometimes coronary artery bypass is done. But this surgery is most of the times very dangerous for the patients facing serious health problems. Also most of the patients undergo bypass operations and cannot bear more surgeries. Such kind of patients are treated by a technique which is termed an TMR or TMLR. Coronary artery disease cannot be treated by TMLR but it can be done to reduce the pain caused by angina.

What is Trans-myocardial Laser Revascularization (TMLR)? Trans-myocardial Laser Revascularization is a technique which is used to reduce the pain caused by angina. Small holes which are called channels are drilled in heart muscle and left ventricle. This left ventricle is known as main pumping station of heart. The blood flows from these channels which carries oxygen.

After TMLR, when oxygen-rich blood enters the left ventricle, some of that blood can flow through the tiny channels and carry much-needed oxygen to the starving heart muscle. This method was first tested on alligators and snakes. The blood travels straight in the heart muscles and ventricles of snake. In this way doctors thought that this method can also work on humans. TMLR is a technique which may be called surgery but is done when heart is beating and is full of blood. Hence heart lung machine is not needed. This proves that TMLR is not an open heart surgery.

IMPORTANT THINGS: The surgeon should decide the operating time which is most suitable for the patient. The surgeon should have a brief history of the patient and his current situation. Before TMLR the ECG, blood tests, urine tests and chest x-rays are very necessary so that any injection can affect the recovery time. Before the operation the anesthesia is most important thing. Before anesthesia, make sure that the stomach of the patient should be empty. This is the safest way for anesthesia.

OPERATION DAY: The patients of angina are admitted in the hospital one day before the operation or sometimes in the morning of the operation date. Small metal disks which are called electrodes are attached to the chest of the patient which monitor the heart activates like heart's rhythm and electrical activity. These electrodes

are also connected to the electrocardiogram which allows them to monitor heart. Anesthesia is done before taking the patient in the operation theater. After the patient undergo asleep a tube connected to the machine which is called respirator is inserted on the patient's windpipe to take care of breathings. Another tube is inserted from patient's throat or nose down to the stomach which prevents the stomach to collect air or liquid. So that the patient may not feel sleepy or sick after waking up. Another tube is inserted into the bladder for the collection of any urine produced during the operation. The cardiovascular surgeon leads other surgeons and other operating staff and nurses.

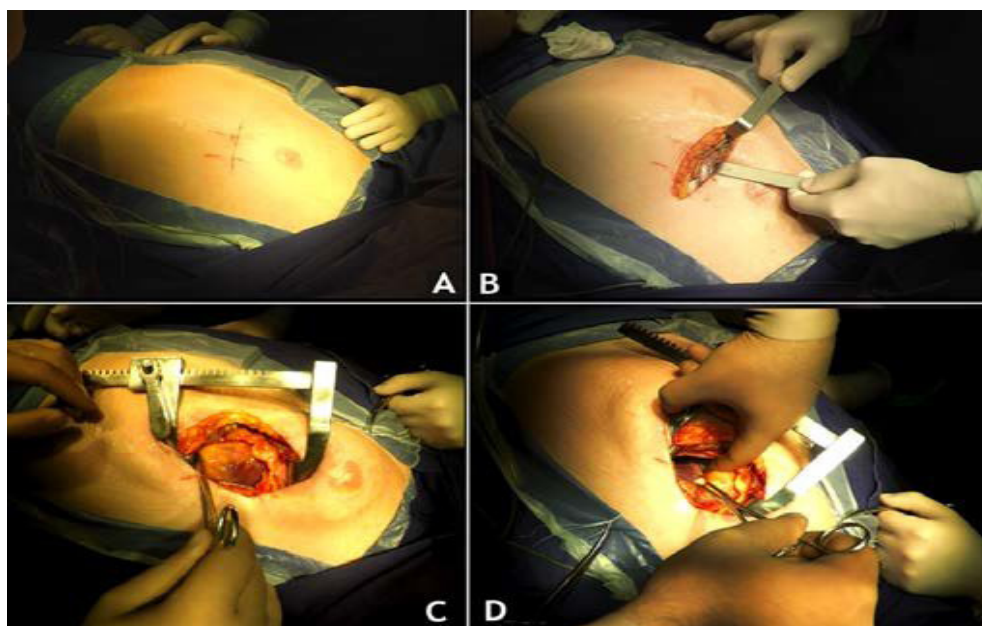


Figure: Stages of isolated TMLR procedure combined with intramyocardial injection of ABMSC (part 1): A) the surgical field with marking for a surgical approach; B) the pleural cavity exposed after incision of soft tissues using intercostal approach; C) exposure of the left ventricular apex and anterior wall after pericardotomy; D) exposure of the left ventricular posterior wall after pericardotomy.

Source: https://www.researchgate.net/figure/Stages-of-isolated-TMLR-procedure-combined-with-intramyocardial-injection-of-ABMSC-part_fig2_317012531

First of all a cut is made in the left side of patient's chest to reach heart's left ventricle. Then 20 -30 channels are made in the heart's muscles using carbon dioxide laser. The size of these channels is similar to a pin or about 1 mm wide. These channels are made only during heart beats. Because during heart beating the heart's walls become thick causing least damage. There may be chances of bleeding of walls which can be stopped by the surgeon by pressing lightly on the channels by fingers. These blood clots can block the top of the channels but these channels stay open inside the heart. All this process takes about 2 hours. In some cases one part of the heart is treated with heart bypass and the other part is treated by TMR and in some cases both cases are treated with TMLR.

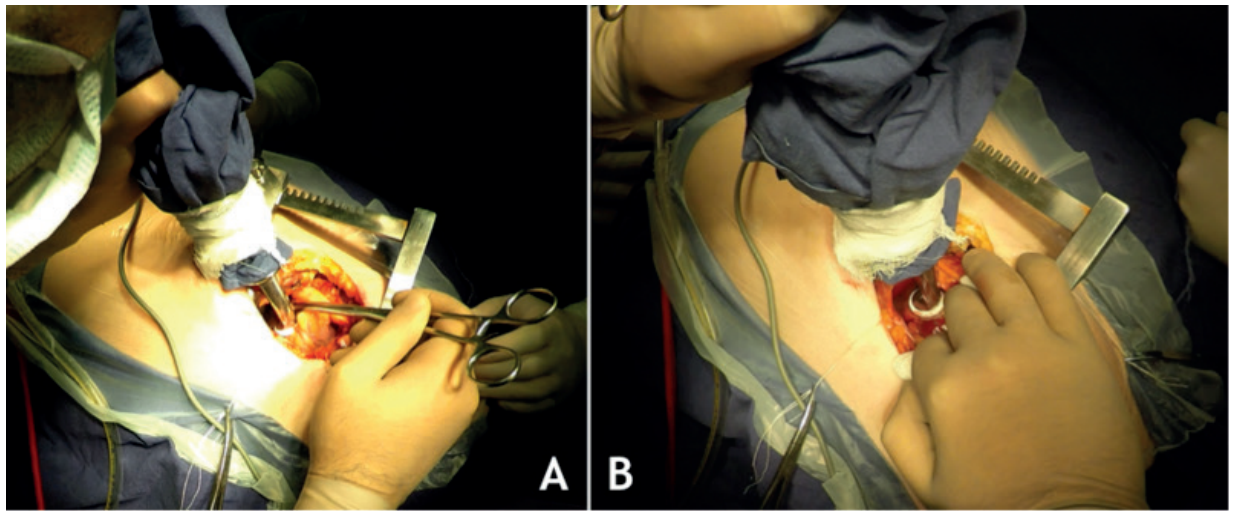


Figure: A) exposure and laser treatment of the left ventricular posterior wall; B) exposure and laser treatment of the left ventricular anterior wall.

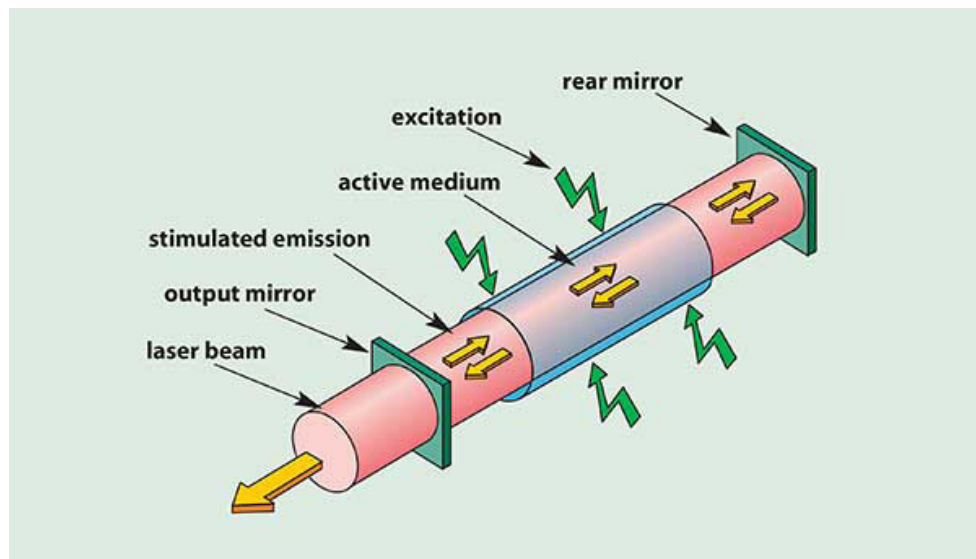
Source: https://www.researchgate.net/figure/Stages-of-isolated-TMLR-procedure-combined-with-intramyocardial-injection-of-ABMSC-part_fig3_317012531

RECOVERY TIME: It can be 4-7 days after TMLR. However it takes a long time to recover the patient is suggested to limit his activities. The patient may also suggested to join cardiac rehabilitation or to start an exercise program. If the patient is on an office job he can continue after 6 weeks.

LIFE AFTER TMLR: The signs of coronary artery disease are decreased to a great extent after TMLR however to see clear improvements 3 months time is needed. About 80%-90% patients feel better than they feel before the TMLR. Also the risks of heart attacks are reduced in them.

ADVANTAGES OF GAS LASERS IN SURGERY: Lasers are used in every kind of surgeries in which removal of tissue or a cut on a tissue is needed. In general, the results of surgery using lasers are better than the results using a surgical knife. From pub-med data I have noticed that TMR with CO₂ gives a laser-resort option to the patient suffering from angina. It is also suitable for the patients of other diseases like diabetes which increase the chances of bypass. Although the clinical data in this field is very rare because it is a new technology but about 90% patients have seen noticeable improvements. *A New England Journal of Medicine* study concluded that patients who had TMR had relief of chest pain as well as improved quality of life, improved blood flow to the heart, and decreased hospital admissions. The procedure is relatively quick and is also covered by most insurance companies. i) Laser surgery takes less time than other conventional surgery methods ii) Lasers operate in a very small area so that very small area of the body is affected iii) As lasers are controlled by computer, gives a full view of interior and are perfectly applied on required position iv) Several operations can be done without opening body. It can be done by simply inserting fibers for transmitting lasers.

Basic Working of CO₂ laser: CO₂ is a gas laser in which a mixture of gas so called gain media is used for the generation of laser. This gain media consist of Carbon dioxide, Helium, Nitrogen, Hydrogen and water vapors. This type of laser is pumped up by a method known as gas discharge which is done by DC current, AC current or Radio frequency (*Paschotta, 2008*). Wavelength of CO₂ laser is 10.6 μm. The efficiency of this laser ranges from 10-15 %. The heat required for the generation of CO₂ laser is achieved by the help of heat exchangers and turbines and blowers are also used for gas pumping. There are two parameters for characterization of gas lasers which are axial flow and other is cross flow.



(fig 3.1)

CO₂ laser is a kind of laser that is operated in infrared region that is why we need special methods and materials for the generation of this type of laser. Mostly Silver mirrors and germanium lenses are used. In order to get maximum efficiency golden mirrors and lenses made of zinc selenide are used. However now a days diamond windows and lenses are also being used but they are very expensive. The advantage of diamond lenses over other conventional lenses is that they have high thermal conductivity and can be used in high-power applications. In old age salt was used for the construction of lenses. The advantage was that the raw material was inexpensive but the disadvantage was that after the passage of the time and exposure to the atmosphere there quality was damaged. A simple CO₂ laser contains a total reflector at one end and an output coupler at other end. CO₂ laser can be constructed between power ranges from milli watts to kilowatts.

CO₂ is a very famous and widely used laser. It replaces flowing gas lasers just because of its wide application ranges. It also has an advantage over flowing gas lasers that it comes with a simple design. CO₂ gas lasers are further classified on the base of energy input. Gas is coupled with electrical energy directly in DC Lasers. All this is done with a metal placed between them from which gas discharge occurs. In

the other type the discharge occurs in the direction of flow of gas. These lasers are called axial flow lasers. Similarly when discharge occurs perpendicular to the gas flow this is called cross flow laser. However DC lasers can be produced easily and have high efficiency and have a large number of applications.

Carbon dioxide lasers are useful in surgical procedures because water absorbs this frequency of light much better. Laser surgery and skin resurfacing are examples of medical uses. CO₂ are used to treat particular skin conditions such as hirsute papillaris genitals by removing bumps. CO₂ lasers are also used to remove vocal fold lesions such as vocal fold cysts. Researchers in Israel are experimenting with using CO₂ lasers to attach human tissues as an alternative to traditional sutures. The 10.6μm CO₂ laser is the better surgical laser for the delicate tissues where both cutting and hemostasis are obtained photo thermally and CO₂ lasers also can be used instead of a scalpel for most processes and are even used in places a scalpel would not be used, in soft areas where mechanical trauma damage the surgical site. CO₂ lasers are suitable for delicate tissues process in human and animal specialties as compared to other laser wavelengths. Advantages include less bleeding, less surgery time, less risk of infection and less post of swelling. Uses include gynecology, dentistry oral, maxillofacial surgery, and many others. The CO₂ laser at the 9.25 - 9.6 μm wavelength is used in dentistry for strict tissues ablation. The hard tissues are ablated at temperatures as high as 5,000° C, producing clustering thermal radiation.

LASER ANGI: It is a method of opening coronary arteries which are blocked by plaque in it. This is done by a technique known as balloon angioplasty. However, angioplasty is done only when there is enough gap through which a balloon can go inside the vessel for digging hole in plaque that has blocked the vessel. A small flexible tube so called catheter is used in this method to remove plaque.

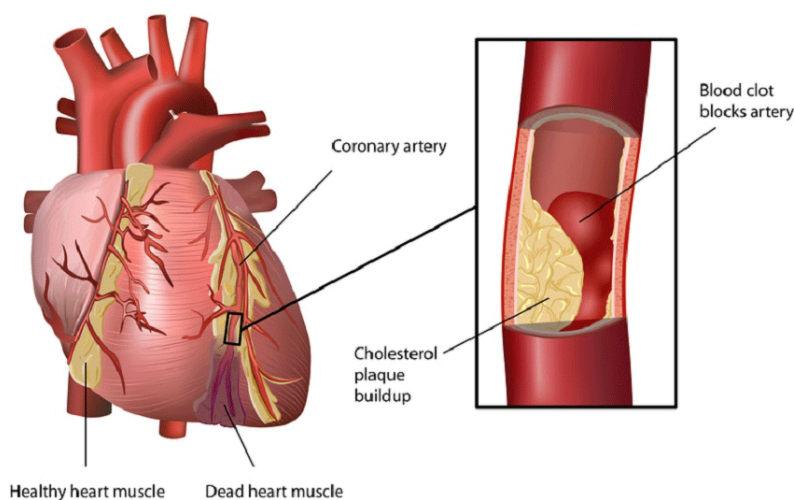


Figure: Remedies for Clogged Arteries <https://www.pinterest.com/pin/701435710684145120/>

CO₂ LASER IN REVASCULARIZATION: It is a technique in which small holes

are drilled in myocardial tissues It is done by using high power CO₂ lasers used for the treatment of the patients having end stage coronary disease. Thousands of patients suffering from end stage coronary disease have been treated with this method. The basic idea of trans-myocardial revascularization is based on the working of heart as the heart create perfusion through heart beats similarly through TMR small holes are drilled for the perfusion of myocardium.

LASER SYSTEMS FOR TMLR: CO₂ laser is the best Gas laser which is used for creating channels in the myocardium for the perfusion. However there are certain conditions for the creation of channels (holes) that it should be done in the time interval of 100 ms and a channel should be 20-40 mm long and its diameter should be 1 mm. and all this process should be done on a beating heart. All this process can be completed in one or multiple shots. But lot of thermal damage is dealt by the continuous laser. This can be minimized by using pulsed gas laser. However the laser should be very effective and its interaction with myocardial should be very strong.

Laser system	XeCl Excimer	Dye	Nd: YAG pulsed	Ho: YAG	CO ₂ pulsed
Wavelength [nm]	308	400-800	1064	2100	10600
Pulse domain [μ s]	0.01-0.15	1-10	~300	~300	10-2000
Max pulse energy [mJ]	300	1000	1000	4000	5000
Max rep rate [Hz]	200	10	10-40	10-40	1000
Max power [W]	10	10	100	80	100
Penetration depth [μ m]	40	250	1400	300	20
Effect. Pen. Depth [mm]	1	3	3	6	30
Delivery device	Fiber	Fiber	Fiber	Fiber	Art. Arm
Absorbing component	Proteins water	Blood/Pigment	Pigments	Water	water

Table: Characteristics of laser systems for TMR are shown

EFFECTIVE PENETRATION DEPTH: Penetration depth is defined on the basis of tissue ablation by the laser when it is in microsecond region. Lasers have a very shallow penetration depth because it is highly absorbed by the tissue. For example the penetration depth of CO₂ lasers of the order of micrometers. Keeping these information in mind a surgeon can decide that these lasers are not suitable for creating deep holes. However laser pulse of first microsecond is enough for eliminating first layer of the tissue and creating a channel in it. The beam enters the hole continuing to vaporize the tissue at the bottom of the crater as long as the pulse lasts. This is the way which laser beam uses for penetrating into the tissue. A 300 μ s long pulse is used for creating a channel of 15 mm in the tissue. The volume of the tissue that can

be ablated is the factor that determines the effective penetration depth of laser. The size of channel depends on the diameter of fiber. Additionally, the expanding vapor can create fissures extending even deeper into the tissue.



Figure: Novadaq's CO₂ laser system being used to create a channel in the myocardium to promote angiogenesis in infarct tissue

Source: <https://www.dicardiology.com/article/transmyocardial-laser-revascularization-%E2%80%94-rethinking-therapy-complicated-patients>

CO₂ LASER CHARACTERISTICS FOR TMLR: Optical fibers are not used for transporting lasers. However other media are used for transporting laser. These are transported by so called arms which are built of hollow tubes having reflecting surfaces same as mirrors positioned in groups. The reflectors can perform with high efficiency with proper materials. The transporting arm consists of 6 mirrors fixed on rotating holders which work as a steering for movement in any direction. A set of rigid tubes holds the rotators. If these rotators and mirrors are properly aligned then the laser beam emitted from the tube reaches the exact location and is independent on the movement of the tubes. That is why alignment of tubes is given much importance and this is very complicated. However in this method the properties of the laser remain unchanged after passing through the tubes. Only the diameter of the beam will change because it depends on the divergence of the beam and the length of the arm. The size of the beam is of the order of several millimeters. An optical system is used for focusing the beam on the targeted area. However the optical components that are used for different purposes should be compatible with the wavelength of beam. The choice of the lens is based on the requirements such as how far the target is. Lenses of fluorozirconate glass are used for carbon dioxide laser.

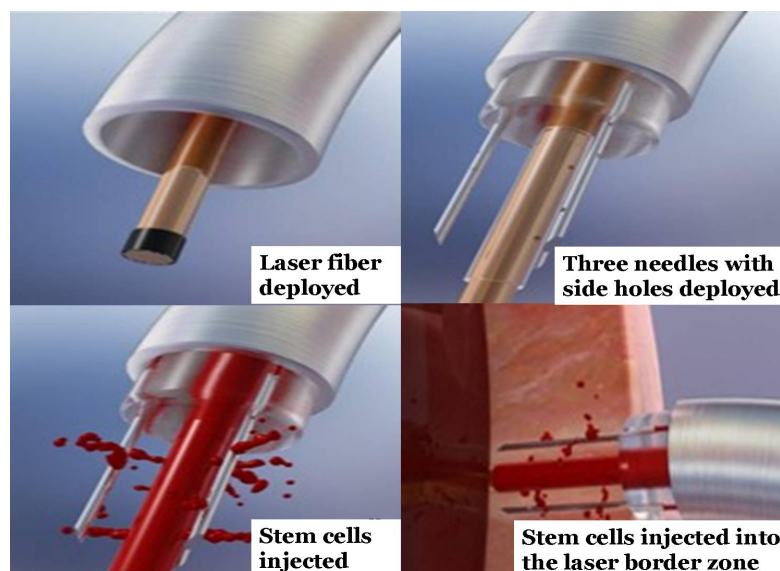
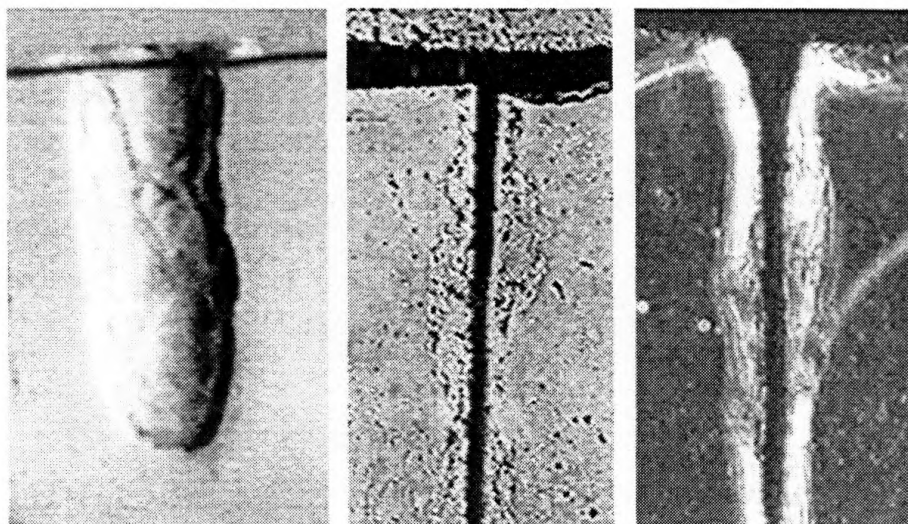


Figure: Transmyocardial laser revascularization

Source: <http://ismics.org/abstracts/2008/MP5.cgi>

FIBER DELIVERY FOR CO₂: Now day's optical fibers are also being used for the delivery of high power Carbon dioxide Laser pulses. The fibers having diameters of 500 to 1000 pm which consist of empty silica tubes with a special reflection coating on the inner wall. There are some problems are still need to be resolved before applying fibers in medical field.

PULSED CO₂ LASER- TISSUE INTERACTION: During the laser pulse of several milliseconds a rapidly growing vapor channel is formed. These vapors create a free space of few millimeters in the tissue so that the beam could reach the lower layer of the tissue this process continues until left laser beam is reached in left ventricle chamber and the blood is vaporized. If the laser continues towards the left ventricle this is extended towards the blood. Ultimately this beam ca hit the other wall. Small tears can be produced along the wall of myocardium. Most of the ablation products escape through the surface of the epicardium. During the laser pulse, the wall of the Channel is heated by direct absorption of laser beam and by heat transfer from the superheated water vapor (figure 6,right). After the laser pulse, part of the condensation heat finds its way into the channel wall. The total thermal effect can be substantial, resulting in a zone of coagulation and necrosis along the channel wall.



(fig 3.6)

CO₂ laser- tissue interaction. left: expanded channel during ablation, middle: collapsed channel with small cracks alongside, right: thermal effects along channel wall directly after the laser pulse.

Conclusion: It is noted from clinical data that TMLR improved the patients facing end stage coronary disease, refractory angina and ischemic heart disease. The success rate of trans-myocardial laser revascularization by CO₂ laser is 80% while 10% of patients fell no relief and death rate is 10%. In USA 200 patients of angina have been treated in 8 different hospitals since 1992. Average follow up for each patient was about 10 months and their average age was 63 years. The results observed were very good. Mortality rate was 9 %. Decrease in perfusion defects was noticed. All the medications and angina class were recorded. Hence they concluded that TMLR provided angina relief, decreased admissions in hospitals in this field and improved perfusion in patients suffering from severe artery disease.

Characteristics	TMR	MM
Aaberge (p<0.01)	44%	0%
Allen (p<0.001)	76%	32%
Burkhoff (p<0.001)	48%	14%
Frazier (p<0.01)	72%	13%
Schofield (p<0.001)	25%	4%

Table 2: Comparison of TMLR by CO₂ and YAG laser with medical treatment

In fig A there is a comparison of TMR by CO₂ laser with medical treatment and other conventional method. The relief in angina classes from both TMLR and MM is explained in the graph. By observing this graph we can conclude that TMLR is a better technique than MM. The main purpose of this technique is to study the effects of trans-myocardial laser revascularization with CO₂ laser on the patients facing the

problems of Angina and shortage of oxygen carrying blood in left ventricles of heart. TMR by CO₂ laser is a new technique which is currently being used in cardiology for the treatment of blood blockage in heart vessels. In MT this technique was applied on 100 patients having end stage coronary stage, were not eligible for being treated with conventional revascularization in 2000. They were kept under observation 3-12 months after TMLR. The results were very good a significant relief in angina symptoms was recorded. Increase in time to chest pain during exercise was recorded.

In 2014 TMLR was applied on over 1200 patients in National Institutes of Health, Bethesda, MD, USA. All the patients were suffering from end stage coronary disease. It was divided into 5 parts. CO₂ laser was used in 3 groups and in other 2 groups YAG gas lasers were used. Patients were divided into 3 groups on the base of follow up of 3 months, 6 months and 12 months. Noticeable improvements were noticed in both techniques.

In 2001 TMLR was applied on 78 patients suffering from angina. Their mean age was 61 years. The significant relief in angina class was noticed after an average follow up of 5 years. There was no angina in 17% of patients. About 68 % of the patients felt a remarkable long term angina relief. TMLR proved a sole therapy for these patients because of its long term angina relief of more than 5 years. Trans-myocardial laser revascularization is an alternative to open heart surgery which provided a relief to the patients suffering from angina pain. It is proved as a sole therapy for these patients. FDA approved both CO₂ and YAG laser devices due to their effectiveness. TMLR is correlated with CABG for targeting ischemic areas on which bypass is not possible. Combination of TMR with adjuvant stem cell is also under consideration for better results and improvements in patients. TMLR is a latest technique which uses high power laser energy for creating holes which are termed as channels in the heart vessels to for continuous supply of Oxygen carrying blood to the heart.

REFERENCES

AABERGE, L. et al. Transmyocardial revascularization with CO₂ laser in patients with refractory angina pectoris: clinical results from the Norwegian randomized trial. **Journal of the American College of Cardiology**, v. 35, n. 5, p. 1170-1177, 2000. ISSN 0735-1097.

ALEINIKOV, V. et al. CO laser applications in surgery. **Optics & Laser Technology**, v. 16, n. 5, p. 265-266, 1984. ISSN 0030-3992.

BURNS, S. et al. The transmyocardial laser revascularization international registry report. **European heart journal**, v. 20, n. 1, p. 31-37, 1999. ISSN 1522-9645.

DORFMAN, K. E. et al. Quantum-coherence-enhanced surface plasmon amplification by stimulated emission of radiation. **Physical review letters**, v. 111, n. 4, p. 043601, 2013.

FORNAINI, C.; ROCCA, J. P. CO₂ laser treatment of drug-induced gingival overgrowth. **Laser therapy**, v. 21, n. 1, p. 39-42, 2012. ISSN 0898-5901.

- EINAV, S.; OKADA, M. Laser Cardiology. In: (Ed.). **Medical Applications of Lasers**: Springer, 2002. p.91-145.
- GASSLER, N.; STUBBE, H.-M. Clinical data and histological features of transmyocardial revascularization with CO₂-laser. **European journal of cardio-thoracic surgery**, v. 12, n. 1, p. 25-30, 1997. ISSN 1010-7940.
- HORVATH, K. A. Clinical studies of TMR with the CO₂ laser. **Journal of clinical laser medicine & surgery**, v. 15, n. 6, p. 281-285, 1997. ISSN 1044-5471.
- HUNTER, J. G.; DIXON, J. A. Lasers in cardiovascular surgery—current status. **Western Journal of Medicine**, v. 142, n. 4, p. 506, 1985.
- JAVAN, A.; BENNETT JR, W. R.; HERRIOTT, D. R. Population inversion and continuous optical maser oscillation in a gas discharge containing a He-Ne mixture. **Physical Review Letters**, v. 6, n. 3, p. 106, 1961.
- JONES, J. W. et al. Holmium: YAG laser transmyocardial revascularization relieves angina and improves functional status. **The Annals of thoracic surgery**, v. 67, n. 6, p. 1596-1601, 1999. ISSN 0003-4975.
- KINDZELSKI, B. A.; ZHOU, Y.; HORVATH, K. A. Transmyocardial revascularization devices: technology update. **Medical devices (Auckland, NZ)**, v. 8, p. 11, 2015.
- MCFIGGANS, G. Atmospheric science: Marine aerosols and iodine emissions. **Nature**, v. 433, n. 7026, p. E13, 2005. ISSN 1476-4687.
- NIEMZ, M. H. **Laser-tissue interactions**. Springer, 2007. ISBN 3540721916.
- OKADA, M. et al. Clinical application of laser treatment for cardiovascular surgery. **Laser therapy**, v. 20, n. 3, p. 217-232, 2011. ISSN 0898-5901.
- RAO, M. Applications of CO₂ laser in medicine. **Int. J. Adv. Pharmacy, Biol. Chem.**, v. 2, n. 3, p. 501-506, 2013.
- SEALY, M. P. et al. Pulsed laser cutting of magnesium-calcium for biodegradable stents. **Procedia Cirp**, v. 42, p. 67-72, 2016. ISSN 2212-8271.
- STEEN, W. M.; MAZUMDER, J. **Laser material processing**. springer science & business media, 2010. ISBN 1849960623.
- VINCENT, J. G. et al. End stage coronary disease treated with the transmyocardial CO₂ laser revascularisation: A chance for the 'inoperable' patient. **European journal of cardio-thoracic surgery**, v. 11, n. 5, p. 888-894, 1997. ISSN 1010-7940.
- WILLETT, C. S. **Introduction to gas lasers: population inversion mechanisms: with emphasis on selective excitation processes**. Elsevier, 2014. ISBN 1483158799.

EARLY DETECTION OF BREAST CANCER SAVES LIFE: A REVIEW OF MICROWAVE IMAGING AGAINST X-RAYS MAMMOGRAPHY

Maryam Liaqat

Department of Physics
University of Okara,
Pakistan

Ali Raza

Department of Physics
University of Agriculture,
Faisalabad, Pakistan

Saher Jabeen

Department of Statistics
University of Agriculture,
Faisalabad, Pakistan

Ramiza Ali

Department of Physics
University of Agriculture,
Faisalabad, Pakistan

Sobia Kanwal

Department of Zoology
University of Agriculture,
Faisalabad, Pakistan

Maria Naqve

Department of Botany
University of Agriculture,
Faisalabad, Pakistan

Kaienat Asghar Ali

Department of Zoology
University of Agriculture,
Faisalabad, Pakistan

Shaukat Ali Shahid

Department of Physics

Government Postgraduate College of Science,
Faisalabad, Pakistan

ABSTRACT: Breast Cancer is the deadliest disease among all the types of cancer. Every second woman is in danger in Canada and every 8th women in Pakistan and USA. Therefore, it need to focus on this issue seriously, from diagnosis till the cure very carefully. Mammography is a potential tool for breast cancer screening, works on ionizing X-rays exposure on skin which is one of the dark side of mammography. Whereas the other features like early detection, detection in dense breast or in pregnant woman is still not really satisfactory with mammography. After 40 years of age, every woman must pass through screening once in a year but American Cancer Society did not allowed Mammography in a period of two years. In the light of these facts, Scientist think that there is a desperate need of an alternating technique, that is Microwave Imaging (MWI). MWI is non-ionizing technique for diagnosis of breast cancer at early stage which is suitable for all age groups and size of breast but still under developed. The early detection of breast cancer can save the life. The technique depends on the contrast of dielectric properties of the cancerous and healthy tissues and do not need compression of the breast for diagnosis

which make it user friendly. For mammography, usually the biopsy is need for results confirmation therefore its expensive too but MWI is cost effect also.

KEYWORDS: Microwave Imaging, Non-Ionizing, Breast Cancer.

DETECÇÃO PRECOCE DO CÂNCER DE MAMA SALVA A VIDA: UMA REVISÃO DA IMAGEM DE MICROONDAS CONTRA A MAMOGRAFIA DE RAIOS X

RESUMO: O câncer de mama é a doença mais letal entre todos os tipos de câncer. Toda segunda mulher está em perigo no Canadá e a cada oito mulheres no Paquistão e nos USA. Portanto, ele precisa se concentrar nesta questão a sério, desde o diagnóstico até a cura com muito cuidado. A mamografia é uma ferramenta potencial para o rastreio do cancro da mama, trabalha na exposição de raios-x ionizantes na pele, que é um dos lados escuros da mamografia. Considerando que as outras características, como detecção precoce, detecção em mama densa ou em gestante ainda não é realmente satisfatória com a mamografia. Após os 40 anos de idade, todas as mulheres devem passar pela triagem uma vez por ano, mas a American Cancer Society não permitiu a mamografia em um período de dois anos. À luz destes factos, o cientista pensa que existe uma necessidade desesperada de uma técnica alternada, isto é, a Imagiologia por Microondas (MWI). A MWI é uma técnica não ionizante para o diagnóstico de câncer de mama em estágio inicial, que é adequada para todas as faixas etárias e tamanho da mama, mas ainda está subdesenvolvida. A detecção precoce do câncer de mama pode salvar a vida. A técnica depende do contraste das propriedades dielétricas dos tecidos cancerosos e saudáveis e não necessita de compressão da mama para o diagnóstico, o que a torna amigável. Para mamografia, geralmente a biópsia é necessária para confirmação de resultados, portanto, é caro também, mas o MWI também é um efeito de custo.

PALAVRAS-CHAVE: Imagem de microondas, não-ionizante, câncer de mama,

1 | INTRODUCTION

Cancer is a group of diseases characterized by the uncontrolled growth and spread of abnormal cells. Breast cancer is the most commonly diagnosed cancer in women and has the highest incidence of cancer in women [LIAQAT, 2017]. In the world, 1.7 million patients (male and female) were diagnosed with Breast cancer during 2018 out of which 15% are from United States reported by American Cancer Society [American Cancer Society, 2016]. This disease ratio is about 0.3% bit high in black women [American Cancer Society, 2016]. In Pakistan, 40,000 breast cancer patients out of 90,000 are died in 2018 which means 16.1% people are affected by this disease Figure 1. One major reason of this high ratio in Pakistan is lack of availability of yearly screening in Pakistan. Therefore, it need to focus on this issue seriously, from diagnosis till the cure very carefully. At early stage detection can increase the

survival rate of patient by 90% [Cancer Society, 2014]. But unfortunately we do not have efficient tools for early detection till now.

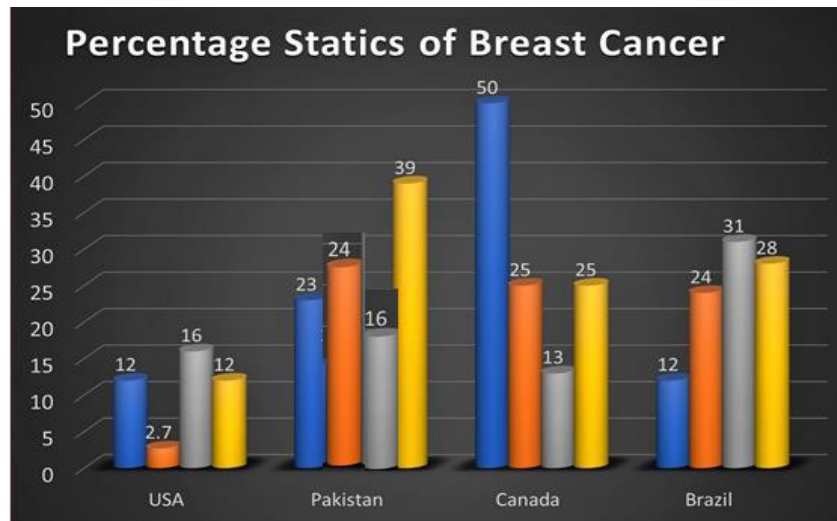


Figure 1: Probability of Breast Cancer (blue bar), Death Rate in Past (orange bar) Death rate till 2018 (Gray line) and Percentage among all cancer Types (Yellow Line)

Source: Official Sites of USA, Pakistan, Canada and Brazilian Cancer Societies

Detection of cancer can be done in various ways and usually depends on the stage in which the cancerous tumors are traced. It is a common understanding that the diagnostic of early stage breast cancers depends on population access to advanced medical care for examine. Basic methods like x-rays, ultrasound, computed tomography (CT) scan, positron emission tomography (PET), magnetic resonance imaging (MRI) scan, microwave imaging (MWI) and biopsy are used in detecting tumors in the initial stages. Ionizing x-rays of 30 Kvp are used to diagnose breast cancer and this technique is known as X-ray Mammography [Zhang, 2014]. Low contrast images recorded for diagnosis [Zhang, 2014]. This process is beneficial with respect to process time whereas, it's painful and has a high ratio of false results [3]. Due to ionizing nature of the source of x-rays, it may be harmful to healthy tissues in the surrounding of cancerous tissues. The resolution of the resulting images is sufficient for the most diagnostic requirement, but not enough for a high dense breast [Zhang, 2014].

Ultrasound imaging relies on high frequency sound waves that reflect with varying intensity from different tissues. It's a good tool to distinguished among skin, fats, muscles and glandular tissues of breast. However, for a number of reasons, ultrasound has yet to prove itself as an effective breast cancer screening methodology, despite improvement in recent years. Main issue for using ultrasound, the acoustic properties of normal and abnormal tissues of breast fats are almost same which make it difficult to handle [LIAQAT, 2017]. Another limitation is the hand-handled device of ultrasound to use, the highly efficient person is required otherwise the results will be false. As a result, ultrasound primarily remains a tool for distinguishing cysts and

guiding biopsy procedures. Until new techniques are developed that resolve these and other issues, ultrasound cannot be considered as an effective widespread screening method for breast cancer. Only the expert doctors can detect breast cancer using ultrasound imaging. Ultrasound Imaging System is based on the use of ultrasonic wave ranging from 1MHz to 15MHz. Whereas, the deep and solid tumor cannot be detected using this technique. The resulting images can be in any orientation due to real-time screening.

For painless body scan, Ultrasounds can be used in the range of 20 KHz. It works on the detection of pulse echoes produced by transduce and produce image without the effect of radiation exposure. But its resolution is very low, almost failed to differentiate between malignant and benign tumor and it's also applicable for young patients (less than 50 years) [Liaqat, 2017]. That is the reason; it's used just for supporting technique for suspected mass reported in mammography. MRI is based on the use magnetic field pathological image. Several small scanner devices placed around the breast to examine. The high sensitivity of MRI provides extremely high-resolution images for soft tissues, and especially for small tumors. However, its high cost and the time-consuming diagnosis process are major shortcomings. The advantages and disadvantages of the diagnostic method can be classified as cost, safety, accuracy and scope of application. MRI used radio waves in strong magnetic field can use for screening of breast which expensive. For better results of this technique, contrast agents are used to enhance the absorption of radiation for soft tissues like breast. Its again a used for mammography results verification before operate like breast-conserving lumpectomy to mastectomy [Liaqat,2017].

For detection, X-rays are used as a source of radiation, two plates squeezed the breast to reduce the exposure per unit volume in Mammography. Images of the breast are then recorded on film for diagnosis. This process is efficient in terms of time but due to compression of breast, its painful. Besides, the high levels of ionizing radiation involved are harmful to patients, and may even cause cancer in healthy tissues. The resolution of the resulting images is sufficient for most diagnostic requirement, but not enough for a high dense breast. X-rays are good to use with care and only the expert radiologist are required for better working results and minimum exposure of radiation. The X-ray mammography exam plays important rule as gold-standard medical imaging on these diagnostics [Liaqat, 2017]. It must be point out that approximately 15% of the diagnostics resulted from x-ray mammography are missed and the image-guide biopsy exam results 75% false diagnostics, in special false positives. X-ray mammography is still limited in contrast because of high scattering of radiation by breast tissues (blurring) and the low repeatability to avoid undesired radiobiology effects in patient [Turkmen, 2011].

Another Imaging technique is PET which required some kind of radioactive biomarkers. Radiotracers are used in PET scanning. PET is a type a nuclear medicine imaging which is able to pinpoint the exact point or position using the biomarkers with

PET imaging. PET can detect at early stages which is hard with other techniques. However, it has low resolution. The limitations discussed above forced scientist to developed an alternating technique for breast cancer diagnosis which is under developed till now is known as Microwave Imaging (MWI) and its harmless for human [KWON, 2013]. X-ray mammography, the has drawbacks: ionizing nature of source radiations, has painful method, not good for young patients and high rate of false-positives. MWI uses the scattered waves arises from the contrast in dielectric properties between normal and malignant breast tissues. The limitations of these three methods have motivated researchers to develop a more effective, lower ionizing and low-cost diagnosis method for cancer detection.

For this purpose, microwave imaging has become a potentially significant method which will be discussed in detail in next section. In this article, make review about MWI and other techniques. First, we review studies of breast tissue properties in the microwave region. This article presents initial results aiming the development of a cost-effectively flexible MWI system for breast cancer diagnostics. Microwave imaging for medical applications has been extensively researched in the last years. With this technique, MW signals are used to illuminate biological tissue, reflected or scattered fields are recorded and used for image reconstructions. MWI could works due to difference in dielectric properties between malignant tissue and normal breast tissue. Its user friendly and low cost, highly efficient for all age groups, for early stage detection and no safety hazards required and can make early screen affordable. The results of MWI are given in next section.

BREAST TISSUE DIELECTRIC PROPERTIES IN THE MICROWAVE RANGE:

The study of breast dielectric properties, and research results have already been published. The difference between malignant and normal breast tissues is large; and these have been demonstrated by Joines et al.1980, 1994; Chaudhary et al. 1984; and Surowiec et al. 1988. The dielectric properties of malignant and normal breast tissues are shown in Figure 2. Different groups in the world like the Chaudhary et al. 1984, the collect data from 15 patients and judge breast tissues at 12GHz are 3-5 times greater than normal breast tissues [CHAUDHARY, MISHRA and THOMAS, 1984]. Joines et al.1994 predict the ratio of malignant and normal tumor at 900MHz about 200-500%, [SUROWIEC, et al., 1988]. The dielectric properties of normal breast tissues are approximately ten times as less than as malignant breast tissues Figure 2. The normal breast tissues is contain less amount of water and less active but malignant tissues has high concentration of water which make these more active [GABRIEL, LAU and C. GABRIEL, 1996] [POSTOW and POLK 1996].

However, the earlier studies and research were small-scale. Later, from the University of Wisconsin and the University of Calgary in 2007 reported dielectric properties in UWM frequency range for malignant breast tissues, benign and normal breast tissues at large scale [LAZEBNIK, MCCARTNEY and POPOVIC, 2007]. The total number of patients was 93, and give the total number of samples was 488. In

this case, the first study gained tissues from reduction surgeries. In the latter study, the total number of patients involved in the study was 196, and the total number of samples was 319, and the tissues were collected from cancer surgeries. In this study they measure the frequency range of dielectric constant data in the 0.5-20 GHz and found that while malignant tissues were ten times larger than adipose-dominated tissues, and only around 10% difference between malignant and normal glandular or fibro connective tissue.

Dielectric Properties of malignant span a small range and the dielectric properties of normal tissues span a very large range, from 0-30% (the high water content group) adipose tissues to 85-100% (the low water content group) adipose tissues. Figure 2 depicts the dielectric properties of 0-30% as a dot lines and 31-84% adipose as dashed lines and 85-100% adipose tissues as solid lines. Three separate analyses were conducted. In all cases, we considered only those malignant samples that contained $\geq 30\%$ malignant tissue. The first analysis included all samples where the adipose tissue content was $\leq 10\%$ [LAZEBNIK, MCCARTNEY and POPOVIC, 2007]. The second analysis was identical to the first but also included a term in the model to adjust for the per cent of fibro-connective tissue. The third did not restrict the per cent adipose tissue and did not adjust for fibro-connective tissue content. Median dielectric constant and effective conductivity dispersion curves were obtained for each group. The previous work of dielectric properties compared with this dielectric properties work. The previous work is similar to the dielectric properties of malignant tissue results, unlike the dielectric of normal breast tissues [LAZEBNIK, MCCARTNEY and POPOVIC, 2007]. Difference of dielectric properties between normal malignant tissue and normal tissue to be close to 10 times, but in large-scale experiments found that the difference was much smaller. In recent time, microwave imaging is still used to distinguish breast cancer [KLEMM et al., 2011] [LAI et al., 2011] [MOLL et al., 2014].

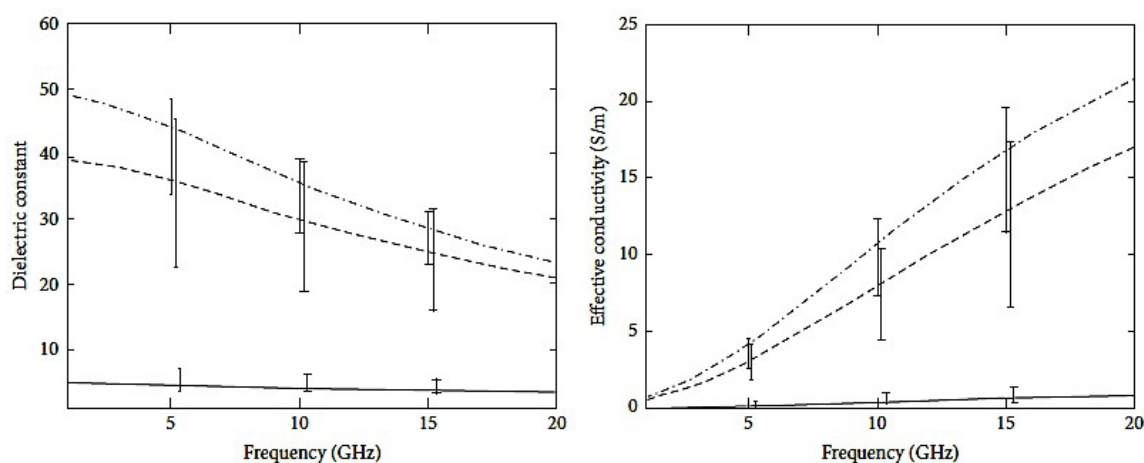


FIGURE 2: Dielectric properties of normal breast tissue samples obtained the reduction surgeries and cancer

Source: M. Lazebnik, L. McCartney, D. Popovic et al., "A large-scale study of the ultra wideband microwave dielectric properties of normal breast tissue obtained from reduction surgeries," *Physics in Medicine and Biology*,

Several groups of study and research on cancer by using microwave imaging technique to distinguish brain tumor and breast cancer around the global. MWI has been widely used in many civil, industrial and medical applications, such as non-destructive testing, materials characterization, remote sensing, and medical diagnosis. In medical application, there has been a huge interest in using microwave techniques for the detection of tissues, abnormality, such as breast cancer and brain stroke. Besides, breast cancer classification research in microwave imaging technique has been studied in the National University of Ireland [CONCEIC, et al., 2010][MCGINLEY et al., 2010][HALLORAN et al., 2012][CONCEIC et al., 2012] [CONCEIC, et al., 2014].

The research team of University of Wisconsin and University of Calgary [LAZEBNIK, MCCARTNEY and POPOVIC, 2007] was conducted at the *ex vivo* state. Dartmouth College published the correlation between *vivo* and *ex vivo* tissue dielectric properties which were measured during mastectomy procedure which were measured in operating room and after resection in the same location immediately from six women [HALTER, et al., 2012]. The *ex vivo* normal breast tissues obtained from a large number of breast reduction patients [LAZEBNIK, MCCARTNEY and POPOVIC, 2007]. The research was *vivo* and *ex vivo* validate the range of properties obtained from *ex vivo* and *in vivo* are similar, but the difference between the properties obtained *ex vivo* decrease when compared the properties measured *in vivo* [GARRETT and FEAR 2014]. In addition, the research teams from University Calgary and University Wisconsin using measurement system to studying dielectric properties estimation [GARRETT and FEAR 2015][BOURQUI and FEAR 2016][WINTERS et al., 2006].

COLE-COLE MODEL FOR ELECTRICAL PROPERTIES OF TISSUES:

Microwave imaging for cancer detection was based on the electrical properties of cancerous and surrounding tissues [HENRIKSSON, 2008]. Cancerous cells or tissues have high water contents as compare to the healthy tissues like fatty tissues [BINDU et al., 2006] [ZHANG, 2015]. Attenuation of microwaves is related to the conductivity of tissues whereas, storability linked with the permittivity when electromagnetic microwaves are interacting with tissues [ZHANG, 2015]. The contrast for relative permittivity and conductivity of malignant to normal breast tissues across 3MHz to the 3GHz range is of 4.7:1 and 5:1 respectively [LAZEBNIK et al., 2007]. The relative permittivity and conductivity of normal, benign and malignant tissues have also been measured in the range between 500MHz to 20 GHz [YBARRA et al., 2007]. From measurements of dielectric properties with respect to specific frequency.

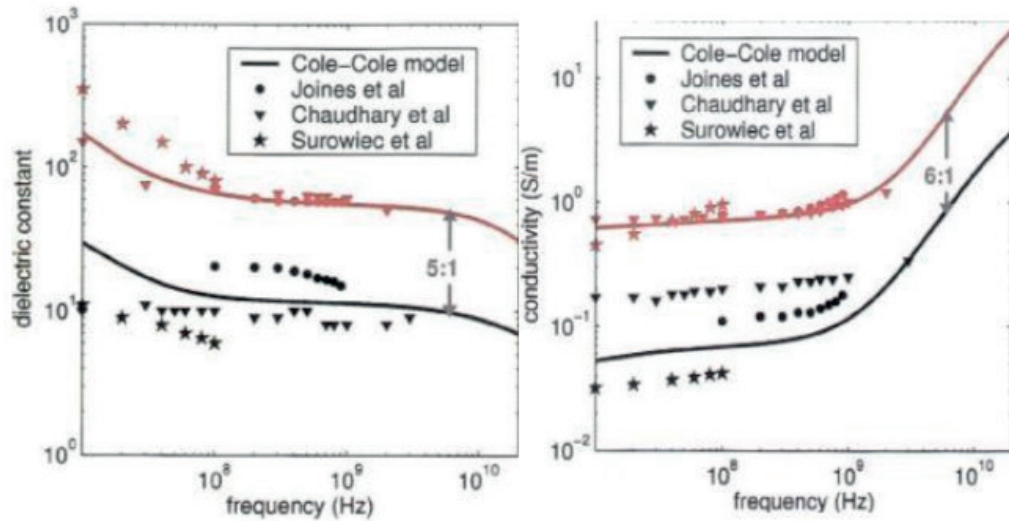


Figure 3: Measured Relative Permittivity and Conductivity. Black: Benign tumor, Red: Malignant tumor.

Source: LAZEBNIK, M.; L. McCARTNEY; D. POPOVIC; C. B. WATKINS; M. J. LINDSTROM; J. HARTE; S. SEWALL; A. MAGLICCO; J. H. BOOSKE; M. OKONIEWSKI and S. C. HAGNESS, A Large -Scale Study of the Ultrawideband Microwave Dielectric Properties of Normal Breast tissue Obtained from Reduction SurgeriesII, Physics in Medicine and Biology, Vol. 52, pp. 2637–2656, 2007

A Cole-Cole model has been developed based on relative permittivity and conductivity of tissues, as given in Equation 3.1 [ZHANG, 2015]. where ω and α are the angular frequency and exponent parameter, ϵ_s , τ and ϵ_∞ are static frequency permittivity constants, time constant and infinite frequency permittivity constants respectively. Figure 3, shows that the Cole-Cole model of several studies of the relative permittivity and conductivity of benign and malignant tissues.

$$\epsilon_\omega = \epsilon_\infty + \frac{\epsilon_s - \epsilon_\infty}{1 + (i\omega\tau)^{1-\alpha}}$$

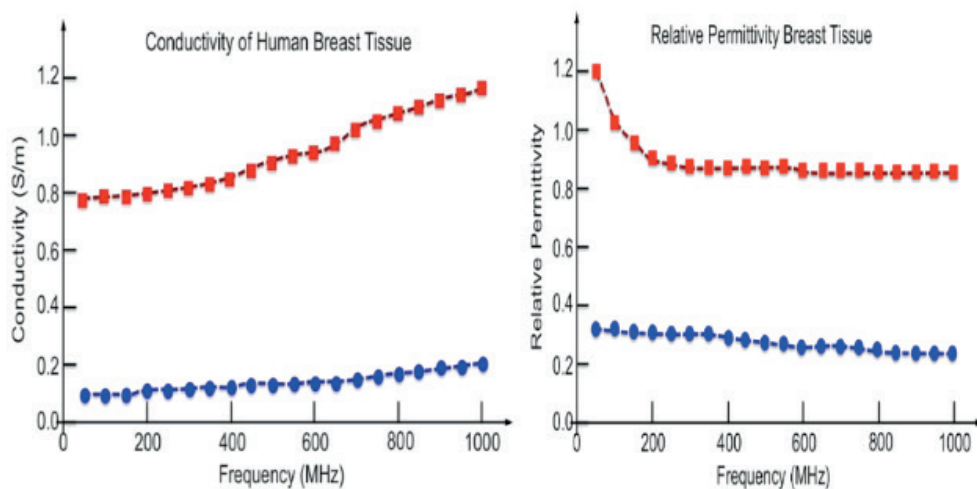


Figure 4: Dielectric Properties of malignant (red line) and healthy (blue line) of human Breast Tissues

Source: YBARRA, G.A; LIU, Q. H.; STANG, J.P.; JOINES, W.T. Microwave Breast Imaging. Emerging Technology in Breast Imaging and Mammography, p. 1-12, 2007.

MICROWAVE IMAGING: One of the factors which can save the life from breast cancer is early detection which cannot be possible with X-ray mammography or can say hard to achieve with precise due to false results ratio and painful high cost diagnosis along with biopsy. Ultrasonography cannot be possible for young patients according to the oncologists. MRI can work only for the extension of reports reliability after mammography as the faded gray scale images of mammography is still under discussion to improve. In developing and under developed countries like Pakistan, Africa, India etc. one major cause of high death rate is due to lack of facilities of yearly screen which is highly recommended by Cancer Societies. Almost 15% screening tests are failed to detect breast cancer using x-ray mammography [BOND, Li and VEEN, 2003]. Due to the limitation of mammography, it is necessary to develop this non-clinical technique. Due to ionizing nature of x-rays, eight out of 1,00,000 patients dies due to yearly screening for a 10 years [HENRIKSSON, 2008].

Therefore, here is a desperate need of an alternating, low cost and more precise tool or technique for diagnosis of breast cancer. Microwave Imaging is an efficient technique for 2D and 3D contrast images which is user friendly and equally efficient for all age groups of the patients. In microwave imaging, backscattered rays are used to identify and locate the tumor in the body, therefore this technique also called radar-based microwave imaging (microwave imaging) [ABDUL-SATTAR and ZUBAIDA, 2012]. Advantages of this technique over mammography are, early stage detection, non-ionizing nature of the source, non-invasive, low cost and more comfortable for patients. UWB Radar imaging of the breast uses the difference in dielectric properties in microwave frequency ranges [ABDUL-SATTAR and ZUBAIDA, 2012].

BASIC THEORY OF MWI: In microwave range, the dielectric properties of malignant and healthy breast tissues and low-loss tissues are used for breast image reconstruction 2D or 3D [DETLEFSONN, DALLINGER and SCHELKSHORN, 2005]. It's totally based on the interactions of microwave between tissues which are full with water whose are an important factor and less fully water tissues are not participate in this process. In the presence of dipole structure the polar and electric charge on water molecules (H₂O) is not symmetric.

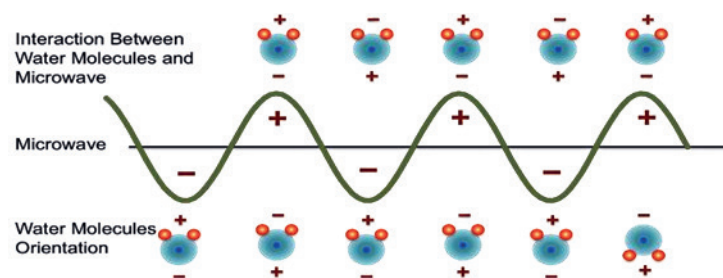


Figure 5: Schematically description the interaction between microwave and water Molecules

Source: <http://www.who.int/cancer/detection/breastcancer/en/index2.html>

In figure 5 shown, when the electromagnetic radiation interact with breast tissue dipole and will twist as schematically, being early as possible to success resonant conditions. Microwave radiation are used to maximum interaction of electromagnetic wave with water contents inside the breast tissues which are the responsible for sharp the natural frequency of water molecules [LIAQAT, et al., 2017]. Temperature rises because the resonance of microwave in dipole oscillation meets scattering and absorption of microwave energy. Due to overheating, coagulation of cancer is produced. If the field radiation and electrical properties of tissues are known, then its interaction can be studied easily because it's a frequency dependent behavior.

BASIC WORKING PRINCIPLE: For typical microwave tomography, the patient lies on an examination table with the breast through a hole and surrounded by a tank, shown in Figure 6. An antenna array configured in the tank is immersed in coupling liquid to reduce noise and the discontinued electrical boundaries which cause multi-reflections. This the antenna array is composed of several antennas to transmit and receive microwaves.

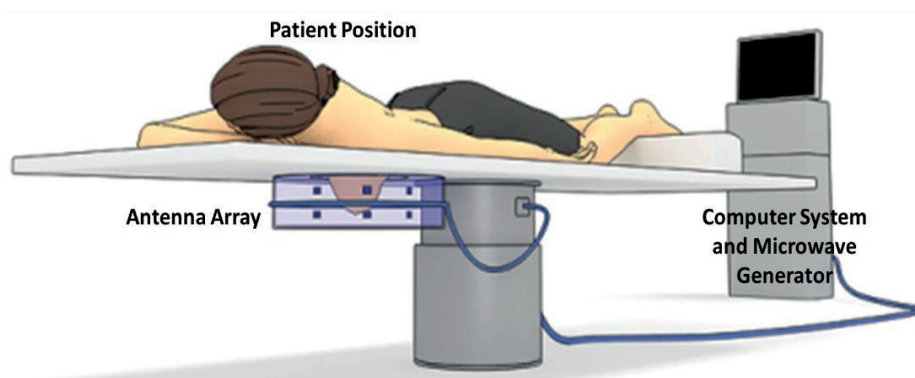


Figure 6: Microwave Tomography

The contrast in electrical properties of healthy and tumor tissues can be used to determine the tumor's position. Normally, a small antenna such as a monopole antenna is used in a microwave tomography prototype to maximize the number of configured antennas. The antenna array rotates vertically in a small step to scan the breast. At each stop position, one antenna is used as transmitting antenna to transmit incident wave and the rest antennas are as receiving antenna to receive scatter wave [ZHANG, 2015]. These received signals are normally processed by the solving of non-linear functions, and this is the most difficult part of microwave tomography. It is worth noting that microwave tomography attempts to reconstruct a map of all electrical properties of the breast, whereas radar-based microwave imaging only focuses on imaging the tumor rather than the whole breast.

MWI is non-ionizing technique and the principle of MWI techniques is based on the contract between dielectric properties, that is, conductivity and permittivity, of healthy and cancerous tissues [SALLEH, et al., 2015]. Few advantages of microwave

imaging over mammography are: the ratio of dielectric properties which are of few percentages with mammography whereas with MWI ratio is 2:1 [HANGNESS, TAFLOVE and BRIDGES, 1998]. MWI also helps to detect the size and stage of the tumor as well as locate the tumor position [BOND, LI and VEEN, 2003].

There are two types of MWI:

- Active Microwave Imaging [BERTRAM, et al., 2006]
- Passive Microwave Imaging [YU, FAN, SUN and PICKWELL, 2012]

As in the current project, only the active microwave imaging will be under consideration, therefore it will be discussed in detail here. It will be further divided into two categories like Radar Based Imaging or Microwave Tomography approach. Inside the breast the microwave tomography seeks to reproduce the electrical charge for inverse scattering problem. This procedure involves the solving of non-linear functions of mathematical algorithms which causes difficulties in signal processing and reconstruction the image. The radar-based imaging method originates from ground-penetrating radar (GPR) and was proposed to detection cancer (i.e. breast, brain) [ZHANG, 2015]. The main target of radar-based imaging is creating images differentiate between the malignant tissues and surrounding healthy tissues to detection of objects such as tumors.

RADAR-BASED MICROWAVE IMAGING: The basic working of radar-based imaging is on the reconstruction of imaging from the collection of scattered signals in the far field using transmission and receiving antennas of the microwave. Radar-based technique locates the position of the tumor and focused on the image of tumor instead of complete breast. It works well with low frequencies as at a low frequency of electromagnetic radiation penetrates deeper. The returned wave from the object is used to recreate the image by using microwave radar imaging. The returned waves differentiate between the dielectric properties both types of tissues, when waves transmit inside breast [SALLEH, et al., 2015]. Firstly, this technique apply on the human body was developed at the military ground-operating application. The received signals are creating 3D image by concentrate through the principle of breast. In advance to use this principle on breast, preprocessing is applied to check the tumor behavior like tissue loss and radial spread. In this processing received signals not only including the malignant tissues behavior, but other signals may also receive (i.e. antenna coupling, directly signals from the transmit etc.) [BERTRAM, et al., 2006].

ADVANTAGES OF MICROWAVE IMAGING (MWI): Due to poor efficiency and cost of mammography, a cheap, more sensitive and precise solution for breast cancer screening, microwave imaging may be that required technique in near future due to following two reasons: 1) Microwave Imaging is non-invasive and non-ionizing in nature [HENRIKSSON, 2008] and 2) Early stage detection: The observe water level between the disease tissues and healthy tissues [BINDU, et al., 2006]. Therefore,

MWI can detect cancer at very early stages and the images produced by MWI are also high in the resolution [KUL, et al., 2005]

- High dielectric contrast for malignant breast tumor [HENRIKSSON, 2008]
- Probably inexpensive [HENRIKSSON, 2008]

IMAGE RECONSTRUCTION USING MWI: The next steps to this project are to develop the system of 8 to 16 array of the antenna in the laboratory for the analysis with heterogenous breast phantoms. The phantom with the dielectric properties of healthy cells and diseased cells will make in laboratory by the technique mention by M. Lazebnik and her group in 2005 [LAZEBNIK, EREST and GARY, 2005]. Then a mathematical algorithm will design for the reconstruction of 2D and 3D image using the backscattered radiations.

MATHEMATICAL ALGORITHMS: Linear Born Approximation is use for reconstruction of image in 3D back scattering of radiations [WANG, et al., 200]. Information of wideband frequency of microwave is obtain in quasi-real time for 3D image of object.

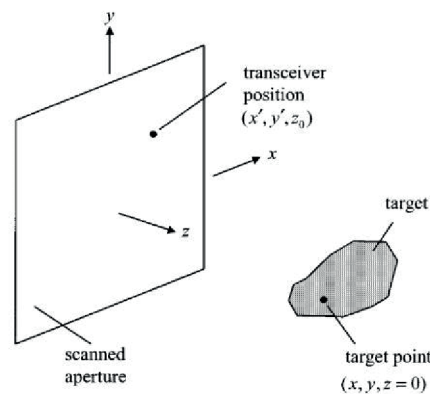


Figure 7: Holographic Imaging system for 2D configuration

Source: Turkmen, M.; Aksu, S.; Cetin, A.E.; Yanik, A.A.; Altug, H. Multi-resonant metamaterials based on UT-shaped nano-aperture antennas. OPTICS EXPRESS. Vol. 19, No. 8 / 7922, 2011.

Whereas for single frequency 2D image is produce on acquisition plane, which is parallel to objective plane as, shown below [TURKMEN, et al., 2011]. Using back-scattering [TURKMEN, et al., 2011] 2D single frequency image reconstruct to near-field microwave imaging. The inverse imaging use Green's function in the form of 3D inverse Fourier transformation (FT) and 3D image is produced as a set of 2D image in parallel planes [RAVAN, et al., 2010]. Actual principle of inverse imaging is to solve the equations for spatial frequency along x and y-axis (i.e., k_x , k_y) under the area of interest. Smaller dimensions of the equations as compare to regular microwave technique reduced the ill-posed nature of problem [RAVAN, et al., 2010].

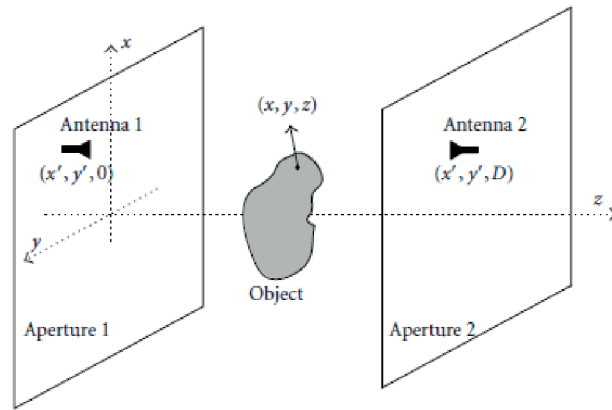


Figure 8: Arrangement of Antenna and Object for Inverse Image Reconstruction

Source: RAVAN, M.; ANMINEH, R. K.; NIKOLOVA, N. K.; Two Dimensional Near Field Microwave Holography. Inverse Problems, v., 26, p. 055011-055032, 2010.

By adding some processing in holographic algorithms the non-point-wise antenna' function can be calculated by using inverse procedure of image reconstruction. The figure above, shows the antenna positions with different configuration partner. This principle working only the narrow range and recreate 2D image of object to predetermined in simulations. The unwanted signals also study. The next step of the present research project is to make the microwave imaging system by fabricating flexible antennas and test in the laboratory. Another thing parallel to this is development of an imaging algorithm as mention in the above section.

CONCLUSION: Microwave imaging technique is non-invasive in nature which is can be used to diagnose and reveal the internal biological structure of the targeted object like breast in our case. The importance of these principles is still be determined but the issues in these method to interaction the electromagnetic radiation in vivo drives on large scale in research group. Breast cancer has become the most threatening disease the woman and this is most common type of tumor in women and a major cause of female mortality, the major concept to enhance the efficiency of the early tumor detection. Some major limitations of x-ray mammography are even it's the only official technique to locate the tumor,

- Lake of early-stage detection;
- Limitation over the age group;
- Dense Breast;
- Yearly Screening of Patient;
- High Rate of false-positive and false-negative Results;
- Painful;
- Expensive for a common person;

Those limitations forced to develop some new technique which can help to diagnose the breast cancer. These are the main features to follow for the development

of new technology for breast screening. Microwave Breast Cancer Imaging is a technique which is cost effective and more precise in results. Early stage detection of breast cancer is possible with MWI which reduce the death rate due to breast cancer. Non-ionizing nature of this technique allows yearly screen as recommended by American and Canadian cancer society. The totally focus in this method on dielectric properties of cancerous and normal breast cells in microwave frequency range. MWI is working on the interaction of electromagnetic radiations with tissues. The diseased tissues have a high concentration of water therefore; the scattered radiations have strong signals to generate a clear image using different mathematical algorithms. MWI is a cost effective, more efficient and user-friendly technique but it's still under developing.

REFERENCE

A. C. Society, *Cancer Facts & Figures*, The Society, New York, NY, USA, 2016.

K. B. C. SOCIETY, *Breast Cancer Facts & Figures 2014*, Korean Breast Cancer Society, Seoul, South Korea, 2014.

SYLVIA H. HEYWANG-KÖBRUNNER ASTRID HACKER STEFAN SEDLACEK, *Advantage and disadvantage of mammography screening*, 2014

ZHANG. H. *Microwave Imaging for Ultra-Wideband Antenna Based Cancer Detection*, "The University of Edinburgh", 2014

KWON, S. and S. LEE, S., *Instantaneous microwave imaging with time-domain measurements for breast cancer detection*," *Electronics Letters*, vol. 49, no. 10, pp. 653-654, 2013

Canadian Cancer Society, *What is breast cancer?* Aug. 17, 2010, Online Available: <http://www.cancer.ca/>.

S. S. CHAUDHARY, R. K. MISHRA, A. SWARUP, AND J. M. THOMAS, *Dielectric properties of normal & malignant human breast tissues at radiowave & microwave frequencies*, *Indian Journal of Biochemistry and Biophysics*, vol. 21, no. 1, pp. 76–79, 1984.

A. J. SUROWIEC, S. S. STUCHLY, J. R. BARR, and A. SWARUP, *Dielectric properties of breast carcinoma and the surrounding tissues*, *IEEE Transactions on Biomedical Engineering*, vol. 35, no. 4, pp. 257–263, 1988.

S. GABRIEL, R.W. LAU, AND C. GABRIEL, *The dielectric properties of biological tissues: II. Measurements in the frequency range 10Hz to 20GHz*, *Physics in Medicine and Biology*, vol. 41, no.11, pp. 2251–2269, 1996.

E. POSTOW AND C. POLK, *Handbook of Biological Effects of Electromagnetic Fields*, CRC Press, Boca Raton, Fla, USA, 1996.

M. LAZEBNIK, L. MCCARTNEY, D. POPOVIC, *A large-scale study of the ultra wideband microwave dielectric properties of normal breast tissue obtained from reduction surgeries*, *Physicin Medicine and Biology*, vol. 52, no. 10, p. 2637, 2007.

M. KLEMM, J. A. LEENDERTZ, D. GIBBINS, I. J. CRADDOCK, A. PREECE, AND R. BENJAMIN,

Microwave radar-based breast cancer detection: imaging in inhomogeneous breast phantoms, *IEEE Antennas and Wireless Propagation Letters*, vol. 8, pp. 1349–1352, 2009.

J. C. Y. LAI, C. B. SOH, E. GUNAWAN, AND K. S. LOW, **UWB microwave imaging for breast cancer detection—experiments with heterogeneous breast phantoms,** *Progress In Electromagnetics Research M*, vol. 16, pp. 19–29, 2011.

J. MOLL, T. N. KELLY, D. BYRNE, M. SARAFIANOU, V. KROZER, AND I. J. CRADDOCK, **Microwave radar imaging of heterogeneous breast tissue integrating a priori information,** *International Journal of Biomedical Imaging*, vol. 2014, Article ID943549, 10 pages, 2014.

R. C. CONCEICAO, M. O'HALLORAN, M. GLAVIN, AND E. JONES, **Support vector machines for the classification of early-stage breast cancer based on radar target signatures,** *Progress in Electromagnetics Research B*, vol. 23, pp. 311–327, 2010.

B. MCGINLEY, M. O'HALLORAN, R. C. CONCEICAO, F. MORGAN, M. GLAVIN, and E. JONES, **Spiking Neural Networks for breast cancer classification using Radar Target signatures,** *Progress In Electromagnetics Research C*, vol. 17, pp. 79–94, 2010.

M. O'Halloran, B. Mcginley, R. C. Conceicao, F. Morgan, E. Jones, and M. Glavin, **Spiking neural networks for breast cancer classification in a dielectrically heterogeneous breast,** *Progress in Electromagnetics Research*, vol. 113, pp. 413–428, 2011.

R. C. CONCEICAO, M. O'HALLORAN and R. M. CAPOTE, **“Development of breast and tumour models for simulation of novel multimodal pem-uwbi technique for detection and classification of breast tumours,** in *Proceedings of the IEEE Nuclear Science Symposium and Medical Imaging Conference (NSS/MIC '12)*, pp. 2769–2772, Anaheim, Calif, USA, November 2012.

R. C. CONCEICAO, H. MEDEIROS, M. O'HALLORAN, D. RODRIGUEZ- HERRERA, D. FLORES-TAPIA, AND S. PISTORIUS, **“SVM-based classification of breast tumour phantoms using a UWB radar prototype system,”** in *Proceedings of the 31st General Assembly and Scientific Symposium of the International Union of Radio Science (URSI GASS'14)*, pp. 1–4, Beijing, China, August 2014.

R. C. CONCEICAO, H. MEDEIROS, M. O'HALLORAN, D. RODRIGUEZ- HERRERA, D. FLORES-TAPIA, AND S. PISTORIUS, **Initial classification of breast tumour phantoms using a UWB radar prototype,** in *Proceedings of the 15th International Conference on Electromagnetics in Advanced Applications (ICEAA '13)*, pp. 720–723, IEEE, September 2013.

D. O'LOUGHLIN, F. KREWER, M. GLAVIN, E. JONES, AND M. O'HALLORAN, **“Estimating average dielectric properties for microwave breast imaging using focal quality metrics,”** in *Proceedings of the 10th European Conference on Antennas and Propagation (EuCAP '06)*, pp. 1–5, Nice, France, 2016.

R. C. CONCEICAO, R.M. CAPOTE and B. L. OLIVEIRA, **Novel multimodal PEM-UWB approach for breast cancer detection: initial study for tumour detection and consequent classification,”** in *Proceedings of the 2013 7th European Conference on Antennas and Propagation (EuCAP'13)*, pp. 630–634, April 2013.

R. J. Halter, T. Zhou, P. M. Meaney et al., **“The correlation of in vivo and ex vivo tissue dielectric properties to validate electromagnetic breast imaging: initial clinical experience,”** *Physiological Measurement*, vol. 30, no. 6, pp. S121–S136, 2009.

J. BOURQUI, J. GARRETT and E. FEAR, **“Measurement and analysis of microwave frequency signals transmitted through the breast,”** *International Journal of Biomedical Imaging*, vol. 2012, Article ID 562563, 11 pages, 2012.

J. D. GARRETT and E. C. FEAR, **“Average property estimation validation with realistic**

breastmodels,” in *Proceedings of the 8th European Conference on Antennas and Propagation (EuCAP '14)*, pp. 1279-1280, IEEE, The Hague, The Netherlands, April 2014.

J. D. GARRETT AND E. C. FEAR, “**Average dielectric property analysis of complex breast tissue with microwave transmission measurements,**” *Sensors*, vol. 15, no. 1, pp. 1199-1216, 2015.

J. BOURQUI AND E. C. FEAR, “**System for bulk dielectric permittivity estimation of breast tissues at microwave frequencies,**” *IEEE Transactions on Microwave Theory and Techniques*, vol. 64, no. 9, pp. 3001–3009, 2016.

D. W. WINTERS, E. J. BOND, B. D. VAN VEEN, AND S. C. HAGNESS, “**Estimation of the frequency-dependent average dielectric properties of breast tissue using a time-domain inverse scattering technique,**” *IEEE Transactions on Antennas and Propagation*, vol. 54, no. 11, pp. 3517–3528, 2006.

Henriksson T.; **Contribustion to Quaitative Microwave Imaging Technoligy for Biomedical Applications (Thesis # 73)**, Malaedalen University Sweden, ISSN: 1651-4238, 2008.

Zhang, H.; **Microwave Imaging for Ultra-Wideband Antenna Based Cancer Detection.** The University of Edinburgh, 2015.

LAZEBNIK, M.; L. McCARTNEY; D. POPOVIC; C. B. WATKINS; M. J. LINDSTROM; J. HARTE; S. SEWALL; A. MAGLICCO; J. H. BOOSKE; M. OKONIEWSKI and S. C. HAGNESS, **A Large -Scale Study of the Ultrawideband Microwave Dielectric Properties of Normal Breast tissue Obtained from Reduction SurgeriesII**, *Physics in Medicine and Biology*, Vol. 52, pp. 2637–2656, 2007.

YBARRA, G.A; LIU, Q. H.; STANG, J.P.; JOINES, W.T. **Microwave Breast Imaging. Emerging Technology in Breast Imaging and Mammography**, p. 1-12, 2007.

Bond, E. J. B.; Li,X.; Veen,B.D.V. **Microwave Imaging via Space-Time Beamforming for Early Detection of Breast Cancer.** *IEEE Transactions on Antennas and Propagation*, 51:1690-1705. 2003.

Abdul-Sattar and Zubaida.; **Experimental Analysis on Effectivness of Confocal Algorithm for Radar Based Breast Cancer Detection.** Durham University, United Kingdom, 2012.

DETLEFSONN, J.; DALLINGER, A.; SCHELKSHORN, S.; **Reconstruction Approaches to Millimeter-Wave Imaging of Humans. XXVIIIth General Assembly of Int.** Union of Radio Science (URSI), p. 23-9, 2005.

<http://www.who.int/cancer/detection/breastcancer/en/index2.html>.

Salleh, S. H. B. M.; Othman,M.A.; Ali, N.; Sulaiman, H.A.; Misran, M.H.; Aziz, M.Z.A.A; **Microwave Imaging Technique using UWB Signal for Breast Cancer Detection.** *ARPJ Journal of Engineering and Applied Sciences*, 10(2):723-727. ISSN 1819-6608. 2015.

Hagness, S. C.; Taflove, A.; Bridges, J.E. **Two-dimensional FDTD analysis of a pulsed microwave confocal system for breast cancer detection: Fixed-focus and antenna-array sensors.** *IEEE Trans. Biomed.Eng.*,45(12):1470–1479.1998.

Yu, C.; Fan, S.; Sun,.; Pickwell-MacPherson, E. **Review Article: The potential of terahertz imaging for cancer diagnosis: A review of investigations to date.** *Quant Imaging Med Surg*, v. 2, p. 33-45, 2012.

Bertram,M,J.; Yang,D.; Converse,M.C.; Webster, J.G.; Mahvi,D.M.; **Antenna design for microwave hepatic ablation using an axisymmetric electromagnetic model.** *BioMedical Engineering OnLine* , 5:15 2006.

Bindu,G.; Lonappan, A.; Thomas, V.; AanandanC.K.; Mathew,K.T.; **Active Microwave Imaging for Breast Cancer Detection**, Progress In Electromagnetics Research, PIER 58, 149–169, 2006.

Kuhl, C. K.; Schrading, S.; Leutner, C.; C.; Morakkabati-Spitz, N.; Wardelmann, E.; Fimmers; Schild, H. H.; **Mammography, Breast Ultrasound, and Magnetic Resonance Imaging for Surveillance of Women at High Familial Risk for Breast Cancer**II, Journal of Clinical Oncology, Vol. 23, No. 33, pp. 8469-8476, 2005.

Lazebnik, M.; Ernest, L. M.; Gary, R, F.; **Tissues-mimicking Phantom Materials for Narrowband and Ultrawideband microwave Applications**, Phys. Med. Biol. 50, p. 4245-4258, 2005.

Wang, D.; Ran,L.; Wu,B.I.; Chen, H.; Huangfu, J.; Grzegorzcyk, T.M.; Kong,J.A. “Multi-frequency resonator based on dual-band S-shaped left-handed material,” Opt. Express 14 (25), 12288–12294 ,2006.

Turkmen,M.; Aksu,S.; Cetin,A.E.; Yanik, A.A.; Altug, H. Multi-resonant metamaterials based on UT-shaped nano-aperture antennas. OPTICS EXPRESS.Vol. 19, No. 8 / 7922, 2011.

RAVAN, M.; ANMINEH, R. K.; NIKOLOVA, N. K.; **Two Dimensional Near Field Microwave Holography**. Inverse Problems, v., 26, p. 055011-055032, 2010.

Liaqat. M, L. G. Costa, T. C. Vasconcelos, P. S. Lessa, E. C. Lins, L. K. B. Santos and F. D. Nunes. **A Feasible Novel Technique for Breast Cancer Imaging Using UWB-Microwave Antennas**, a *SciTechnol Journal* 6(6): 1000204, 2017.

<http://www.who.int/cancer/detection/breastcancer/en/index2.html>

SOBRE O ORGANIZADOR

BENEDITO RODRIGUES DA SILVA NETO - Possui graduação em Ciências Biológicas pela Universidade do Estado de Mato Grosso (2005), com especialização na modalidade médica em Análises Clínicas e Microbiologia (Universidade Candido Mendes - RJ). Em 2006 se especializou em Educação no Instituto Araguaia de Pós graduação Pesquisa e Extensão. Obteve seu Mestrado em Biologia Celular e Molecular pelo Instituto de Ciências Biológicas (2009) e o Doutorado em Medicina Tropical e Saúde Pública pelo Instituto de Patologia Tropical e Saúde Pública (2013) da Universidade Federal de Goiás. Pós-Doutorado em Genética Molecular com concentração em Proteômica e Bioinformática (2014). O segundo Pós doutoramento foi realizado pelo Programa de Pós-Graduação Stricto Sensu em Ciências Aplicadas a Produtos para a Saúde da Universidade Estadual de Goiás (2015), trabalhando com o projeto Análise Global da Genômica Funcional do Fungo *Trichoderma Harzianum* e período de aperfeiçoamento no Institute of Transfusion Medicine at the Hospital Universitätsklinikum Essen, Germany. Seu terceiro Pós-Doutorado foi concluído em 2018 na linha de bioinformática aplicada à descoberta de novos agentes antifúngicos para fungos patogênicos de interesse médico. Palestrante internacional com experiência nas áreas de Genética e Biologia Molecular aplicada à Microbiologia, atuando principalmente com os seguintes temas: Micologia Médica, Biotecnologia, Bioinformática Estrutural e Funcional, Proteômica, Bioquímica, interação Patógeno-Hospedeiro. Sócio fundador da Sociedade Brasileira de Ciências aplicadas à Saúde (SBCSaúde) onde exerce o cargo de Diretor Executivo, e idealizador do projeto “Congresso Nacional Multidisciplinar da Saúde” (CoNMSaúde) realizado anualmente, desde 2016, no centro-oeste do país. Atua como Pesquisador consultor da Fundação de Amparo e Pesquisa do Estado de Goiás - FAPEG. Atuou como Professor Doutor de Tutoria e Habilidades Profissionais da Faculdade de Medicina Alfredo Nasser (FAMED-UNIFAN); Microbiologia, Biotecnologia, Fisiologia Humana, Biologia Celular, Biologia Molecular, Micologia e Bacteriologia nos cursos de Biomedicina, Fisioterapia e Enfermagem na Sociedade Goiana de Educação e Cultura (Faculdade Padrão). Professor substituto de Microbiologia/Micologia junto ao Departamento de Microbiologia, Parasitologia, Imunologia e Patologia do Instituto de Patologia Tropical e Saúde Pública (IPTSP) da Universidade Federal de Goiás. Coordenador do curso de Especialização em Medicina Genômica e Coordenador do curso de Biotecnologia e Inovações em Saúde no Instituto Nacional de Cursos. Atualmente o autor tem se dedicado à medicina tropical desenvolvendo estudos na área da micologia médica com publicações relevantes em periódicos nacionais e internacionais. Contato: dr.neto@ufg.br ou neto@doctor.com

ÍNDICE REMISSIVO

A

Aborto 60, 61, 62, 63, 65, 66, 67, 68, 69, 70, 71, 284, 285

Acolhimento 24, 26, 28, 31, 32, 33, 34, 36, 37, 38, 39, 40, 41, 42, 43, 44, 45, 46, 47, 48, 49, 50, 51, 52, 62, 64, 66, 70, 112, 115, 116, 118, 134, 138, 222, 236, 242, 250, 251, 252, 254, 279

Adesão à medicação 169

Adolescente 76, 78, 79, 80, 81, 84, 134, 135, 136, 138, 218, 222, 256, 257, 258, 259, 260, 261, 262, 263, 264, 265, 266, 271, 276

Aleitamento materno 133, 134, 136, 137, 139, 140, 286

Artralgia debilitante 225

Assistência à saúde 9, 14, 21, 22, 42, 44, 60, 62, 63, 64, 67, 122, 189, 249, 279, 287

Atenção Básica 9, 10, 12, 17, 28, 35, 37, 40, 41, 45, 47, 50, 51, 59, 71, 112, 114, 115, 119, 142, 147, 169, 172, 173, 176, 177, 178, 179, 187, 194, 199, 287, 289, 293, 300

Atenção Hospitalar 66, 292

Atenção Primária 12, 13, 15, 16, 17, 18, 33, 40, 41, 42, 44, 46, 48, 52, 62, 115, 118, 167, 168, 170, 190, 193, 199, 243, 264, 291, 292, 293, 294

Atuação do Enfermeiro 51, 72, 75, 77, 78, 163, 184

Autismo Infantil 158, 159, 160, 163, 166

Autoavaliação 85, 86, 89, 90, 91, 93, 94

Avaliação de desempenho 95, 97, 98, 104, 105

Avaliação de programas 278

C

Câncer de Mama 120, 121, 122, 123, 124, 167, 168, 327

Câncer infantojuvenil 72, 73, 75, 77, 82, 83

Capacitação 18, 46, 49, 51, 77, 80, 95, 98, 100, 104, 114, 117, 118, 145, 162, 164, 178, 187, 258, 274, 275, 287

Chikungunya 224, 225, 226, 227, 228, 229, 230, 231, 232, 233, 234

Colo de Útero 120, 121, 122, 123, 124

Comentário 181

Conhecimento 5, 6, 10, 15, 16, 17, 38, 39, 47, 50, 57, 64, 75, 80, 82, 85, 89, 93, 96, 98, 114, 115, 116, 117, 118, 125, 128, 129, 130, 131, 135, 138, 141, 143, 144, 145, 158, 159, 160, 161, 162, 163, 164, 165, 166, 185, 188, 195, 198, 203, 206, 213, 215, 222, 248, 249, 260, 268, 269, 272, 273, 295

Cuidado pré-natal 278

Cuidados de Enfermagem 166, 181

Cuidados Paliativos 72, 73, 74, 75, 76, 77, 78, 79, 80, 81, 82, 83, 84, 211

Curso de Enfermagem 13, 127, 129, 201, 255, 276

D

Depressão 3, 4, 5, 6, 7, 8, 81, 83, 224, 225, 226, 229, 230, 231, 241, 255, 256, 257, 258, 259, 260, 261, 262, 263, 264, 265, 266

Desempenho Profissional 181

Desmame 133, 134, 135, 136, 137, 138, 139, 140, 228

Diagnóstico 1, 7, 10, 73, 74, 82, 114, 120, 121, 122, 123, 124, 160, 163, 164, 165, 170, 175, 176, 178, 193, 195, 215, 216, 227, 228, 256, 257, 260, 304, 306, 309, 327

Diagnóstico Precoce 10, 121, 122, 123, 124, 160, 165, 170, 256, 260, 306

Divulgação Científica 148, 149

Doença de Chagas 303, 304, 305

Doença de Parkinson 1, 2

E

Educação em Saúde 21, 36, 46, 95, 100, 115, 120, 145, 289

Educação Médica 18, 19, 20

Enfermagem 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 13, 15, 16, 17, 31, 36, 41, 43, 45, 46, 49, 50, 51, 52, 53, 54, 55, 56, 57, 58, 59, 60, 63, 69, 70, 71, 72, 74, 75, 76, 77, 78, 79, 80, 82, 83, 84, 95, 97, 98, 99, 100, 102, 103, 104, 105, 112, 113, 114, 115, 116, 117, 118, 119, 124, 125, 128, 129, 130, 132, 135, 137, 146, 158, 161, 162, 163, 164, 165, 166, 167, 168, 169, 171, 176, 177, 178, 179, 181, 182, 183, 184, 185, 186, 187, 188, 189, 190, 199, 200, 201, 202, 203, 204, 207, 208, 209, 210, 211, 212, 243, 244, 245, 246, 251, 253, 254, 255, 256, 265, 266, 267, 268, 269, 270, 271, 272, 273, 274, 275, 276, 277, 278, 287, 289, 291, 292, 293, 294, 295, 296, 297, 298, 299, 300, 301, 343

Enfermagem em Emergência 181

Enfermagem em saúde comunitária 169

Envelhecimento 32, 33, 41, 42, 43, 44, 45, 48, 50, 51, 107, 110, 192, 236, 241, 242

Epidemiologia 149

Espiritualidade 235, 237, 238, 240, 242, 243, 244, 245

Estratégia Saúde da Família 14, 28, 30, 41, 51, 52, 142, 144, 163, 165, 168, 176, 200, 264, 293

Extensão Comunitária 141

F

Fonoaudiologia 9, 10, 11, 12

G

Gestantes 12, 54, 85, 87, 89, 90, 91, 92, 93, 94, 278, 279, 287, 288, 289, 303, 304, 305, 308, 309

Gestão em Saúde 17, 95, 104, 190, 290

H

Humanização 33, 43, 51, 52, 60, 61, 63, 67, 82, 93, 102, 114, 118, 141, 142, 143, 144, 173, 247, 253, 287, 293

Humanização da assistência 43, 52, 60, 61

I

Identificação 1, 5, 15, 16, 28, 45, 47, 58, 59, 103, 115, 127, 136, 165, 171, 186, 192, 194, 196, 197, 246, 247, 248, 249, 250, 251, 252, 253, 254, 257, 260, 262, 263, 264, 282

Idoso 13, 24, 31, 32, 33, 37, 40, 41, 42, 43, 44, 45, 47, 49, 50, 51, 52, 107, 108, 109, 110, 180, 235, 236, 237, 238, 240, 241, 242, 243, 244, 271, 272, 274

Integralidade em saúde 60, 61

Intervenções 1, 2, 53, 56, 59, 69, 73, 81, 82, 86, 96, 127, 131, 148, 164, 183, 184, 186, 195, 199, 200, 220, 221, 272, 288, 306

L

LGBT 20, 21, 22, 23, 24, 25, 26, 28, 29, 30, 251

M

Morte 6, 7, 43, 54, 67, 68, 72, 73, 74, 77, 78, 79, 80, 81, 82, 83, 84, 170, 182, 183, 184, 201, 202, 203, 204, 205, 206, 207, 208, 209, 210, 211, 212, 219, 237, 279, 292, 307

P

Pessoas transgênero 30, 247, 250, 253

Planejamento em Saúde 190

Política Pública 67, 141, 304, 308

Políticas Públicas de Saúde 14, 28, 141, 143

Pré-natal 53, 54, 55, 71, 138, 273, 278, 279, 281, 282, 283, 284, 285, 286, 287, 288, 289, 290, 304, 306

Prevenção 9, 10, 11, 12, 21, 30, 33, 46, 47, 48, 49, 50, 59, 61, 65, 66, 106, 111, 115, 117, 120, 122, 123, 124, 135, 146, 160, 167, 168, 181, 187, 188, 192, 193, 197, 209, 218, 219, 223, 225, 248, 256, 257, 264, 265, 271, 273, 276, 277, 287, 301, 303, 304, 305, 306

Projetos de saúde 278

Promoção da Saúde 9, 11, 33, 66, 85, 92, 93, 106, 121, 123, 181, 188, 192, 218, 222, 242, 253, 271, 272, 276, 287

Prontuários 1, 95, 96, 99, 103, 248

Q

Qualidade de Vida 9, 42, 43, 46, 50, 51, 52, 54, 55, 89, 90, 91, 94, 98, 108, 111, 123, 164, 193, 213, 214, 215, 235, 236, 237, 243, 244, 245

Queda 106, 107, 108, 109, 110, 241

Questionário 16, 31, 34, 42, 70, 148, 149, 203, 238, 282

R

Recém-Nascido 53, 55, 125, 128, 129, 130, 134, 138

S

Saúde das Minorias 20

Saúde do Adolescente 218, 256, 260, 271, 276

Saúde do idoso 32, 42, 47, 52, 235, 240, 242

Saúde do Trabalhador 12, 190, 191, 192, 193, 199, 200, 292

Saúde Materno-Infantil 85, 133, 134

Saúde Mental 7, 64, 145, 146, 147, 166, 181, 200, 218, 219, 220, 222, 223, 230, 256, 260, 262, 266

Saúde Pública 3, 4, 9, 10, 11, 12, 17, 18, 31, 41, 66, 71, 93, 94, 95, 98, 105, 124, 141, 145, 148, 170, 179, 214, 223, 231, 244, 282, 290, 291, 293, 299, 305, 343

Segurança do paciente 131, 246, 247, 248, 249, 250, 273, 274

Serviços de Saúde Escolar 218

Serviços Médicos de Emergência 181

Sífilis Congênita 53, 54, 59

Simulação 125, 126, 127, 128, 129, 130, 131, 132, 271, 272, 273, 274, 276

Sistema Único de Saúde 13, 14, 28, 33, 51, 60, 63, 114, 141, 142, 146, 192, 200, 248, 293

Sofrimento Mental 201, 222

Suicídio 3, 4, 5, 6, 7, 8, 218, 219, 223

SUS 8, 9, 11, 12, 14, 15, 17, 21, 25, 28, 29, 30, 33, 37, 38, 41, 60, 61, 62, 63, 64, 65, 70, 102, 113, 114, 118, 141, 142, 143, 144, 192, 193, 196, 197, 200, 232, 248, 289, 293, 309

T

Tecnologia educacional 268, 270, 271, 272, 273, 275, 276

Tecnologias em Saúde 268, 270

Terapias Complementares 7, 145

Transmissão vertical 303, 304, 305, 306, 308

Tratamento precoce 303, 304, 308

Tuberculose 169, 170, 174, 175, 176, 178, 179, 180

V

Validação 148, 149, 271, 272

Vigilância em Saúde do Trabalhador 190, 193, 199

Violência do Trabalho 292

Vivência 14, 27, 28, 30, 125, 208, 212, 214, 215, 261, 269, 288

Agência Brasileira do ISBN
ISBN 978-85-7247-673-7

