



Isabelle Cordeiro de Nojosa Sombra
(Organizadora)

Diário da Teoria e Prática na Enfermagem 4



Isabelle Cordeiro de Nojosa Sombra
(Organizadora)

Diário da Teoria e Prática na Enfermagem 4

2020 by Atena Editora

Copyright © Atena Editora

Copyright do Texto © 2020 Os autores

Copyright da Edição © 2020 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 Gasparetto Júnior – Instituto Federal do Sudeste de Minas Gerais

Prof. Dr. Antonio Isidro-Filho – Universidade de Brasília

Prof. Dr. Carlos Antonio de Souza Moraes – Universidade Federal Fluminense

Prof. Dr. Constantino Ribeiro de Oliveira Junior – Universidade Estadual de Ponta Grossa

Profª Drª Cristina Gaio – Universidade de Lisboa

Profª Drª Denise Rocha – Universidade Federal do Ceará

Prof. Dr. Deyvison de Lima Oliveira – Universidade Federal de Rondônia

Prof. Dr. Edvaldo Antunes de Farias – 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 Internazionale delle Figlie di 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. William Cleber Domingues Silva – Universidade Federal Rural do Rio de Janeiro

Prof. Dr. Willian Douglas Guilherme – Universidade Federal do Tocantins

Ciências Agrárias e Multidisciplinar

Prof. Dr. Alexandre Igor Azevedo Pereira – Instituto Federal Goiano

Prof. Dr. Antonio Pasqualetto – Pontifícia Universidade Católica de Goiás

Profª Drª Daiane Garabeli Trojan – Universidade Norte do Paraná

Profª Drª Diocléa Almeida Seabra Silva – Universidade Federal Rural da Amazônia
Prof. Dr. Écio Souza Diniz – Universidade Federal de Viçosa
Prof. Dr. Fábio Steiner – Universidade Estadual de Mato Grosso do Sul
Prof. Dr. Fágner Cavalcante Patrocínio dos Santos – Universidade Federal do Ceará
Profª Drª Girlene Santos de Souza – Universidade Federal do Recôncavo da Bahia
Prof. Dr. Júlio César Ribeiro – Universidade Federal Rural do Rio de Janeiro
Profª Drª Lina Raquel Santos Araújo – Universidade Estadual do Ceará
Prof. Dr. Pedro Manuel Villa – Universidade Federal de Viçosa
Profª Drª Raissa Rachel Salustriano da Silva Matos – Universidade Federal do Maranhão
Prof. Dr. Ronilson Freitas de Souza – Universidade do Estado do Pará
Profª Drª Talita de Santos Matos – Universidade Federal Rural do Rio de Janeiro
Prof. Dr. Tiago da Silva Teófilo – Universidade Federal Rural do Semi-Árido
Prof. Dr. Valdemar Antonio Paffaro Junior – Universidade Federal de Alfenas

Ciências Biológicas e da Saúde

Prof. Dr. André Ribeiro da Silva – Universidade de Brasília
Profª Drª Anelise Levay Murari – Universidade Federal de Pelotas
Prof. Dr. Benedito Rodrigues da Silva Neto – Universidade Federal de Goiás
Prof. Dr. Edson da Silva – Universidade Federal dos Vales do Jequitinhonha e Mucuri
Profª Drª Eleuza Rodrigues Machado – Faculdade Anhanguera de Brasília
Profª Drª Elane Schwinden Prudêncio – Universidade Federal de Santa Catarina
Prof. Dr. Ferlando Lima Santos – Universidade Federal do Recôncavo da Bahia
Prof. Dr. Gianfábio Pimentel Franco – Universidade Federal de Santa Maria
Prof. Dr. Igor Luiz Vieira de Lima Santos – Universidade Federal de Campina Grande
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 Mylena Andréa Oliveira Torres – Universidade Ceuma
Profª Drª Natiéli Piovesan – Instituto Federaci do Rio Grande do Norte
Prof. Dr. Paulo Inada – Universidade Estadual de Maringá
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
Prof. Dr. Carlos Eduardo Sanches de Andrade – Universidade Federal de Goiás
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
Prof. Dr. Marcelo Marques – Universidade Estadual de Maringá
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

Conselho Técnico Científico

Prof. Msc. Abrãao Carvalho Nogueira – Universidade Federal do Espírito Santo
Prof. Msc. Adalberto Zorzo – Centro Estadual de Educação Tecnológica Paula Souza
Prof. Dr. Adailson Wagner Sousa de Vasconcelos – Ordem dos Advogados do Brasil/Seccional Paraíba
Prof. Msc. André Flávio Gonçalves Silva – Universidade Federal do Maranhão
Profª Drª Andreza Lopes – Instituto de Pesquisa e Desenvolvimento Acadêmico
Profª Msc. Bianca Camargo Martins – UniCesumar
Prof. Msc. Carlos Antônio dos Santos – Universidade Federal Rural do Rio de Janeiro
Prof. Msc. Cláudia de Araújo Marques – Faculdade de Música do Espírito Santo
Prof. Msc. Daniel da Silva Miranda – Universidade Federal do Pará
Profª Msc. Dayane de Melo Barros – Universidade Federal de Pernambuco

Prof. Dr. Edwaldo Costa – Marinha do Brasil
 Prof. Msc. Eliel Constantino da Silva – Universidade Estadual Paulista Júlio de Mesquita
 Prof. Msc. Gevair Campos – Instituto Mineiro de Agropecuária
 Prof. Msc. Guilherme Renato Gomes – Universidade Norte do Paraná
 Prof^a Msc. Jaqueline Oliveira Rezende – Universidade Federal de Uberlândia
 Prof. Msc. José Messias Ribeiro Júnior – Instituto Federal de Educação Tecnológica de Pernambuco
 Prof. Msc. Leonardo Tullio – Universidade Estadual de Ponta Grossa
 Prof^a Msc. Lilian Coelho de Freitas – Instituto Federal do Pará
 Prof^a Msc. Liliani Aparecida Sereno Fontes de Medeiros – Consórcio CEDERJ
 Prof^a Dr^a Lívia do Carmo Silva – Universidade Federal de Goiás
 Prof. Msc. Luis Henrique Almeida Castro – Universidade Federal da Grande Dourados
 Prof. Msc. Luan Vinicius Bernardelli – Universidade Estadual de Maringá
 Prof. Msc. Rafael Henrique Silva – Hospital Universitário da Universidade Federal da Grande Dourados
 Prof^a Msc. Renata Luciane Polsaque Young Blood – UniSecal
 Prof^a Msc. Solange Aparecida de Souza Monteiro – Instituto Federal de São Paulo
 Prof. Dr. Welleson Feitosa Gazel – Universidade Paulista

**Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)
(eDOC BRASIL, Belo Horizonte/MG)**

D539 Diário da teoria e prática na enfermagem 4 [recurso eletrônico] /
Organizadora Isabelle Cordeiro de Nojosa Sombra. – Ponta
Grossa, PR: Atena, 2020.

Formato: PDF

Requisitos de sistema: Adobe Acrobat Reader

Modo de acesso: World Wide Web

Inclui bibliografia.

ISBN 978-65-81740-33-7

DOI 10.22533/at.ed.337201402

1. Enfermagem – Pesquisa – Brasil. 2. Enfermagem – Prática.
I. Sombra, Isabelle Cordeiro de Nojosa.

CDD 610.73

Elaborado por Maurício Amormino Júnior – CRB6/2422

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

APRESENTAÇÃO

A obra “*Diário da Teoria e Prática na Enfermagem 3*” aborda uma série de estudos realizados na área da Enfermagem, sendo suas publicações realizadas pela Atena Editora. Em sua totalidade está composta por 2 volumes, sendo eles classificados de acordo com a área de abrangência e temáticas de estudo. Em seus 27 capítulos, o volume II aborda, dentre outros assuntos, a Enfermagem como atuante na promoção e assistência à saúde nos variados níveis de atenção e ramos de atuação, desde a academia até a prática profissional em si.

As pesquisas realizadas trazem temáticas que envolvem a atuação do enfermeiro como instrumento de formação e qualificação profissional, assim como atuante na atenção básica, domiciliar e hospitalar. Dentre alguns trabalhos citamos eixos de pesquisa envolvendo assistência de enfermagem em auditoria, ética e bioética, saúde mental, doenças infectocontagiosas, auditoria, segurança no trabalho, dentre outras.

Portanto, este volume é dedicado tanto aos usuários do sistema de saúde quanto aos profissionais atuantes na assistência, docentes da área e discentes, que desejam adquirir conhecimento e informações atualizadas nos diversos eixos de atuação, trazendo artigos que abordam informações atuais sobre as práticas de saúde aos mais variados públicos.

Ademais, esperamos que este livro possa fortalecer e estimular as práticas educativas pelos profissionais da saúde, desde a atuação assistencial propriamente dita, até a prática dos docentes formadores e capacitadores, buscando cada vez mais a excelência na assistência, disseminando práticas promotoras da saúde, e fortalecendo a prática clínica de enfermagem e das demais profissões que cuidam da saúde.

Isabelle C. de N. Sombra

SUMÁRIO

| | |
|--|-----------|
| CAPÍTULO 1 | 1 |
| A IMPORTÂNCIA DO CONHECIMENTO SOBRE DOR PARA A EQUIPE MULTIDISCIPLINAR DE SAÚDE | |
| Mariana Stefenoni Ribeiro | |
| Renzo Stefenoni Finamore Simoni | |
| Juliana Pelição Moraes | |
| Luisa Schilmann Frisso | |
| Ricardo de Castro Resende | |
| Maria Ingrid Barbosa Passamani | |
| Maria Cecília Fontoura de Aquino | |
| Thayna dos Santos Batista | |
| João Vitor Elizeu Cerqueira | |
| Gabriel Lima Barbosa | |
| Alhender Salvador Bridi | |
| Carla Vasconcelos Cáspar Andrade | |
| DOI 10.22533/at.ed.3372014021 | |
| CAPÍTULO 2 | 13 |
| A IMPORTÂNCIA DA ENFERMAGEM NO TRATAMENTO AO PACIENTE COM SÍNDROME DE FOURNIER | |
| Ana Patrícia Fonseca Coelho Galvão | |
| Rita de Cássia Cunha Carvalho | |
| Loidiana da Silva Maia Alves | |
| Mônica Lopes Santos | |
| Regiane dos Santos Silva | |
| Polyana Sousa dos Santos | |
| Jeane Figueiredo | |
| Rock Herbeth Alves Brandão | |
| Diego Raí de Azevedo Costa | |
| Benedita Célia Leão Gomes | |
| DOI 10.22533/at.ed.3372014022 | |
| CAPÍTULO 3 | 27 |
| ABORDAGEM GRUPAL PARA A PROMOÇÃO DA SAÚDE: RELATO DE EXPERIÊNCIA NO CAPS GERAL DE GUAIÚBA | |
| Hortência Gueve da Fonseca | |
| Eysler Gonçalves Maia Brasil | |
| Albertina Antonielly Sydney de Sousa | |
| DOI 10.22533/at.ed.3372014023 | |
| CAPÍTULO 4 | 38 |
| AÇÕES DE ENFERMAGEM PARA PREVENÇÃO DE INFECÇÕES HOSPITALARES NA UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA | |
| Cintia Regina Silva Pimentel | |
| Karla Mota de Matos | |
| Nisiane dos Santos | |
| Janaína Amorim Barros | |
| Viktória Ribeiro da Silva Santini | |
| Rafael Mondego Fontenele | |
| DOI 10.22533/at.ed.3372014024 | |

| | |
|---|-----------|
| CAPÍTULO 5 | 50 |
| ACOLHIMENTO NA ATENÇÃO PRIMÁRIA: DIFICULDADES E DESAFIOS DO ENFERMEIRO | |
| Ana Patrícia Fonseca Coelho Galvão | |
| Joelma de Jesus Oliveira | |
| Benedita Célia Leão Gomes | |
| Keile de Kassia de Oliveira Mendes | |
| DOI 10.22533/at.ed.3372014025 | |
| CAPÍTULO 6 | 61 |
| ASPECTOS LEGAIS DA VACINAÇÃO COMPULSÓRIA | |
| Juan Felipe Nascimento da Silva | |
| Nathalia Moreira Lima de Freitas | |
| DOI 10.22533/at.ed.3372014026 | |
| CAPÍTULO 7 | 63 |
| ATUAÇÃO DO ENFERMEIRO NA ADESÃO AO TRATAMENTO NÃO FARMACOLÓGICO DA HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA | |
| Taciane Aparecida Dias dos Santos | |
| Andreia Lima Oliveira | |
| Raimundo Nonato Pereira de Sousa | |
| Francisco Lucas de Lima Fontes | |
| Anderson de Assis Ferreira | |
| Hallyson Leno Lucas da Silva | |
| Karine do Nascimento Miranda Martins Granjeiro | |
| Naasson Damasceno Silva | |
| Alexsandra Maria Ferreira de Araújo Bezerra | |
| Luanna Sousa de Moraes Lima | |
| Marina Ribeiro da Fonseca | |
| Adriana Maria de Sousa | |
| DOI 10.22533/at.ed.3372014027 | |
| CAPÍTULO 8 | 71 |
| DIALOGANDO SOBRE GÊNERO E DIVERSIDADE NO CAMPO DA EDUCAÇÃO | |
| Mariana Teles da Silva | |
| Andreza Maria de Souza Santos | |
| Adriana da Silva | |
| Aline Moraes Venancio de Alencar | |
| Andriela dos Santos Pinheiro | |
| Anna Carla Terto Gonçalves | |
| Ariadne Gomes Patrício Sampaio | |
| Halana Cecília Vieira Pereira | |
| João Edilton Alves Feitosa | |
| José Nairton Coelho da Silva | |
| Nayara Thuany Camilo Oliveira | |
| Rodolfo dos Santos Alves de Oliveira | |
| DOI 10.22533/at.ed.3372014028 | |
| CAPÍTULO 9 | 82 |
| DIAGNÓSTICO SITUACIONAL DE UMA POLICLÍNICA REGIONAL | |
| Yasmin Saba de Almeida | |
| Emillia Conceição Gonçalves dos Santos | |
| Eliete Aparecida Teodoro Amaral | |
| Danilo da Silva Amaral | |
| Sabrina Edwirges Gomes Garzedim | |

Ana Beatriz Iannuzzi Nora
Luciano Godinho Almuinha Ramos
Thayla Cristine Espíndola Junger
Ana Beatriz Poleça dos Santos
Lucas Nobre Garrido
Jéssica Baptista Vieira
Vitória Viana Gomes Pinto
Caroline Aparecida Ferreira Reis
Daniele Ferreira Barbosa Rodrigues
Julianna Costa Bela
Julianna Ferreira Rodrigues

DOI 10.22533/at.ed.3372014029

CAPÍTULO 10 96

ÉTICA E BIOÉTICA: UMA ABORDAGEM SOBRE O ENSINO DE ENFERMAGEM EM RELAÇÃO À MORTE

Mateus Dall Agnol
Maria Eduarda da Silva
Victória Vieira Hertz
Rosana Amora Ascari

DOI 10.22533/at.ed.33720140210

CAPÍTULO 11 107

FATORES DE RISCOS DA LESÃO POR PRESSÃO E A APLICAÇÃO DA SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM NA PROFILAXIA

Camila Brito Sousa
Jennyfer Sousa Brito
Nayra Samyra Rodrigues Ferreira
Paloma Fontoura dos Santos
Vanessa Costa de Almeida Viana
Layane Mota de Souza Jesus

DOI 10.22533/at.ed.33720140211

CAPÍTULO 12 112

GRADUAÇÃO X DEPRESSÃO: SAÚDE MENTAL DOS ACADÊMICOS DE ENFERMAGEM

Cíntia Pereira Ferreira
Franciany Marçal Assis Barros
Beliza Xavier da Silva Pinto Barbosa
Gladstone Duarte Miranda
Juliana da Silva Bispo
Mirian Batista Rodrigues

DOI 10.22533/at.ed.33720140212

CAPÍTULO 13 121

FATORES DE RISCO RELACIONADOS À COINFEÇÃO PELA TUBERCULOSE/HIV – REVISÃO DA LITERATURA

Cassius Herrera
Fernando Brockestayer Cortez Pereira
Filipe Toribio Mendes
Gabriel Barroso Silva Brito
Lucas Vieira Pinto
Loise Cristina Passos Drummond
Marcela Souza Lima Paulo

DOI 10.22533/at.ed.33720140213

CAPÍTULO 14 130

FITOTERAPICOS UTILIZADOS NO PROCESSO DE CICATRIZAÇÃO: UMA REVISÃO DE LITERATURA

Ana Cibele Lopes da Silva
Ana Raiany de Lima Agostinho
Bruna Bandeira Oliveira Marinho
Fernanda Pereira Brito
Isabelita de Luna Batista Rolim
Maria Welinadia Tavares Figueiredo
Marlene Meneses de Sousa Teixeira
Shura do Prado Farias Borges
Taila Alves Cardoso Martins
Talita Alencar de Melo
Thais Queiroz Correia Feitosa

DOI 10.22533/at.ed.33720140214

CAPÍTULO 15 139

INFECÇÃO HOSPITALAR E SUA RELAÇÃO COM A NEGLIGÊNCIA DOS PROFISSIONAIS DA SAÚDE: UMA REVISÃO DA LITERATURA

Jullia Alvarino da Silva Santos
Gabrielly Pontes Ribeiro
Kamila Bodart Coelho
Manuela Lirio Prates Pimentel
Nathália Soares de Barros
Marcela Souza Lima Paulo
Loise Cristina Passos Drumond

DOI 10.22533/at.ed.33720140215

CAPÍTULO 16 147

INTEGRAÇÃO ENSINO - SERVIÇO PARA AS PRÁTICAS DE AUDITORIA NO AMBIENTE HOSPITALAR

Ângela Barichello
Fabiane Pertille
Jane Tavares Gomes

DOI 10.22533/at.ed.33720140216

CAPÍTULO 17 151

LÚPUS ERITEMATOSO SISTÊMICO: PRINCIPAIS ALTERAÇÕES NEUROPSICOLÓGICAS EM PACIENTES LÚPICOS

Thainara Araujo Franklin
Pâmala Barreto Cambuí
Juliane Oliveira Santos
Vitória Marques da Silva
Morganna Thinesca Almeida Silva
Nádja Shirley de Andrade Cavalcante
Marcos Vinicius Oliveira Carneiro
Noaci Madalena Cunha Loula

DOI 10.22533/at.ed.33720140217

CAPÍTULO 18 161

O APORTE DA DISCIPLINA DE PATOLOGIA GERAL NO CUIDADO DE LESÕES CUTÂNEAS: UMA REVISÃO NARRATIVA

Karine Regina Reinehr
Renata Mendonça Rodrigues
Danielle Bezerra Cabral

CAPÍTULO 19 167

O IMPACTO E A IMPORTÂNCIA DA LIGA ACADÊMICA PARA ALUNOS DE MEDICINA E PARA COMUNIDADE ATRAVÉS DE UM PROJETO DE EXTENSÃO

Renzo Stefenoni Finamore Simoni
Guilherme Maia Costa Varejão Andrade
Mariana Stefenoni Ribeiro
Maria Ingrid Barbosa Passamani
Amanda Castro de Bone
Nemer Emanuel Crevelario da Silva
Gustavo Binda Gouvêa
João Vitor Elizeu Cerqueira
Gabriel Lima Barbosa
Erick Freitas Curi

DOI 10.22533/at.ed.33720140219

CAPÍTULO 20 175

O PAPEL DO ENFERMEIRO AUDITOR

Ana Patrícia Fonseca Coelho Galvão
Fabiana Pereira da Silva
Diana Alves de Oliveira
Benedita Célia Leão Gomes
Maria Rute Gonçalves Moraes

DOI 10.22533/at.ed.33720140220

CAPÍTULO 21 186

PROMOÇÃO DA SAÚDE: DICOTOMIA ENTRE PÚBLICO E PRIVADO

Rinaldo Caetano da Silva
Maristela Dalbello-Araujo
Maria Carlota de Rezende Coelho
Paula de Souza Silva Freitas

DOI 10.22533/at.ed.33720140221

CAPÍTULO 22 207

RELATO DE EXPERIÊNCIA DE UM ACADÊMICO DE ENFERMAGEM SOBRE O ACOMPANHAMENTO PRÉ-NATAL NA UNIDADE DE SAÚDE

Karla Virgínia da Nóbrega Novais Vieira
Ellen Giovanna Silva de Menezes
Iraneide Izabel da Silva
Janaína da Graça Bezerra Silva
Jayemili Gizellia Elias da Silva
Jhenefer Moreira da Silva
José Victor Machado Coraciara
Layane de Lima Góis
Luis Carlos Gomes Júnior
Maria Clara da Silva Santos
Rayanne Nayara da Silva
Júlia Adriely Oliveira da Silva Cavalcanti

DOI 10.22533/at.ed.33720140222

CAPÍTULO 23 212

SÍNDROME DE BURNOUT EM ESTUDANTES DA ÁREA DE SAÚDE: UMA REVISÃO DA LITERATURA

Vanessa de Jesus Guedes Dias

Ingrid Jamille Miranda de Paulo
Layrla Fernandes Pereira
Francisca Moura dos Santos
Linielce Portela Nina da Silva
Mariana da Cunha Costa
Patricia da Silva Pereira dos Reis
Ana Paula Cunha Duarte
Laís Daniela dos Santos Viana
Jucelia Lima Sousa
Amanda Cristina de Sousa Costa
Brígida Maria Gonçalves de Melo Brandão

DOI 10.22533/at.ed.33720140223

CAPÍTULO 24 222

SEPSE EM PACIENTES INTERNADOS EM UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA

Bruna da Conceição Fernandes da Silva
Giulliana Carvalho de Albuquerque
Isaac de Sousa Araújo
Ítalo Vinicius Lopes Silva
Josélia Santos Oliveira Evangelista
Monique Oliveira Silva
Pedro Henrique Vieira Nunes
Rayane Moreira de Alencar
Rainara Gomes de Sousa
Sara Amy da Silva Alves dos Santos
Tonny Emanuel Fernandes Macedo
Woneska Rodrigues Pinheiro

DOI 10.22533/at.ed.33720140224

CAPÍTULO 25 232

SAÚDE E SEGURANÇA NO TRABALHO: DO APRENDIZADO A VIVÊNCIAS PROFISIONAIS

Adriana da Silva
Aline Moraes Venancio de Alencar
Andriela dos Santos Pinheiro
Andreza Maria de Souza Santos
Anna Carla Terto Gonçalves
Ariadne Gomes Patrício Sampaio
Halana Cecília Vieira Pereira
João Edilton Alves Feitoza
Leonardo Araújo Sampaio
Mariana Teles da Silva
Nayara Thuany Camilo Oliveira
Rodolfo dos Santos Alves de Oliveira

DOI 10.22533/at.ed.33720140225

CAPÍTULO 26 240

TECNOLOGIAS NÃO INVASIVAS UTILIZADAS NO ATENDIMENTO DE ENFERMAGEM À PARTURIENTE

Debora Alencar Teixeira Gomes
Helen Dayane Oliveira da Silva Souza
Janaina dos Santos Silva
Leila Diniz Viana dos Santos
Tereza Vitória Virginio Linhares
Bruna Caroline Rodrigues Tamboril
Lara Helen Sales de Sousa
Francisco Walter de Oliveira Silva

Assunção Gomes Adeodato
Luis Adriano Freitas Oliveira
Larissa Natale dos Santos
Nayana Kelly Maia Alcoforado Rios

DOI 10.22533/at.ed.33720140226

CAPÍTULO 27 251

SUORTE BÁSICO DE VIDA EM REANIMAÇÃO CARDIOPULMONAR: CONHECIMENTO DE ENFERMEIROS DA UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE

Andrezza Gabrielle Pereira da Nóbrega
Cíntia de Lima Garcia
Cibele do Nascimento
Felipe Eufrosino de Alencar Rodrigues
Thauane Luara Silva Arrais
Rafaella Alcantara Bezerra Moreira
Maria de Lourdes de Macêdo Bernardo

DOI 10.22533/at.ed.33720140227

SOBRE A ORGANIZADORA..... 265

ÍNDICE REMISSIVO 266

CAPÍTULO 1

A IMPORTÂNCIA DO CONHECIMENTO SOBRE DOR PARA A EQUIPE MULTIDISCIPLINAR DE SAÚDE

Data de aceite: 05/02/2020

Data de submissão: 04/11/2019

Mariana Stefenoni Ribeiro

Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia de Vitória (EMESCAM)
Vitória - ES

<http://lattes.cnpq.br/9965019014890003>

Renzo Stefenoni Finamore Simoni

Faculdade Brasileira - MULTIVIX
Vitória- ES

<http://lattes.cnpq.br/1259896178956130>

Juliana Pelicão Moraes

Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia de Vitória (EMESCAM)
Vitória - ES

<http://lattes.cnpq.br/3251441703352189>

Luisa Schilmann Frisso

Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia de Vitória (EMESCAM)
Vitória - ES

<http://lattes.cnpq.br/9087492578110816>

Ricardo de Castro Resende

Faculdade Brasileira - MULTIVIX
Vitória - ES

<http://lattes.cnpq.br/9087270507695685>

Maria Ingrid Barbosa Passamani

Faculdade Brasileira - MULTIVIX
Vitória – ES

<http://lattes.cnpq.br/0328255292916642>

Maria Cecilia Fontoura de Aquino

Faculdade Brasileira - MULTIVIX
Vitória – ES

<http://lattes.cnpq.br/1525058089805314>

Thayna dos Santos Batista

Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia de Vitória (EMESCAM)
Vitória - ES

<http://lattes.cnpq.br/4002859016895584>

João Vitor Elizeu Cerqueira

Faculdade Brasileira - MULTIVIX
Vitória - ES

<http://lattes.cnpq.br/6584794843564681>

Gabriel Lima Barbosa

Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia de Vitória (EMESCAM)
Vitória - ES

<http://lattes.cnpq.br/2517874630891555>

Alhender Salvador Bridi

Faculdade Brasileira - MULTIVIX
Vitória - ES

<http://lattes.cnpq.br/4622465731593797>

Carla Vasconcelos Cáspar Andrade

Hospital Universitário Cassiano Antônio de Moraes
Vitória - ES

<http://lattes.cnpq.br/7079096149535595>

RESUMO: Estudos indicam que no Brasil e em outros países entre 10% e 50% dos pacientes procuram clínicas motivados pela dor, que, também, está presente em mais de 70% dos pacientes que buscam consultórios brasileiros por motivos diversos. O controle eficaz da dor é um dever dos profissionais de saúde, um direito dos pacientes e um passo fundamental para a efetiva humanização e qualidade dos serviços de saúde. O objetivo deste estudo é aprimorar o conhecimento sobre dor, compreender sua importância e demonstrar como este domínio além de fundamental é insuficiente entre acadêmicos e profissionais da saúde. Realizou-se uma revisão de literatura e as bases de dados utilizadas foram Scielo e Medline. Os descritores utilizados para pesquisa de artigos foram obtidos pelo MeSH e DeCS. Inicialmente foram selecionados 58 artigos e, após critérios de inclusão e exclusão, 32 artigos foram utilizados. A dor pode ser considerada aguda ou crônica e pode ter predomínio nociceptivo, neuropático ou misto. Estudos realizados no Brasil apontam que a dor crônica afeta de 30% a 40% da população, sendo a causa principal de ausência no trabalho, licenças médicas, aposentadoria precoce, dentre outras. Existem vários meios de identificar, mensurar e tratar a dor, podendo o tratamento ser farmacológico ou não. De acordo com a literatura é indiscutível a importância da capacitação sobre dor, visto que, esta afeta negativamente a vida das pessoas e acarreta uma alta procura aos serviços de saúde. Infelizmente, estudos analisados demonstram que grande parte dos profissionais e estudantes da área da saúde tem um conhecimento insatisfatório sobre o assunto. Diante disso, é de suma importância que mudanças no meio acadêmico e profissional sejam instituídas.

PALAVRAS-CHAVE: Dor, manejo da dor, equipe de assistência ao paciente, analgesia e conhecimento

THE IMPORTANCE OF PAIN KNOWLEDGE FOR THE MULTI-DISCIPLINARY HEALTH TEAM

ABSTRACT: In Brazil and other countries between 10% and 50% of the patients going to a medical appointment referes pain, which also is present in more than 70% of the patients that are seeking Brazilian medical services. The efficient control of the pain is a duty of health professionals, and a fundamental step for the effective humanization and quality of the health services. This study aims to improve the knowledge about pain, comprehend its importance and demonstrate it's importance and usually insufficient knowledge among academics and health professionals. Databased used for literature review was Scielo and Medline. The descriptors used for the research were obtained by MeSH and DeCS. Initially, 58 articles were selected and, after inclusion and exclusion criteria, 32 articles were used. Pain can be considered acute or chronic and may have nociceptive, neuropathic or mixed predominance. Studies conducted in Brazil indicate that chronic pain affects 30% to 40% of the population, being the main cause of work

absence and early retirement. Research has shown that there is a lack of information on pain among health professionals and students. There are several ways to identify, measure and treat pain. Treatment can be pharmacological or non pharmacological. Conclusion: According to literature, it is unquestionably the importance of knowledge about pain, since it affects negatively people life and it has a high demand at health services. Unfortunately, analyzed studies have shown that most health professionals and students show little knowledge about the subject. Given the above, changes in curricular program must be a goal.

KEYWORDS: Pain, pain management, patient care team, analgesia and knowledge

1 | INTRODUÇÃO

No século XX a dor era considerada uma reação sensorial em resposta a uma lesão tecidual. Contudo, outros aspectos da dor como as facetas emocionais, sociais, espirituais, dentre outras não eram eficazmente valorizados. A dor é definida pela International Association for Study of Pain como uma experiência subjetiva que pode estar associada a dano tissular real ou potencial. A percepção de dor é reconhecidamente multidimensionalmente, pelo fato de ser afetada por diversas variáveis emocionais e sensoriais, além de ser considerada uma experiência subjetiva e pessoal (SOUSA, Fátima, 2002).

De acordo com a Agência Americana de Pesquisa e Qualidade em Saúde Pública e pela Sociedade Americana de Dor, a dor pode ser considerada o quinto sinal vital. Dessa forma, é de suma importância que seja avaliada no mesmo espaço e ao mesmo tempo que outros sinais, como temperatura, pulso, respiração e pressão arterial (SOUSA, Fátima, 2002).

Estudos indicam que no Brasil e em outros países, entre 10% e 50% dos pacientes procuram assistência médica motivados pela dor, ademais, ela está presente em mais de 70% dos pacientes que buscam consultórios médicos por motivos diversos. Dessa forma, o notório volume de consultas médicas em razão desse quadro clínico indica a importância do enfrentamento de barreiras para o manejo adequado da dor. Tais barreiras são a falta de protocolos assistenciais na área, falta de indicadores de qualidade e a falta de treinamento específico dos profissionais de saúde. Esse último culmina com a ineficaz avaliação da dor e desconhecimento sobre manejo adequado (ROCHA et al., 2007).

A mensuração da dor de forma confiável auxilia na avaliação evolutiva do tratamento e o seu seguimento. Portanto, o controle eficaz da dor é um dever dos profissionais de saúde, um direito dos pacientes que dela sofrem e um passo fundamental para a efetiva humanização e qualidade dos serviços de saúde (NASCIMENTO et al. 2011). Vale ressaltar que é importante que ocorram mudanças

na grade curricular das faculdades da área de saúde objetivando um ensinamento adequado sobre dor para os acadêmicos.

O alívio da dor deve ser entendido como um direito humano básico e, portanto, não se trata apenas de uma questão clínica, mas também de uma questão ética que envolve todos os profissionais de saúde. Adicionalmente, a dor não tratada pode afetar o bem-estar do paciente ou evoluir para um estado de dor crônica gerando ônus financeiros e sociais. Os profissionais da área da saúde devem utilizar técnicas de comunicação para o estabelecimento de uma relação empática e devem ter um conhecimento apurado sobre dor, para que assim as melhores condutas sejam tomadas (NASCIMENTO et al. 2011).

2 | OBJETIVOS

Aprimorar o conhecimento sobre dor, compreender sua importância e demonstrar como este domínio além de fundamental é insuficiente entre acadêmicos e profissionais da saúde.

3 | MÉTODO

O estudo em questão trata-se de uma revisão de literatura. Foi realizada uma análise de artigos entre fevereiro e março de 2019. As bases de dados utilizadas foram Scielo e Medline. Os descritores foram: Dor, manejo da dor, equipe de assistência ao paciente, analgesia e conhecimento foram definidos pelo Medical Subject Heading (MESH) e pelo Descritores em Ciência da Saúde (DeCS). Os critérios de inclusão foram: serem artigos de pesquisa, estudos de caso e revisões sistemáticas que tinham a dor como assunto principal. Os critérios de exclusão foram artigos que não focaram na dor ou que eram muito semelhantes a artigos já escolhidos anteriormente a ele. Inicialmente, foram selecionados 58 artigos, após leitura do título e resumo, 26 artigos foram excluídos e, assim, foram utilizados 32 artigos. Posteriormente, foi realizada a leitura completa e interpretação desses artigos para a formulação desse estudo.

4 | RESULTADOS

4.1 Classificação da dor

No que se refere ao tempo de duração, a classificação da dor vem sendo alterada ao longo do tempo na literatura. Recentes publicações sugerem classificá-la em aguda quando a duração é inferior a 30 dias ou em crônica quando a duração

é superior a 90 dias, e considerada dor persistente durante intervalo cronológico entre as duas. Estudos mais recentes preferem classificar como dor aguda aquela que está em vigência de quadro patológico doloroso atual, e a partir da dissociação dele, considera-se dor crônica. Ou seja, quando a dor persiste além do tempo de resolução do quadro clínico que a causou, ela então seria classificada como crônica (SALLUM, 2012).

Em relação ao mecanismo fisiopatológico a dor pode ser classificada em três tipos: dor de predomínio nociceptivo, caracterizada pela ativação contínua dos nociceptores por lesão tecidual; dor de predomínio neuropático com lesão primária ou disfunção do sistema nervoso central e/ou do sistema nervoso periférico; dor mista em que os dois tipos estão presentes, sendo esta a mais frequente (SALLUM, 2012).

Todos os indivíduos em algum momento de sua vida sentem dor aguda, esta é fundamental e funciona como um alerta de que algo não está funcionando da maneira adequada. É um sintoma importante que leva o indivíduo a procurar assistência médica e assim leva ao diagnóstico de várias doenças. O inadequado tratamento da dor aguda pode induzir a uma posterior cronificação da dor, trazendo diversos prejuízos para o paciente. Isso ocorre devido a alguns mecanismos já estabelecidos, dentre eles a sensibilização central que, juntamente, com a sensibilização periférica desencadeiam o processo doloroso crônico (BASTOS, 2007).

Ashmawi e Freire (2016 *apud* Woolf, 1983), no estudo sobre sensibilização central e periférica, se referem a sensibilização central como uma alteração na funcionalidade neuronal, devido à estímulos intensos ou repetitivos gerados no nociceptor periférico, provocando dor espontânea, redução do limiar de sensibilidade e hiperalgesia.

“A sensibilização central gera alterações dos impulsos periféricos, com adaptações positivas ou negativas. Há redução do limiar ou aumento da resposta aos impulsos aferentes, descargas persistentes após estímulos repetidos e ampliação dos campos receptivos de neurônios do corno dorsal.” (ROCHA et al., 2007, p.97).

Assim, a equipe de saúde bem treinada tem um papel de grande importância no sucesso do tratamento do paciente, seja indicando tratamento adequado para a dor aguda ou orientando sobre o uso correto de medicações e outras terapias efetivas.

Devido a sua longa duração e comportamento patológico, a dor crônica deixa de ser um sinal de alerta, causando comprometimento funcional, sofrimento, incapacidade progressiva e prejuízo socioeconômico. Muitas vezes a dor crônica está associada a transtornos mentais e há uma grande prevalência de sintomas depressivos e ansiosos em pacientes com dor crônica, bem como de outras doenças

psiquiátricas (PINHEIRO, 2014).

4.2 Conhecimento sobre dor

Estudos realizados no Brasil apontam que a dor crônica afeta de 30 a 40% da população, sendo a causa principal de ausência no trabalho, licenças médicas, aposentadoria precoce, dentre outras. Dessa maneira, é de grande importância que haja o controle da dor, uma vez que esta afeta negativamente a qualidade de vida das pessoas e acarreta uma alta procura aos serviços de saúde (BARROS; ALBUQUERQUE, 2014).

Devido a dor ser definida como uma experiência subjetiva e grande parte das pessoas não saberem descrevê-la, muitos profissionais de saúde possuem dificuldade em abordar e caracterizar a dor. Assim, é importante que o profissional tenha sensibilidade para perceber a presença e saiba mensurar e caracterizar a dor, para que, assim, façam um diagnóstico correto e escolham o melhor tratamento possível (ARAUJO; ROMERO, 2015).

Infelizmente, pesquisas demonstram que há uma carência de informações a respeito desse assunto por parte de muitos profissionais e estudantes da área da saúde. Um estudo realizado com 120 enfermeiros mostrou que aproximadamente 62% deles não apresentavam conhecimento satisfatório sobre a dor (BARROS; ALBUQUERQUE, 2014). Além disso, um outro estudo envolvendo 57 profissionais de saúde, incluindo médicos, enfermeiros e técnicos de enfermagem demonstrou que nenhum profissional conhecia as escalas de avaliação da dor no recém nascido (CHRISTOFFEL et al, 2016).

Vale ressaltar que a dificuldade no manejo da dor não é um desafio restrito ao Brasil, uma vez que outros países referem situações semelhantes. No Reino Unido, um estudo demonstrou que 58 dos 62 médicos não receberam treinamento sobre dor e analgesia na sua qualificação primária e das 137 enfermeiras, 112 não receberam treinamento sobre o assunto (AKUMA; JORDAN, 2012).

A dificuldade encontrada pelos profissionais ao quantificar e qualificar a dor provavelmente está relacionada à formação deficiente nos cursos de graduação em saúde. Na grade curricular desses cursos o tema dor é, em geral, pouco abordado, sendo estudado superficialmente em apenas algumas disciplinas, como farmacologia, anestesiologia e fisiologia, sendo, portanto, o conteúdo fragmentado.

Um estudo realizado com 50 alunos de Medicina do 5º e 6º ano de 3 faculdades de medicina do Estado de São Paulo evidenciou que 100% deles referiu não existir uma disciplina específica sobre dor em suas faculdades (PINHEIRO, 2010). Ademais, outro estudo realizado para estimar o domínio de acadêmicos de enfermagem para a abordagem da dor demonstrou que 33% possuíam conhecimento insuficiente (BARROS; ALBUQUERQUE, 2014).

Diante desse cenário, é importante ressaltar a importância da participação dos acadêmicos em atividades extracurriculares como ligas acadêmicas visando complementação do conhecimento sobre dor.

A liga acadêmica de Anestesiologia do Espírito Santo (LIANES) sabendo da dificuldade da abordagem completa do tema dor pelas universidades se preocupa em atualizar os participantes da melhor forma possível. Assim sendo, são ministradas aulas teóricas por especialistas em dor com discussões de casos clínicos e simulações para que seja difundido entre os discentes conhecimentos necessários para a correta abordagem da dor. Percebe-se que a quantidade de acadêmicos interessados no assunto vem aumentando, em 2018 um total de 25 alunos participaram das reuniões científicas da liga com o tema dor. Já em 2019, foram 163 participantes, gerando um total de 188 acadêmicos beneficiados com todas as vantagens em aprender sobre esse assunto de maneira mais aprofundada.

4.3 Mensuração da dor

É fundamental que a dor seja mensurada, tanto para a instituição inicial de terapia de controle quanto para análise comparativa da eficácia do tratamento. Ademais, a mensuração é importante para avaliar se o tratamento é necessário, se está sendo eficaz e quando deve ser interrompido (SOUSA, 2002).

Existem vários métodos para mensurar a percepção de dor. Alguns abordam a dor como uma experiência unidimensional, como as escalas de categoria numérica/verbal e a escala de face. Outros métodos a consideram uma experiência multidimensional como a escala de descritores verbais diferenciais, o Questionário McGill de avaliação da dor e as diversas escalas comportamentais e questionários de funcionalidade e qualidade de vida existentes. Embora os métodos que consideram a dor uma experiência multidimensional serem mais completos por avaliarem diferentes dimensões como a sensorial, a afetiva e a avaliativa, os métodos que a consideram uma experiência unidimensional são mais utilizados devido a facilidade e a rapidez da aplicação (PEREIRA; SOUSA, 1998; SILVA, 2009).

A escala numérica verbal é a mais aplicada e consiste em perguntar ao paciente qual o seu nível de dor, devendo o paciente classificar sua dor de 0 a 10, sendo 0 dor ausente e 10 a pior dor que ele já sentiu. A escala de faces também é facilmente utilizada, o paciente deve classificar a intensidade da sua dor de acordo com a mímica representada faces desenhadas, a face com expressão de felicidade corresponde à classificação “sem dor” e a face com expressão de máxima tristeza corresponde à classificação “dor máxima” (PEREIRA; SOUSA, 1998).

O questionário de McGill é constituído por uma lista de 78 qualificativos repartidos por vinte subclasses, cada uma delas descreve aspectos sensoriais, afetivos e de avaliação da dor. As escalas comportamentais estão relacionadas

com a apreciação das manifestações observáveis ou comportamentais e são frequentemente empregadas em crianças e idosos (PEREIRA; SOUSA, 1998).

Apesar das escalas de dor não serem capazes de mensurar com exatidão a dor, devido à sua subjetividade e aos fatores que a influenciam, ainda constituem a alternativa mais segura para analisá-la. Ademais, é imprescindível que os profissionais as conheçam para que as utilizem de acordo com as limitações próprias de cada paciente (RIVEROS, E. R. et al. 2018).

4.4 Tratamento farmacológico e não farmacológico

A escolha do plano de tratamento da dor deve incluir o paciente, como proposto pela Sociedade Americana da Dor (*American Pain Society*), para que ele possa compreender quais são as melhores opções disponíveis para o seu tratamento, sejam elas farmacológicas ou não (GORDON et al, 2005). Evidencia-se que tratamento da dor não é algo inalterável. Este depende de muitas condições devendo, portanto, ser adaptado ao paciente e ao meio em que ele está inserido. (TREEDE et al, 2019).

O uso de analgésicos opioides deve ser restrito a casos que realmente necessitem de tais fármacos. Sua prescrição requer adequação de acordo com o paciente e seu quadro clínico, devido ao fato dos opioides estarem frequentemente relacionados com a dependência. Essa classe de medicamentos é muito utilizada em pós operatórios com dor aguda (KRAYCHETE et al, 2014).

Os fármacos analgésicos não opioides englobam principalmente os analgésicos comuns e os anti-inflamatórios não esteroidais (AINEs). Além disso, drogas antidepressivas e antiepilépticas têm se mostrado eficazes no tratamento da dor (NANNA, 2019). O acetaminofeno (paracetamol) é considerado um analgésico seguro, contudo, existem controvérsias sobre seu mecanismo de ação e salienta-se que este fármaco pode ter efeito hepatotóxico se administrado em altas doses (OAKLANDER et al, 2019). Os AINEs, devido aos seus efeitos adversos, devem ser prescritos com cautela e por tempo limitado, sendo utilizados em diversas situações para alívio de dores leves a moderadas, sendo este fármaco destaque para tratamento da enxaqueca (HO KY et al, 2018; OAKLANDER et al, 2019).

Pacientes com queixa de dor, principalmente do tipo crônica, frequentemente possuem ansiedade e depressão que acabam influenciando negativamente na realização de atividades cotidianas (JORDAN KP et al, 2019). Diante disso, os antidepressivos também podem ser utilizados com o intuito de diminuir a dor (RINTALA et al, 2007). Dentre tais fármacos, os Antidepressivos Tricíclicos e os Inibidores da Recaptação de Serotonina-Noradrenalina (SNRIs) têm se mostrado eficazes em diversos tipos de dores crônica, sobretudo as de caráter neuropático (HOLBECH et al, 2015). Uma outra alternativa para esse tipo de dor, preconizada

em diretrizes, são os anticonvulsivantes, como a gabapentina e pregabalina (FINNERUP et al, 2015).

Quando é necessário evitar os efeitos sistêmicos das medicações orais ou parenterais para o alívio da dor, pode ser necessário a utilização de medicamentos que visem o tratamento local da dor. Os mais utilizados são o adesivo de lidocaína, o adesivo de capsaicina e a toxina botulínica tipo A. Estes são empregados como primeira, segunda e terceira linha, respectivamente, em dores neuropáticas periféricas (FINNERUP et al, 2015).

Discussões acerca do tratamento de dor vem ganhando importância mundialmente, devido aos gastos decorrentes do uso de opioides na Atenção Primária norte-americana, alertado pelo *Center for Disease Control and Prevention* (CDC) (FRIEDEN, HOURY, 2016). Nesse contexto, a terapia intervencionista da dor é de grande importância pela sua alta capacidade de controle da dor e efeito poupador do uso de opioides. Além disso, é evidente a necessidade de se descobrir novos métodos que visem analgesia. (FREITAS, 2019).

De acordo com as informações relatadas, é muito importante que os profissionais de saúde conheçam os métodos não farmacológicos para controle da dor. Tais métodos são utilizados principalmente para tratamento da dor crônica e consistem em meditação, ioga, acupuntura, musicoterapia, termoterapia, massagem, quiropraxia, terapia com psicólogos, dentre outros. Ressalta-se que muitas dessas terapias estão também relacionadas com a melhora do bem-estar psicológico do paciente (CHEN et al, 2017). Além disso, alguns meios tecnológicos, como a Realidade Virtual (RV) e a Realidade Artificial (RA), já são utilizados na prática médica e se mostram eficazes no combate a dor (POGATZKI-ZAHN et al, 2017; MAANI et al 2011; MOON et al, 2018). Infelizmente, terapias complementares têm sido pouco indicadas devido desconhecimento, preconceito ou baixo alívio clínico observado pelos pacientes (BERMAN et al, 2010).

5 | CONCLUSÃO

De acordo com as informações colhidas é indiscutível a importância do conhecimento sobre dor, visto que, essa afeta negativamente a vida das pessoas e possui uma alta procura aos serviços de saúde. Estudos analisados demonstram que grande parte dos profissionais e estudantes da área da saúde, não só do Brasil, tem um conhecimento insatisfatório sobre o assunto. Dessa forma, a falta de conhecimento sobre os vários aspectos da avaliação da dor e sua abordagem constitui-se como um relevante problema entre muitos profissionais de saúde que lidam com ela, favorecendo um atendimento de pior qualidade aos pacientes que sofrem desse mal.

Isso se deve, em grande maioria, ao fato das instituições de ensino abordarem a dor de forma fragmentada e insuficiente. A falta de informações e treinamentos é prejudicial para a formação acadêmica como um todo, visto que o discente não será apresentado ao aprendizado integral e aprofundado no tema, e possivelmente, não será capaz de identificar, mensurar e tratar a dor de forma correta devido deficiência prévia no ensino.

De maneira geral, os estudantes e até mesmo os profissionais de saúde possuem certa dificuldade na abordagem da dor, o que pode reduzir a qualidade do tratamento, piorando o prognóstico do paciente. Diante disso, é de suma importância que as universidades deem a devida atenção ao abordar tal assunto. Enquanto não ocorre o ajuste curricular, atividades acadêmicas extracurriculares como ligas acadêmicas e monitorias podem complementar o ensino. Portanto, pode-se concluir que todas essas medidas irão aperfeiçoar o entendimento dos acadêmicos, facilitando a identificação da dor e seu manejo, e em última análise, melhorando a qualidade do tratamento ao paciente.

Com relação aos profissionais já formados, a fim de melhorar o domínio sobre o tema dor, os estabelecimentos de saúde podem promover treinamentos e simpósios visando a complementação e atualização sobre o assunto entre a equipe de saúde. Ademais, configura-se como uma importante medida a proatividade do profissional de saúde em se inteirar sobre o assunto, por meio de artigos científicos, participação em congressos e cursos específicos que abordem o assunto.

Atualmente, existem várias alternativas que visam solucionar os déficits de conhecimento sobre o assunto e com todos os recursos disponíveis é inconcebível que o paciente com dor seja tratado de maneira insuficiente. É de extrema importância a abordagem correta da dor em diversas esferas, por acadêmicos, médicos, enfermeiros e técnicos de enfermagem. Desse modo, os acadêmicos e profissionais de saúde devem ter um conhecimento satisfatório sobre dor para que possam oferecer o melhor cuidado ao paciente, melhorando, assim, a sua qualidade de vida.

REFERÊNCIAS

AKUMA, A.O. ; JORDAN, S. **Pain management in neonates: a survey of nurses and doctors.** Journal of Advanced Nursing 68(6), 1288–1301. 2012

ARAUJO, L. C. ; ROMERO, B. **Dor: avaliação do 5º sinal vital. Uma reflexão teórica.** Rev. dor vol.16 no.4 São Paulo 2015

BARROS, S. R. A. F.; ALBUQUERQUE, A. P. S. **Condutas de enfermagem no diagnóstico da dor e a classificação dos resultados.** Rev. dor, São Paulo , v. 15, n. 2, p. 107-111. 2014

BASTOS, D. F. et al. **Dor.** Rev. SBPH v.10 n.1 Rio de Janeiro 2007

BERMAN BM , et al. **Acupuncture for chronic low back pain.** N Engl J Med 2010 ; 363: 454 - 461 .

CHEN, L. ; MICHALSEN, A. **Management of chronic pain using complementary and integrative medicine.** BMJ 2017 ; 357: j1284 - j1284

CHRISTOFFEL, M. M. et al. **Conhecimento dos profissionais de saúde na avaliação e tratamento da dor neonatal.** Rev Bras Enferm 2016

FINNERUP, N. B. et al. **Farmacoterapia para dor neuropática em adultos: uma revisão sistemática e metanálise.** Lancet Neurol 2015 ; 14: 162 - 173.

FREITAS, D. M. O.; SPADONI, V. S. **A realidade virtual é útil para manejo da dor em pacientes submetidos a procedimentos médicos?.** Einstein (São Paulo), São Paulo , v. 17, n. 2, 2019

FRIEDEN TR, HOURY D. **Reducing the Risks of Relief - The CDC Opioid- Prescribing Guideline.** N Engl J Med. 2016

GILLMAN, P. K. **Farmacologia antidepressiva tricíclica e interações medicamentosas atualizadas.** Br J Pharmacol 2007 ; 151: 737 - 748 .

GORDON, D. B. et al. **Recomendações da American Pain Society para melhorar a qualidade do tratamento da dor aguda e oncológica: Força-Tarefa da American Pain Society Quality of Care.** Arch Intern Med 2005 ; 165: 1574 - 1580 .

HO, K. Y. et al. **Anti-inflamatórios não esteróides na dor crônica: implicações de novos dados para a prática clínica.** J Dor Res 2018 ; 11: 1937 - 1948 .

HOLBECH, J. V. et al. **Combinação de imipramina e pregabalina para polineuropatia dolorosa: um estudo controlado randomizado.** Pain 2015 ; 156: 958 - 966 .

JORDAN, K. P. et al. **Dor que não interfere na vida cotidiana - um novo foco para a epidemiologia da população e a saúde pública?** Dor 2019 ; 160: 281 - 285 .

KRAYCHETE, D. C. et al . **Recomendações para uso de opioides no Brasil: Parte III. Uso em situações especiais (dor pós-operatória, dor musculoesquelética, dor neuropática, gestação e lactação).** Rev. dor, São Paulo, v. 15, n. 2, p. 126-132, jun. 2014

KREMER, M., et al. **Um mecanismo noradrenérgico duplo para o alívio da alodinia neuropática pelos medicamentos antidepressivos duloxetine e amitriptilina.** J Neurosci 2018 ; 38: 9934 - 9954.

MAANI C. V. et al. **Virtual reality pain control during burn wound debridement of combat-related burn injuries using robot-like arm mounted VR goggles.** J Trauma. 2011

MOON J. Y. et al. **Virtual reality distraction during endoscopic urologic surgery under spinal anesthesia: a randomized controlled trial.** J Clin Med. 2018

MORONE N. E.; WEINER D. K. **Pain as the fifth vital sign: exposing the vital need for pain education.** Clin Ther. v. 35 n.11. 2013

NASCIMENTO L. A.; KRELING M. C. **Avaliação da dor como quinto sinal vital: opinião de profissionais de enfermagem.** Acta Paul Enferm;24(1):50-4. 2011

PEREIRA, L. V.; SOUSA, F. A. E. F. **Mensuração e avaliação da dor pós-operatória: uma breve revisão.** Revista Latino-Americana de Enfermagem, Ribeirão Preto, v. 6, n. 3, p. 77-84.1998

- PINHEIRO, R. C. et al. **Prevalência de sintomas depressivos e ansiosos em pacientes com dor crônica.** J. bras. psiquiatr., Rio de Janeiro, v. 63, n. 3, p. 213-219. 2014
- PINHEIRO, T. R. T. S. P. **Avaliação do grau de conhecimento sobre cuidados paliativos e dor dos estudantes de medicina do quinto e sexto anos.** São Paulo. 2010
- POGATZKI-ZAHN E. M. ; SEGELCKE D. ; SCHUG S. A. **Postoperative pain-from mechanisms to treatment.** Pain Rep. 2017
- RINTALA, D. H., et al. **Comparação da eficácia de amitriptilina e gabapentina na neuropática crônica em pessoas com lesão medular.** Arch Phys Med Rehabil 2007 ; 88: 1547 - 1560 .
- RIVEROS, E. R. et al. **Escalas de valoración de dolor en pacientes críticos no comunicativos: revisión sistemática.** Montevideo 2018
- ROCHA A.P.C. et al. **Dor: Aspectos Atuais da Sensibilização Periférica e Central.** Revista Brasileira Anestesiologia 2007; 57: 1: 94-105
- SALLUM, A. M. C. et al. **Dor aguda e crônica: revisão narrativa da literatura.** Acta Paul Enferm. 2012
- SILVA, F. C.; DELIBERATO, P. C. P. **Análise das escalas de dor: revisão de literatura.** Revista Brasileira de Ciências da Saúde, ano VII, no 19 jan/mar 2009
- SOUSA, F. A. E. F. **Dor: o quinto sinal vital.** Rev Latino-am Enfermagem. 2002
- TREEDE, R. D. et al. **Dor crônica como sintoma ou doença: Classificação IASP de Dor Crônica para Classificação Internacional de Doenças (CID-11).** Dor 2019 ; 160: 19 - 27 .

A IMPORTÂNCIA DA ENFERMAGEM NO TRATAMENTO AO PACIENTE COM SÍNDROME DE FOURNIER

Data de aceite: 05/02/2020

Ana Patrícia Fonseca Coelho Galvão

Faculdade Pitágoras São Luís, Departamento de Enfermagem.
São Luís-MA

Rita de Cássia Cunha Carvalho

Faculdade Pitágoras São Luís, Departamento de Enfermagem.
São Luís-MA

Loidiana da Silva Maia Alves

Faculdade Pitágoras São Luís, Departamento de Enfermagem.
São Luís-MA

Mônica Lopes Santos

Faculdade Pitágoras São Luís, Departamento de Enfermagem.
São Luís-MA

Regiane dos Santos Silva

Faculdade Pitágoras São Luís, Departamento de Enfermagem.
São Luís-MA

Polyana Sousa dos Santos

Faculdade Pitágoras São Luís, Departamento de Enfermagem.
São Luís-MA

Jeane Figueiredo

Faculdade Pitágoras São Luís, Departamento de Enfermagem.
São Luís-MA

Rock Herbeth Alves Brandão

Faculdade Pitágoras São Luís, Departamento de Enfermagem.
São Luís-MA

Diego Raí de Azevedo Costa

Faculdade Pitágoras São Luís, Departamento de Enfermagem.
São Luís-MA

Benedita Célia Leão Gomes

Instituto Florence de Ensino, Pós Graduação em Nefrologia.
São Luís-MA.

RESUMO: Trata-se de uma revisão bibliográfica cujo objetivo foi conhecer a importância da equipe de enfermagem no tratamento da síndrome de Fournier e tem como objetivos específicos compreender as características que permitem identificar claramente a síndrome de Fournier, listar os fatores de risco no acometimento da síndrome de Fournier e descrever os tipos de tratamento e curativos ao paciente com síndrome de Fournier. A metodologia utilizada baseou-se em pesquisa realizada por meio eletrônico na base de dados SCIELO, LILACS, BVS, BIREME, na qual foram obtidos 40 estudos publicados no período 2009 a 2017 de acesso livre em língua portuguesa, dos quais após serem lidos foram selecionados,

com critério de inclusão utilizou-se 25 artigos, que retratam o tema proposto e parecer pertinente à abordagem da pesquisa e 15 artigos como exclusão dos quais não haviam parecer pertinente à abordagem. Os resultados mais significativos são os estudos onde podemos aprimorar os cuidados de enfermagem, bem como planejamento e implementação da assistência da equipe de enfermagem, proporcionando uma menor taxa de incidências.

PALAVRAS-CHAVE: Síndrome de Fournier; Fatores de Risco; Cuidados de Enfermagem.

ABSTRACT: This is a bibliographic review whose objective was to know the importance of the nursing team in the treatment of Fournier's syndrome and its specific objectives are to understand the characteristics that allow the clear identification of Fournier's syndrome, to list the risk factors in the involvement of the syndrome. Fournier and describe the types of treatment and dressings to the patient with Fournier syndrome. The methodology used was based on research conducted electronically in the database SCIELO, LILACS, VHL, BIREME, in which were obtained 40 studies published in the period 2009 to 2017 of free access in Portuguese, from which after reading were selected The inclusion criteria were 25 articles, which portray the proposed theme and opinion relevant to the research approach and 15 articles as exclusion of which there was no opinion relevant to the approach. The most significant results are studies where we can improve nursing care, as well as planning and implementation of nursing team care, providing a lower incidence rate.

KEYWORDS: Fournier Syndrome; Risk factors; Nursing care.

1 | INTRODUÇÃO

A síndrome de Fournier, uma fascíte necrosante polimicrobial (infecção bacteriana destrutiva e rapidamente progressiva do tecido subcutâneo), que envolve o períneo e/ou genitália externa com sinergismo para parede abdominal (CRUZ, et al., 2015).

Caracterizada por uma endarterite obliterante (inflamação da camada interna de uma artéria que obstrui e fecha gradativamente), seguido de falta de suprimento sanguíneo (isquemia) e coagulação do sangue em veias subcutâneas (trombose), resultando em necrose da pele e hipoderme adjacente (MEHL et al., 2015).

Como parte justificável deste, apesar de todos os avanços terapêuticos, é uma patologia consideravelmente com altos índices de mortalidade, com uma progressão de 2,5 cm²/h, e é de evolução rápida e causa necrose dos tecidos. Contudo, a observação e o diagnóstico precoce coadjuvante ao tratamento que é agressivo e invasivo.

A assistência clínica pela equipe de enfermagem, deve desempenhar o

seu papel com responsabilidade durante os cuidados, requerendo mais atenção, quando diagnosticado. E estudos mais específicos relacionados aos cuidados de enfermagem referentes à Síndrome de Fournier mostram-se imprescindíveis, nos quais os profissionais devem estar em permanente conhecimento e habilitação para desenvolverem o seu papel fundamental para o paciente acometido, diminuindo suas complicações e/ou agravos.

Levando em conta o bem-estar do paciente, para fins de um tratamento positivo na linha de cuidados assistenciais de enfermagem, o sucesso do tratamento implica diretamente em maior qualidade de vida para os pacientes e até o reestabelecimento da autoestima. É nessa lacuna, que essa pesquisa se insere, ou seja, na necessidade de se analisar o desempenho da atuação de cada profissional, na abordagem multidisciplinar em relação ao tratamento.

Essa perspectiva permite a problematização da enfermidade em uma dimensão sistêmica, fora das análises tradicionais, que apenas, costumam descrever os sintomas e efeitos da doença, sem, contudo, repensá-la em termos de multidisciplinaridade. É nessa dimensão que o presente trabalho se insere.

Devido ao elevado número de acometimento de pacientes, tem como relevância ser um problema de saúde hospitalar, caracterizada por várias complicações, exigindo atenção redobrada da equipe de enfermagem na assistência. Com base no exposto qual o papel da enfermagem na avaliação, no tratamento e controle.

2 | A SÍNDROME DE FOURNIER E SUAS CARACTERÍSTICAS

A síndrome de Fournier foi mencionada pela primeira vez em 1764 por Baurienne, historicamente descrita pelo urologista francês Jean Alfred Fournier, especializado nos estudos de doenças venéreas. "O pesquisador francês descreveu com particularidades em dois trabalhos editados" (GODOY, CASSITAS, 2014).

Caracterizada por uma infecção simultânea de microrganismo anaeróbios e aeróbios que atuam em conjunto e determinam uma fascite necrotizante que acometem as regiões genitais, perineal e perianal (EBERHARDT et al., 2011).

Segundo BALBINOT et al., (2015), três características foram relatadas por Fournier, com início repentino em jovens, rápida evolução e patógenos, sem especificidade, no entanto não é mais vista como uma patologia sem causa. A causa microbiana estimula uma sequência complexa de reações químicas que resultam na formação de coágulo diretamente ou indiretamente, impulsionando a produção de citocinas pró-inflamatórias e consecutiva relevância do agente tissular da camada celular, que forra interiormente os vasos orgânicos e nos monócitos, ativando a coagulação com evolução progredindo para trombose dos vasos sanguíneos, sendo

sua principal característica.

Segundo Filho et al. (2017) pode ascender qualquer segmento do corpo, mas com hegemonia na região perineal e no sexo masculino. A porta de entrada pode ser resolvida através de uma assistência minuciosa, com delimitação no trato urogenital, no trato digestivo ou afecções cutâneas.

Trata-se de uma patologia agressiva, com evolução acelerada e que pode levar a óbito, e sempre ser digna de suspeição quanto as manifestações das características diagnóstico-laboratoriais. É de grande relevância distinguir que traumas nos membros superiores, no pescoço e no tronco, implicam uma assistência suprema devido sua ação injuriosa.

Os microrganismos isolados afetam os tecidos subcutâneos e profundos em partes moles. São identificados como bactérias Gran positivas e Gran negativas. A disseminação desses microrganismos ocasiona a diminuição do oxigênio dos tecidos, causando isquemia tecidual, trombose dos vasos subcutâneos, que conseqüentemente vão causar necrose da pele e tecidos adjacentes. A bactéria *Escherichia Coli* pode, no entanto, ser causada por diferentes organismos anaeróbicos, por Enterobactérias, por Estafilococos e por Estreptococos hemolíticos, Clostrídios (produtor de gases), Bacteroides, *Klebsiella pseudomonas* e *Proteus*. (MELLO et al., 2014).

Segundo Dornellas et al. (2012), existem uma diversidade de microrganismos encontrados em cultura do exsudato de feridas com tecido morto, que apresentam flora agrupada na maior parte dos casos, na quais são encontradas as bactérias gram negativas e gram positivas, anaeróbias e aeróbias.

O quadro clínico se caracteriza através de algia intensa, eritema, edema, e necrose dos testículos ou da região perineal e perianal. A síndrome de Fournier manifesta-se através de uma infecção aguda, de progressão fulminante e grave, que conseqüentemente pode levar a morte. Apresenta sintomas como: dor, febre, eritema, edema, que vão se agravando e após três ou quatro dias ocorre o rompimento tissular local com exteriorização de exsudato (RIGONI, 2012).

3 | FATORES DE RISCOS

Diversas condições podem gerar sua evolução: o rompimento de bexiga, lesão de uretra e outros acontecimentos generalizados como o diabetes mellitus, levando a magnitude da enfermidade e quanto mais senil for o paciente. Observou-se ainda a importância de uma diagnose prévia, o tratamento correto e os cuidados da enfermagem com uma interferência imperativa (SIZA, 2009).

Segundo Dias e Popov (2009), relatam que seu início pode estar relacionado

a eventos do trato urinário, anal, drogas injetáveis, fissuras do períneo e tumores perineais.

De acordo com Mehl et al. (2010), diversas pesquisas da atualidade copulam para reconhecer condições que provocam e ocasionam a manifestação da síndrome de Fournier.

O diabetes mellitus apresenta-se como uma das patologias mais corriqueiras, condizendo com 40% a 60% dos que apresentam essa patologia, o etilismo habitual apresenta-se em 25% a 50% dos eventos. Outras condições que podem estar relacionadas e compreendem: o sexo masculino, pessoas com idade avançada, imunossuprimidos, tratamento com corticoides, lesão renal aguda e hepática, hipertensão, excesso de peso e dentre diversas situações menos usual (MEHL et al., 2010).

Eberhardt, Moraes e Mastella (2011), afirmam que os principais fatores de riscos estão ligados ao Diabetes Mellitus, hipertensão arterial, tabagismo, imunossupressão como SIDA, quimioterapia e leucemia, ocorrendo infecções anexas. De modo geral o limiar para entrada, é a região urogenital, digestivo e/ou alteração da pele.

Para Dornellas et al. (2012), endossam que indivíduos de 20 a 60 anos de idade, condizente com os fatores de riscos que são: malignidade, sarampo, quimioterapia, pós-cirurgia com uso de instrumentos urológicos, cirurgia de hérnia, de varizes, hemorroidas, testículos e próstata, utilização de entorpecentes por via endovenosa, traumatismos (local, mecânico, técnico, químico, mordeduras, arranhões, intercuro anal, coito), estados debilitantes (sepse e desnutrição) ou imunossupressoras (Diabetes Mellitus, Hipertensão Arterial).

Segundo Rocha et al. (2012), ambos contrastam com outros autores supracitados que afirmam que entre os fatores de riscos estão a idade entre 50 a 70 anos, mas em concordância com os fatores predisponentes como: o diabetes mellitus, o alcoolismo e os pacientes imunossuprimidos.

A síndrome de Fournier pode estar relacionada a patologias sistêmicas ou a uma infecção, dentre elas estão o etilismo, lúpus eritematosos e HIV. Evidenciando o trato urogenital, podendo ter como indicativo e fator evidenciado, o estreitamento uretral, turgência renal e escrotal, inflamação no saco músculo cutâneo, litíase, cateter vesical de demora, atrito e biópsia prostática. Tratando-se do trato digestivo as causas percorridas foram em abcesso perianal, câncer do cólon e reto, apendicite e diverticulite, doença de Cronh, hérnia e perfuração do reto (TOLEDO et al., 2013).

Alves e Alves (2013), estendeu os relatos em que outros fatores predisponentes relacionados a síndrome de Fournier são: trauma local, efusão de urina, cirurgia perirretal ou perianal, aumento de contágio periuretral, acúmulo de secreção no reto e ânus, infecção no aparelho genital e urinário, portadores do vírus da

imunodeficiência humana, tendo preferência por pessoas em idade avançada, diabéticos, alcoolistas, mirrados, pessoas com defesa imunológicas baixa, obesas e de classe socioeconômica baixa.

Para Cordeiro et al. (2014), o Diabetes Mellitus é de causa mais recorrente para sua evolução, existindo outras complicações, dentre elas estão: a doença progressiva do fígado, insuficiência cardíaca, doença inflamatória crônica de origem autoimune, insuficiência adrenal crônica, dentre outras. Os autores destacam que outros aspectos que levam ao risco e estão relacionados à ausência de higiene, trombose, diminuição do fluxo sanguíneo localizado na genitália, trauma com desenvolvimento de equimose, prega na epiderme que concentram microrganismo, ingestão exagerado de antibiótico que combatem infecção, com presença de inchaço, rubor repentino, escurecimento da região perineal com apresentação de emanação necrótica, promovendo a apoptose.

Segundo Eberhardt et al. (2014), concordam conjuntamente com as afirmações supracitadas de que, os estudos demonstram como fator principal para o desenvolvimento da síndrome Fournier o Diabetes Mellitus, no entanto, outras condições destacam-se: HAS, paralisia dos membros inferiores, quadriplégica, nicotínismo, etilismo, senilidade, adiposidade e um pequeno número de ocorrências com ausência de causas. O ponto originário da enfermidade normalmente está pertinente a um ferimento na extensão do períneo, ânus e da região geniturinária.

Segundo Cordeiro et al. (2014) a síndrome de Fournier está relacionada a afecções crônicas, influenciando na progressão dos casos com responsabilidade direta, podendo levar o paciente a ter complicações rotineiras como (problemas renais, respiratório, cardíaco, pneumonia, hemorragia, cerebral, coagulopatia, acidose, o avanço ao abdômen, distúrbio hepático e disseminação de abscessos que na maioria das vezes estão relacionadas com sepse. E pode atingir homens e mulheres, apesar de sua incidência ser maior nos homens, podendo se manifestar após cirurgia de prótese peniana, anais e ginecológicas.

Em concordância com outras literaturas a gênese se dá com a inflamação nos testículos, hidropisia do escroto, vasectomia, cateter vesical, carcinoma de bexiga, infecção no epidídimo, inflamação da glândula e do prepúcio, iscúria dentre outros (SANTOS et al., 2014).

Para Godoy e Cassitas (2014), a infecção proveniente de microrganismos pode ser de causa desconhecida, tendo como fatores de risco a imunossupressão, a contusão, a cirurgia, o lúpus, o carcinoma e a falência dos rins. E Lamberty et al. (2014), ambos mantêm a afirmação, ressaltando também a deficiência urológica e de colos-retais.

Há um grande litígio em relação da origem, de maneira original aludiu eventos em que algumas das literaturas revisadas, mencionou cerca de 25% das ocorrências,

que até então se apresentam de causa desconhecida.

Nas particularidades da síndrome de Fournier são visivelmente o acesso para a entrada dos micróbios. Porém esta doença não é mais classificada como idiopática, na maioria das vezes decorrem de afecções ou mecanismos urológicos e do colo e reto englobando problemas operatórios de hérnia abdominal, cirurgia de hemorroidas, castração, interrupção cirúrgica dos canais deferentes e retirada do prepúcio. Sua fisiopatologia, expõe-se três condições: lesão local, que contribuem para invasão dos patógenos pela derme lesionada, contaminação do trato urinário e genital, com alcance dos planos intrínsecos, contaminação do períneo e do ânus ou da extensão situada atrás do peritônio. (BALBINOT et al., 2014).

Diante do proposto, a derme do saco escrotal destaca-se a ausência de limpeza, pouca valotização da transpiração, os refolhos da pele que dificultam a circulação, diminuindo a resistência à infecção. A despeito de variadas vezes a motivação continua uma incógnita, alguns aspectos favorecem para o surgimento da síndrome de Fournier, tais como: comorbidade, fatores que diminua a imunidade, enfermidade do colo e reto, das genitálias e lesões causadas por pancadas (QUEIROZ et al., 2014).

Cruz et al. (2016), os fatores predisponentes estão entre os abscessos anorretal, cirrose, doença vascular periférica, cirurgias orificiais, vasectomia, trauma perineal, estenose uretral, neoplasia colorretal avançada, neoplasias reumatológicas, radioterapia, diverticulite aguda, úlcera duodenal perfurada e doença inflamatória. Informações de sequencias recentes apontam que a síndrome de Fournier, propende acometer entre 2^a e a 6^a década de existência, com manifestações de associações de doenças.

4 | TRATAMENTO

Estudos discorrem, que a oxigenoterapia hiperbárica como terapia isolada não surte um bom efeito, porém, conjuntamente com os processos cirúrgicos e a antibioticoterapia de largo espectros, inibe visivelmente os números de óbitos (SIZA, 2009).

Clinicamente, a terapêutica deve ser de imediato na reparação da desordem dos eletrólitos, ácido básico hemodinâmico, terapia medicamentosa para inibir a evolução, já na terapêutica cirúrgica incluem os desbridamento extenso de todo tecido necrótico (DIAS e POPOV, 2009).

Segundo Mehl et al. (2009), as intervenções devem ser feitas imediatamente através de uma intensa ação para reabilitação do paciente e a estabilização dos distúrbios hidroeletrólíticos, antibioticoterapia endovenosa de largo espectro, para bactérias gram-positivas da derme, gram-negativas do trato gastrointestinal e

urinário, intenso desbridamento cirúrgico de tecidos desvitalizados para remoção do mesmo, até encontrar o tecido saudável.

Para Candelária et al. (2009), a terapêutica usada envolve vários esquemas de antibioticoterapia, mas os resultados não foram tão positivos como o esperado, já os processos cirúrgicos, como, retirada dos tecidos desvitalizados de imediato e violento foram essenciais para uma boa evolução da gangrena, pois esse procedimento indicará se há necessidade de um novo processo cirúrgico.

De acordo com Mehl et al. (2010), o principal tratamento tem como base a intervenção cirúrgica, envolvendo desde uma drenagem comum até a retirada total dos tecidos extenuados, de forma agressiva e com ou sem excrementos fecais ou de urina. Subsequente ou não de giro de retalhos e o uso de antimicrobianos de largo espectro que são condutas de apoio. Como medidas adjuvantes, a oxigenoterapia hiperbárica ajuda na regressão do tecido desvigorado, diminuindo os sinais sistêmicos de contaminação aumentando a sobrevivência do tecido isquêmico.

O objetivo da terapêutica é o equilíbrio isotônico, ácido básico, regulação hemodinâmica, com antibiótico de amplo espectro conjuntamente com a remoção cirúrgica do tecido necrótico. A antibioticoterapia é um auxiliar de suma importância para exterminar uma variedade de patógenos, sendo necessário início empírico com adequação da medicação de acordo com a necessidade clínica do cliente ao fazer o antibiograma e cultura (EBERHARDT et al., 2011).

De acordo com Rocha et al. (2012), o uso de antibióticos, a retirada cirúrgica dos tecidos mortos, cuidados sistemáticos, um intenso cuidado com a lesão e uma assistência de uma equipe multidisciplinar, são métodos relevantes para uma terapêutica pertinentes ao cliente. Atualmente já se usa a oxigenoterapia hiperbárica como uma terapêutica complementar o tratamento.

Para Dornellas et al. (2012), inicialmente os antibióticos de largo espectro são indicados desde a diagnose até total reabilitação do paciente, em dosagens altas para alcançar bactérias gram-positivas e gram-negativas e anaeróbios, inserido também a oxigenoterapia hiperbárica que tem ação coadjuvante na terapêutica, removendo secreção, estimulando o revestimento da lesão, promovendo angiogênese e diminuindo a disseminação de microrganismo.

Rigoni (2012), o método terapêutico constitui-se no desbridamento dos tecidos necrosados, onde a antibioticoterapia não alcançam, devendo ser de largo espectro, pois há uma variedade de microrganismos responsáveis pela evolução da síndrome.

O planejamento para o tratamento, inicia-se com a terapia da algia durante e antes dos curativos, que serão realizados diariamente, com acompanhamento de uma equipe multiprofissional, com estímulo e melhoria na dieta calórica de acordo com a sugestão do nutricionista e assistência da equipe de enfermagem para uma melhor evolução da cicatrização da lesão (SOARES et al., 2012).

Para controlar é preciso um aporte clínico apropriado, com inclusão de antibióticos de largo espectro, equilíbrio isotônico, sendo necessário ainda a retirada cirúrgica de tecidos debilitados, até atingir as bordas dos tecidos saudáveis. Nos eventos em que atingem a região perianal, se faz necessário uma colostomia para desvio do trânsito intestinal e também uma cistostomia para evitar uma infecção através dos insumos urinários (ALVES e ALVES, 2013).

Após o diagnóstico é indispensável o início da terapia medicamentosa, com restituição da volemia, remoção de tecidos desvitalizados em cirurgia e o uso de antibioticoterapia de profuso espectro, como terapia ajudadora aos cuidados relatados anteriormente, usa-se a oxigenoterapia hiperbárica, com efeito de alterar a pressão parcial de oxigenação nas fâscias hipóxicas, enquanto retém o oxigênio nos tecidos. A ligação entre a remoção cirúrgica o antibiótico e a oxigenoterapia hiperbárica favorecem bons resultados a terapêutica (TOLEDO et al., 2013).

Segundo Cordeiro et al. (2013), a intervenção preconizada e o desbridamento cirúrgico, que podem ser feitos quantas vezes se fizerem necessário até o controle total da necrose, junto a esse procedimento sugere-se a terapia com antibióticos e a assistência a ferida. Vários escritores recomendam a oxigenoterapia hiperbárica com o intuito de reduzir a dimensão da lesão diminuindo de morbidades e óbitos.

A maioria dos casos evoluem como emergência cirúrgica, no entanto a terapêutica medicamentosa deve ser imediatista afim, de estabilizar hemodinamicamente o cliente para uma administração antimicrobianos e o processo cirúrgico. O tratamento da infecção requer uma multidisciplinaridade, segundo a conveniência de cada evento, a finalidade do desbridamento cirúrgico é a retirada da necrose e conter a evolução da infecção e a intervenção com a oxigenoterapia hiperbárica contribui para controlar o contágio e agilizar a cicatrização (AZEVEDO et al., 2014).

Se o manejo for inapropriado, leva a sepse com morte progressiva dos órgãos e ao óbito. A intervenção efetuada por meio da imediata reparação da desordem hidroeletrólítica, ácido-base, hemodinâmica, antibiótico de grande espectro e remoção cirúrgica dos tecidos extenuados, promovem oportunidade de vida para o cliente (LAMBERTY et al., 2014).

De acordo com Queiroz et al. (2014), destacam a relevância da emergência no processo cirúrgico como tratamento emergencial e estabelecido, sendo que os clientes que não forem submetidos ao desbridamento vão a óbito numa porcentagem igual a 100.

Os cuidados se constituem de medidas como o uso de terapia antibacteriana e cirurgia, removendo os tecidos desvigorado. Se a síndrome evoluir, é indispensável a intervenção cirúrgica novamente. E como tratamento adjuvante a oxigenoterapia hiperbárica melhora o suporte de antibióticos diminuindo os edemas (GODOY e

CASSITAS, 2014).

Para ter uma boa evolução e diminuir o elevado índice de óbito exige da equipe multiprofissional um reconhecimento prévio, a terapêutica clínica, o imediato desbridamento e as intervenções imediatas, como: a remoção cirúrgica da necrose e a administração de antibióticos de largo espectro, ambas são pertinentes a essas intervenções que em conjunto com a interpelação da equipe são determinantes no manejo da enfermidade (EBERHARDT et al., 2014).

O uso de papaína auxilia no desbridamento auto lítico e age na infecção aumentando o processo de cicatrização de acordo com sua concentração, os triglicerídeos de cadeia media (MCT) como óleo de girassol complementa o tratamento, também se acrescenta suporte nutricional, administração do hormônio do crescimento que ajuda no processo de cicatrização mais eficácia da lesão (SANTOS et al., 2014).

Em uma dimensão geral, no tratamento ocasionalmente pode haver a necessidade de uma colostomia e uma cistostomia para proteger a lesão em tratamento, como um tratamento relevante tem-se a oxigenoterapia hiperbárica que é indicada para combater a infecção, especialmente pelos microrganismos anaeróbios, que proporciona uma melhora na fagocitose dos neutrófilos eleva a propagação dos fibroblastos e angiogênese, diminui o inchaço e eleva a fabricação e a condução intracelular de radicais livres de oxigênio, resultando em um melhor prognóstico (MELLO et al., 2014).

Para Neumann et al. (2016), o subsídio ineficaz de nutrientes ou mudanças metabólicas em pacientes, provocam alterações na situação nutricional. Entretanto, o método de reparo tecidual, acham-se numerosos coeficientes que induzem de aspecto favorável, como a situação nutricional adequada, que assiste na maneira de regeneração, já que para formação tissular é necessário carga de macro e micronutrientes, e o uso de imunonutrientes, que executam papéis peculiares e essenciais, como diminuição da decomposição de proteínas, conserva a integridade do bloqueio intestinal evitando translocação microbiana e possível septicemia.

Em vários estudos o tratamento está relacionado a procedimentos cirúrgicos ressaltando literaturas que discorrem sobre procedimentos com uso de retalhos de derme para substituir o tecido necrosado e prejudicado (CRUZ et al., 2016).

O auxílio inadequado de nutrientes ou alterações metabólicas em pacientes causam alterações em seu estado nutricional. Durante o processo de reparo tecidual, existem inúmeros fatores que influenciam de forma positivo, como o estado nutricional adequado, que auxilia no processo de cicatrização, já que para formação tecidual é necessário energia de macro e micronutrientes, e o uso de imunonutrientes, que desempenham papéis específicos e fundamentais, como redução da degradação de proteínas, mantém a integridade da barreira intestinal evitando translocação

bacteriana e possível septicemia em pacientes com a síndrome.

Segundo Siza (2009), após diversos procedimentos cirúrgicos, são efetuados curativos usando sulfadiazina de prata em algumas regiões e em outros locais usa-se hidrocólide com intuito de fazer o desbridamento autolítico, sendo a equipe de enfermagem responsável pela realização dos curativos que são demorados e necessitam de atenção especial, o procedimento deve ser limpo para evitar a disseminação da infecção para outros clientes e os locais com regressão da infecção.

Com a regressão da contaminação, o processo de desbridamento será autolítico com uso de colagenase liofilizada tópica, sendo utilizada até duas vezes diariamente em clientes com imensas deformações da pele até a reconstituição final, a colagenase liofilizada é uma diástase que digere e remove a necrose (MEHL et al., 2010) Para Dornellas et al. (2010), os curativos da região da lesão constituem-se de higienização com clorexidina degermante e uso de antibactericida tópico (sulfadiazina de prata)

Para a realização dos curativos podem ser aplicados uma diversidade de produtos como colagenase, que destrói os tecidos necrosados, carvão ativado, sacarose, mel papaína hidróxido de magnésio, tendo como fator importante a higienização mecânica com cloreto de sódio (EBERHARDT et al., 2011).

Os curativos realizados diariamente com uso de papaína a 6% e assepsia da ferida, devido a formação da necrose e do exsudato e uso também do carvão ativado composto com prata, suga a secreção e elimina odor fétido atuando sobre as bactérias (SOARES et al., 2011).

A papaína é uma das indicações para o desbridamento autolítico, também tem a função na evolução da cicatrização e na construção de tecidos granulados e com um custo inferior aos revestimentos industrializados (LEITE et al., 2012).

O método corretivo foi embasado em procedimentos simples para cada ocorrência, sendo assim, perdas insignificantes foram ajustadas com rafia das extremidades ou auto implante de derme, diversos tipos de remendos foram recomendados para a interpelação, dentre esses o fasciocutâneo do membro inferior que vai do quadril ao joelho, que ostenta boa espessura, podendo externo e circunflexo, fazendo o remendo mais seguro, excepcionalmente em clientes diabéticos (DORNELAS et al., 2012).

Os vários tipos de produtos usados na terapêutica da lesão são os seguintes; hidrogel que proporciona a retirada de pústulas ou tecido necrótico da lesão aberta por meio da remoção auto lítico, AGE (ácido graxo essencial) proporciona a quimiotaxia e angiogênese preserva o ambiente molhado e agiliza o mecanismo de granulação dos tecidos, iruxol realiza a remoção auto lítico dos tecidos desvitalizados, por conta da saída em grande quantidade de exsudato com perfuração usa-se uma lamina de carvão ativado e prata para sugar o exsudato e diminuir a putrefação da ferida

(RIGONI, 2012).

Estudos listam uma demanda elevada que demonstram produtos como, colagenase liofilizada, carvão ativado, açúcar, papaína e hidróxido de magnésio que irão otimizar a cicatrização da ferida com a contenção da infecção na região da lesão que requer cuidados precisos (TOLEDO et al., 2013).

Foram relatados a promoção de tratamentos específicos para a cobertura da ferida e manejo das bactérias, esse tratamento faz a contenção e a regressão dos sintomas, tal como a infecção, secreção, tecidos desvitalizados e putrefação. Ressaltam que a utilização dessas substâncias realiza a angiogênese, eliminam odor fétido e atuam sobre as bactérias e realizam a remoção auto lítico do tecido necrosado, nesse sentido essas coberturas têm grande relevância na terapêutica (RIBEIRO, 2014).

5 | CONCLUSÃO

A realização deste estudo possibilitou compreender as características, os fatores de risco e os tipos de tratamentos e curativos ao paciente. Tendo em consideração a problemática em estudo e os objetivos definidos, centramos por uma revisão literária, qualitativa e descritiva, para melhor compreensão.

Estudos relatam que a equipe de enfermagem tem um papel fundamental no diagnóstico precoce e tratamento. A frequência ou inexistência de eventos antagônicos são formas de avaliar a intensidade do cuidado de enfermagem, entretanto, concluímos que se faz necessário que a enfermagem una sua sapiência sobre anatomia, fisiologia, microbiologia e farmacologia, salvo a busca constante por inovações e melhorias, através de medidas didáticas, granjeando dessa forma, prática e competência.

Concluímos também que para o êxito da gerência na síndrome de Fournier, a ausência das complicações agregadas é de suma importância bem como, à assistência clínica pela equipe de enfermagem, devendo desempenhar o seu papel com responsabilidade durante os cuidados dele, requerendo mais atenção, quando diagnosticado.

Portanto, é relevante proporcionar um atendimento ao cliente coadjuvadamente e essencialmente ataviados a uma boa prática e conscientização de cada profissional de enfermagem em suas condutas preventivas no seu cotidiano.

As ações educativas permanentes na qualificação da assistência entre os diferentes contextos da prática de enfermagem concernem no reconhecimento precoce das implicações.

Neste ângulo a observação se torna uma ferramenta imperiosa na sinalização do cuidado prestado. Pois, compreender a atuação da equipe de enfermagem

quanto as características, fatores de riscos, tratamentos e curativos, foi de grande ganho e enriquecimento acadêmico, que seguirá em toda jornada profissional. É de fundamental relevância aplicação de novos estudos relacionados a essa temática para que novos conhecimentos sejam inseridos promovendo saúde à sociedade.

REFERÊNCIAS

ALVES, Paulo José; ALVES, Sulley Sheila Teixeira. Reconstrução escrotal com retalho súpero - medial da coxa após síndrome de fournier. Rev. Bras. Cir. Plást. Crato - CE. 2013. Correspondência: Rua Pedro Cardoso Sobreira, Nº 10, Aptº 201, Lagoa Seca. Juazeiro do Norte – CE, Brasil.

AZEVEDO, Cassius Clay S. F.; ARAÚJO, Ana Paula L. De; MARIN, Caroline V.; BALDI, Djullian; ALVES, Joaquim P. F. Síndrome de Fournier: Um Artigo de Revisão. Rev. Eletrônica Da UNIVAG. Varzea – MT. 2014.

BALBINOT, Priscila; ASCENÇO, Adriana Sayuri Kurogi; NASSER, Isis Juliane Guarezi; BERRI, Dirlene Thaisa; JUNIOR, Ivan Maluf; LOPES, Marlon Camara; BODANESE, Tiago; FREITAS, Renato da Silva. Síndrome de Fournier: Reconstrução de bolsa testicular com retalho fasciocutâneo de região interna de coxa. Rev. Bras. Cir. Plást. Curitiba-PR. 2015.

CANDELARIA, Paulo De Azeredo Passos; KLUG, Wilmar Artur; CAPELHUCHHNIK Chia Bin Fang. Síndrome de Fournier: Análise dos fatores de mortalidade. Rev. Bras. Coloproct. Ribeirão Preto - SP. 2009.

CHEN, Shih-Yi MD; FU, JU-PENG MD; WANG, Chih-Hsin MD; LEE, Tzu-Peng MD; CHEN, Shyi-Gen MD. Fournier Gangrena: uma revisão de 41 pacientes e estratégias para reconstrução. Anais de Cirurgia Plástica. Taiwan. 2010.

CORDEIRO, Técia Maria Santos Carneiro e; FREITAS, Giselle Borges de; BRAGA, Vanessa Sales; REIS, Tânia Silva; CASTRO, Thaís Vilas Boas de. Síndrome de Fournier: diagnósticos de enfermagem segundo NANDA. Rev. Epidemiológica e Controle de Infecção. Santra Maria-RS. Out/Dez 2014.

CRUZ, Ronny Anderson de Oliveira; ANDRADE, Lidiane Lima De; ARRUDA, Aurilene Josefa Cartaxo Gomes de. Produção Científica sobre Gangrena de Fournier eos Cuidados de Enfermagem: Revisão Integrativa. Rev. Enf. UFPE. Recife- PB -2016. Email: ronnyufpb@gmail.com

DIAS, Maria de Lourdes dos Santos; POPOV, Débora Cristina da silva. Síndrome de Fournier: Alerações do Portador. Rev. Enfer. UNISA. Bahia. 2009.

DORNELLAS, Marilho Tadeu; CORREA, Marília de Pádua Dornellas; BARRA, Felipe Marcellos Lemos; CORREA, Lívia Dornellas; SILVA, Eveline Cristina da; DORNELLAS, Gabriel Victor; DORNELLAS Marcília da Cássia. Síndrome de Fournier: 10 anos de avaliação. Ver. Bras Cir Plast. Juíz de Fora- MG. 2012.

EBERHARDT, Ana Cristina; MORAES, Fernanda; MASTELLA, Rosane C. Gonçalves. Gangrena de Fournier; Estudo de Caso. Revista Contexto e Saúde. Rio Grande do Sul - UNIJUÍ. Jan/Jun 2011.

FILHO, Nivaldo Cardozo; PATRIOTA, Gyoguevara; FALCÃO, Rodrigo; MAIA, Roberto; DALTO, Gildásio; ALENCAR, Daniel. Relato de Caso; Tratamento da Grangrena de Fournier na cintura escapular. Rev. Bras. Ortop. Salvador- BA. 2017.

GODOY, Caroline Bagaiolo; CASSITAS, Matheus Fernandes. A síndrome de fournier. Rev. Med. Res. Arapongas - PR. 2013.

LAMBERTY, Cristiane; VETORRATO, Elisângela Salete. Gangrena de Fournier. XVI Jornada de Extensão. UNIJUÍ. Porto Alegre- RS, 2014.

LEITE, Andréa Pinto; OLIVEIRA, Beatriz Guitton Renaud Baptista de; SOARES, Maria Ferreira; BARROCAS, Desirée Lessa Rodrigues. Uso e Efetividade da Papaína no Processo de Cicatrização de Feridas uma revisão Sistemática. Rev. Gaúcha Enferm. Niterói-RJ. 2012.

MEHL, Adriano Antônio; FILHO, Dorivam celso Nogueira; MANTOVANI, Lucas Marques; GRIPPA, Michele Mamprim; BERG, Ralf; KRAUSS, Denise; RIBAS, Denise. Manejo da gangrena de Fournier: experiência de um hospital universitário de Curitiba. Rev. Col. Bras. Cir. Curitiba-PR, 2010.

MELLO, Larissa Scardini de; MALUF, Maira Marranghello; NASRALA, Ana Flávia Soares; HENRY, Pedro. Síndrome de Fournie. Revista Científica do Hospital Santa Rosa. 2014. Corresp. Rua Adel Maluf, 119, Jardim Mariana, Cuiabá-MT.

MONTARGIL Gabriela; Ribeiro Silvia Cristina Batista Cruz. Assistência De Enfermagem Ao Paciente Portador Da Síndrome De Fournier: Revisão De Literatura. Salvador – BA. 2014.

NEUMANN, Karine Rodrigues da Silva; BERNARDI, Ludmila Soares Antunes; MORAIS, Paloma Benigno; RODRIGUES, Carla Pereira Fiuza; SANTANA, Laís Isaias; AZEVEDO, Regiane Rodrigues. Suplementação com Glutamina: Uma Estratégia no Tratamento Nutricional de Pacientes com Síndrome de Fournier. Revista Multidisciplinar do Nordeste Mineiro - Minas Gerais. Novembro/2016.

QUEIROZ, Joliane Cardoso; SILVA, Lucijane Frota da; CARDOSO, Tarcísio Viana; SILVA, Karla Patrícia Moreira da. Síndrome de Fournier: Conhecimento dos enfermeiros frente esta Patologia. Guanambi-BA - 2014.

RIGONI, Ana Paula. Assistência de Enfermagem ao Paciente com Síndrome de Fournier em UTI: Relato de Experiência. Faculdade de Ciências Biológicas e da Saúde da Universidade Tuiuti do Paraná. Curitiba- PR, 2012.

ROCHA, Sander Tessaro; FILHO, João De Bona Castelan; PETRY, Mari Sandra; BERNARDI, Roberto Meister; BUENO, Gervani B.; WARMLING, Carolini Zanette. Experiência inicial da terapia hiperbárica na síndrome de Fournier em um hospital de referência no sul catarinense. Arq. Catarin. Med. São Jose-Criciúma - SC. 2012.

SANTOS, Érick Igor dos; VALE, Amanda Luiza Vasconcellos Vertulli; REIS, Isabel Cristina Peixoto Marinho dos; NEVES, Priscila Benevides; PONTES, Cristiane Marinho; CAMARA, Sarita Gonçalves de Campos. Evidências científicas brasileiras sobre gangrena de Fournier. Rev. Rene. Rio das Ostras – RJ. 2014.

SIZA, Maria Auxiliadora Freire. Intervenções de Enfermagem no Tratamento da Gangrena de Fournier: Relato de Caso. 2009. João Pessoa -PB.

SOARES, Rhea Silva de Avila; SAUL, Aleksandra Real; FARÃO, Elaine Miguel Delvivo; LIMA, Suzinara Beatriz Soares; SILVA, Fernanda Stock; FINGER, Adriane. Sistematização da Assistência de Enfermagem ao Paciente com Síndrome de Fournier. Santa Maria - RS. 2011.

TOLEDO, Alexandre Sousa; OLIVEIRA, Marcia Silva; SALDANHA, Rosana Regina; SOUSA, Gutemberg Delfino. A atuação do biomédico no diagnóstico da síndrome de founier. Ensaios e Ciência: Ciências Biológicas, Agrárias e da Saúde. Valinhos - SP. 2013.

ABORDAGEM GRUPAL PARA A PROMOÇÃO DA SAÚDE: RELATO DE EXPERIÊNCIA NO CAPS GERAL DE GUAÍÚBA

Data de aceite: 05/02/2020

Data de submissão: 04/11/2019

Hortência Gueve da Fonseca

Universidade da Integração Internacional da Lusofonia Afro-Brasileira (UNILAB)

Instituto de Ciências da Saúde-Curso de Enfermagem

Redenção-Ceará

Lattes: <http://lattes.cnpq.br/2709667379234412>

Eysler Gonçalves Maia Brasil

Universidade da Integração Internacional da Lusofonia Afro-Brasileira (UNILAB)

Instituto de Ciências da Saúde-Curso de Enfermagem

Redenção-Ceará

Lattes: <http://lattes.cnpq.br/1035839645239734>

Albertina Antonielly Sydney de Sousa

Universidade da Integração Internacional da Lusofonia Afro-Brasileira (UNILAB)

Instituto de Ciências da Saúde-Curso de Enfermagem

Redenção-Ceará

Lattes: <http://lattes.cnpq.br/8771256885811713>

RESUMO: O estilo de vida inclui os aspectos físico, mental, espiritual e social que influenciam diretamente na saúde e bem-

estar dos indivíduos. Logo, adotar hábitos saudáveis pode prevenir comorbidades e prover maior qualidade de vida. Objetivou-se relatar a experiência acerca da realização de uma abordagem grupal voltada à promoção da saúde com usuários do Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) Geral de Guaiúba, Ceará. Trata-se de um relato de experiência vivenciada por uma acadêmica durante as práticas da disciplina Processo de Cuidar na Saúde Mental do curso de Enfermagem da UNILAB, em setembro de 2018. Realizou-se um grupo operativo com o objetivo de abordar sobre a alimentação e estilo de vida saudável entre os usuários do serviço. O grupo teve duração de uma hora e foi dividido em três momentos: 1) apresentação da proposta e dinâmica de interação; 2) realização da tarefa, precedida por uma breve explanação sobre alimentação saudável e completada com uma atividade de colagem; e 3) encerramento do grupo: finalização da atividade com a partilha das percepções dos participantes sobre o momento e esclarecimento de dúvidas. Oportunamente, calculou-se o Índice de Massa Corporal (IMC) dos participantes e degustou-se uma salada de frutas. Os usuários participaram ativamente de toda a atividade e expressaram o desejo de colocar em prática o que aprenderam sobre

os hábitos para uma vida saudável. Também ressaltaram a satisfação com o grupo, sugerindo que a atividade se estendesse aos seus familiares. Os valores do IMC revelaram pacientes com sobrepeso e obesidade graus I e II. A atividade proporcionou informações relevantes aos usuários do CAPS e foi capaz de promover reflexão acerca dos seus hábitos de vida. Além disso, foi uma experiência gratificante para a docente em formação, uma vez que conseguiu associar teoria e prática e ver os resultados da promoção da saúde.

PALAVRAS-CHAVE: Serviços de Saúde Mental. Enfermagem. Promoção da Saúde.

GROUP APPROACH TO HEALTH PROMOTION: EXPERIENCE REPORT IN GENERAL CAPS OF GUAÍÚBA

ABSTRACT: Lifestyle includes physical, mental, spiritual and social aspects that impacts directly on health and well-being of persons. Therefore, adopting healthy habits can prevent comorbidities and provide higher quality of life. This study aimed to report the experience of conducting a group approach focused on health promotion with patients of Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) in Guaiúba, Ceará. This is an report of experience lived by an student during the practices of Processo de Cuidar na Saúde Mental subject of UNILAB Nursing course, in September 2018. A group was held with the objective of addressing feeding and healthy lifestyle among users. The group lasted one hour and was divided into three moments: 1) proposal presentation and interaction dynamics; 2) accomplishment of the task, preceded by a brief explanation about healthy eating and completed with a bonding activity; and 3) group closure: finalization of the activity by sharing participants' perceptions of the moment and clarifying doubts. In due course, the participants' Body Mass Index (BMI) was calculated and a fruit salad was sampled. Users actively participated in all activity and expressed a desire to put into practice what they learned about healthy habits. They also manifested satisfaction with the group, suggesting that the activity could be extended to their families. BMI values revealed overweight and obesity grade I and II. The activity provided relevant information to CAPS users and was able to promote reflection on their lifestyle habits. In addition, it was a rewarding experience for the nursing student as she was able to combine theory and practice and see the results of health promotion.

KEYWORDS: Mental Health Services. Nursing. Health Promotion.

1 | INTRODUÇÃO

O movimento da Reforma Psiquiátrica brasileira iniciou-se no final dos anos 70, frente à crise do modelo hospitalocêntrico e eclosão de movimentos sociais pelos direitos dos pacientes com sofrimento psíquico. Inspirado na experiência italiana de

desinstitucionalização em Psiquiatria e sua crítica radical ao modelo manicomial, o movimento brasileiro teve seu fortalecimento por meio da Lei 10.216, de 6 de abril de 2001, que dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental (BRASIL, 2001; 2005).

O cerne legal da Reforma Psiquiátrica propõe a substituição do modelo manicomial pela criação de uma rede de serviços substitutivos territorializados, cuja abordagem seja sustentada na Atenção Psicossocial com base comunitária. Neste sentido, proporciona às pessoas com transtorno mental novo espaço social, onde podem ser tratadas com respeito às suas subjetividades, inseridas em seu meio social, de modo a reforçar sua autonomia e cidadania.

Deste modo, ações voltadas à implantação de tais serviços levaram à expansão de um modelo de cuidado diferenciado na Saúde Mental. A proposta da Reforma buscava o fortalecimento dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) para oferecer uma assistência baseada no chamado Projeto Terapêutico Individual (PTI) ou Singular (PTS), envolvendo em sua construção a equipe, o usuário e sua família, garantindo permanente processo de cogestão e acompanhamento longitudinal de cada caso (BRASIL, 2001).

Nessa perspectiva, foram então criados os CAPS, em suas diversas modalidades, com o intuito de atender às demandas dos pacientes portadores de transtornos mentais severos e persistentes, decorrentes ou não do uso e dependência de substâncias psicoativas, respeitando a territorialidade e em regime de tratamento intensivo, semi-intensivo e não intensivo (BRASIL, 2002; 2017).

No âmbito dos CAPS, evidencia-se que a assistência prestada ao paciente inclui atividades diversas, envolvendo principalmente os atendimentos individual (medicamentoso, psicoterápico, de orientação) e em grupos (psicoterapia, grupo operativo, atividades de suporte social), além de atendimento em oficinas terapêuticas executadas por profissional de nível superior ou nível médio, visitas domiciliares, atendimento à família e atividades comunitárias enfocando a integração do paciente na comunidade e sua inserção familiar e social (BRASIL, 2002).

Percebe-se, portanto, que a estratégia de cuidado nesses espaços envolve diversos saberes e práticas que perpassam as ações dos profissionais, usuários e familiares. Retomando-se a proposta do PTI/PTS, é possível articular atividades que contemplem o resgate da cidadania e reinserção social, mas, principalmente, ofereçam a compreensão do sofrimento psíquico e estimulem o desenvolvimento de estratégias de enfrentamento pelos sujeitos.

Na perspectiva multidisciplinar dos CAPS, aponta-se a obrigatoriedade da presença do enfermeiro na composição da equipe mínima, sendo que para os CAPS II, III e IV e CAPS ad, é necessário que ele tenha formação em saúde mental. Dentre

as ações e intervenções realizadas por este profissional, citam-se: acolhimento, triagem, anamnese e histórico da doença, atendimento individual, consulta de enfermagem, elaboração do plano terapêutico singular, aplicação da Sistematização da Assistência de Enfermagem, coordenação de grupos/oficinas, atendimento a familiares, visita domiciliar, reuniões de equipe, supervisão e capacitação dos auxiliares e técnicos de enfermagem (MORAES FILHO et al., 2015).

No escopo das ações do enfermeiro é importante destacar que atenção à saúde do usuário do CAPS deve contemplar a sua integralidade uma vez que os sujeitos podem apresentar demandas diferenciadas das do sofrimento psíquico. A avaliação do estado mental como parte do Processo de Enfermagem é primordial nesse contexto, pois embasará substancialmente o desenvolvimento do plano terapêutico. No entanto, não se deve esquecer que a avaliação clínica do paciente também é necessária, devendo ser realizada por meio do exame físico geral e complementada com sua história de saúde pregressa e familiar.

Quanto ao exame físico, salienta-se que este seja criteriosamente realizado uma vez que a frequente abordagem dicotômica entre corpo e mente da clínica tradicional, faz com que os distúrbios e doenças físicas sejam subdiagnosticados, não adequadamente reconhecidos/tratados nos pacientes ditos psiquiátricos. Além disso, o enfermeiro deve saber que pacientes com sofrimento psíquico apresentam morbidade física mais frequente que a população geral, o que determina ainda mais rigor na avaliação de saúde (DALGALARRONDO, 2018).

Dentre os problemas de saúde que podem ser destacados, aponta-se o sobrepeso e a obesidade. No contexto psiquiátrico, apesar de ainda não existirem estudos conclusivos, existe uma forte sugestão da associação entre obesidade e transtornos mentais (SCOTT et al., 2008). A existência de fatores variados como os comportamentais, biológicos, psicológicos e sociais, quando em interação, podem ser preditores do excesso de peso e estar envolvidos na bidirecionalidade da obesidade causando transtornos psiquiátricos e vice-versa.

Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), a obesidade é uma condição crônica caracterizada pelo acúmulo excessivo de gordura, sendo considerada uma epidemia mundial condicionada principalmente pelo perfil alimentar, caracterizado por uma alimentação rica em gorduras, açúcares e alimentos ultraprocessados, associada à inatividade física. Apresenta gênese complexa e multifatorial, resultando da interação de estilo de vida, genes e fatores emocionais e traz repercussões negativas à saúde. A obesidade elenca o rol de doenças endócrinas, nutricionais e metabólicas da Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde (CID-10) (WHO, 2000; MANCINI et al. 2014).

O diagnóstico do sobrepeso/obesidade vem sendo realizado por meio do índice de massa corporal (IMC), calculando-se a razão do peso corporal pela estatura ao

quadrado. No entanto, apesar de ser empregado internacionalmente, o IMC não mede a composição corporal (não diferencia o peso de músculos e gordura), sendo necessário precisar o diagnóstico por meio da aferição da circunferência da cintura e estabelecer a relação cintura-quadril (RCQ). Esta, por sua vez, é valorizada pela OMS como um dos critérios para caracterizar a síndrome metabólica (SM), apontando os valores de normalidade de 0,90 para homens e 0,85 para mulheres. Salienta-se que sobrepeso (IMC: 25,0-29.9 Kg/m²) e obesidade (IMC: ≥30,0 Kg/m²) constituem fatores de risco maior para muitas doenças crônicas, tais como diabetes, doenças cardiovasculares e câncer (MANCINI et al. 2014).

De acordo com o exposto, pode-se afirmar que a obesidade interfere negativamente na qualidade de vida dos indivíduos, podendo trazer repercussões clínicas que levam à morbidade leve a moderada ou mesmo a condições potencialmente letais, em longo prazo. Tais consequências têm implicações de caráter metabólico, anatômico, psicológico e comportamental (CARVALHO et al., 2013; MANCINI et al. 2014).

Dentre as alterações que podem ser destacadas temos: aumento da resistência à insulina, hiperglicemia, hipertensão arterial sistêmica, aumento de triglicérides e diminuição do HDL, que em conjunto definem a chamada síndrome metabólica, diretamente relacionada ao risco cardiovascular; sobrecarga e trauma de articulações, fraturas, osteoartrose; apneia do sono; doença da vesícula biliar; doença arterial coronariana; alterações anatômicas em laringe, tórax e abdome. Em crianças, a obesidade causa repercussões sobre a atividade neurológica, levando à sonolência e distúrbios da aprendizagem. Ovários policísticos e esteatose hepática não alcoólica, são mais prevalentes na fase adulta. Repercussões mais incomuns são verificadas na pele, com risco aumentado de desenvolvimento de candidíase (em áreas de dobras), acantose *nigricans*, estrias e hirsutismo (CARVALHO et al., 2013; MANCINI et al. 2014).

Como já salientado, transtornos psiquiátricos podem estar relacionados à obesidade, apesar de não haver consenso bem estabelecido na literatura. Mas citam-se sintomas depressivos; problemas de aprendizado e de relacionamento interpessoal, transtornos familiares; e distúrbios na autoimagem com risco para o desenvolvimento de transtornos de ansiedade ou anorexia (CARVALHO et al., 2013).

Diante dessa preocupante situação, salienta-se a necessidade de estratégias voltadas ao combate à obesidade. Ações envolvendo o tratamento, mas principalmente a sua prevenção, devem ser realizadas em todos os níveis de complexidade do sistema de saúde, ressaltando-se o papel da atenção primária como agente de promoção da saúde.

No contexto da Política Nacional de Promoção da Saúde (PNaPS) aponta-se

que o enfrentamento da obesidade deve elencar a segurança alimentar e nutricional, práticas corporais e de atividade física, a redução da pobreza, a inclusão social e a garantia do direito humano à alimentação adequada e saudável. Além disso, reforça a importância de se considerar a autonomia e a singularidade dos sujeitos, das coletividades e dos territórios, considerando que as escolhas individuais estão “determinadas” pelos contextos sociais, econômicos, políticos e culturais (BRASIL, 2014).

Muitos são os desafios no tratamento da obesidade, no entanto, uma equipe composta por vários profissionais com um treinamento adequado pode proporcionar alterações significativas no seguimento da doença, proporcionando melhora de parâmetros clínicos e qualidade de vida ao paciente.

Nessa perspectiva, destaca-se o papel do enfermeiro como articulador das práticas de promoção da saúde, prevenção de agravos e tratamento e reabilitação dos usuários do Sistema Único de Saúde. Nos diversos cenários da assistência, esse profissional pode se valer de estratégias que englobem abordagens individuais e coletivas para melhorar a qualidade de vida dos indivíduos. Dentre elas, destaca-se a formação de grupos, os quais objetivam e o alcance da consciência crítica e transformadora dos sujeitos diante da responsabilidade para com a sua saúde.

Para tanto, é necessário que o enfermeiro possua preparo específico para os aspectos técnicos do manejo grupal, bem como de preparo emocional, autoconhecimento, sensibilidade e intuição. É essencial que, para além dos aspectos de estrutura na composição do grupo, seja dada atenção especial às dimensões psicológica, filosófica, antropológica e social que permeiam o campo grupal. O coordenador do grupo deve ter uma visão transcendental que permita identificar as necessidades e potencialidades do grupo e assim, abrir espaço para seu crescimento e mudança (SIMOES; STIPP, 2006).

2 | MÉTODOS

Trata-se de um relato de experiência acerca da realização de uma abordagem grupal voltada à promoção da saúde com usuários do Centro de Atenção Psicossocial Geral de Guaiúba, Ceará. A vivência se deu durante as práticas da disciplina Processo de Cuidar na Saúde Mental do curso de Enfermagem da Universidade da Integração Internacional da Lusofonia Afro-Brasileira (UNILAB) em setembro de 2018.

O curso de Graduação em Enfermagem, modalidade Bacharelado, da UNILAB foi criado por meio da Resolução nº 03 do Conselho Superior *pro tempore* de 18 de novembro de 2010. Durante os 10 semestres de duração, o objetivo do curso

é contribuir para a formação de um enfermeiro com perfil generalista, humanista, crítico e reflexivo, que exerça a profissão com rigores científico, intelectual e ético. Solicita-se que o profissional tenha competência para conhecer os determinantes e condicionantes do processo saúde-doença e intervir nos problemas de saúde, além de conhecer e considerar o perfil epidemiológico do Brasil e dos países da Comunidade de Língua Portuguesa, reforçando a proposta da integração internacional.

Ademais, ressalta-se que a formação permite que o aluno egresso do curso esteja apto para atuar em três grandes áreas: assistencial, gerencial e de ensino. Isso é possível porque as diretrizes curriculares direcionam a formação baseada no conhecimento (saber), habilidades (saber-fazer) e atitudes (saber-ser), os quais são elaborados de modo transversal aos eixos de pesquisa, ensino e extensão desenvolvidos na Universidade.

Nesse contexto de formação, é essencial a realização das práticas assistidas em diversos campos de estágio que contemplem as propostas de cada disciplina. No âmbito da disciplina Processo de Cuidar na Saúde Mental, a qual possui carga horária de 105 horas divididas entre teoria (75 horas) e prática (30 horas), nestas últimas tem-se o enfoque de proporcionar aos acadêmicos a oportunidade de articular teoria e prática nos diversos cenários que compõem a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) e em outros setores da sociedade como escolas, instituições de longa permanência para idosos, serviços comunitários, dentre outros. Nesses espaços, por sua vez, são desenvolvidas diversas atividades que contemplam os aspectos da promoção da saúde, prevenção e tratamento de agravos no âmbito da Saúde Mental e Psiquiátrica.

No contexto deste relato de experiência, descrevemos uma das intervenções realizadas junto aos pacientes do CAPS geral de acordo com a demanda evidenciada pela enfermeira do serviço, que apontou a necessidade de orientações sobre alimentação saudável para os usuários. Segundo a percepção da profissional, muitos deles estavam “acima do peso” e também referiam hábitos alimentares potencialmente nocivos à saúde.

Logo, com base nesta problemática, o grupo operativo foi planejado com o objetivo de contemplar sobre alimentação e estilo de vida saudável. Utilizamos como materiais: cartolina, canetas, cola de papel, balança digital, fita métrica e imagens de alimentos saudáveis e não saudáveis. Quanto à dinâmica do grupo, estipulamos a duração de uma hora estruturada em três momentos, a saber:

1) apresentação da proposta do grupo e dinâmica de interação (“quebragelo”): os participantes foram divididos em duplas e cada um deles recebeu uma ficha contendo três questões previamente elaboradas - nome, quanto tempo frequentava o CAPS e qual a atividade de lazer preferida – que deveria

ser preenchida individualmente. Posteriormente, as fichas eram trocadas entre os pares e cada participante apresentaria o colega ao grupo utilizando as respostas da ficha; **2) realização da tarefa:** consistiu na explanação prévia sobre alimentação saudável e seus benefícios para a saúde seguida da execução da tarefa, a qual foi realizada dividindo-se o grupo em dois subgrupos; cada subgrupo recebeu uma cartolina dividida em duas colunas - uma para alimentos saudáveis e outra para os não saudáveis - e os participantes foram solicitados a escolher e colar as imagens dos alimentos, de acordo com suas percepções, nos locais correspondentes; **3) encerramento do grupo:** convidamos os participantes a falar de sua percepção acerca do momento e abrimos espaço para esclarecimento de possíveis dúvidas. Oportunamente, realizamos o cálculo de Índice de Massa Corporal (IMC) dos participantes e finalizamos a atividade degustando uma salada de frutas, como forma de praticar o que foi exposto na teoria.

A realização do grupo obedeceu aos princípios éticos, reforçando-se entre os participantes a necessidade de se manter a confidencialidade e respeito mútuos.

3 | RESULTADOS E DISCUSSÃO

O grupo terapêutico ocorreu no período da manhã e teve duração de uma hora. O ambiente foi preparado para receber os usuários que frequentavam o serviço neste dia e horário de acordo com a sua programação no PTS do serviço.

Participaram cinco pacientes, sendo três do sexo masculino e dois do sexo feminino. Primeiramente, foi esclarecido qual seria o objetivo do grupo e também foram reforçados aspectos éticos do contrato grupal, como a confidencialidade e respeito aos pares. Em seguida, iniciamos a dinâmica de apresentação entre os participantes utilizando fichas que foram previamente confeccionadas no planejamento da atividade, as quais continham três perguntas: “Qual o seu nome?”; “Há quanto tempo frequenta o CAPS?” e “Qual o seu lazer preferido?”.

O objetivo desta dinâmica era promover a interação inicial entre os participantes do grupo de forma descontraída, onde cada um responderia por escrito às perguntas da ficha e depois, arranjados em duplas, trocariam as informações e cada um apresentaria o seu par. Esta estratégia foi pensada no intuito de estimular que os participantes conversassem entre si e também exercitassem suas habilidades motoras e cognitivas ao escrever as informações.

Infelizmente percebeu-se que um dos participantes não sabia ler e escrever e tinha um estado psíquico significativamente desorganizado para esta primeira proposta. Diante disso, o coordenador do grupo mudou a estratégia da dinâmica e pediu que cada um se apresentasse individualmente. Observamos que a mudança da estratégia foi oportuna, pois os usuários se apresentaram de forma mais

espontânea, adicionando informações pessoais que não estavam contempladas na ficha.

Os participantes tinham uma média de frequência no serviço de cerca de dois anos. Eles mencionaram que as principais atividades de lazer se referiam a desenhar, fazer caminhadas e conversar com os amigos. No segundo momento do grupo, o qual teve duração de cerca de 40 minutos, houve uma explanação inicial acerca de aspectos da alimentação saudável, enfocando a importância de se consumir, preferencialmente, alimentos naturais como frutas, verduras e legumes, e de se evitar alimentos industrializados.

Uma das estratégias para mostrar a composição “oculta” dos alimentos industrializados e desencorajar o seu consumo foi selecionar alguns produtos de como biscoitos, refrigerantes, doces, dentre outros, que geralmente compõem os hábitos alimentares de grande parte da população. Evidenciou-se como componentes destes alimentos principalmente a gordura, o sal e o açúcar, e suas respectivas quantidades em gramas.

Em seguida, foi feita a divisão do grupo maior em dois subgrupos para que executassem a tarefa proposta. A intenção era que os participantes identificassem quais os alimentos eram saudáveis e quais não eram. Para tanto, cada subgrupo recebeu uma cartolina que estava dividida em duas colunas: uma destinada aos alimentos saudáveis e outra para os não saudáveis; cada parte deveria ser preenchida com gravuras que representassem o significado de cada alimento segundo a percepção do grupo, não havendo prejuízo caso houvesse “erro” quanto à colagem equivocada. Percebemos que alguns participantes tiveram dificuldades em selecionar a classificação das imagens disponíveis e foi necessária a facilitação do coordenador do grupo.

Posteriormente, os participantes apresentaram as suas produções e partilharam as suas percepções sobre o que era alimentação saudável. Muitos relataram não saber que diversos alimentos não eram saudáveis e também desconheciam a composição elevada de alguns elementos como o sal, por exemplo, em biscoitos de sabor doce. Também partilharam sobre seus hábitos alimentares em casa, junto à família e se mostraram motivados a fazer escolhas mais adequadas no futuro.

No terceiro momento, tivemos o encerramento da atividade onde solicitamos aos participantes que expusessem a sua opinião sobre o momento e esclarecessem possíveis dúvidas sobre a temática explorada. Nesse tempo, tivemos um retorno positivo sobre a intervenção e mais dúvidas relacionadas à composição de alguns alimentos também foram esclarecidas.

Posteriormente, aproveitamos o momento para realizar o cálculo do Índice de Massa Corporal (IMC) de todos os pacientes. De acordo com os cálculos,

identificamos que havia um paciente com obesidade grau I, um com grau II e os demais com sobrepeso.

Para finalizar o momento, celebramos a interação grupal com a degustação de uma salada de frutas de modo a praticar o que foi dito na teoria. Todos apreciaram a iniciativa e reforçaram sua intenção em seguir com hábitos alimentares mais saudáveis.

Constatamos que a participação dos usuários do CAPS foi bastante ativa durante toda a atividade e percebemos que o objetivo do grupo foi alcançado. Pessoalmente, a função de coordenadora do grupo desempenhada pela acadêmica de Enfermagem se revelou como experiência nova e gratificante no desenvolvimento de habilidade e atitudes frente à abordagem grupal.

A complexidade do grupo, composto por pessoas com sofrimento psíquico de diversas naturezas, revelou-se como um desafio a ser superado. No entanto, também mostrou que mesmo nessa condição de “adoecimento”, os usuários podem interagir de modo saudável e revelar potencialidades de diversas naturezas.

Um dos aspectos mais interessantes identificados alguns dias após a realização do grupo foi oriundo das falas de alguns usuários, que revelaram já ter começado a colocar em prática o que aprenderam sobre os hábitos de vida saudável e que gostariam muito que o grupo continuasse e se estendesse aos seus familiares.

4 | CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este relato compartilhou a experiência vivenciada por uma acadêmica de Enfermagem durante a realização do estágio da disciplina Processo de Cuidar na Saúde Mental no CAPS geral do município de Guaiuba. Espera-se que esta partilha possa contribuir para a reflexão acerca da importância de se articular a teoria vista em sala de aula com as práticas realizadas em campo, além de mostrar um pouco sobre a realidade do estágio no CAPS e qual o papel do enfermeiro neste espaço de cuidado. Relatos como este são relevantes de serem compartilhados, pois é no campo de estágio que o aluno vai construir sua identidade, desenvolver suas potencialidades e passará a conhecer a realidade da sua futura profissão.

REFERÊNCIAS

BRASIL. **Lei nº 10.216, de 6 de abril de 2001.** Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. Presidência da República. Casa Civil, Subchefia para Assuntos Jurídicos, 2001. Disponível em < http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/leis_2001/110216.htm> Acesso em: 01 nov 2019.

BRASIL. **Portaria GM/MS n.º 336, de 19 de fevereiro de 2002.** Dispõe sobre os Centros de Atenção Psicossocial - CAPS, para atendimento público em saúde mental. Disponível em: < <http://bvsms>.

saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2002/prt0336_19_02_2002.html> Acesso em: 01 nov 2019.

BRASIL. **Reforma Psiquiátrica e política de Saúde Mental no Brasil**. Brasília: Ministério da Saúde, 2005. Disponível em: < http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/Relatorio15_anos_Caracas.pdf> Acesso em: 01 nov 2019.

BRASIL. **Política Nacional de Promoção da Saúde** – PNaPS: revisão da Portaria MS/GM no 687, de 30 de março de 2006. Brasília: Ministério da Saúde, 2014.

BRASIL. **Portaria nº 3.588, de 21 de dezembro de 2017**. Altera as Portarias de Consolidação nº 3 e nº 6, de 28 de setembro de 2017, para dispor sobre a Rede de Atenção Psicossocial, e dá outras providências. Disponível em: < http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt3588_22_12_2017.html> Acesso em: 01 nov 2019.

CARVALHO, E. A. A. et al. Obesidade: aspectos epidemiológicos e prevenção. **Rev. Med. Minas Gerais**, v. 23, n. 1, p. 74-82, 2013.

DALGALARRONDO, P. **Psicopatologia e semiologia dos transtornos mentais**. 3. ed. Porto Alegre: Artmed, 2018.

MANCINI, M. C. et al. **Tratado de obesidade**. 2. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2015.

MORAES, F. I. M. et al. Atuação dos enfermeiros nos centros de atenção psicossocial- Revisão de Literatura. **REVISA**, n. 4, v. 2, p.155-69, 2015.

SIMÕES, F. V.; STIPP, M. A. C. Grupos na enfermagem: classificação, terminologias e formas de abordagem. **Esc. Anna Nery [online]**, v.10, n.1, p.139-144, 2006.

SCOTT, K. M. et al. Obesity and mental disorders in the adult general population. **J. Psychosom. Res.**, v. 64, n. 1, p. 97-105, 2008.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Obesity**: preventing and managing the global epidemic. Geneva: World Health Organization, 2000.

AÇÕES DE ENFERMAGEM PARA PREVENÇÃO DE INFECÇÕES HOSPITALARES NA UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA

Data de aceite: 05/02/2020

Cintia Regina Silva Pimentel

Graduanda do curso de Enfermagem do Instituto de Ensino Superior Franciscano (IESF), Paço do Lumiar – Maranhão.

Karla Mota de Matos

Graduanda do curso de Enfermagem do Instituto de Ensino Superior Franciscano (IESF), Paço do Lumiar – Maranhão.

Nisiane dos Santos

Graduanda do curso de Enfermagem do Instituto de Ensino Superior Franciscano (IESF), Paço do Lumiar – Maranhão.

Janaína Amorim Barros

Enfermeira. Especialista em Enfermagem em Terapia Intensiva (Faculdade Redentor), Rio de Janeiro – Rio de Janeiro.

Victória Ribeiro da Silva Santini

Enfermeira. Especialista em Enfermagem em Terapia Intensiva (Faculdade Redentor), Rio de Janeiro – Rio de Janeiro.

Rafael Mondego Fontenele

Enfermeiro. Mestre em Gestão de Programas e Serviços de Saúde (UniCEUMA). Docente do Curso de Enfermagem do Instituto de Ensino Superior Franciscano (IESF-MA), Paço do Lumiar – Maranhão.

RESUMO: A equipe de enfermagem exerce um papel de extrema importância na prevenção e

controle das infecções hospitalares. **Objetivo:** identificar quais ações realizadas pela equipe de enfermagem garante a segurança para controlar as infecções hospitalares em unidade de terapia intensiva. **Método:** Tratou-se de revisão integrativa de literatura, de caráter descritivo, realizada através de pesquisa bibliográfica em bases de dados científicas eletrônicas como a Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS) e a Scientific Electronic Library Online (SCIELO) utilizando os descritores obtidos a partir da definição de Descritores em Ciências da Saúde no Portal da Biblioteca Virtual em Saúde. **Resultados:** Os resultados identificados apontam que a maioria das infecções adquiridas na unidade de terapia intensiva onde se encontram pacientes gravemente enfermos foi desencadeada em razão de complicações desenvolvidas pelas ausências das técnicas essenciais ao cuidado, e a não adesão aos protocolos existentes nas instituições, que foram justificados pela elevada distribuição de pacientes dentro de uma mesma unidade e elevada carga horária de trabalho. **Conclusão:** Concluiu-se que é fundamental destacar quais ações independentes das condições de trabalho precisam ser realizadas rotineiramente para que ocorra a prestação de uma assistência de qualidade e sem infecções

hospitalares. Sugere-se a ampliação de pesquisas desta natureza e a ampliação de discussões sobre a temática entre os membros da equipe multiprofissional, pois a adesão de protocolos e rotinas de prevenção e controle de infecções é essencial para garantia da segurança e qualidade de vida dos pacientes.

PALAVRAS-CHAVE: Cuidados de Enfermagem; Unidades de Terapia Intensiva; Infecções Hospitalares.

NURSING ACTIONS TO PREVENT HOSPITAL INFECTIONS IN THE INTENSIVE THERAPY UNIT

ABSTRACT: The nursing staff plays an extremely important role in the prevention and control of nosocomial infections. **Objective:** To identify which actions performed by the nursing staff ensures safety to control nosocomial infections in an intensive care unit. **Method:** This was an integrative descriptive literature review, conducted through bibliographic research in electronic scientific databases such as Latin American and Caribbean Health Sciences Literature (LILACS) and Scientific Electronic Library Online (SCIELO).) using the descriptors obtained from the definition of Health Science Descriptors in the Virtual Health Library Portal. **Results:** The identified results indicate that most infections acquired in the intensive care unit where severely ill patients are found were triggered due to complications developed by the absence of essential care techniques, and the non-adherence to the protocols existing in the institutions, which were justified by the high distribution of patients within the same unit and the high workload. **Conclusion:** It was concluded that it is essential to highlight which actions independent of working conditions need to be performed routinely in order to provide quality care and without nosocomial infections. It is suggested to broaden research of this nature and broaden discussions on the theme among members of the multidisciplinary team, because adherence to protocols and routines for infection prevention and control is essential to ensure the safety and quality of life of patients.

KEYWORDS: Nursing Care; Intensive Care Units; Hospital Infections.

1 | INTRODUÇÃO

A equipe de enfermagem exerce um papel de extrema importância na prevenção e controle das infecções hospitalares, visto que atua em contato direto com o paciente, na execução de procedimentos invasivos, além do manuseio de instrumentos, equipamentos e preparo de medicações. Auxiliando na prevenção e controle da incidência e gravidade das mesmas, como também no gerenciamento das ações realizadas junto a Comissão de Controle de Infecção hospitalar, com a regulamentação de ações que visem não apenas o combate a tais infecções, mas também a educação continuada dos profissionais que estão prestando assistência

ao paciente (BARROS et al, 2016).

Acerca desses cuidados com o indivíduo paciente, destacam-se a avaliação dos sinais flogísticos na incisão dos cateteres, avaliação dos sinais vitais, realização de curativo em acesso venoso, banho no leito, além da lavagem das mãos e o uso correto de EPIs por parte da equipe de enfermagem como ações que diminuem os riscos de infecção hospitalar (OLIVEIRA; KOVNER; SILVA, 2010; OLIVEIRA et al, 2016).

Infecção hospitalar é aquela contraída após a admissão do paciente e que tenha sido manifestada durante a internação ou após a alta, quando a mesma está associada com a internação ou procedimentos hospitalares. As IH, apesar de não haver dados estatísticos comprovados, é uma problemática antiga na prática dos hospitais, que deveriam ser amplamente discutidos também no âmbito extra-hospitalar, conscientizando não apenas os profissionais da saúde, mas também, clientes, pacientes e circunstantes (BATISTA JR et al, 2016).

No Brasil, o Ministério da Saúde, na Portaria de nº 2.616/98, dispõe sobre a organização das comissões e serviços de controle de infecção, reafirma a importância das CCIH, determinando que todo hospital deve conter uma CCIH, composta por profissionais médicos, farmacêuticos e enfermeiros, e também de membros executores, tal seja: o Serviço de Controle de Infecção Hospitalar (OLIVEIRA et al, 2016).

Em um levantamento realizado pela Agência Nacional de Vigilância em Saúde foi constatado que os Estados que obtiveram maior índice de infecções relacionadas à assistência em saúde na unidade de terapia intensiva foram o Tocantins, São Paulo e Espírito Santo, com 1000%, 9600% e 9200% respectivamente, do levantamento realizado, enquanto no Estado do Maranhão os índices de infecções foram de 5200% em relação aos casos notificados de infecções decorrentes de IPCSL associadas a CVC, PAV e ITU associados a CVD (ANVISA, 2017).

A maioria das IH surgem como resultado de complicações no quadro do paciente, aos quais se encontram mais vulneráveis a um processo infeccioso. Dentre as infecções pode-se destacar: a infecção primária de corrente sanguínea (IPCS), relacionada ao uso do cateter venoso central (CVC); infecção do trato urinário (ITU), relacionada ao uso de cateter vesical de demora (CVD); a pneumonia relacionada a ventilação mecânica (PAV) e infecções de feridas cirúrgicas (PADRÃO et al., 2010; ANVISA, 2016).

As IH quando propagadas são de difícil controle, e levando em consideração essa temática, as ações de enfermagem quando realizadas de acordo com os protocolos existentes são de extrema relevância para a implementação da prevenção, controle e combate de tais infecções. E de como a não realização de tais ações resultam em complicações, outrora irreversíveis aos pacientes (PEREIRA et al.,

2000; OLIVEIRA et al, 2016).

Nesse contexto, é necessário que o enfermeiro, para prestar uma assistência de qualidade aos usuários e desempenhar seu papel com a equipe de saúde, esteja constantemente se atualizando referente ao tema abordado, mantendo-se continuamente focado no conhecimento científico. A justificativa do presente estudo foi de determinar a importância do cuidado de enfermagem para o controle das infecções hospitalares e o objetivo foi identificar as principais ações que produzem impacto positivo no cuidado de enfermagem para o controle de infecções hospitalares no cuidado intensivo.

Com base nos pressupostos acima, a pergunta que norteou a presente pesquisa foi: quais cuidados de enfermagem ajudam no controle das infecções hospitalares em pacientes gravemente enfermos na unidade de terapia intensiva?

2 | MATERIAIS E MÉTODOS

Foi utilizada a Revisão Integrativa de Literatura como estratégia metodológica para o presente estudo, construída a partir de seis etapas: na primeira etapa foi identificado o tema e selecionada a questão da pesquisa; na segunda etapa estabelecemos os critérios de inclusão e exclusão; na terceira etapa foram definidas as bases de dados; na quarta etapa os estudos selecionados foram categorizados; na quinta etapa foi realizada a análise e interpretação dos resultados; na sexta e última etapa foi realizada a apresentação da síntese (BOTELHO et al., 2011).

A pergunta norteadora foi definida a partir da estratégia de PICO onde “P” refere-se à população do estudo (infecções em pacientes em unidade de terapia intensiva); “I” a intervenção estudada (Ações utilizadas pela equipe de Enfermagem no combate a tais infecções); “C” não foi incluso na metodologia utilizada; “O” refere-se ao desfecho de interesse (destacar quais ações auxiliam no combate às infecções hospitalares em pacientes na unidade de terapia intensiva). Então, a pergunta norteadora para a condução e desenvolvimento do presente artigo foi: em pacientes da Unidade de Terapia Intensiva quais cuidados de enfermagem ajudam no combate as infecções hospitalares?

A seleção da amostra considerou os seguintes critérios de inclusão: artigo com texto completo redigidos em português e disponível na íntegra online e gratuitamente; publicados no recorte temporal entre 2015 a 2019; que responderam à pergunta norteadora; focalizaram as ações de enfermagem e o combate as infecções hospitalares em unidade de terapia intensiva. Excluíram-se os artigos de revisão de literatura, teses de doutorado, dissertações de mestrado, monografias, resenhas e documentários.

As buscas de dados foram realizadas no período de julho de 2019

simultaneamente por dois revisores independentes por meio de busca eletrônica nas seguintes bases de dados: Literatura Latino – Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS) e Scientific Electronic Library Online (SCIELO). Inicialmente foram encontrados 550 resultados a partir da estratégia de buscas pelas bases de dados LILACS e SCIELO, através dos seguintes descritores: infecção hospitalar AND unidades de terapia intensiva. Após a exclusão, foram selecionados artigos para análise, leitura na íntegra e validação do material selecionado para garantir se realmente se enquadrava dentro dos critérios estabelecidos na pesquisa para responder a questão norteadora.

| BASE DE DADOS | Nº ENCONTRADOS | Nº SELECIONADOS | Nº INCLUÍDOS |
|----------------------|-----------------------|------------------------|---------------------|
| LILACS | 488 | 24 | 05 |
| SCIELO | 62 | 08 | 03 |

Tabela 1. Amostragem de artigos conforme pesquisa em bases de dados científicas predefinidas. São Luís, 2019.

Fonte: Elaborado pelos autores, 2019.

3 | RESULTADOS E DISCUSSÃO

A partir das pesquisas realizadas nas bases de dados pré-estabelecidas, foram encontrados 62 resultados na SCIELO e 488 na LILACS. Quando aplicados os critérios de inclusão e exclusão os resultados diminuíram para 8 na SciELO e 24 na LILACS. Estes 32 artigos foram lidos na íntegra. Após esta etapa, apenas 8 estudos foram selecionados atendendo os critérios de inclusão e exclusão e respondendo à pergunta norteadora da presente pesquisa. Desta forma os artigos foram estudados e analisados a fim de atender o objetivo desta revisão, e assim organizados de acordo com a base de dados, título, autores, e principais resultados como mostra no Quadro 1.

| Nº | BASE DE DADOS | TÍTULO | AUTORES | PRINCIPAIS RESULTADOS |
|-----------|----------------------|---|-----------------------|---|
| E1 | LILACS | Controle de infecção em cateterismo vesical de demora em unidade de terapia intensiva | CHAVES; MORAES, 2015. | A capacitação da equipe médica e de enfermagem diminuiria os índices de IH junto com a adesão dos protocolos na unidade de terapia intensiva. |

| | | | | |
|-----------|--------|---|--------------------------------|--|
| E2 | LILACS | Conhecimento dos profissionais de enfermagem em relação às medidas de prevenção das infecções | ALVIN; GAZZINELLI, 2017. | Destaca-se o conhecimento satisfatório da equipe no tange ao conhecimento técnico-científico, mas há uma dificuldade em relação às medidas respiratórias de transmissão por gotículas. |
| E3 | LILACS | Adesão da enfermagem ao protocolo de infecção de corrente sanguínea | CRIVELARO et al, 2018. | Na maioria dos resultados obtidos o CVC estava em conformidade, aderidos corretamente e com ausência de sujidade. |
| E4 | SCIELO | Fatores de risco às infecções relacionadas à assistência em unidades de terapia intensiva | SINÉSIO et al, 2018. | Como a DM, HAS entre outros fatores contribuem no aumento dos índices de infecção relacionado a assistência á saúde. |
| E5 | LILACS | Monitoramento da adesão à higiene das mãos em uma unidade de terapia intensiva | SILVA et al, 2018. | A categoria observada que realiza a lavagem antes e depois do contato com o paciente foi o enfermeiro, impedindo na a propagação de patógenos. |
| E6 | SCIELO | Programas de Controle de Infecção Hospitalar: avaliação de indicadores de estrutura e processo | GIROTI et al, 2018. | Na avaliação dos indicadores de IH, obteve-se bons resultados na estrutura técnico-operacionais e baixos relacionados às ações de prevenção. |
| E7 | SCIELO | Competências para enfermeiros generalistas e especialistas atuarem na prevenção e controle de infecções no Brasil | MASSAROLI et al, 2019. | A maioria dos entrevistados indicou como principal competência para atuarem na prevenção e controle das IH a manutenção da cadeia asséptica e em segundo lugar o manejo dos resíduos de serviços de saúde. |
| E8 | LILACS | Medidas preventivas de infecção relacionada ao cateter venoso periférico: adesão em terapia intensiva | LANZA et al, 2019. | As medidas de prevenção das IH em relação ao CVP não foram completamente adicionadas as rotinas dos profissionais de enfermagem na Unidade de terapia intensiva. |

Quadro 1. Distribuição dos artigos selecionados por base de dados, título, autores, periódico e ano de publicação.

Fonte: Elaborado pelos autores, 2019.

Para garantir a melhor compreensão dos dados discutidos através desta revisão integrativa da literatura, elaborou-se uma categoria analítica.

3.1 Principais ações de enfermagem que ajudam no combate às infecções hospitalares em unidades de terapia intensiva

A Unidade de terapia intensiva é um dos departamentos hospitalares em que mais ocorrem o desenvolvimento de infecções relacionadas a assistência à saúde. As ações que condizem a assistência de enfermagem estão amplamente ligadas a diminuição dos índices de tais infecções; juntamente com a adoção de medidas que visem a prevenção e educação em saúde na unidade de terapia intensiva. O enfermeiro dentro da CCIH exerce não apenas função assistencial, mas também regulamentadora, educativa e trabalha diretamente no desenvolvimento dessas ações, realizando o combate e controle das mesmas através do aperfeiçoamento de suas capacidades técnicas-científicas, como também participando ativamente da elaboração, implementação e avaliação de tais medidas (GIROTI et al., 2018).

Por esse motivo vários estudos e campanhas trabalham em um enfoque, cujo objetivo principal é o desenvolvimento de protocolos e aprimoramento dos já existentes que visem controlar a proliferação de tais infecções pela equipe de enfermagem, que atualmente é uma das principais categorias que prestam o contato direto ao paciente, buscando sempre assegurar a máxima segurança ao mesmo em relação aos procedimentos realizados e ao cuidado prestado (SILVA et al., 2018).

Dentre as ações, destacam-se a importância da higienização das mãos, algo que desde o século passado já fora amplamente discutido e de acordo com o protocolo disponibilizado pela Agência Nacional de Vigilância em Saúde, é necessário que todo estabelecimento que preste assistência à saúde a qualquer indivíduo disponha de um protocolo que seja seguido por todos os profissionais envolvidos na mesma, com a realização correta da técnica para a higienização das mãos, uma vez que a contaminação das mãos dos profissionais de enfermagem pode ocorrer de forma direta ou indireta através de produtos ou equipamentos contaminados, sendo conseqüentemente transmitida ao paciente. Por isso se faz necessário que umas das ações que precisam ser realizadas e reforçadas rotineiramente na unidade de terapia intensiva é a utilização de produtos à base de gel alcóolico e a lavagem adequada das mãos no começo e no final da realização de cada procedimento realizado para que então sejam evitadas a propagação de tais infecções. Com foco constante nos cinco momentos para a higienização das mãos, o chamado padrão ouro que engloba a higienização das mãos antes do contato com o paciente, antes da realização do procedimento asséptico, após risco de exposição a qualquer fluido corpóreo, após o contato com o paciente e contato direto a objetos próximos a ele (ANVISA, 2013).

Em um estudo transversal realizado em um Hospital no Estado do Rio de Janeiro, 60% dos profissionais que tinham contato direto e frequente com os

pacientes ali internados eram da enfermagem, dos quais de acordo com o estudo apenas 22 dos 30 profissionais entrevistados seguiam esse padrão. O estudo também obteve como resultado que, de toda a equipe multiprofissional o enfermeiro era o profissional da instituição que mais aderiu aos protocolos e aos padrões utilizados. Tais ações são consideradas simples, mas que quando realizadas de forma correta diminuem a exposição dos pacientes a inúmeros patógenos e impacta de forma positiva sua segurança. Sendo importante não apenas a realização da técnica correta na HM, mas também educação continuada e reforço para adesão da mesma por toda a equipe (SILVA et al., 2018).

A não adesão das medidas de segurança aumenta os riscos de infecção hospitalar, desse modo os profissionais de saúde devem estar atentos para identificar e qualificar ações que identifiquem um determinado problema, assim como ações que possam diminuir ou combater-lo, dentre esses problemas podemos destacar a infecção em cateterismo vesical de demora e infecção de corrente sanguínea. As infecções do trato urinário (ITU) equivalem a cerca de 30% dos casos de infecção ligadas a assistência de saúde, com maior incidência na UTI. Os hospitais não costumam divulgar os números de pacientes com ITU, o que dificulta na avaliação da real gravidade do problema. Atitudes por parte da equipe de assistência à saúde diminuem significativamente a incidência de ITU, como por exemplo, colocar a fixação de forma adequada, observar a higiene pessoal do paciente, manter a bolsa coletora abaixo do nível da bexiga, fazer a correta assepsia após desprezar a urina e verificar o tempo de uso correto da sonda para cada paciente. O treinamento da equipe de saúde também é de fundamental importância para diminuição dos casos de ITU, assim como a elaboração de protocolos mais eficientes, ajudando na qualificação e conseqüentemente na qualidade dos serviços prestados pela equipe de saúde (CHAVES et al., 2015).

Estão cada vez mais frequentes em unidades de terapia intensiva infecções de corrente sanguínea, que a cada dia é associada a fisiopatologias diferentes, implicando em ações preventivas, critérios diagnósticos e terapêuticos, que por esse motivo são consideradas multifatoriais. O cateter venoso central (CVC) que é utilizado na unidade de terapia intensiva no tratamento de pacientes em estado crítico, pode apresentar complicações infecciosas, entre elas episódios de infecção sistêmica que acontecem como resultado da presença do dispositivo e infecção local com a colonização do cateter (CRIVELARO et al., 2018).

O enfermeiro é responsável pelo manuseio deste dispositivo, desde a manipulação até a sua retirada, desta forma se faz imprescindível o conhecimento para o manuseio com técnicas corretas, e para isso se faz necessário o uso de protocolos que padronizem aspectos como equipo identificado, verificar as condições do curativo observando se está sujo, úmido ou limpo e devidamente identificado,

uso de álcool no leito, troca da cobertura a cada 48 horas com gaze estéril, ou antes, se estiver sujo e não deixar molhar durante o banho (CRIVELARO et al., 2018).

Existem medidas, que quando usadas em conjunto, se tornam efetivas na diminuição de tais infecções como a higienização das mãos após manipular os cateteres e ao entrar em contato com o paciente. Devendo-se estar atento às precauções de barreiras, com a esterilização adequada ao realizar a inserção de cateter ou troca do fio guia, realizar a assepsia adequada da pele do paciente, e quando possível evitar a canulação por meio da veia femoral, se possível, fazer inserção na subclávia e remover o cateter imediatamente quando o mesmo não for mais necessário. A adoção desses protocolos ajuda na diminuição dos casos de infecção na corrente sanguínea, decorrente da assistência à saúde, assim como de outras diversas infecções causadas pela não capacitação dos profissionais que trabalham na unidade de terapia intensiva em contato direto com os pacientes (CRIVELARO et al., 2018).

O cateter venoso periférico também é uma grande fonte de infecções em unidades de terapia intensiva, podendo ocasionar diversas complicações. Falhas relacionadas ao manuseio dos cateteres fazem com que seja necessária uma nova punção, aumentando os riscos de infecção relacionada à assistência à saúde, onde a maioria dessas falhas poderia ser evitada se fossem adotadas medidas padronizadas de assistência, como a adoção de medidas preventivas denominadas “Bundles”, que segundo a Agência Nacional de Vigilância Sanitária corresponde a cinco itens: 1. Higienização das mãos; 2. Precaução de barreira máxima; 3. Preparo da pele com gluconato de clorexidina; 4. Seleção de sítio de inserção; e 5. Revisão diária da necessidade de permanência do cateter. No entanto, a adoção dessas medidas ainda é um obstáculo para equipe de enfermagem, evidenciando a necessidade da adoção de protocolos, que podem diminuir de forma considerável os números de infecções decorrentes de CVP (LANZA et al., 2019).

O fato da equipe de enfermagem como integrante da equipe multiprofissional no cuidado ao paciente não adotar as medidas necessárias corretamente, como as de precauções, de contato e por gotículas sempre que estiver em contato com o paciente impacta de forma negativa no aumento da colonização de inúmeras bactérias, e acarreta no desenvolvimentos de inúmeras infecções na unidade de terapia intensiva, onde 25% a 30% dos pacientes ali admitidos adquirem algum tipo de infecção relacionado ao cuidado assistencial. Esses números podem ser explicados em razão do baixo conhecimentos de alguns profissionais em relação a prevenção de tais infecções, a baixa experiência profissional, esquecimento das condutas que devem ser realizadas, atreladas a ausência de treinamento por algumas instituições e da busca pelo próprio profissional em relação a sua qualificação (GAZZINELLI et al., 2017).

Há, entretanto a alegação que a maioria dos casos de infecções relacionados à assistência de enfermagem se dá pelo fato de que segundo os mesmos, serem grandes os números de pacientes internados em uma mesma unidade, o espaçamento físico se torna insuficiente e há uma grande elevação da carga horária de trabalho o que leva ao desgaste físico e impulsiona a ausência da realização de ações preventivas, eficazes e obrigatórias para controlar as infecções na unidade, representando com isso maior ameaça a segurança do paciente. Em um estudo transversal realizado em 155 pacientes em unidade de terapia intensiva de um hospital público, das infecções adquiridas, 20% a 30% poderiam ser evitadas através da assistência adequada; a maioria das infecções adquiridas se deu em razão de complicações já existentes como a DM, a HAS e doenças cardíacas que levaram ao paciente a ser submetido à ventilação mecânica, ao uso de drogas vasoativas, tubo orotraqueal, cateter venoso central e sonda vesical de demora, no qual mais de 50% dos pacientes estudados foram notificadas ocorrências relacionadas à assistência prestada. E como atuante direto nesse cuidado, se faz necessário a garanta nos procedimentos realizado junto à adesão de todos os protocolos necessário para assegurar essa qualidade necessária (SINÉSIO, 2018).

4 | CONCLUSÃO

Os profissionais de enfermagem têm um papel de suma importância no combate às infecções na unidade de terapia intensiva, sendo um dos componentes da CCIH desempenha funções que diminuem os índices de IH relacionadas a assistência a saúde, além de manter contato direto com os pacientes, realizando procedimentos que sem a devida qualificação deixam os pacientes mais susceptíveis as infecção. Sendo assim podemos afirmar que as ações de enfermagem no combate às IH devem ser valorizadas e aplicadas pelos profissionais que prestam assistência direta aos pacientes internados em unidades de terapia intensiva, diminuindo os índices de infecções como a de corrente sanguínea e do trato urinário, também foi observado que a utilização dos protocolos deve estar presentes na rotina desses profissionais, padronizando os procedimentos e diminuindo o risco de possíveis complicações. Durante o estudo foi constatado uma deficiência no que se refere aos cursos de capacitação e conscientização dos enfermeiros, assim como a adoção de protocolos por parte dos centros de saúde.

A partir disso pode se concluir que a assistência de saúde realizada pelos profissionais de enfermagem na unidade de terapia intensiva tem grande relevância no que se diz respeito ao combate de infecções, assim é esperado que está revisão contribua para conscientização da importância deste assunto no cotidiano das

unidades de terapia intensiva, chamando a atenção para uma melhor qualificação dos profissionais e a adoção de protocolos para que o paciente possa ter um atendimento de qualidade.

REFERÊNCIAS

ALVIM, A. L. S; GAZZINELLI, A. Conhecimento dos profissionais de enfermagem em relação às medidas de prevenção das infecções. **Rev enferm UFPE on line.**, Recife, 11(1):18-23, jan., 2017. Disponível em: <http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IsisScript=iah/iah.xis&src=google&base=BDENF&lang=p&nextAction=lnk&exprSearch=30267&indexSearch=ID>. Acesso em 01 de Ago de 2019.

ANVISA. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Boletim Segurança do Paciente e Qualidade em Serviços de Saúde nº 17: **Avaliação dos indicadores nacionais das infecções relacionadas à assistência à saúde (IRAS) e resistência microbiana do ano de 2017**. Disponível em: <https://www20.anvisa.gov.br/segurancadopaciente/index.php/publicacoes/item/boletim-seguranca-do-paciente-e-qualidade-em-servicos-de-saude>. 01 de Ago de 2019.

ANVISA. Agência nacional de vigilância sanitária. **Programa nacional de prevenção e controle de infecções relacionadas à assistência à saúde (2016-2020)**. Disponível em: <http://portal.anvisa.gov.br/documents/33852/3074175/PNPCIRAS+2016-2020/f3eb5d51-616c-49fa-8003-0dcb8604e7d9>. Acesso em 20 de Ago de 2019.

BARROS, M. M; PEREIRA, E. D; CARDOSO, F. N; SILVA, R. A. O enfermeiro na prevenção e controle de infecções relacionadas à assistência à saúde*. **Universitas: Ciências da Saúde**, Brasília, v. 14, n. 1, p. 15-21, jan./jun. 2016. Disponível em: <https://www.publicacoesacademicas.uniceub.br/cienciasaude/article/viewFile/3411/3066>. Acesso em 15 de Ago de 2019.

BATISTA, J. R; LEITE, K. N. S; OLIVEIRA, S. X; MEDEIROS, R. C; SOUZA, T.A; LIMA, M. M. G. Conhecimento da equipe de enfermagem perante os principais tipos de infecções hospitalares. **Rev enferm UFPE on line.**, Recife, 11(12):4946-52, dec., 2017. Disponível em: <https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/download/22317/25314>. Acesso em 19 de Ago de 2019.

CUNHA, C. C. A; MACEDO, M. O método da revisão integrativa nos estudos organizacionais. **Gestão e sociedade** [Online], v. 5, n. 11, p. 121-136, 2011. Disponível em: <https://www.gestaoesociedade.org/gestaoesociedade/article/view/1220/906>. Acesso em 05 de Ago de 2019.

CHAVES, N. M. O; MORAES, C. I. K. Controle de infecção em cateterismo vesical de demora em unidade de terapia intensiva. **R. Enferm. Cent. O. Min.** 2015 mai/ago; 5(2):1650-1657. Disponível em: <http://www.seer.ufsj.edu.br/index.php/recom/article/view/773>. Acesso em 19 de Ago de 2019.

CONTRIN, L. M; BECCARIA, L. M; FRUTUOSO, I. S; SILVEIRA, A. M; WERNECK, A. L. Adesão da enfermagem ao protocolo de infecção de corrente sanguínea. **Rev enferm UFPE on line.**, Recife, 12(9):2361-7, set., 2018. Disponível em: <https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/download/234886/29920>. Acesso em 22 de Ago de 2019.

DA SILVA, B. R; CARREIRO, M. A; SIMÕES, B. F. T; PAULA, D. G. Monitoramento da adesão à higiene das mãos em uma unidade de terapia intensiva. **Rev enferm UERJ**, Rio de Janeiro, 2018; 26:e33087. Disponível em: <https://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/enfermagemuerj/article/view/33087>. Acesso em 20 de Ago de 2019.

OLIVEIRA, H. M; SILVA, C. P. R; LACERDA, R. A. Políticas de controle e prevenção de infecções relacionadas à assistência à saúde no Brasil: análise conceitual. **Rev Esc Enferm USP** · 2016;50(3):505-511. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v50n3/pt_0080-6234-reeusp-50-03-0505.pdf. Acesso 20 de Ago de 2019.

OLIVEIRA, A. C.; KOVNER, C. T.; SILVA, R. S. Infecção hospitalar em unidade de tratamento intensivo de um hospital universitário brasileiro. **Rev. Latino-Am. Enfermagem** 18 (2): [08 telas] mar-abr, 2010. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/rlae/v18n2/pt_14.pdf. Acesso em 01 de Ago de 2019.

PEREIRA M. S.; PRADO, M. A.; SOUSA, J. T.; TIPPLE, A. F. V.; SOUZA, A. C. S. Controle de infecção hospitalar em Unidade de Terapia Intensiva: desafios e perspectivas. **Rev. Eletr. Enf. [Internet]** 2000;2(1). Disponível em: https://www.fen.ufg.br/revista/revista2_1/IH.html. Acesso em 20 de Ago de 2019.

GIROTI, A. L. B.; FERREIRA, A. M.; RIGOTTI, M. A.; SOUSA, A. F. L.; FROTA, O. P.; ANDRADE, D. Programas de Controle de Infecção Hospitalar: avaliação de indicadores de estrutura e processo. **Rev Esc Enferm USP** · 2018;52:e03364. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0080-62342018000100437&lng=pt&nrm=iso. Acesso em 20 de Ago de 2019.

LANZA, V. E.; ALVES, A. P. P.; CAMARGO, A. M. S.; CACCIARI, P.; MONTANDON, D. S.; GODOY, S. Medidas preventivas de infecção relacionada ao cateter venoso periférico: adesão em terapia intensiva. **Ver. Rene**. 2019;20:e40715. Disponível em: <http://periodicos.ufc.br/rene/article/view/40715>. Acesso em 20 de Ago de 2019.

MASSAROLI, A.; MARTINI, J. G.; MOYA, J. L. M.; PEREIRA, M. S.; TIPPLE, A. F. V.; MAESTRI, E. Competências para enfermeiros generalistas e especialistas atuarem na prevenção e controle de infecções no Brasil*. **Rev. Latino-Am. Enfermagem** 2019;27:e3134, Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692019000100323&lng=pt&nrm=iso&tling=pt. Acesso em 20 de Ago de 2019.

PADRÃO, M. C.; MONTEIRO, L. M.; MACIEL, N. R.; VIANA, F. F. C. F.; FREITAS, N. A. Prevalência de infecções hospitalares em unidade de terapia intensiva. **Rev Bras Clin Med** 2010; 8(2): 125-8. Disponível em: <http://files.bvs.br/upload/S/1679-1010/2010/v8n2/a007.pdf>. Acesso em 01 de Ago de 2019.

SINÉSIO, M. C. T.; MAGRO, M. C. S.; CARNEIRO, T. A.; SILVA, K. G. N. Fatores de risco às infecções relacionadas à assistência em unidades de terapia intensiva*. **Cogitare Enferm.** (23)2: e53826, 2018. Disponível em: <https://revistas.ufpr.br/cogitare/article/view/53826>. Acesso em 20 de Ago de 2019.

ACOLHIMENTO NA ATENÇÃO PRIMÁRIA: DIFICULDADES E DESAFIOS DO ENFERMEIRO

Data de aceite: 05/02/2020

Ana Patrícia Fonseca Coelho Galvão

Faculdade Pitágoras São Luís, Departamento de
Enfermagem.
São Luís-MA.

Joelma de Jesus Oliveira

Instituto Florence de Ensino, Pós Graduação em
Auditoria.
São Luís-MA .

Benedita Célia Leão Gomes

Instituto Florence de Ensino, Pós Graduação em
Nefrologia.
São Luís-MA.

Keile de Kassia de Oliveira Mendes

Faculdade Pitágoras São Luís, Departamento de
Enfermagem.
São Luís-MA.

RESUMO: O Acolhimento sendo o estudo voltado para a Estratégia da Saúde da Família (ESF), haja vista que este faz parte da Política de Humanização do SUS. O objetivo do estudo foi relacionar, a partir da literatura vigente, os desafios relacionados ao Acolhimento na ESF. Escolheu-se abordar o tema através da Revisão de Literatura, cujas fontes de dados foram publicações dispostas na Biblioteca Virtual e Saúde (BVS) em artigos e monografias

disponibilizadas nos sites da Scielo, Bireme, e, Lilacs. Dentre as 13 publicações selecionadas destacaram-se nos resultados os fatores que dificultam o processo de acolhimento na ESF como a limitação do acesso, recursos financeiros insuficientes, divergência entre agenda e demanda, filas; dentre as dificuldades enfrentadas pelo enfermeiro o estudo destacou: instrumentos insuficientes para atender as necessidades dos usuários, violência verbal por parte dos usuários ao enfermeiro, dificuldades nas visitas no domicílio dos usuários, distanciamento entre o discurso do acolhimento e modos de acolher revelados na prática, insatisfação e resistência dos usuários e serem atendidos pelo enfermeiro e não pelo médico, falhas no diálogo com o usuário. O estudo concluiu que os desafios relacionados ao Acolhimento na ESF, é um fato que necessita ser repensado pelos gestores e profissionais de saúde que atuam na Atenção Básica, pois só assim, o acolhimento poderá ser uma ferramenta voltada para humanização dos serviços de saúde, conforme esperado por toda a sociedade.

PALAVRAS-CHAVE: Acolhimento.
Dificuldades. Cuidados de enfermagem.

ABSTRACT: The Reception being the study

focused on the Family Health Strategy (FHS), given that this is part of the SUS Humanization Policy. The objective of the study was to relate, from the current literature, the challenges related to welcoming in the FHS. We chose to approach the theme through the Literature Review, whose data sources were publications available in the Virtual Health Library (VHL) in articles and monographs available on the Scielo, Bireme, and, Lilacs websites. Among the 13 selected publications, the highlights were the factors that hinder the reception process in the FHS, such as limited access, insufficient financial resources, divergence between agenda and demand, queues; Among the difficulties faced by nurses, the study highlighted: insufficient instruments to meet users' needs, users' verbal violence to nurses, difficulties in users' home visits, distance between the host speech and ways of welcoming revealed in practice, dissatisfaction and resistance of users and being attended by the nurse and not the doctor, failures in dialogue with the user. The study concluded that the challenges related to welcoming in the FHS, is a fact that needs to be rethought by managers and health professionals who work in Primary Care, because only then, the host can be a tool focused on humanization of health services, as expected by all of society.

KEYWORDS: Reception. Difficulties Nursing care.

1 | INTRODUÇÃO

O acolhimento é uma das principais diretrizes da Política Nacional de Humanização (PNH) do Sistema Único de Saúde (SUS) no Brasil definido como a recepção do usuário no serviço público de saúde e forma integralizada, ou seja, inclui a responsabilidade dos profissionais de saúde com o usuário, a partir de escuta qualificada da queixa que ele apresenta bem como suas dúvidas, de forma a garantir-lhe assistência resolutiva juntamente com a articulação de serviços especializados, dando continuidade ao cuidado necessário (GARUZI et al., 2014; BRASIL, 2006).

Acolhimento é então assegurar o acesso pleno aos usuários dos serviços de saúde, e, nesse cenário, essa ação objetiva ouvir todos os pacientes, resolver os problemas mais simples ou referenciar os pacientes, se necessário (OLIVEIRA et al., 2011).

Para Trindade (2010), acolher em saúde significa estar preparado para descentralizar os serviços prestados, estar capacitado para atuar com responsabilidades frente a gestão de recursos e prerrogativas do governo municipal, ou seja, é ter a capacidade de agir com técnica e humanização, contribuindo-se assim para um serviço de saúde digno, humano e eficaz.

Na Estratégia Saúde da Família (ESF) o acolhimento traz um grande diferencial no que tange à organização dos serviços, desde que as ações estejam articuladas com outras práticas que venham contribuir para o reconhecimento das necessidades

de saúde das famílias, na área de cobertura da ESF (SANTOS; WEINRICH, 2016).

A Humanização e o Acolhimento não se referem apenas a ações benevolentes, prestadoras e administrativas junto ao usuário, mas, sim, apresenta uma dimensão que vai além da inclusão na Atenção Básica, cujos serviços tem seu foco voltado para as relações estabelecidas no cotidiano de cada unidade de saúde com os usuários. Assim, acolher se respalda na empatia, no reconhecimento do outro e suas diferentes de ser, considerando o caráter heterogêneo da população atendida (BEHER, PREVE, SILVA, 2013).

O enfermeiro tem papel relevante na ESF pois é esse profissional que, na maioria das vezes, recebe primeiramente o paciente e, portanto, sua atitude tem um significado especial para o usuário que necessita de atendimento. O enfermeiro deve adotar um relacionamento baseado na escuta, na confiança, o diálogo amigo, e deixar de lado o atendimento mecanizado, pois, assim, se criará um vínculo prazeroso onde o enfermeiro deve procurar atender as necessidades do paciente de forma integral (COSTA; GARCIA; TOLEDO, 2016).

O enfermeiro tem papel de destaque junto a equipe multiprofissional da ESF, pois, é ele quem comanda o fluxo e busca de pacientes em casos de atendimento de urgência na unidade, contribuindo para a diminuição da morbimortalidade (ACOSTA, DURO; LIMA; 2012).

Entretanto, apesar de todas essas diretrizes estabelecerem uma assistência e qualidade e integral ao paciente, o que se observa é que o Acolhimento apresenta falhas na sua execução na Atenção Básica, pois, não consegue atender de forma igualitária e com qualidade aos que necessitam dos serviços públicos de Saúde.

A escolha da temática sobre o acolhimento deu-se pela necessidade de conhecer sobre as dificuldades encontradas pelos profissionais de saúde junto à prática do acolhimento, sendo também um desafio para o novo modelo de práticas humanizadas de saúde junto a ESF.

O presente trabalho se justifica devido a importância que o enfermeiro assume diante do acolhimento com classificação de risco aos usuários que buscam as emergências hospitalares, oferecendo um atendimento diferenciado e descongestionando esses setores que se encontram sobrecarregados. Como objetivo geral o estudo visa relacionar, a partir da literatura vigente, os limites e desafios relacionados ao Acolhimento na ESF.

A hipótese levantada é de que, quando há conhecimento, formação e habilitação dos sujeitos envolvidos em relação ao acolhimento, os desafios impostos se traduzem em estratégias que viabilizem soluções.

A partir do contexto acima descrito, este estudo tem como objetivo geral: relacionar, a partir da literatura vigente, os desafios relacionados ao Acolhimento na ESF.

2 | METODOLOGIA

O método escolhido para abordar o tema foi a revisão bibliográfica, sendo o estudo do tipo exploratório, descritivo, narrativo, com base no levantamento de dados na literatura vigente.

O estudo foi realizado no período de abril a junho de 2019, perpassando-se as etapas da revisão de literatura que compreende: identificação do problema, elaboração da pergunta norteadora, estabelecimento de critérios de inclusão e exclusão, coleta de dados em bases científicas, seleção de artigos, análise e interpretação dos dados.

A coleta dos dados foi feita em publicações selecionadas nas bases de dados da biblioteca virtual de Saúde (BVS) em sites como SciELO Brasil - (ScientificElectronic Library Online), e Lilacs(Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde)..

Os critérios para a seleção dos dados foram publicações datadas dos últimos dez anos, em língua portuguesa, cujo conteúdo estava de acordo com o assunto a ser abordado. Os critérios de exclusão deram-se entre as publicações que estejam fora do que foi estipulado para o estudo como ano de publicação com mais de dez anos, conteúdos repetidos e aquelas cujo conteúdo não contemplarem os objetivos do estudo.

A seleção da amostra foi realizada por meio de descritores constantes no DeCS (Descritores em Ciências da Saúde): acolhimento, ESF, dificuldades, enfermagem.

Foram encontradas primeiramente 123 publicações dentre artigos, monografias e periódicos sobre o tema na internet. Após leitura dos resumos, selecionou-se 18 publicações para compor o artigo em sua íntegra. Destes, 13 continham em seu conteúdo aspectos relacionados aos objetivos do estudo, voltando-se para as variáveis: fatores que dificultam o processo de acolhimento na ESF e dificuldades enfermeiro na ESF em relação a formação de vínculo com os usuários.

3 | RESULTADOS

Para este item foram selecionadas seis publicações os quais continham em seu conteúdo os fatores voltados para dificultar o processo de acolhimento na ESF.

| Autor/ano | Título | Objetivos | Resultados |
|--|---|---|---|
| Costa MAR;Cambiriba MS, 2010 | Acolhimento em enfermagem: a visão do profissional e a expectativa do usuário | Analisar a visão de acolhimento que têm profissionais e usuários dos serviços de saúde no município de Paranavaí – PR.. | A limitação do acesso e atenção centrada na queixa-conduta foi destacada como fatores que dificultam o acolhimento, assim como o despreparo dos enfermeiros em relação ao atendimento/recepção. |
| Viegas, APB; Carmo RF;Luz, ZMF, 2015 | Fatores que influenciam o acesso aos serviços de saúde na visão de profissionais e usuários de uma unidade básica de referência | Analisar o acesso de usuários de uma Unidade Básica de Referência (UBR) aos serviços de saúde de um município da região Metropolitana de Belo Horizonte, Minas Gerais | Os recursos financeiros insuficientes foram considerados entraves para o bom funcionamento do acolhimento na ESF pesquisada. |
| Santos M;e Weirinck V, 2013 | Processo de acolhimento em Unidades Básicas de Saúde: uma revisão de literatura | Identificar os fatores que dificultam o processo de acolhimento dentro das equipes de saúde na ESF. | Os recursos financeiros insuficientes comprometem a efetivação dos princípios de acessibilidade e equidade. |
| Souza ECF; et al. (2008) | Acesso e acolhimento na atenção básica: uma análise da percepção dos usuários e profissionais de saúde | Avaliar potencialidades e desafios da integralidade do cuidado na Atenção Básica, a partir da percepção de usuários e profissionais de saúde, | A fala de recursos foi destacada contribuindo para efeitos negativos como prejuízo na escuta qualificada, formação de filas, etc. |
| Behr EMSZ; Prêve AD; Silva, MLB, 2013 | Dificuldades nas Práticas do Acolhimento na Unidade Básica de Saúde do Jardim Atlântico – Florianópolis – Santa Catarina | Identificar as dificuldades nas práticas do acolhimento na Unidade Básica de Saúde do Jardim Atlântico – Florianópolis – SC. | O estudo apontou divergência entre a agenda dos marcadores com a da demanda do acolhimento, principalmente de idosos na fila, pois é sempre insuficiente. |
| Goulart BNG; Chiari BM, 2010 | Humanização das práticas do profissional de saúde: contribuição para reflexão | Contribuir com subsídios para a reflexão da atuação clínica contemporânea sob a ótica da humanização da atenção à saúde a partir de revisão da literatura | Dificuldade para garantia do acompanhamento do usuário e de seus encaminhamentos necessários. |

Tabela 1 - Demonstrativo das publicações selecionadas para descrever os fatores que dificultam o processo de acolhimento na ESF

Estudos de Costa e Cabiriba (2010) observaram que muitos enfermeiros centram a consulta de enfermagem na queixa-conduta, revelando o despreparo desses profissionais para executarem o acolhimento de forma integralizada desde a recepção do usuário, ou seja, sua chegada à unidade da ESF, responsabilizando-se integralmente por ele, ouvindo sua queixa, permitindo que ele expresse suas preocupações, angustias. O estudo apontou que o despreparo dos profissionais aliado à falta de confiança dos usuários em relatar seus problemas ao enfermeiro,

conduz a divergências na certeza da efetividade das ações.

Como fatores que dificultam ao acolhimento nas ESF, estudos de Viegas, Carmo e Luz (2015), destacaram dentre outros problemas, a escassez de recursos financeiros, considerados entraves. Um item importante, pois, facilita a execução do princípio da acessibilidade, permitindo que todos tenham acesso aos serviços de saúde, ou seja, significa que o indivíduo pode ter acesso a serviços básicos e específicos.

A insuficiência nos recursos financeiros, prejudica a efetivação do princípio da integralidade, pois contribui para dificultar a reavaliação a partir da escuta qualificada para a garantia do acompanhamento do usuário e de seus encaminhamentos necessários. O princípio da equidade também acaba prejudicado uma vez que, sem recursos financeiros suficientes, fica difícil conciliar a agenda de marcadores com a demanda espontânea do acolhimento, além de refletir e forma negativa na população de idosos que procura o sistema de saúde. Enfatiza-se que a prática da equidade no acolhimento vem garantir assistência integral a todos (SANTOS; WEIRINCK, 2013).

Outro fator que dificulta o acolhimento nas ESF é a divergência entre a agenda dos marcadores com a da demanda do acolhimento, isso porque há sempre maior demanda espontânea que vagas. O estudo ressalta que essas divergências na marcação de consultas, prejudicam idosos que não conseguem atendimento básico, nem encaminhamentos para especialidades. Dificuldades com o sistema informatizado se apresentou como ponto chave para problemas na marcação de consulta (BEHR, PRÈVE e SILVA, 2013).

Corroborando (Coutinho et al, 2015) atenta que o acolhimento visa garantir o acesso para todos os usuários do serviço de saúde nas ESF, e essas divergências entre agenda e marcadores ocasiona a formação de filas, ida dos usuários por várias vezes ao local de marcação na Unidade para conseguir atendimento, prejuízo na escuta qualificada com os profissionais, onde acabam dando atenção somente à sintomatologia referida pelo usuário, não levando em consideração o protagonismo dos sujeitos.

Nos estudos de Goulart e Chiari (2010), a dificuldade de reavaliação a partir da escuta qualificada para a garantia do acompanhamento do usuário bem como o encaminhamento à especialidade adequada, foi considerada um dos entraves para a efetividade do acolhimento nas ESF. Os autores atentam que o paciente deve ser estimulado a ser mais ativo no processo, e orientado a falar sobre sua doença, cabendo ao profissional levar o usuário a falar de forma mais precisa e coerente sobre o que sente, pois isso é quem irá direcionar o diagnóstico e o tratamento. Assim, a queixa do paciente guia o momento clínico e este repensar do lugar do paciente indica um dos alvos do projeto de humanização da medicina e da atenção

à saúde em geral.

O estudo pesquisou na literatura vigente sobre as dificuldades do enfermeiro relacionadas ao vínculo da ESF e a comunicação com usuários, onde foram selecionados sete (07) artigos que estão dispostos na Tabela 2 a seguir.

| Autor/ano | Título | Objetivos | Resultados |
|--|--|--|---|
| Silva LMV; et al (2010) | Avaliação da implantação de programa voltado para melhoria da acessibilidade e humanização do acolhimento aos usuários na rede básica. Salvador, 2005-2008 | Avaliar e monitorar a implantação de um projeto voltado para a ampliação do acesso e a humanização do acolhimento aos usuários da rede básica de Salvador, entre novembro de 2005 e maio de 2008. | Falta de instrumentos que auxiliem na identificação das necessidades dos usuários. A violência verbal decorrente do imediatismo dos usuários. |
| Keblan AVA; Acioli,S., 2014 | A visita domiciliar de enfermeiros e agentes comunitários de saúde da Estratégia Saúde da Família | Descrever as práticas desenvolvidas por enfermeiros e agentes comunitários de saúde no contexto da visita domiciliar da Estratégia Saúde da Família | Dificuldade para os profissionais de saúde nas visitas domiciliares |
| Brehmer LCF; Verdi, M. 2010 | Acolhimento na Atenção Básica: reflexões éticas sobre a Atenção à Saúde dos usuários | Identificar e analisa as implicações éticas oriundas das práticas cotidianas de acolhimento em Unidades Básicas de Saúde (UBS) e seus reflexos na Atenção à Saúde dos usuários do Sistema Único de Saúde (SUS) | Distanciamento entre o discurso do acolhimento e modos de acolher revelados na prática |
| Santos M;e Weirnick V, 2013 | Processo de acolhimento em Unidades Básicas de Saúde: uma revisão de literatura | Identificar os fatores que dificultam o processo de acolhimento dentro das equipes de saúde na ESF. | Insatisfação do usuário em não ser atendido pelo médico. |
| Trad LAB; Espiridião MA, (2010) | Sentidos e práticas da humanização na Estratégia de Saúde da Família: a visão de usuários em seis municípios do Nordeste | Desenvolver uma análise do processo de humanização em saúde no âmbito da Estratégia de Saúde da Família (ESF). | Resistência dos usuários em serem atendidos pelo enfermeiro, dando preferência ao médico clínico, é um dos entraves na comunicação. |
| BeherPrève Silva, 2013 | Dificuldades nas Práticas do Acolhimento na Unidade Básica de Saúde do Jardim Atlântico – Florianópolis – Santa Catarina | Identificar as dificuldades nas práticas do acolhimento na Unidade Básica de Saúde do Jardim Atlântico – Florianópolis – SC. | O comprometimento do atendimento médico por conta da rotatividade dificultando as práticas do acolhimento nas ESF. |

| | | | |
|--|--|---|--|
| Aparecida OC; Turiani TJ, 2015. | Atuação do enfermeiro no acolhimento com avaliação e classificação de risco em urgência e emergência baseado no Protocolo de Manchester. | Descrever a atuação do enfermeiro no acolhimento com avaliação e classificação de risco baseado no Protocolo de Manchester. | Problemas com a escuta qualificada haja vista que muitos usuários não sabem expressar sintomas o que dificulta o diagnóstico |
|--|--|---|--|

Tabela 2' - Demonstrativo dos artigos relacionados às dificuldades enfermeiro na ESF em relação a formação de vínculo com os usuários.

A falta de instrumentos que auxiliem na identificação das necessidades dos usuários foi apontada nos estudos de Silva et al. (2010) como uma das dificuldades enfrentadas pela equipe multiprofissional da ESF em relação à boa comunicação. Relaciona-se à percepção negativa dos usuários sobre diversos problemas como: as cotas no sistema de marcação, dificuldade de acesso e acolhimento nas unidades da ESF, o que contribui para gerar violência verbal e física contra os profissionais, dificultando assim, a boa comunicação.

O imediatismo dos usuários é outra barreira para a comunicação com os profissionais da equipe multiprofissional. Estudos de Keblan e Acioli (2014), observaram que a grande maioria dos usuários não contribui para o atendimento acolhedor, uma vez que há um constante aumento da demanda espontânea, contrapondo-se à escassez de recursos humanos e área física adequada, ocasionando desgaste do servidor e diminuição da qualidade do atendimento prestado.

Como dificuldades na comunicação entre profissional e usuário estudos de Keblan e Acioli (2014) apontaram limitações nas visitas domiciliares haja vista que os recursos financeiros e humanos para esse instrumento, parte integrante da humanização da saúde, dificulta a integralidade da assistência. Destaca-se que o trabalho humanizado em saúde se faz com a construção de novos padrões de assistência, onde a prioridade é melhorar a qualidade de vida, fazer busca ativa, fazer cadastros, levar o médico até o doente e promove a reavaliação. Para os citados autores, é preciso ter essa interação com o usuário tanto dentro quanto fora dos muros da unidade de saúde.

Dificuldades nas relações entre usuário e profissional de saúde pautadas pela interação e pelo diálogo, são uma constante nas ESF, segundo pesquisas de Brehmer (2010). O estudo observou que muitos profissionais de saúde, inclusive enfermeiros que são a linha de frente do atendimento na ESF, tem dificuldades em mostrar simpatia e empatia com os usuários que procuram a unidade de saúde.

O estudo ainda aponta que o atendimento com simpatia é uma necessidade no que tange a recepção e escuta do usuário. Por outro lado, nem sempre é possível ter

um relacionamento amistoso por conta dos problemas da Unidade, o que contribui para constantes reclamações e até agressões verbais do usuário ao enfermeiro ou outro profissional, havendo, portanto, distanciamento entre o discurso teórico e a prática conforme destaca Brehmer (2010).

A insatisfação do usuário em não ser atendido pelo médico, e sim por outro profissional como o enfermeiro, se configura como uma dificuldade na comunicação com os usuários, haja vista que, a figura do médico, está associada culturalmente como aquele profissional que tem capacidade técnica para o atendimento em saúde (Santos e Weirinck, 2016)

A insatisfação do usuário em não ser atendido pelo médico clínico, foi também apontada no estudo de Trad e Esperidão (2010) onde a pesquisa revelou que grande parte dos pacientes exige que o atendimento seja realizado pelo profissional médico, pois na visão dos usuários, somente o médico tem resposta para seu problema de saúde. Essa resistência dos usuários em não ser atendido pelo enfermeiro demonstra falta de confiança, e vem frustrando cada vez mais os profissionais pois sentem que são desvalorizados perante a clientela.

A rotatividade do profissional médico é apontada nos estudos de Beher (2013) como uma das dificuldades na comunicação com o usuário nas ESF, isso porque, a permanência do clínico na unidade de saúde, não acontece de forma efetiva havendo sempre trocas frequentes em períodos curtos, o que compromete as práticas do acolhimento sendo esse um importante componente para a formação do vínculo com a comunidade e com a equipe de saúde.

Ainda segundo Beher (2013) o vínculo, o cuidado, e a comunicação com o usuário devem ser embasados pelo contexto social em que vivem os usuários, e quanto maior for a vulnerabilidade social, maior deverá ser o vínculo e o cuidado, no sentido de melhorar o acesso às consultas e ao atendimento em especialidades. Salienta-se que a rotatividade rompe as relações estabelecidas com a equipe multiprofissional e com todo o processo terapêutico, pois este sente-se desmotivado.

Os problemas com a escuta qualificada foram destacados haja vista que muitos usuários não sabem expressar sintomas o que dificulta o diagnóstico e o encaminhamento a serviços especializados. Quando o usuário não sabe se expressar, a qualidade da consulta fica comprometida, e não é possível fazer a Classificação de risco, um importante instrumento que garante organização nos serviços, seguindo-se o grau de gravidade ou riscos de agravamento e vulnerabilidade apresentados pelo paciente (APARECIDA E TURIANI, 2015).

4 | CONCLUSÃO

Com esta pesquisa ficou claro o entendimento de que a ESF é uma estratégia de assistência aos usuários dos serviços públicos de Saúde centrada na Atenção Básica cuja finalidade é melhorar a assistência por meio do Acolhimento. Este por sinal se configura como uma forma de garantir que o sujeito tenha seus direitos garantidos em relação à saúde, melhorando o processo de relações humanas.

O acolhimento deve passar por todas as etapas da assistência desde a chegada do paciente, continuando na assistência especializada, possibilitando a concretização das necessidades do usuário. Entretanto, neste estudo pode-se observar que ainda existem inúmeras dificuldades enfrentadas pela Atenção Básica para realizar esse Acolhimento, e que o enfermeiro, centra-se nesse processo como o profissional que lida mais de perto com o paciente, elencando-se aqui algumas dessas dificuldades.

Neste estudo dentre os fatores que dificultam o processo de acolhimento na ESF foram destacadas: limitação do acesso e atenção centrada na queixa-conduta, recursos financeiros insuficientes, divergência entre a agenda dos marcadores com a da demanda do acolhimento, filas de espera, falhas no acompanhamento e encaminhamentos necessários.

Como dificuldades enfrentadas pelo enfermeiro o estudo destacou: instrumentos insuficientes para atender as necessidades dos usuários, violência verbal por parte dos usuários ao enfermeiro, dificuldades nas visitas no domicílio dos usuários, Distanciamento entre o discurso do acolhimento e modos de acolher revelados na prática, insatisfação e resistência dos usuários e serem atendidos pelo enfermeiro e não pelo médico, falhas no diálogo com o usuário.

Concluiu-se que os desafios relacionados ao Acolhimento na ESF, é um fato que necessita ser repensado pelos gestores e profissionais de saúde que atuam na Atenção Básica, pois só assim, o acolhimento poderá ser uma ferramenta voltada para humanização dos serviços de saúde, conforme esperado por toda a sociedade.

REFERÊNCIAS

ACOSTA AM, DURO CLM, LIMA MADS. **Atividades do enfermeiro nos sistemas de triagem/ classificação de risco nos serviços de urgência**: revisão integrativa. Rev Gaúcha Enferm. v. 33, n. 4, 2012.

APARECIDA OC; TURIANI TJ. **Atuação do enfermeiro no acolhimento com avaliação e classificação de risco em urgência e emergência baseado no Protocolo de Manchester**. Arquivos em Destaque. v.2, n.14, 2015.

BEHR EMSZ; PRÈVE AD; SILVA, MLB. Dificuldades nas Práticas do Acolhimento na Unidade Básica de Saúde do Jardim Atlântico – Florianópolis – Santa Catarina. **Gestão da Saúde Pública**, v. 6, 2013.

Brasil. **Política nacional de humanização da atenção e da gestão do SUS**. Material de apoio. Brasília: Ministério da Saúde; 2006.

BREHMER LCF; VERDI, M. Acolhimento na Atenção Básica: reflexões éticas sobre a Atenção à Saúde dos usuários. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 15, Supl. 3, 2010.

BREHMER LCF; VERDI, M. Acolhimento na Atenção Básica: reflexões éticas sobre a Atenção à Saúde dos usuários. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 15, Supl. 3, 2010.

COSTA MAR;Cambiriba MS. Acolhimento em enfermagem: a visão do profissional e a expectativa do usuário. **Cienc Cuid Saude**. v. 9, n.3, Jul/Set, 2010.

COSTA, Paula Cristina Pereira da; GARCIA, Ana Paula RigonFrancischetti; TOLEDO, Vanessa Pellegrino. Acolhimento e Cuidado de Enfermagem: um estudo fenomenológico. **Texto Contexto Enferm**. v. 25, n. 1, 2016.

COUTINHO, Larissa Rachel Plahares. **Acolhimento na Atenção Primária à Saúde: revisão integrativa**. **Saúde debate**. v.39, n.105, 2015.

GARUZI, Mirianeet al. Acolhimento na Estratégia Saúde da Família: revisão integrativa. **Rev Panam Salud Publica**. v. 35, 2, 2014 .

GOULART, Bárbara Niegia Garcia; CHIARI, Brasília Maria. Humanização das práticas do profissional de saúde: contribuição para reflexão. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 1, jan. 2010.

KEBLAN AVA; ACIOLI, S. A visita domiciliar de enfermeiros e agentes comunitários de saúde da Estratégia Saúde da Família. **Rev. Eletr. Enf**. V. 16, n. 1, jan/mar, 2014.

OLIVEIRA DC et al. Construção de um paradigma de cuidado de enfermagem pautado nas necessidades humanas e de saúde. **Esc Anna Nery**. v. 15, n. 4, Out-Dez, 2011:838-44.

SANTOS M; WEIRINCK, V. **Processo de acolhimento em unidades básicas de saúde: uma revisão de literatura. Artigo científico**. Fundação Universidade de Blumenau – FURB. Professora do Centro Universitário para o Desenvolvimento do Alto Vale do Itajaí – UNIDAVI, 2013.

SILVA LMV, et al. Avaliação da implantação de programa voltado para melhoria da acessibilidade e humanização do acolhimento aos usuários na rede básica. Salvador, 2005-2008. **Rev. Bras. Saúde Matern. Infant**. Recife, v.10, Supl. 1, nov. 2010.

TRAD, L. A. B., ESPERIDIÃO, M. A. (2010). Sentidos e Práticas da Humanização na Estratégia de Saúde da Família: a Visão de Usuários em seis Municípios do Nordeste. **Physis:Revista de Saúde Coletiva**, n. 20, v. 4, 2010.

TRINDADE, CS. **A importância do acolhimento no processo de trabalho das equipes de saúde da família**. Monografia de especialização em Saúde da família. Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2010.

VIEGAS, APB; CARMO RF;LUZ, ZMF. **Fatores que influenciam o acesso aos serviços de saúde na visão de profissionais e usuários de uma unidade básica de referência**. **Saúde Soc**. São Paulo, v.24, n.1, p.100-112, 2015.

ASPECTOS LEGAIS DA VACINAÇÃO COMPULSÓRIA

Data de aceite: 05/02/2020

Juan Felipe Nascimento da Silva

<http://lattes.cnpq.br/4436048997588568>

Nathalia Moreira Lima de Freitas

<http://lattes.cnpq.br/3783305889764348>

Jornada Científica Universidade Estácio de Sá, Rio de Janeiro. Campus Sulacap, ano 2018.

O presente estudo tem como Introdução: Em 1998 o médico inglês Andrew Wakefield publicou um artigo na revista científica Lancet que fazia relação da vacina SCR com o autismo, relação essa que foi muito criticada pela comunidade científica devido a aspectos não esclarecidos no seu artigo. Alguns anos depois foi descoberto que o médico havia falsificado os resultados do estudo e que havia um conflito de interesse na publicação do artigo, pois Wakefield recebia dinheiro como consultor de um grupo de advogados que representavam empresas que eram contra as vacinas, com isso o trabalho foi excluído da revista Lancet, já que o estudo apresentava um pensamento errado e tendencioso. A motivação deste estudo foi o crescimento dos grupos contrários à vacinação e a redução das coberturas vacinais. Problematização: a não vacinação

acarreta sérios riscos à saúde da população em geral e deve ser combatida através de políticas públicas de saúde e de leis que sejam contrárias a este tipo de ação. O objetivo deste estudo é evidenciar aos profissionais de saúde e áreas afins os aspectos legais da vacinação compulsória para a promoção e manutenção da saúde da população. Metodologia: Na revisão de literatura foram analisados 03 artigos e um livro a partir da plataforma de pesquisa do google ambos publicados de 2013 até 2018 e leis, portarias e decretos de saúde pública que visam a obrigatoriedade da vacinação e suas respectivas punições em casos de descumprimento. Análise de dados: Durante a análise dos dados foram observados que existem diversas referências científicas e legais sobre a vacinação compulsória não só no Brasil, mas também no mundo, e estas referências devem ser sempre utilizadas para refutar grupo e pessoas que são contra a vacinação de modo geral. Concluímos que a vacinação compulsória é um instrumento de grande valia no combate ao avanço de doenças imunopreveníveis e que é necessário sempre o uso da ciência para o esclarecimento da população sobre o uso seguro das vacinas e sua importância.

PALAVRAS-CHAVE: movimento contra vacinação e saúde pública.

REFERÊNCIAS

LEVI, Guido Carlos L664r Recusa de vacinas : causas e consequências / Guido Carlos Levi. – São Paulo: Segmento Farma, 2013. 72 p. ISBN 978-85-7900-074-4 Inclui referências bibliográficas 1. Vacinação – aspectos sociais. 2. Vacinação – Brasil. I. Título; Estatuto da criança e do adolescente (ECA); Constituição da república federativa do Brasil 1988; Decreto N° 78231 DE 12/08/76; Lei 6259/75, Proteção individual versus proteção coletiva: análise bioética do programa nacional de vacinação infantil em massa; A (não) vacinação infantil entre a cultura e a lei: os significados atribuídos por casais de camadas médias de São Paulo, Brasil; Controvérsias em torno das vacinas ComCiência n.162 Campinas Out 2014.

ATUAÇÃO DO ENFERMEIRO NA ADESÃO AO TRATAMENTO NÃO FARMACOLÓGICO DA HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA

Data de aceite: 05/02/2020

Data de submissão: 25/12/2019

Taciane Aparecida Dias dos Santos

Faculdade UNINASSAU – Campus Redenção.
Teresina, Piauí, Brasil.

<http://lattes.cnpq.br/5839410284721734>

Andreia Lima Oliveira

Faculdade UNINASSAU – Campus Redenção.
Teresina, Piauí, Brasil.

<http://lattes.cnpq.br/9918080297153316>

Raimundo Nonato Pereira de Sousa

Faculdade UNINASSAU – Campus Redenção.
Teresina, Piauí, Brasil.

<http://lattes.cnpq.br/1227346141909485>

Francisco Lucas de Lima Fontes

Faculdade UNINASSAU – Campus Redenção.
Teresina, Piauí, Brasil.

<http://lattes.cnpq.br/1608853668745294> / <https://orcid.org/0000-0003-1880-9329>

Anderson de Assis Ferreira

Universidade Estadual do Piauí. Floriano, Piauí,
Brasil.

<http://lattes.cnpq.br/4470504681095377>

Hallyson Leno Lucas da Silva

Faculdades Integradas de Patos. Natal, Rio
Grande do Norte, Brasil.

<http://lattes.cnpq.br/5526889363361625>

Karine do Nascimento Miranda Martins Granjeiro

Universidade do Grande Rio. Rio de Janeiro, Rio

de Janeiro, Brasil.

<http://lattes.cnpq.br/5995357725180024>

Naasson Damasceno Silva

Faculdade UNINASSAU – Campus Redenção.
Teresina, Piauí, Brasil.

<http://lattes.cnpq.br/8528148192147824>

Alexsandra Maria Ferreira de Araújo Bezerra

Universidade Federal do Piauí. Teresina, Piauí,
Brasil.

<http://lattes.cnpq.br/2527606255767529>

Luanna Sousa de Moraes Lima

Universidade Federal do Piauí. Floriano, Piauí,
Brasil.

<http://lattes.cnpq.br/8169061521780091>

Marina Ribeiro da Fonseca

Faculdade UNINASSAU – Campus Redenção.
Teresina, Piauí, Brasil.

<http://lattes.cnpq.br/3028732123468289>

Adriana Maria de Sousa

Centro Universitário UNINOVAFAPÍ. Teresina,
Piauí, Brasil.

<http://lattes.cnpq.br/4253571605654267>

RESUMO: Objetivou-se com o presente estudo analisar a atuação do enfermeiro na adesão ao tratamento não farmacológico da hipertensão arterial sistêmica. Trata-se de uma revisão da literatura de caráter exploratório e qualitativo realizada por meio de uma base de dados e

duas bibliotecas virtuais. Foi evidenciado que a baixa escolaridade, a falta de incentivo da família e o custo financeiro dificultam na adesão ao tratamento. A utilização da educação em saúde promovida pelo enfermeiro facilita o estímulo a práticas de autocuidado. A atuação do enfermeiro é de fundamental importância na assistência, pois assume a ação de contribuir para uma melhor qualidade de vida do paciente hipertenso. O enfermeiro tem a real possibilidade de criar vínculos com o paciente e comunidade, o que contribui na adesão das orientações dadas por ele.

PALAVRAS-CHAVE: Hipertensão, Enfermagem, Adesão ao tratamento.

NURSE'S ACTING IN ADHERENCE TO NON-PHARMACOLOGICAL TREATMENT OF SYSTEMIC ARTERIAL HYPERTENSION

ABSTRACT: The objective of this study was to analyze the role of nurses in adhering to non-pharmacological treatment of systemic arterial hypertension. This is a review of the exploratory and qualitative literature conducted through a database and two virtual libraries. It was evidenced that low education, lack of family incentive and financial cost make it difficult to adhere to treatment. The use of health education promoted by nurses facilitates the encouragement of self-care practices. The performance of nurses is of fundamental importance in care, as it assumes the action of contributing to a better quality of life of hypertensive patients. The nurse has the real possibility of creating bonds with the patient and the community, which contributes to the adherence to the guidelines given by him.

KEYWORDS: Hypertension, Nursing, Treatment adherence and compliance.

1 | INTRODUÇÃO

A hipertensão arterial sistêmica (HAS) é uma doença crônica multifatorial que se caracteriza pelo aumento da pressão arterial. Associa-se com frequência a distúrbios metabólicos, alterações funcionais de órgãos-alvo, que se agrava com a presença dos fatores de risco como obesidade, sedentarismo, abuso de sal, etnia, idade, dentre outros. A partir dos valores ≥ 140 mmHg de pressão sistólica e ≥ 90 mmHg de pressão diastólica, emprega-se o diagnóstico de HAS (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2016).

De acordo com o Ministério da Saúde a HAS afeta mais de um bilhão de pessoas no mundo e é um grave problema de saúde pública no Brasil. Em adultos brasileiros predomina entre 22% a 44%, prevalece em mais de 50% nos idosos com 60 a 69 anos e 75% em indivíduos com mais de 70 anos (BRASIL, 2014).

Por se tratar de uma doença crônica a HAS não tem cura, mas existem medidas farmacológicas e não farmacológicas para o seu controle. Aderir ao tratamento não farmacológico é importante e envolve a mudança de estilo de vida do paciente.

Algumas destas mudanças dizem respeito à redução do consumo de álcool, abandono do cigarro, perda de peso, adoção de uma alimentação balanceada e a prática regular de exercícios físicos (OLIVEIRA *et al.*, 2013).

O ato de aceitar a doença e a adesão a novos hábitos contribui para a prevenção de futuras complicações. Fatores associados à não adesão ao tratamento englobam: não seguimento da prescrição terapêutica, dificuldades na mudança de hábitos, condições econômicas, etilismo, vínculo frágil com o sistema de saúde, a falta de informações da doença e analfabetismo (OLIVEIRA *et al.*, 2013; COSTA *et al.*, 2014; FONTES; SANTANA, 2018).

A adoção do estilo de vida mais saudável é uma estratégia útil na obtenção de resultados favoráveis no controle da HAS, sendo na maioria dos casos a terapêutica inicial recomendada. Contudo, a escassa adesão dos pacientes às orientações não farmacológicas é fator determinante para o descontrole e agravamento da doença (MACHADO *et al.*, 2014).

A atuação do enfermeiro junto aos hipertensos está vinculada ao seu papel como educador no estabelecimento de estratégias para adesão ao tratamento e motivação do sujeito na prática do autocuidado com a própria saúde (COSTA *et al.*, 2014; FONTES; SANTANA, 2018). Diante do explanado, o objetivo do presente estudo foi analisar a atuação do enfermeiro na adesão ao tratamento não farmacológico da hipertensão arterial sistêmica.

2 | METODOLOGIA

Trata-se de uma revisão da literatura de caráter exploratório e qualitativo. Para a seleção dos estudos foi realizada uma busca nas Bases de Dados da Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), *Scientific Electronic Library Online* (SciELO) e Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS).

Os critérios utilizados para inclusão dos estudos foram: artigos publicados nos períodos de 2013 a 2017 em português, disponíveis na íntegra, utilizando os descritores: “hipertensão”, “enfermagem”, “adesão ao tratamento”, e resultou na seleção de 32 artigos. Foram excluídos artigos que, apesar de possuir tais descritores, não abordavam especificamente o tema em estudo; artigos que fugiam do escopo temporal e que se repetiam durante buscas nas bases de dados.

Após a leitura, selecionou-se 18 estudos, que foram lidos na íntegra, realizando avaliação crítica dos mesmos. Para a análise de dados, realizou-se a análise de conteúdo dos artigos selecionados e fazendo-se o uso do sistema de categorização dos mesmos.

Ao fazer a análise de conteúdo dos artigos selecionados, originaram-se duas

categorias: “Fatores associados à não adesão do tratamento de HAS” e “Atuação do enfermeiro na adesão ao tratamento não farmacológico de HAS”.

3 | RESULTADOS E DISCUSSÃO

3.1 Fatores associados à não adesão ao tratamento de HAS

Segundo Moura *et al.* (2016), o tratamento de HAS não é executado apenas com o uso de medicamentos. A pessoa precisa investir na modificação do estilo de vida em vertentes relacionadas à alimentação, ao abandono do uso de bebidas alcoólicas e cigarro e início da prática de exercícios físicos.

O abandono do álcool resulta no aumento da expectativa de vida do hipertenso. O consumo frequente de bebidas alcoólicas agrava doenças do sistema cardiovascular, pois o nível de álcool no sangue faz com que a pressão arterial aumente de forma lenta e progressiva (SILVA *et al.*, 2017).

Moura *et al.* (2016) evidencia ainda que o abandono do tabaco coopera para a redução da lesão de vasos sanguíneos, provocados pelo monóxido de carbono e que também contribui na diminuição do aparecimento de doenças ligadas ao seu uso.

A adesão é um processo comportamental complexo que é influenciado pelo ambiente, equipe de saúde e indivíduos. Abrange proporções psicológicas, culturais, biológicas e socioeconômicas e pode ou não se tornar um grande desafio para a equipe de saúde (MARTINS *et al.*, 2014).

De acordo com Barreto *et al.* (2015), a não adesão é um comportamento multideterminado, no qual é necessário investigar os fatores que influenciam neste processo. Em um estudo realizado pelo autor, observou-se que pacientes com baixa escolaridade possuem dificuldades na compreensão das recomendações da equipe de saúde e na identificação da importância do tratamento para o controle da doença.

Na visão de pacientes, segundo Nunes *et al.* (2015), por ser assintomática, a HAS não é grave e o tratamento só deve ser iniciado quando surgirem os sintomas. No mesmo estudo, o autor também cita a obesidade como um fator que dificulta a adesão, pois requer orientação sobre controle do peso, prática de atividades físicas e incentivo da família, que muitos pacientes alegam não ter. Isso revela outro fator dificultador na aderência ao tratamento: a falta de apoio da família e amigos. Para Moura *et al.* (2016), o desinteresse pelo tratamento aumenta por conta da falta deste incentivo, o que repercute no paciente que deve estar envolvido com ações de autocuidado.

Existem outros fatores que influenciam na falta de adesão ao tratamento como

a inexistência de um lugar apropriado à prática de atividades físicas associada a não disponibilidade para tais práticas e desinteresse. Outro fator a ser citado relaciona-se ao custo financeiro do tratamento, que dificulta a compra de alimentos mais saudáveis, o que contribui para a não aceitação da dieta (NASCIMENTO *et al.*, 2013).

A modificação da dieta não é fácil para muitos pacientes, mas o aumento do consumo de legumes, frutas, alimentos integrais, produtos desnatados, consumo de carnes brancas e magras, além da diminuição do sódio na alimentação de forma equilibrada, ajudam no adequado controle dos níveis pressóricos (MENDES *et al.*, 2015; NUNES *et al.*, 2015).

A duração do tratamento também deve ser considerada, pois como a HAS é uma doença crônica, seu tratamento pode ser para toda a vida, tornando-se uma barreira a ser enfrentada pelo paciente (MENDES *et al.*, 2015).

Concernente à idade, a não aderência à terapêutica é maior entre os jovens, se comparados com idosos. O autor ainda aborda que a quantidade de medicamentos a ser ingerida também é um desafio (BARRETO *et al.*, 2015).

O sexo também releva seu caráter dificultador, tendo em vista que homens possuem mais dificuldade em aderir a tratamentos. Esta informação se concretiza devido à pouca procura de serviços de saúde por pessoas do sexo masculino (ARAÚJO *et al.*, 2016).

3.2 Atuação do enfermeiro na adesão ao tratamento não farmacológico de HAS

O enfermeiro tem apresentado papel fundamental na assistência e na adesão à terapêutica anti-hipertensiva, contribuindo para a mudança de estilo de vida de pacientes hipertensos (SILVA *et al.*, 2016).

O enfermeiro, como parte da equipe de saúde, ao identificar falhas no cumprimento do tratamento deve atuar efetivamente com os pacientes para desenvolver e programar estratégias para a promoção e controle da doença, prevenindo complicações futuras e incentivando a aderência ao tratamento não farmacológico (NUNES *et al.*, 2015; ARAÚJO *et al.*, 2016).

Uma das estratégias pode ser a visita domiciliar, recurso que proporciona aproximação enfermeiro-paciente-família. Nela, o profissional tem a oportunidade de conhecer a realidade do hipertenso *in loco* e estabelecer metas para práticas de autocuidado, além de ser excelente alternativa para estreitamento de vínculos (CAMARGO; ANJOS; AMARAL, 2013).

Um dos recursos mais importantes na prática assistencial deste profissional é a consulta de Enfermagem, que propicia momentos para nortear e estimular hábitos saudáveis ao paciente por meio da educação em saúde. O enfermeiro deve frequentemente acompanhar os hipertensos mediante ações coletivas de

saúde, visitas domiciliares e consultas individuais, respeitando as características da população assistida (CONCEIÇÃO *et al.*, 2013).

A criação de um plano de cuidados elaborado pelo enfermeiro, com inserção da família na implementação e planejamento do autocuidado da doença, contribui para melhor enfrentamento patologia. O autor ainda aborda que o cuidado planejado tem sua importância colaborativa, pois incentiva o paciente e sua família a criarem objetivos específicos para a sua necessidade (SILVA *et al.*, 2016).

Outra estratégia relaciona-se à criação de grupos de convivência para hipertensos. Esses grupos proporcionam a troca de experiência que, realizadas de maneira frequente, proporcionam melhor manejo dos níveis pressóricos. Mostra-se uma boa ferramenta, na qual o enfermeiro tem mais tempo para trabalhar orientações para um número maior de pessoas. Durante esses encontros, o profissional deve estimular o autocuidado por meio de ações de educação em saúde, como a realização de palestras, oficinas, cursos e dinâmicas, de forma que os pacientes atuem de modo consciente em relação ao tratamento (BARRETO; REINERS; MARCON, 2014; AMARAL; TESSER; MÜLLER, 2013).

Ferramenta também muito utilizada, a educação em saúde trata-se de um processo que aborda métodos contribuintes na transformação de concepções, levando informação aos indivíduos, aquisição de conhecimento e estímulo ao diálogo sobre saúde. A realização corriqueira de atividades educativas pelo enfermeiro sensibiliza o paciente a reconhecer a HAS como uma patologia que requer cuidados singulares (COSTA *et al.*, 2014; DIAS *et al.*, 2016).

A educação em saúde associada a novos hábitos de vida constitui recurso relevante na promoção da saúde. A atuação do enfermeiro por meio da utilização da comunicação dialógica pode ser posta em prática nos grupos de convivência e durante as consultas de Enfermagem e possibilita mudanças de compreensões, sempre respeitando a realidade e autonomia do paciente (RADOVANOVIC *et al.*, 2016).

O enfermeiro deve analisar as necessidades de cada paciente para proporcionar uma abordagem adequada, utilizando-se de uma linguagem clara que permita que ao hipertenso maior compressão das orientações (NASCIMENTO *et al.*, 2013; MACIEL; PIMENTA; CALDEIRA, 2016). O profissional precisa passar confiança mediante condutas adotadas, de modo a proporcionar atendimento acolhedor (OLIVEIRA *et al.*, 2013).

4 | CONCLUSÃO

Constata-se que os motivos da não adesão ao tratamento não farmacológico da HAS relacionam-se a aspectos pessoais, sociais e clínicos e necessitam de

investigação pelo enfermeiro para obtenção de estratégias que contribuam significativamente na aderência de novos hábitos. A atuação deste profissional objetiva a promoção da saúde e prevenção de agravos da HAS, mediante o uso de ferramentas que aproximam o paciente do tratamento e das práticas de autocuidado. Forte aliada do enfermeiro, a educação em saúde tem sua importância, pois fornece compreensão ao paciente sobre seu estado de saúde-doença, adoção de hábitos saudáveis e ampliação do conhecimento. Dessa forma, o enfermeiro tem a real possibilidade de criar vínculos com o paciente e comunidade, o que contribui na adesão das orientações dadas por ele.

REFERÊNCIAS

AMARAL, R. P.; TESSER, C. D.; MÜLLER, P. Benefícios dos grupos no manejo da hipertensão arterial sistêmica: percepções de pacientes e médicos. **Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade**, v. 8, n. 28, p. 196-202, 2013.

ARAÚJO, T. U. *et al.* Diagnóstico de enfermagem Falta de adesão ao tratamento em homens com hipertensão. **Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste**, v. 17, n. 3, p. 338-345, 2016.

BARRETO, M. S. *et al.* Prevalência de não adesão a farmacoterapia anti-hipertensiva e fatores associados. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 68, n. 1, p. 60-67, 2015.

BARRETO, M. S.; REINERS, A. A. O.; MARCON, S. S. Conhecimento sobre hipertensão arterial e fatores associados à não adesão à farmacoterapia. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 22, n. 3, p. 491-498, 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: hipertensão arterial sistêmica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2014.

CAMARGO, R. A. A.; ANJOS, F. R.; AMARAL, M. F. Estratégia saúde da família nas ações primárias de saúde ao portador de hipertensão arterial sistêmica. **Revista Mineira de Enfermagem**, v. 17, n. 4, p. 864-881, 2013.

CONCEIÇÃO, C. C. *et al.* A atuação da Enfermagem frente aos fatores de risco da hipertensão arterial e diabetes mellitus: uma revisão integrativa da literatura. **Interfaces Científicas: Saúde e Ambiente**, v. 2, n. 1, p. 9-24, 2013.

COSTA, Y. F. *et al.* O papel educativo do enfermeiro na adesão ao tratamento da hipertensão arterial sistêmica: revisão integrativa da literatura. **O Mundo da Saúde**, v. 38, n. 4, p. 473-481, 2014.

DIAS, E. G. *et al.* Contribuições da Enfermagem na adesão ao tratamento da hipertensão arterial: uma revisão integrativa da literatura brasileira. **Revista de Epidemiologia e Controle de Infecção**, v. 6, n. 3, p. 138-144, 2016.

FONTES, F. L. L.; SANTANA, R. S. Self-care difficulties in hypertensive patients from a Family Health Strategy. **Revista de Enfermagem da UFPI**, v. 7, n. 2, p. 90-94, 2018. doi.org/10.26694/2238-7234.7290-94

MACHADO, J. C. *et al.* Análise de três estratégias de educação em saúde para portadores de hipertensão arterial. **Revista Ciência & Saúde Coletiva**, v. 21, n. 2, p. 611-620, 2016.

- MACIEL, A. P. F.; PIMENTA, H. B.; CALDEIRA, A. P. Qualidade de vida e adesão medicamentosa para pessoas hipertensas. **Acta Paulista de Enfermagem**, v. 29, n. 5, p. 542-548, 2016.
- MARTINS, A. G. *et al.* Adesão ao tratamento clínico ambulatorial da hipertensão arterial sistêmica. **Acta Paulista de Enfermagem**, v. 27, n. 3, p. 266-272, 2014.
- MENDES, C. R. S. *et al.* Comparação do autocuidado entre usuários com hipertensão de serviços da atenção à saúde primária e secundária. **Acta Paulista de Enfermagem**, v. 28, n. 6, p. 580-586, 2015.
- MOURA, A. A. *et al.* Fatores da não adesão ao tratamento da hipertensão arterial. **Enfermería Global**, v. 15, n. 43, 2016.
- NASCIMENTO, A. C. G. *et al.* Características da adesão terapêutica em pessoas com hipertensão arterial e identificação do diagnóstico de enfermagem “falta de adesão” na atenção primária. **Revista de APS**, v. 16, n. 4, p. 365-377, 2013.
- NUNES, M. G. S. *et al.* Prevalência e fatores associados a cooperação do paciente portador de hipertensão arterial. **Acta Paulista de Enfermagem**, v. 28, n. 4, p. 323-330, 2015.
- OLIVEIRA, C. J. *et al.* Validação clínica do diagnóstico “falta de adesão” em pessoas com hipertensão arterial. **Escola Anna Nery Revista de Enfermagem**, v. 17, n. 4, p. 611-619, 2013.
- OLIVEIRA, T. L. *et al.* Eficácia da educação em saúde no tratamento não medicamentoso da hipertensão arterial. **Acta Paulista de Enfermagem**, v. 26, n. 2, p. 179-184, 2013.
- RADOVANOVIC, C. A. T. *et al.* Intervenção multiprofissional em adultos com hipertensão arterial: ensaio clínico randomizado. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 69, n. 6, p. 1067-1073, 2016.
- SILVA, E. F. *et al.* Consumo de álcool e tabaco: fator de risco para doença cardiovascular em população idosa do sul do Brasil. **Saúde e Desenvolvimento Humano**, v. 5, n. 1, p. 23-33, 2017.
- SILVA, R. L. D. T. *et al.* Elaboração de plano de cuidados como diferencial na prática assistencial ao hipertenso. **Acta Paulista de Enfermagem**, v. 29, n. 5, p. 494-505, 2016.
- SOCIDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA. VII Diretriz Brasileira de Hipertensão Arterial. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**, v. 107, n. 3, 2016.

DIALOGANDO SOBRE GÊNERO E DIVERSIDADE NO CAMPO DA EDUCAÇÃO

Data de aceite: 05/02/2020

Data da Submissão: 04/11/19

Mariana Teles da Silva
Centro Universitário Doutor Leão Sampaio
(UNILEÃO)
Juazeiro do Norte – CE, Brasil.
<http://lattes.cnpq.br/7528112912504559>

Andreza Maria de Souza Santos
Centro Universitário Doutor Leão Sampaio
(UNILEÃO)
Juazeiro do Norte – CE, Brasil.
<http://lattes.cnpq.br/7896609471299821>

Adriana da Silva
Centro Universitário Doutor Leão Sampaio
(UNILEÃO)
Juazeiro do Norte – CE, Brasil.
<http://lattes.cnpq.br/7204446316921661>

Aline Moraes Venancio de Alencar
Centro Universitário Doutor Leão Sampaio
(UNILEÃO)
Juazeiro do Norte – CE, Brasil.
<http://lattes.cnpq.br/7181812290964688>

Andriela dos Santos Pinheiro
Centro Universitário Doutor Leão Sampaio
(UNILEÃO)
Juazeiro do Norte – CE, Brasil.
<http://lattes.cnpq.br/5371155856686752>

Anna Carla Terto Gonçalves
Centro Universitário Doutor Leão Sampaio

(UNILEÃO)

Juazeiro do Norte – CE, Brasil.
<http://lattes.cnpq.br/5576857607310055>

Ariadne Gomes Patrício Sampaio
Centro Universitário Doutor Leão Sampaio
(UNILEÃO)
Juazeiro do Norte – CE, Brasil.
<http://lattes.cnpq.br/8453032330012341>

Halana Cecília Vieira Pereira
Centro Universitário Doutor Leão Sampaio
(UNILEÃO)
Juazeiro do Norte - CE, Brasil.
<http://lattes.cnpq.br/2031300471847420>

João Edilton Alves Feitosa
Centro Universitário Doutor Leão Sampaio
(UNILEÃO)
Juazeiro do Norte – CE, Brasil.
<http://lattes.cnpq.br/3031497468750287>

José Nairton Coelho da Silva
Centro Universitário Doutor Leão Sampaio
(UNILEÃO)
Juazeiro do Norte – CE, Brasil.
<http://lattes.cnpq.br/6205616098857027>

Nayara Thuany Camilo Oliveira
Centro Universitário Doutor Leão Sampaio
(UNILEÃO)
Juazeiro do Norte – CE, Brasil.
<http://lattes.cnpq.br/7008530187102125>

Rodolfo dos Santos Alves de Oliveira
Centro Universitário Doutor Leão Sampaio
(UNILEÃO)

RESUMO: O debate sobre a diversidade sexual e de gênero esteve restrito durante anos a áreas como a Sociologia, a Psicologia e a Crítica Literária, sendo deixado de lado na área da educação. Somente em 1990 foi que houve essa inclusão. Fazendo-nos refletir, que apesar dos avanços a temática ainda está em construção. Com isso, a pesquisa justifica-se pela relevância de dialogar os conceitos e desmistificar o preconceito. Teve como objetivo geral: Dialogar sobre os conceitos da diversidade sexual e de gênero na compreensão e fortalecimento do combate ao preconceito. Trata-se de um relato de experiência de uma atividade de intervenção de educação em saúde a partir da disciplina de Processo Ensino Aprendizagem em Saúde. Os facilitadores da aprendizagem foram discentes da disciplina que cursam o 8º. Semestre do curso de bacharelado de enfermagem de uma instituição privada, no Cariri Cearense. A pesquisa foi realizada em uma Escola Estadual de Educação Profissionalizante, do município de Barbalha - CE. O público alvo foram estudantes do ensino médio 1º, 2º e 3º ano da escola citada. Desta forma, optou-se por realizar essa pesquisa pautada na concepção cognitivista para a socialização. Realizou-se um “Circuito”, a partir de palavras chaves sobre a temática. A sala foi dividida em grupos e os alunos foram orientados a escrever suas percepções sobre os temas tendo um tempo cronometrado. Ao término da dinâmica os alunos se acomodaram para explanação dos assuntos que abordaram conceitos de gênero, orientação sexual, sexo e diversidade. Tendo em vista os aspectos observados, a pesquisa proporcionou interação, aproximação com o público alvo e troca de saberes. Observou-se conhecimento limitado relacionado ao tema proposto por alguns adolescentes. No entanto, a grande maioria expressou sua opinião e mostrou interesse nas discussões o que gerou empolgação e entusiasmo superando as expectativas e com isso alcançando o objetivo proposto.

PALAVRAS-CHAVE: alunos, ensino-aprendizagem, gênero, preconceito.

DIALOGATING ABOUT GENDER AND DIVERSITY IN THE FIELD OF EDUCATION

ABSTRACT: The debate on sexual and gender diversity has been restricted for many years to areas such as sociology, psychology and literary criticism, and has been set aside in the area of education. Only in 1990 did this inclusion occur. Making us reflect that despite the advances the theme is still under construction. Thus, the research is justified by the relevance of dialoguing concepts and demystifying prejudice. Its general objective was: Dialogue on the concepts of sexual and gender diversity in understanding and strengthening the fight against prejudice. This is an experience report of a health education intervention activity based on the discipline Teaching Learning in Health. The

learning facilitators were students of the 8th grade course. Semester of the Bachelor of Nursing course of a private institution, in Cariri Cearense. The research was conducted in a State School of Vocational Education, in the municipality of Barbalha - CE. The target audience were high school students 1st, 2nd and 3rd year of the mentioned school. Thus, we chose to conduct this research based on the cognitive conception for socialization. A “Circuit” was held, based on keywords on the theme. The class was divided into groups and the students were instructed to write their perceptions on the subjects taking a timed time. At the end of the dynamics, the students settled in to explain the subjects that addressed concepts of gender, sexual orientation, sex and diversity. Given the observed aspects, the research provided interaction, rapprochement with the target audience and exchange of knowledge. Limited knowledge related to the theme proposed by some adolescents was observed. However, the vast majority expressed their opinion and showed interest in the discussions which generated excitement and enthusiasm exceeding expectations and thereby achieving the proposed objective.

KEYWORDS: students, teaching-learning, gender, prejudice.

1 | INTRODUÇÃO

A diversidade de gênero tem sido um tema muito abordado na nossa sociedade nos últimos tempos, mas apesar disso ainda existem dúvidas sobre o seu real conceito. O gênero consiste na forma a qual a pessoa se identifica, independentemente do sexo biológico, levando-se em consideração padrões culturais, ou seja, a diferença de homem e mulher, bem como suas características (MARTINS, CASTRO, 2016).

A luta pela igualdade de gênero começou em meados de 1960, quando ocorreram diversos movimentos sociais e de direitos humanos. Esses movimentos levantaram bandeiras de igualdade e ruptura de barreiras preconceituosas que excluía as minorias. E somente em 1990 foi que houve essa inclusão. Desta maneira, nos faz refletir que apesar dos avanços consideráveis das últimas décadas, até a nossa atualidade a temática ainda está em construção (SILVINO, HENRIQUE, 2017).

Trabalhar a diversidade de gênero nas escolas ainda é algo polêmico, pois muitos pensam erroneamente que isso pode acabar sendo uma influência para os menores. Contudo a diversidade de gênero está presente no nosso cotidiano, então dialogar sobre o assunto é a melhor forma de trazer informações e desfazer preconceitos (SILVINO, HENRIQUE, 2017).

Em meio à necessidade de se discutir a importância da diversidade de gênero, a pesquisa justifica-se pela necessidade de dialogar os conceitos e desmistificar o preconceito. Partindo do pressuposto fundamental de que as relações sociais de gênero são construídas no âmbito da vida em sociedade e que a educação é

fundamental para a cidadania e respeito dos direitos humanos.

Com isso a pesquisa torna-se relevante por abrir espaço para discutir sobre gênero e sua diversidade no campo da educação e abordar temas sobre identidade de gênero, orientação sexual, discriminação social. Dessa forma tenta-se quebrar padrões impostos historicamente, fazendo com que possa-se enxergar o próximo com respeito, empatia, reconhecendo suas particularidades, mas não fazê-las motivos de exclusão social.

Diante disso a pesquisa tem os seguintes objetivos: Dialogar sobre os conceitos da diversidade sexual e de gênero na compreensão e fortalecimento do combate ao preconceito; Compreender as perspectiva dos alunos sobre a temática; Promover o reconhecimento da diferença como formadora da própria identidade do aluno; Gerar diálogos e ações mais justas e menos preconceituosas.

2 | REFERENCIAL TEÓRICO

2.1 Definições e contexto histórico do gênero, diversidade e sexualidade

O surgimento dos estudos de gênero no campo das ciências sociais, segundo (MATTOS, 2015) foi iniciado na década de 70 se constituindo como um campo de pesquisa interdisciplinar que visa compreender as relações de gênero no mundo social. Trazendo o rompimento de explicar a diversidade de gênero através do determinismo biológico.

Albano (2006) traz que o movimento feminista nos Estados Unidos exerceu certa influência para que o conceito de gênero fosse introduzido na década de 70. Já na Europa, dois anos mais tarde, a inglesa Ann Oakley havia apontado a necessidade de distinguir entre macho e fêmea e gênero, na classificação social de masculino e feminino.

De acordo com as pesquisas de Dinis (2008), a inclusão do debate sobre a diversidade sexual e de gênero no espaço acadêmico vem ocorrendo desde meados dos anos de 70. E tem como responsável à pressão dos grupos feministas e dos grupos gays e lésbicos que denunciaram a exclusão de suas representações de mundo.

Dinis (2008) ainda aponta que no cenário brasileiro, o debate sobre a diversidade sexual e de gênero esteve restrito durante muitos anos a áreas como a Sociologia, a Psicologia e a Crítica Literária, sendo deixado de lado na área da educação. Somente em 1990 foi que houve essa inclusão.

Stearns (2007) possibilita a reflexão de que apesar dos avanços consideráveis das últimas décadas, a história das relações de gênero ainda é um tema em construção. De 1970 para a nossa atualidade houveram grandes progressos, mas

a consolidação desse campo de estudos ainda é muito recente.

Os conceitos de gênero vêm sendo debatidos desde muito tempo no seio do movimento feminista, e é entendido como aquilo que diferencia socialmente as pessoas, o que se leva em consideração seus padrões culturais, ou seja, a diferença de homem e mulher, bem como suas características (DINIS, 2008).

Atualmente, o uso da categoria de gênero expandiu-se, sendo incorporado amplamente no trabalho de pesquisa acadêmicas, no dia-a-dia de luta de vários movimentos sociais, no âmbito das discussões políticas e também na promoção de um espaço escolar mais justo e igualitário, a partir de uma entidade moral, política e cultural (KAMEL e PIMENTA, 2008).

O termo gênero é bastante complexo e permite várias modificações. Na pesquisa de Praun (2011) há várias citações sobre o gênero como uma categoria distinta da oposição macho/fêmea estabelecida pela biologia, e socialmente construída, que permeia as interações sociais, uma vez que constitui parte da estrutura argumentativa dos sentidos.

Nos últimos anos a sociedade brasileira vem debatendo crescentemente a respeito de identidade de gênero e orientação sexual, nos diferentes cenários sociais, políticos, educacionais e de mídia interativa. Com isso, a sociedade se mostra com uma multiplicidade cultural, religiosa, étnica, sexual e de gênero (MARTINS, CASTRO, 2016).

A partir dessas questões, várias indagações e dúvidas são formuladas, portando, tem se a necessidade de conceituar e dialogar os novos termos surgidos, como exemplo: a diversidade sexual (MARTINS, CASTRO, 2016).

O termo diversidade sexual é usado para designar as várias formas de expressão da sexualidade humana. Como o próprio nome já diz, não existe um padrão que possibilite definir o envolvimento afetivo e sexual de um indivíduo em relação ao outro. Com isso, a diversidade sexual vai além de formas anatômicas, o ser macho e fêmea, tem relação com sentimentos, desejos, atrações e prazer (MARTINS, CASTRO, 2016).

Em vista disso, a orientação sexual ela diz respeito à atração que se sente por outros indivíduos. Geralmente também envolve questões sentimentais, e não somente sexuais. Portanto, se a pessoa gosta de indivíduos do sexo oposto, falamos que ela é heterossexual (ou heteroafetiva). Se a atração é por aqueles do mesmo sexo, sua orientação é homossexual (ou homoafetiva). Há também aqueles que se interessam por ambos: os bissexuais (ou biafetivos) (BRASIL, 2007)

Portanto, o tema abordado gera várias polêmicas por ter relações culturais diferentes, e uma pessoa ter conhecimentos e entendimentos diversificado do outro. Nesse sentido, é importante tratar a diversidade sexual com respeito, é preciso valorizar o indivíduo, independente de sua orientação sexual (MARTINS, CASTRO,

2016).

2.2 Diversidade no âmbito escolar

Embora nas últimas décadas a sociedade tenha passado por várias mudanças no campo social, comportamentais e das relações de gênero, grande parte das iniciativas de educação em sexualidade se concentra no discurso biologizante e científico do corpo. A educação em saúde está inserida como tema importante nas políticas educacionais no Brasil veio em conjunto de modificações sociais que teve impulso com a instalação do processo democrático (NUNES, 2015).

Os profissionais da educação precisam de formação na qual as questões de gênero, sexualidade e diversidade esteja presente. Mesmo que existem vários projetos relacionados a tais questões, grande parte das escolas os desconhece ou não sabe como aplicá-los. É importante que haja a mudança de paradigma, de rever posicionamentos, pois podem não corresponder as atuais necessidade. Vive-se em um processo de construção e reconstrução de uma nova forma de ver as ciências, a vida social, os valores e comportamentos. E essa transição torna-se um desafio, tendo como mudança de um paradigma conservador para um que possa ter outro olhar para as formas de aprender, com novas atitudes, valores e crenças que o movimento exige. E um dos melhores instrumentos é a educação (KASSAR, 2016).

O despreparo dos professores pode advir de inúmeros motivos, porém, muitas vezes, podem resultar em caso de omissão e perpetuação de preconceitos, refletindo no seu desenvolvimento acadêmico e, em vários casos, no abandono da escola (NUNES, 2015).

Hoje, o conjunto legal do país proíbe a discriminação por motivo de deficiência e a política educacional incentiva a matrícula de todos os alunos em escolas comuns. No entanto, se por um lado ressalta-se a importância da diversidade em projetos e programas, por outro, ações restritivas continuam presentes nas escolas, cerceando as possibilidades de desenvolvimento humano/cultural dos alunos (KASSAR, 2016).

Pela implantação de políticas públicas, o governo federal, garantiu a inclusão do tema sexualidade e gênero nos debates e nas formações dos profissionais da educação. Dentre essas políticas destaca: os Parâmetros Curriculares Nacionais (PCN – 1997 e 1999); Saúde e Prevenção nas Escolas (SPE – 2003); Programa Brasil sem Homofobia – Programa de combate à Violência e à Discriminação contra Gays, Lésbicas, Travestis, Bissexuais (GLTB) e de Promoção da Cidadania Homossexual (PCH - 2004) e Gênero e Diversidade na Escola (GDE – 2006) (BRASIL, 2007).

A relação entre educação e desenvolvimento faz-se presente também no discurso dos últimos governos sobre inclusão social e acolhimento à diversidade, de modo que a educação é vista como aspecto fundamental para a diminuição das desigualdades sociais. As perspectivas são as mesmas a educação como alavanca

para o desenvolvimento econômico/social, mesmo que a linguagem mude. O relatório do MEC de Avaliação do Plano Plurianual (PPA), de 2008 a 2011, do governo federal, apresenta a educação como forma de inclusão social e redução de desigualdades: “a Educação é o meio mais eficaz de combate às desigualdades sociais e regionais e de promoção do desenvolvimento e do crescimento econômico” (BRASIL, 2007).

A escola é como um espaço de construção, através da valorização das individualidades, do respeito e indiferença das culturas de cada indivíduo na sua particularidade e social. Mas não desconsiderar os saberes e valores que esses sujeitos trazem de suas vidas fora do espaço escolar (KASSAR, 2016).

A escola é espaço de formação humana e transmissão de conhecimentos científicos, mas tem um papel fundamental e essencial para garantir a inclusão, e promover igualdade e a não violência para oportunizar o indivíduo a enfrentar o preconceito diante da sociedade. Mas também o estado deve promover e desenvolver, nas políticas públicas capacitações aos educadores na formação de processo de ensino sobre a diversidade nas escolas (BRASIL, 2007).

O conceito de desenvolvimento humano adotado aqui se aproxima ao de desenvolvimento cultural, que, sob a perspectiva histórico-cultural, concebe o desenvolvimento dos sujeitos como um processo complexo de apropriação, por cada indivíduo em sua particularidade, dos bens culturais socialmente produzidos pela humanidade em cada momento histórico. Portanto, o desenvolvimento humano é, ao mesmo tempo, um processo particular e coletivo/social, em que a aprendizagem impulsiona o desenvolvimento (KASSAR, 2016).

É importante as leis que proporciona o respeito a diversidade e as diferenças, ajudando a formar cidadão mais educados e respeitosos, que se preocupa com os outros possuindo espírito coletivo. Buscando sempre abrir e consolidar espaços de liberdade para que possa ser exercida a dignidade humana (KASSAR, 2016).

3 | METODOLOGIA

Trata-se de um relato de experiência de uma atividade de intervenção de educação em saúde a partir da disciplina de Processo Ensino Aprendizagem em Saúde. Os facilitadores da aprendizagem foram discentes da disciplina que cursam o 8º. Semestre do curso de bacharelado de enfermagem de uma instituição privada, no Cariri Cearense.

A atividade de intervenção iniciou-se com a construção do projeto, sobre orientação direta da docente da disciplina. Entretanto, os discentes foram estimulados, constantemente a trabalharem sua autonomia como sujeitos da aprendizagem.

A intervenção de educação em saúde ocorreu na Escola Estadual de Educação Profissionalizante, do município de Barbalha - CE. O público alvo foram estudantes do ensino médio 1º, 2º e 3º ano da escola citada. Para tanto, foi pedido autorização da direção da escola para realização da atividade.

Por se tratar de um projeto com educação em saúde, optou-se para realizar essa atividade pautada na concepção cognitivista, segundo Mizumaki (1986), apud LEITE, PRADO, PERES (2010) é uma abordagem predominantemente internacionalista, na qual a estratégia de trabalho em equipe é um elemento importante para a socialização, uma vez que permite aos alunos compartilharem ideias, informações, responsabilidade e decisões.

Como proposta didática, foram expostos, no percurso da sala de aula onde proposto para o evento, frases relacionadas com o tema, direcionando os alunos, com o objeto de despertar a curiosidade sobre a temática.

No primeiro momento foi realizado o acolhimento dos participantes e apresentação da equipe. Logo em seguida a turma foi dividida em grupos através da entrega de números aleatórios e distribuídos cartazes representando um circuito com palavras geradoras de discussões.

Os participantes foram convidados a escrever nos cartazes qual seu entendimento sobre a palavra exposta. Nessa oportunidade o intuito foi estabelecer o conhecimento prévio sobre a temática, bem como promover uma análise crítica e reflexiva sobre o assunto.

Em seguida foi projetado imagens e frases, vídeos, usando como recursos visuais slides, caixa de som, propondo um debate em uma roda de conversa sobre os conceitos abordados.

4 | RESULTADOS

Primeiro foi organizado a sala dispendo cadeiras em círculos e afixado cartazes para realização da dinâmica circuito. Para o acolhimento foi colocado frases e balões por onde os alunos iriam passar, com o intuito de trazer reflexão sobre a temática. O direcionamento por esse percurso foi realizado por dois membros da equipe.

Na entrada da sala os alunos foram recepcionados pelo restante da equipe, sendo solicitado que assinassem a frequência de participação para depois receber um papel com o número que posteriormente daria seguimento a dinâmica do circuito.

Após a acomodação dos alunos nas cadeiras houve a apresentação da equipe e a proposta da ação. Por sequência houve a divisão dos grupos de acordo com o papel que receberam. Os papeis e os cartazes eram enumerados de 1 a 5 e os alunos se dividiam de acordo com o número que receberam, onde quem estava com o número ia para o cartaz 1 e assim sucessivamente, ficando cada membro

em um cartaz para orientação. Os cartazes tinham as seguintes palavras geradoras de discussão: Educação sexual, Gênero, Orientação sexual, Sexo/Sexualidade e Homossexualidade, e os alunos foram orientados a escrever suas percepções sobre os temas tendo um tempo cronometrado de dois minutos por um membro da equipe.

Ao final do tempo os grupos trocavam de cartazes até que chegassem ao de origem. Para finalizar foi solicitado que os membros de cada grupo elessem um membro para apresentar o cartaz. No início da montagem dos cartazes foi observado dúvidas entre os alunos em relação ao que colocar e confusão entre os conceitos.

No decorrer da dinâmica, houve preconceito por parte de um grupo que optaram por não colocar sua verdadeira opinião. No momento de apresentação os alunos foram participativos e expressaram suas opiniões a cada apresentação de cartaz.

Ao término da dinâmica os alunos voltaram ao círculo para explanação dos assuntos através de slides que abordam gênero, orientação sexual, sexo e diversidade no decorrer da apresentação dos slides os alunos se mostraram interessados, realizando perguntas e expondo suas opiniões sobre a temática.

Para finalizar, foi colocado um vídeo sobre diversidade no qual abordava a desmistificação ao preconceito. Em seguida foi realizada uma avaliação oral indagando os participantes sobre suas percepções do momento, tendo como resposta de todos um feedback positivo e ressaltaram como é importante discutir o tema.

Houve a entrega de mimos como forma de agradecimento pela participação, sendo estes, copos coloridos nas cores da bandeira LGBTQ+ e adesivados com a seguinte frase: “Aceitar é uma escolha. Respeitar é um dever de todos”.

5 | CONSIDERAÇÕES FINAIS

Desde a idealização do tema do projeto, o grupo facilitador da aprendizagem pensou em algo que pudesse atrair o público-alvo e fosse algo diferente. Então escolheu-se falar sobre gênero e diversidade na escola, tema pouco discutido, porém bastante relevante e necessário. Por isso causava para o grupo facilitador medo e insegurança de como abordar o tema e construir esse diálogo.

No decorrer da ação as expectativas foram sendo superadas e enchendo de empolgação e entusiasmo, desde a construção das atividades até a execução da mesma propriamente dita. A oportunidade proporcionou interação, aproximação com o público e troca de saberes entre todos o que contribuiu de forma muito positiva para nossa vida pessoal e profissional.

Observou-se conhecimento limitado relacionado ao tema proposto por alguns adolescentes, no entanto, a grande maioria colocou sua opinião e mostrou interesse

nas discussões.

Após a concretização da ação, o resultado observado pela equipe foi favorável, tendo os objetivos propostos alcançados com êxito. Os adolescentes participaram ativamente expondo dúvidas e relatando a relevância da ação, que é imensurável, levando em consideração os benefícios tanto para a equipe organizadora quanto para os participantes. Estes, são capazes de transformar o pensamento e o comportamento, diante de tabus e situação de preconceito na sociedade.

REFERÊNCIAS

ALBANO, Ronaldo Matos. **Os estudos sobre gênero ao longo da história**. In: IV Encontro de Pesquisa em Educação da UFPI, 2006, Teresina-PI. IV Encontro de Pesquisa em Educação: a pesquisa como mediação de práticas socioeducativas, 2006. Disponível em: http://leg.ufpi.br/subsiteFiles/ppged/arquivos/files/eventos/2006.gt16/GT16_2006_11.PDF. Acesso em: 28 de agosto de 2018.

BRASIL. Ministério da Educação. Secretária de Educação Continuada, Alfabetização E Diversidade. **Cadernos Secad 4 Gênero E Diversidade Sexual Na Escola: reconhecer diferenças e superar preconceitos**. Brasília, DF, 2007. Disponível em: http://pronacampo.mec.gov.br/images/pdf/bib_cad4_gen_div_prec.pdf. Acesso: 23 de setembro de 2018.

DINIS, Nilson Fernandes. **Educação, relações de gênero e diversidade sexual**. *Educ. Soc.* [online]. 2008, vol.29, n.103, pp.477-492. ISSN 0101-7330. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0101-73302008000200009>. Acesso em: 08 de setembro de 2018.

KAMEL, Luciana, PIMENTA, Cristina. **Diversidade sexual nas escolas: o que os profissionais de educação precisam saber**. Associação Brasileira Interdisciplinar de AIDS (ABIA), Rio de Janeiro, 2008. Disponível em: <http://www.bibliotecadigital.abong.org.br/handle/11465/868>. Acesso em: 08 de setembro de 2018.

KASSAR, Mônica Carvalho Magalhães. **Escola como espaço para a diversidade e o desenvolvimento humano**. *Educ. Soc.* [online]. 2016, vol.37, n.137, pp.1223-1240. ISSN 0101-7330. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/es0101-73302016157049>. Acesso em: 22 de setembro de 2018.

LEITE, M. M.J.; PRADO, P.; PERES, H. H. **Educação em Saúde; desafios para uma prática inovadora**. – 1. ed. – São Caetano do Sul, SP : Difusão Editora, 2010.

MARTINS. R.R.; CASTRO. R. R. M. **Diversidade sexual e de gênero no contexto escolar: conceitos, políticas públicas e função da escola**. *Revista Profissão Docente Uberaba*, v. 16, n. 34, p. 128-138, Fev.-Jul., 2016. ISSN 1519-0919. Disponível em: <http://www.revistas.uniube.br/index.php/rpd/article/view/1047>. Acesso em: 20 de setembro de 2018.

MATTOS, T. R. **Um estudo do estilo nos gêneros do discurso biografia e autobiografia**. 2015. 183 f. Dissertação (Mestrado em Língua Portuguesa) - Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo, 2015. Disponível em: <https://tede2.pucsp.br/handle/handle/14356>. Acesso em: 28 de agosto de 2018.

NUNES, Ednalva Macedo. **Gênero e Diversidade na Escola: limites e possibilidades na formação de professores(as)**. 161 f. Dissertação (Mestrado em Ciências Humanas) - Pontifícia Universidade Católica de Goiás, GOIÂNIA, 2015. Acesso em: 22 de setembro de 2018.

PRAUN, Andréa Gonçalves. **Sexualidade, gênero e suas relações de poder**. *Revista Húmus* v. 1, n. 1 2011. ISSN 2236-4358. Disponível em: <http://www.periodicoselétronicos.ufma.br/index.php/>

revistahumus/article/view/1641. Acesso em: 09 de setembro de 2018.

SILVINO, D. N.; HENRIQUE, T. R. P. G. **A Importância da discussão de gênero nas escolas: uma abordagem necessária.** In: VIII Jornada Internacional de Políticas Públicas – Universidade Federal do Maranhão, 2017. Disponível em: <http://www.joinpp.ufma.br/jornadas/joinpp2017/pdfs/eixo6/aimportanciadadiscussaodegeneronasescolasumaabordagemnecessaria.pdf>. Acesso em: 28 de agosto de 2018.

STEARNS, P. N. **História das relações de gênero.** 1º edição São Paulo: Editora Contexto, 2007

DIAGNÓSTICO SITUACIONAL DE UMA POLICLÍNICA REGIONAL

Data de aceite: 05/02/2020

Yasmin Saba de Almeida

Escola de Enfermagem Aurora de Afonso Costa
da Universidade Federal Fluminense EEAAC/UFF,
Niterói, RJ

Emillia Conceição Gonçalves dos Santos

EEAAC/UFF, Niterói, RJ

Eliete Aparecida Teodoro Amaral

Hospital Universitário Antônio Pedro da
Universidade Federal Fluminense HUAP/UFF,
Niterói, RJ

Danilo da Silva Amaral

Hospital Universitário Gaffrée e Guinle da
Universidade Federal do Estado do Rio de
Janeiro- HUGG/UNIRIO, Rio de Janeiro, RJ

Sabrina Edwirges Gomes Garzedim

EEAAC/UFF-RJ

Ana Beatriz Iannuzzi Nora

Federação das Unimeds da Amazônia - Manaus,
AM

Luciano Godinho Almuinha Ramos

Instituto Brasileiro de Medicina de Reabilitação-
IBMR, Rio de Janeiro, RJ

Thayla Cristine Espíndola Junger

Universidade Estácio de Sá - UNESA, Niterói, RJ

Ana Beatriz Poleça dos Santos

UNESA-RJ

Lucas Nobre Garrido

UNESA-RJ

Jéssica Baptista Vieira

UNESA-RJ

Vitória Viana Gomes Pinto

EEAAC/UFF

Caroline Aparecida Ferreira Reis

EEAAC/UFF

Daniele Ferreira Barbosa Rodrigues

EEAAC/UFF

Julianna Costa Bela

EEAAC/UFF

Julianna Ferreira Rodrigues

EEAAC/UFF

RESUMO: O diagnóstico situacional é uma ferramenta de planejamento estratégico que pode ser utilizada nas tomadas de decisões das ações em saúde. Este artigo tem por objetivo a realização de um Diagnóstico Situacional de uma Policlínica localizada no município de Niterói. Trata-se de um estudo qualitativo, exploratório, do tipo pesquisa de campo. Os resultados encontrados demonstram que o funcionamento da Policlínica Regional e os serviços ali ofertados vão ao encontro com o que é proposto pelo Ministério da Saúde, de forma a referenciar os usuários à outras unidades caso esta não possua o serviço buscado pelo mesmo. Foram observados problemas na estrutura física do local, quanto à acomodação e acessibilidade. Além disso, tornou-se notável

a presença de uma distanciação do preconizado no que se refere à atuação de toda a equipe de Enfermagem na policlínica, especialmente no que tange à realização efetiva da Consulta de Enfermagem. O diagnóstico situacional possibilitou a elucidação dos problemas, desta forma, permitindo o planejamento de ações que possam ser utilizadas para a melhoria da qualidade do atendimento ao usuário de saúde daquele município.

PALAVRAS-CHAVE: Estudos de Avaliação como Assunto; Centros de Saúde; Organização e Administração.

ABSTRACT: Situational diagnosis is a strategic planning tool that can be used in health action decision making. This article aims to conduct a Situational Diagnosis of a Polyclinic located in the city of Niterói. This is a qualitative, exploratory, field research study. The results show that the functioning of the Regional Polyclinic and the services offered there meet what is proposed by the Health's Ministry in order to refer users to other units if it does not have the service sought by it. Problems were observed in the physical structure of the site, regarding accommodation and accessibility. In addition, it became noticeable the presence of a distance from the recommended regarding the performance of the entire nursing team in the polyclinic, especially with regard to the effective realization of the Nursing Process. The situational diagnosis allowed the elucidation of the problems, thus allowing the planning of actions that can be used to improve the quality of care to the health user of that municipality.

KEYWORDS: Evaluation Studies as Topic; Health Centers; Organization and Administration.

1 | INTRODUÇÃO

A presente investigação trata da elaboração do Diagnóstico Situacional de uma Policlínica Regional, situada no município de Niterói – RJ. O desenvolvimento ocorreu durante o ensino clínico da disciplina de Administração e Gerência em Enfermagem de uma Universidade Pública do Estado do Rio de Janeiro, realizado em junho de 2018. A principal finalidade era promover conhecimento no que se refere à rede de atenção básica de Niterói e de gerar propostas que possam gerar melhorias na assistência e no gerenciamento da unidade.

O diagnóstico situacional pode ser utilizado como uma ferramenta de planejamento estratégico nas tomadas de decisões das ações em saúde. Sua finalidade é a organização de informações a fim de desenvolver processos de trabalho efetivos e eficazes, bem como atribuir rotinas de atendimento à equipe multiprofissional. Desta forma, constitui-se importante método utilizado na gestão em saúde (KLEBA; KRAUSER; VENDRUSCOLO, 2011).

2 | OBJETIVOS

2.1 Objetivo geral

Realizar um Diagnóstico Situacional de uma Policlínica localizada no município de Niterói.

2.2 Objetivos específicos

- Descrever a estruturação da Policlínica;
- Conhecer a área de abrangência da Unidade;
- Conhecer a metodologia de trabalho das equipes dos Programas Oferecidos;
- Propor possíveis melhorias para o funcionamento da Policlínica.

3 | JUSTIFICATIVA

Para realizarmos um atendimento planejado, direcionado e que atenda as reais necessidades do usuário do Sistema de Saúde, é de extrema necessidade que conheçamos a população e área na qual se atua. Da mesma forma, é necessário conhecer o funcionamento da Unidade, assim como as outras que a circundam.

O Diagnóstico Situacional é uma ferramenta que auxilia no conhecimento dos problemas e das necessidades sociais como as de saúde, as educacionais, as de segurança, de transporte, de habitação, da mesma forma que permite um maior conhecimento dos serviços de saúde (SILVA; KOOPMANS; DAHER, 2016). Dessa forma, o diagnóstico situacional é de extrema importância para o levantamento de problemas, fundamentando assim o planejamento estratégico situacional que permite desenvolver ações em saúde mais direcionadas e efetivas em relação aos problemas levantados.

A organização inadequada das diversas interfaces que envolvem a Unidade Básica de Saúde contribui para um ambiente desfavorável para usuários e profissionais, o que contribui para um comprometimento na qualidade do serviço ofertado, um comprometimento no trabalho realizado e um comprometimento na assistência à saúde (SANTOS, 2010). Faz-se então necessário conhecer a realidade de trabalho e a comunidade a qual esse serviço é destinado para implementar estratégias capazes de corrigir a desorganização e contribuir para as melhorias das condições de trabalho e de assistência.

4 | METODOLOGIA

4.1 Tipo de estudo

Trata-se de um estudo qualitativo, exploratório, do tipo pesquisa de campo.

Os estudos denominados qualitativos têm como preocupação fundamental o estudo e a análise do mundo empírico em seu ambiente natural. Estes permitem, através de seus instrumentos e teorias, uma aproximação do pesquisador com a vida dos seres humanos em sociedades (MINAYO; DESLANDES; GOMES, 2011; GODOY, 2005).

Segundo Godoy (2005), a pesquisa de campo é um termo bastante comum entre antropólogos e sociólogos, que utilizam-o na tentativa de diferenciar os estudos conduzidos no ambiente natural dos sujeitos, daqueles desenvolvidos em situações de laboratório ou ambiente controlado pelo investigador.

4.2 Local de estudo

Este estudo foi realizado numa Policlínica em Niterói, Rio de Janeiro.

4.3 Coleta de dados

A coleta de dados foi realizada em junho de 2017 nas instalações da Policlínica e em suas respectivas áreas de abrangência, através de entrevistas direcionadas aos funcionários de ambos os locais e observação de campo.

4.4 Tratamento dos dados

Foi realizada a coleta dos dados da Policlínica sendo posteriormente estruturado o Diagnóstico Situacional da unidade. A análise dos dados foi efetivada através de estudos teóricos e relacionada com a realidade encontrada.

5 | TERRITORIALIZAÇÃO DA POLICLÍNICA

O bairro em que se localiza a policlínica apresenta área de 1,31km² e pertence ao município de Niterói, que de acordo com o IBGE, atualmente tem aproximadamente 497.883 habitantes. Sua densidade demográfica é de 3640.80 habitantes/km² (PREFEITURA DE NITERÓI, 2017).

Os franceses em 1555 que invadiram a Baía de Guanabara povoaram o local. Durante os processos de luta para posse geográfica, o Cacique Araribóia, chefe dos índios da tribo Temiminós, ganhou uma sesmaria nas terras, onde encontra-se Niterói. Araribóia escolheu o morro de São Lourenço para construir uma aldeia, devido à visão privilegiada da Baía, permitindo assim, a vigilância constante.

Posteriormente sendo ocupadas por fazendas de cultivos.

No séc. XIX Aldeia de São Lourenço era o único local, próximo ao Rio de Janeiro, onde ainda se encontravam tribos indígenas. A população da aldeia foi progressivamente diminuindo até que, em 1866, o Governo Provincial decide extinguir o povoado.

Com o passar dos anos a enseada de São Lourenço foi se tornando cada vez mais rasa, e posteriormente com a criação de um cais, aterrada, criando o Porto de Niterói, que pertence atualmente ao bairro de Santana.

5.1 Descrição física da policlínica

A policlínica conta com diversas instalações, divididas em dois andares de modo a albergar as especialidades que possui.

No primeiro andar pode-se observar:

- A recepção e arquivamento: que é a porta de entrada para a unidade, lá é realizado o cadastro dos usuários que moram nas áreas de abrangência, tendo referência ou por livre demanda. Além do cadastro e abertura de prontuário dos pacientes, ocorrem os agendamentos para as consultas/especialidades e a entrega de resultados de exames. Neste local fica o arquivamento de prontuários, contando com aproximadamente 33.000 prontuários manuscritos, estão separados pela numeração de registro e podem ser consultados e enviados para outro setor se necessário.
- Puericultura e Pediatria: Nesse local ocorrem as consultas de crianças até 2 anos (puericultura) e pediatria.
- Sala de coleta de leite humano: inserido na pediatria e tem a finalidade de trabalhar em conjunto com o Banco de Leite de um Hospital Universitário, auxiliando no abastecimento do local. Além disso, ocorre orientação para as mães quanto às técnicas da amamentação, sua importância e estímulo ao ato.
- Farmácia: armazenamento e distribuição de medicamentos para os usuários da unidade. Inclui-se o tratamento para tuberculose, hanseníase e outras patologias.
- Dermatologia: atende qualquer tipo de afecções dermatológicas e possui sala específica para tratamento da hanseníase, uma para o teste de PPD e outras duas salas para atendimentos dermatológicos em geral.
- Narcóticos Anônimos: é um serviço que ocorre preferencialmente no turno da noite, durante a semana e finais de semana, que tem como objetivo ouvir e aconselhar os usuários de narcóticos que desejem abandonar a adicção. Funciona como uma roda de conversa para que os mesmos exponham suas experiências e assim se torne mais fácil abandonar o vício.
- Serviço de Saúde Mental: apresenta especialistas para o atendimento de pessoas com distúrbios mentais controlados ou leves. Em surtos é referenciado para o hospital geral mais próximo.
- Sala de estar da Enfermagem: Durante as campanhas vacinais a sala costu-

ma ser utilizada para esses fins ou para administração de medicações.

- Sala de administração de medicações: Fora dos dias de campanha de vacinação a sala funciona para administração de medicações.
- Sala de vacinação: onde ocorrem armazenamento e administrações de vacinas de rotina e campanhas de vacinação. É separado entre vacinação de crianças e adultos durante as campanhas.
- Sala de coleta de exames: onde realiza-se procedimentos referentes à coleta de espécimes como sangue e recebimento de outros exames laboratoriais (urina, fezes, escarro).
- Banheiros: Existem dois no primeiro andar ao lado do laboratório.
- HiperDia: A sala serve para reunião e atendimento dos pacientes com Hipertensão e Diabetes.
- Consultas: conta com aproximadamente 6 salas de consultas, que são alternadas entre as especialidades médicas (2 salas de cada especialidade) e a consulta de Enfermagem (1 sala).
- Ginecologia: Sala destinada a saúde íntima das pacientes, com coleta de material para exame de colpocitopatologia oncológica, prescrições de medicações voltadas para o sistema gênito-urinário e orientações voltadas para a prática sexual segura e planejamento familiar.
- Infectologia: destinada a consulta de pacientes com doenças infecto-parasitárias.
- Sala de curativo: realização de tratamento de feridas crônicas e agudas e retirada de rufas (suturas), no âmbito da atenção básica;
- No segundo andar, encontram-se:
 - Sala de reuniões: ocorrem reuniões, palestras e oficinas para os usuários e para os profissionais.
 - Zoonoses: ocorrem as orientações sobre como combater o mosquito *Aedes aegypti*, transmissor da dengue, zika, chikungunya e febre amarela urbana. Além disso, ocorre o gerenciamento, planejamento e execução de intervenções na área de abrangência da unidade básica de saúde, através de visitas domiciliares, na qual os agentes de saúde para orientações nas residências, ensinando o combate e coletando as larvas de mosquitos presentes para análise laboratorial. Ocorrem as notificações compulsórias e campanhas sanitárias.
 - Copa
 - Sala de Epidemiologia: Coleta de dados, processamento de dados, análise e interpretação dos dados epidemiológicos da unidade e das áreas de abrangência da mesma. Nesse local são realizados os testes rápidos para as diversas doenças (ex: AIDS, Hepatite). Além de acompanhamento de casos de infecções (tuberculose, hanseníase, HIV/AIDS) e abandono dos tratamentos. Nessa sala ficam estocadas as vacinas.
 - Sala de Administração: Ocorre todo o processo administrativo e gerencial da unidade, de forma que todas as ações sejam planejadas e organizadas,

mantendo um funcionamento adequado, além de repasse de material.

- Banheiros: dois banheiros no final dos corredores.

Ao observar-se a estrutura do local, constata-se que diversas salas têm sido usadas para diversas finalidades concomitantemente. Contudo, o espaço físico de grande tamanho não possui dimensionamento de pessoal em adequado para todos os atendimentos e salas permanecem inoperantes em grande parte do dia, por esse motivo. Sua arquitetura possui marcas do tempo, sugerindo necessidade de reformas.

5.2 Rede de atenção à saúde e recursos humanos

5.2.1 Rede de Atenção à Saúde da Mulher

A Policlínica possui Equipe de atendimento em Ginecologia e Obstetrícia. Tem como público-alvo todas as mulheres da região que procuram o serviço de forma espontânea.

Com um público de classe de classe social bem diversificada, a policlínica conta com uma equipe formada por: 1 enfermeira; 2 técnicas de Enfermagem, que realizam a triagem; 3 médicos obstetras; e 3 médicos ginecologistas. O atendimento realizado na policlínica na Saúde da Mulher ocorre todos os dias, de segunda a sexta, das 07 às 17 h.

A equipe de Enfermagem nesse setor é responsável basicamente pela administração da agenda médica e por realizar a triagem dos pacientes que comparecem a unidade para se consultar. A única enfermeira da equipe assume, no horário da tarde, um dos consultórios onde realiza seu trabalho de organizar os exames e os prontuários do paciente. Essa mesma enfermeira também é responsável por realizar a primeira consulta de triagem dos novos pacientes que chegam à policlínica.

As duas técnicas de Enfermagem da equipe realizam o mesmo trabalho da enfermeira de organização e também realizam uma “pré-consulta” (recolhem informações e exames que a paciente trouxe para a consulta) de triagem e também auxiliam os médicos nas consultas quando necessário. As técnicas dividem os dias da semana que irão trabalhar e estão disponíveis durante todo o dia na unidade.

As consultas ginecológicas são divididas entre os três médicos disponíveis no setor que atendem em dias específicos na policlínica. Os médicos não possuem um horário fixo na unidade e atendem conforme a demanda do dia. Na policlínica também são atendidas consultas ginecológicas de risco e existe uma médica especializada no atendimento a adolescentes.

As consultas obstétricas também contam com uma médica especializada em

Saúde do Adolescente e outras duas médicas que atendem as mulheres fora dessa faixa etária. Na obstetrícia o atendimento funciona com a distribuição de números. São 24 números distribuídos no período da manhã e 24 no período da tarde.

E para que esse atendimento seja viável, a Equipe de Saúde da Mulher conta com um ambiente físico de 2 salas para consulta e 1 sala menor para a realização do pré atendimento.

5.2.2 Rede de atenção à Saúde da Criança

Nesta unidade contamos com 6 salas divididas em: 1 para Enfermagem, 1 de Nutrição, 2 de Pediatras, 1 sala de amamentação e coleta de leite materno humano e 1 sala extra utilizada para vacinação (BCG e Hepatite A) e teste de triagem neonatal (ou Teste de Guthrie, que é denominado popularmente de “teste do pezinho”) e 1 banheiro para funcionários. O ambiente é limpo, claro, arejado, com bom fluxo de pessoas, porém algumas salas são sub-aproveitadas e estreitas. Mesmo assim o serviço funciona bem. Também conta com os serviços anexos de Odontologia Infantil, Fonoaudiologia e Terapia Ocupacional Infantil.

Em especial destaca-se a sala de Aleitamento Materno e coleta de leite humano, efetuada recentemente. É um projeto conjunto de uma médica e um professor de uma faculdade de Enfermagem local. O projeto visa à promoção do aleitamento correto, o manejo adequado da amamentação, ordenha, higienização mamária, orientações e coleta de doações de LMH, prevenção e cuidados com fissuras e ingurgitamento.

Os serviços oferecidos pela unidade são bem completos por contarem com uma boa gama de profissionais em diferentes áreas de atuação. Desta forma contribui para uma atenção integral à saúde da criança, proporcionando o crescimento e desenvolvimento saudável e prevenção de agravos. Porém constatamos a falta da atuação do Enfermeiro em consultas de Enfermagem sistematizadas para a população pediátrica.

Com relação ao atendimento na sala de Enfermagem percebemos a falta do profissional enfermeiro e o quanto difere uma consulta de Enfermagem do atendimento prestado por um técnico de Enfermagem. O objetivo do atendimento nesta sala é de busca de prontuários, marcação e remarcação, avaliação antropométrica da criança (peso e altura) e imunização, apresentando um serviço incompleto pela falta do Enfermeiro. Configura-se um atendimento pré-consulta médica e técnico administrativo.

Há uma deficiência no quadro de enfermeiros nesta unidade, que foi reduzido ao longo dos anos e que corrobora com a invisibilidade do trabalho do enfermeiro e da identidade profissional, uma vez que se constata inexistente a Consulta de

Enfermagem clinicamente plena.

5.2.3 Vigilância Epidemiológica

Na divisão de Vigilância Epidemiológica da Policlínica Regional são oferecidos diferentes serviços relacionados à epidemiologia: atendimentos relativos à DST'S e IST'S, Tuberculose (TB), Hanseníase, Vacinação, e Atendimento Antirrábico. Além disso, todos os testes relacionados a essas doenças, incluindo os testes rápidos para AIDS, Hepatites Virais e IST.

O local dispõe de quatro enfermeiros; um chefe, uma rotina, um plantonista que é também responsável pela educação permanente e um responsável pelo o programa HIV/AIDS e Hepatites Virais, que quando não está atuando no programa, participa na Epidemiologia. Dois são permanentes, a chefe e a da rotina.

A maior demanda é a procura por atendimento referente à HIV/AIDS e tuberculose com pelo menos um caso novo por semana, seguido de atendimento antirrábico. No que se refere a TB, cada pessoa que procura atendimento como contactante e sintomático de tuberculose recebe uma ficha de requisição para cultura e teste de sensibilidade à tuberculose – os enfermeiros fazem o preenchimento e orientações. Além disso, os nomes desses usuários, a data de coleta, o endereço e telefone são anotados no Registro do Sintomático Respiratório no Serviço de Saúde.

As pessoas que costumam utilizar do serviço são das comunidades próximas, entretanto foi percebida uma mudança, onde pessoas de classe média estão utilizando do serviço, migrando do plano de saúde particular para o público. A regional não possui Programa de Saúde da Família próxima, o que favorece ao aumento da demanda na Policlínica.

Um dos principais serviços prestados diz respeito a estatística e fechamento de todos esses procedimentos ao longo de cada mês. É realizada estatística descritiva referente a insumo de prevenção, de testes – quantos foram usados e quantos precisam ser solicitados. A estatística das vacinas é relativa a todo o calendário, é contabilizado o uso, quanto será requisitado, é verificado BCG e o teste de triagem neonatal, quantas investigações de tuberculose, entre outros. Os dados levantados são mandados para Central que informará ao Governo do Estado que por sua vez, então enviará para o Ministério da Saúde e assim é feita a consolidação de dados.

Não foi relatada nenhuma queixa acerca dos insumos materiais ou recursos humanos. O único protesto foi à falta de uma infraestrutura adequada para recepção dos pacientes. Por exemplo, não existe uma sala para entrega de resultados do exame de HIV/AIDS, expondo o paciente a outras pessoas, ou então quando a enfermeira atende aos usuários sintomáticos de TB no corredor fora da sala, devido

ao risco de contaminação. O acolhimento seria beneficiado se o paciente tivesse um local adequado para tais procedimentos.

Entretanto, os profissionais afirmam que essa questão não impede que o trabalho aconteça e que já conseguiram a conquista de não haver mais abandono do tratamento para Tuberculose.

5.3 Produtos que a unidade de saúde deve ofertar

| Ministério da Saúde | Policlínica Regional |
|---|-----------------------------|
| Atenção à Saúde | Sim |
| Recursos Humanos | Sim |
| Zoonose | Sim |
| Epidemiologia | Sim |
| Gerente | Sim |
| Técnicos | Sim |
| Médicos Clínicos | Sim |
| Ginecologistas | Sim |
| Pediatras | Sim |
| ACS | Sim |
| Enfermeiras | Sim |
| Auxiliares de Enfermagem | ** |
| Programa de educação continuada | Não |
| Programa de saúde bucal | Não |
| Programa de saúde mental | Sim |
| Dentista / Dentista de apoio | Não |
| Psicólogo | Sim |
| Cuidado a domicílio | Sim |
| Técnico em saúde bucal | Não |
| Auxiliar de consultório dentário | Não |
| Medico de apoio | ** |
| Serviço Social | Sim |
| Projeto de Reabilitação (Fonoaudiologia, T. O, fisioterapeuta, psicólogo) | Sim |
| Programa de Homeopatia, Acupuntura e Medicina Antroposófica (PRHOAMA) | Não |
| Política de capacitação | ** |
| Ações de vigilância | Sim |
| Reuniões de usuários e trabalhadores | Sim |
| Educação permanente | Sim |
| Apoio matricial | Sim |
| Programa de Teleconferências | Não |
| Promoção a saúde | Sim |
| Projeto de Promoção de Modos de Vida Saudáveis | Sim |
| Vacina | Sim |
| Curativo | Sim |
| Outros procedimentos de Enfermagem | Sim |

| | |
|--|-----|
| Dispensação (distribuição) de medicamentos | Sim |
| Acolhimento | Sim |
| Marcação de consultas especializadas e exames complementares com avaliação e regulação constante | Sim |
| Atendimento aos casos agudos e encaminhamento responsável para urgência/emergência | Sim |
| Avaliação e monitoramento dos encaminhamentos para atenção secundária priorizados pelas equipes | Sim |
| Realização de plano terapêutico individual e familiar | ** |
| Programa de Saúde na Escola (PSE) | Não |
| Programa de Saúde da Família (PSF) | Não |

Quadro 1 - Comparação entre o que é preconizado pelo Ministério da Saúde e o que a Policlínica oferece:

** Dados não coletados

Podemos concluir que a Policlínica Regional contempla a maioria dos requisitos estabelecidos pelo Ministério da Saúde e quando um serviço precisa ser utilizado, mas não se encontra na unidade, o paciente é encaminhado para a unidade de saúde mais próxima e que apresente aquele serviço.

6 | DIAGNÓSTICO SITUACIONAL DA COMUNIDADE

6.1 Rede de saúde na atenção básica

A rede de atenção básica de Niterói é constituída de 10 policlínicas, 6 Unidades Básicas de Saúde, 35 Unidades que atendem ao Programa Médico de Família, 4 Clínicas Comunitária da Família.

Esse modelo é preconizado pelo Ministério da Saúde para integrar e articular o sistema de saúde brasileiro em todos os estados, municípios e Distrito Federal que atenda as reais necessidades da população tendo em vista a atual situação epidemiológica e demográfica do país, que vem se dando de forma acelerada, com predominância das condições crônicas. Para garantir acesso universal dos cidadãos aos serviços e ações de saúde, de acordo com suas necessidades, oferecendo atenção integral (BRASIL, 2015).

7 | PARECER GERAL DO DIAGNÓSTICO SITUACIONAL

O diagnóstico situacional possibilitou observar o funcionamento da Policlínica Regional e os serviços que são disponibilizados pela unidade como preconizados pelo Ministério da Saúde. Os serviços que não são oferecidos na própria unidade são ofertados em outros locais dentro da rede, buscando garantir assistência

integral à saúde.

Também foi possível notar a insipiente visualização da atuação de toda equipe de Enfermagem na policlínica. Em todos os setores o não-protagonismo do enfermeiro para assumir suas funções assistenciais/gerenciais do cuidado como, por exemplo, na Consulta de Enfermagem nas diversas especialidades é notável e, por vezes, o papel da Enfermagem se resume a Equipe de Vigilância e a organização das agendas dos médicos. Certamente esse fato impacta negativamente na identidade profissional dos enfermeiros perante os usuários, profissionais do serviço e na sociedade. Para mudanças efetivas e eficazes, os enfermeiros devem assumir as Consultas de Enfermagem referentes às diversas áreas ou especialidades, adotando um modelo teórico-conceitual que consubstancie o Processo de Atenção em Enfermagem, conhecido como Processo de Enfermagem ou ainda, intercambiadamente, a Sistematização da Assistência de Enfermagem.

Quanto ao ambiente físico da unidade pode-se dizer que há uma estrutura adequada à demanda da policlínica. Apesar de ter um espaço limitado em algumas áreas, o público consegue receber todo o tipo de tratamento que é oferecido pela unidade, mesmo que alguns ambientes tenham uma área menor para o serviço. Um aspecto que chama atenção são os locais de espera da unidade. Os usuários são inadequadamente acomodados durante a espera por atendimento o que inviabiliza condições adequadas de trabalho no que se refere a educação em saúde. Toda a estrutura física carece de iluminação, ventilação e acesso apropriados.

Em relação a área de abrangência observou-se que de maneira geral, as equipes apresentam semelhança nos atendimentos oferecidos na rede e nos aspectos sócio-demográficos, o que resulta em demandas de saúde semelhantes.

O diagnóstico possibilitou a visualização da realidade de trabalho na policlínica, da necessidade da população e do perfil da comunidade.

8 | CONSIDERAÇÕES FINAIS

De fato, ainda há um longo caminho a percorrer para que as diretrizes e os princípios do SUS sejam realizados integralmente. Porém, sabe-se que este é um problema recorrente, não só na Policlínica Regional, mas em todo o Brasil. E realizar o diagnóstico situacional na unidade permite elucidar a cerca dos problemas vividos no município e as ações que podem ser realizadas para melhorar o atendimento a população.

A visão geral de toda uma unidade básica do SUS possibilita elucidar sobre os obstáculos que ainda podem ser encontrados para a consumação desse sistema e também permite aproximar os alunos. Assim como acerca os acadêmicos da

realidade vivida na policlínica e dos profissionais que ali trabalham.

Com a coleta dos dados para o diagnóstico é pertinente frisar a falta da atuação específica para a ação cuidativa da equipe de Enfermagem na policlínica. A Enfermagem, como foi visto, não assume sua posição no gerenciamento das atividades assistenciais da policlínica e sua atuação, meramente burocrática e administrativa, afastando os enfermeiros dos usuários da policlínica.

A atuação burocrática do enfermeiro distancia os profissionais da assistência e prejudica a qualidade do atendimento ofertado na policlínica. A Enfermagem em nenhum dos setores realiza consultas preconizadas na Lei do Exercício profissional (BRASIL, 1986) e, fora os enfermeiros que trabalham na vigilância, a Enfermagem apenas cuida da organização inespecífica do serviço.

A realização deste diagnóstico situacional é de suma importância analisar a realidade do SUS, sua dinâmica de trabalho, a rotina de atendimentos, a relação entre a demanda crescente da população e os recursos disponíveis.

Portanto, enquanto profissionais, é crucial conhecer o ambiente de trabalho ao qual estamos inseridos e repensar em estratégias de melhoria nas unidades de atendimento.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **A Atenção Primária e as Redes de Atenção à Saúde**. Brasília: CONASS, 2015.

BRASIL. Presidência da República. **Lei nº 7498, de 25 de junho de 1986**. Dispõe sobre a regulamentação do exercício da Enfermagem e dá outras providências. Brasília, 1986. Disponível em: <http://www.cofen.gov.br/lei-n-749886-de-25-de-junho-de-1986_4161.html>. Acesso em 15 de março de 2019.

GODOY, A.S. Refletindo sobre critérios de qualidade da pesquisa qualitativa. **Revista Eletrônica de Gestão Organizacional**, Recife, v. 3, n. 2, p. 81-89, mai./ago. 2005. Disponível em: <<https://periodicos.ufpe.br/revistas/gestaoorg/article/view/21573>>. Acesso em 30 de janeiro de 2019.

KLEBA, M.E.; KRAUSER, I.M.; VENDRUSCOLO, C. O planejamento estratégico situacional no ensino da gestão em saúde da família. **Texto & Contexto - Enfermagem**, Florianópolis, v. 20, n. 1, p. 184-193, mar. 2011. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/tce/v20n1/22.pdf>> Acesso em 16 de setembro de 2019.

MINAYO, M.C.S.; DESLANDES, S.F.; GOMES, R. **Pesquisa social: teoria, método e criatividade**. Rio de Janeiro: Editora Vozes, 2011.

PREFEITURA DE NITERÓI. Cultura Niterói. **São Lourenço**. 2007. Disponível em: <<https://culturaniteroi.com.br/blog/?id=320&equ=ddpfan>>. Acesso em 10 de setembro de 2017.

SANTOS, L.C. **Diagnóstico situacional da Unidade Básica de Saúde Barreiro de Cima**. Trabalho apresentado ao Grupo Tutorial Barreiro de Cima do Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde (PET-Saúde) como parte de desenvolvimento de artigo científico. Belo Horizonte, 2010. Disponível em: <https://www.ufmg.br/portalthprosaudebh/images/pdf/BC_diagnostico.pdf>. Acesso em 20 de setembro de 2019.

SILVA, C.S.S.L.; KOOPMANS, F.F.; DAHER, D.V. O Diagnóstico Situacional como ferramenta para o planejamento de ações na Atenção Primária a Saúde. **Revista Pró-UniverSUS**, Rio de Janeiro, v. 7, n. 2, p. 30-33, jan./jun. 2016. Disponível em: <<http://editora.universidadedevassouras.edu.br/index.php/RPU/article/view/345>>. Acesso em 02 de outubro de 2019.

ÉTICA E BIOÉTICA: UMA ABORDAGEM SOBRE O ENSINO DE ENFERMAGEM EM RELAÇÃO À MORTE

Data de aceite: 05/02/2020

Data de submissão: 03/11/2019

Mateus Dall Agnol

Universidade do Estado de Santa Catarina –
Udesc, Departamento de Enfermagem
Chapecó – SC, Brasil
<http://lattes.cnpq.br/0937498157037027>

Maria Eduarda da Silva

Universidade do Estado de Santa Catarina –
Udesc, Departamento de Enfermagem
Chapecó – SC, Brasil
<http://lattes.cnpq.br/1720473619081205>

Victória Vieira Hertz

Universidade do Estado de Santa Catarina –
Udesc, Departamento de Enfermagem
Chapecó – SC, Brasil
<http://lattes.cnpq.br/4110209898770253>

Rosana Amora Ascari

Universidade do Estado de Santa Catarina –
Udesc, Departamento de Enfermagem
Chapecó – SC, Brasil
<http://lattes.cnpq.br/8370937052810368>

RESUMO: Desde os primórdios da história ocidental, o povo grego se preocupava com o conceito da palavra ética e em como poder significá-la com a vida humana, sendo

caracterizada como a capacidade humana de realizar o critério de justa escolha. Já a bioética surge nos Estados Unidos mais de mil anos depois, descrita como ética das ciências da vida. Juntamente com essa busca pelo significado das coisas cotidianas emerge o estudo da anatomia humana, que foi essencial para o conhecimento do corpo humano e de seus mecanismos fisiológicos. Dentre uma das principais formas de estudo da anatomia destaca-se o estudo dos corpos dissecados. A essência da bioética da preocupação com o uso dos corpos dissecados está no apreço aos seres humanos e no valor às suas relações estabelecidas em vida. Durante a graduação em enfermagem, os acadêmicos manipulam os corpos cadavéricos para o estudo da anatomia, momento que ao invés de servir de aprendizado acaba se tornando alvo de piadas desrespeitosas, caracterizando o despreparo para lidar com a morte, tornando-se primordial a abordagem em disciplina específica acerca da bioética em relação a morte antes do contato com o corpo. Entretanto, com a evolução das tecnologias educacionais, novas formas de estudo da anatomia se fazem presentes nas universidades, sobretudo, com o uso de maquetes em tamanho real de peças iguais as estruturas humanas. Nessa perspectiva,

emerge a necessidade de outras abordagens acerca da morte que não o preparo técnico.

PALAVRAS-CHAVE: Enfermagem, Bioética, Morte.

ETHICS AND BIOETHICS: AN APPROACH TO NURSING EDUCATION IN RELATION TO DEATH

ABSTRACT: From the earliest days of Western history, the Greek people have been concerned with the concept of the work ethics and how they might mean it with human life, being characterized as the human capacity to fulfill the criterion of fair choice. Bioethics emerges in the United States more than a Thousand years later, described as life science ethics. Along with this search for the meaning of everyday things emerges the study of human anatomy, essential for the knowledge of the human body and its physiological mechanisms. One of the main ways to study anatomy is the study of dissected bodies. The essence of the bioethics of concern with the use dissected bodies lies in the appreciation of human beings and the value of their established relationships in life. During undergraduate nursing, students manipulate cadaveric bodies to study anatomy, which instead of serving as learning ends up being the target of disrespectful jokes, characterizing the unpreparedness to deal with death, making the approach to be Paramount. Specific discipline about bioethics in relation to death before contact with the body. However, with the evolution of educational Technologies, new forms of study of anatomy are present in universities, especially with the use of life-size models of pieces equal to human structures. From this perspective, the need for approaches to death other than technical preparation emerges.

KEYWORDS: Nursing, Bioethics, Death.

1 | INTRODUÇÃO

As últimas década marcaram o progresso das áreas da saúde por meio do aprimoramento das técnicas científicas, o que possibilitou grandes avanços nas pesquisas e no ensino. Desse desenvolvimento científico emergiu a dissecação de cadáveres que garantiu conhecimento aprimorado da anatomia humana (Costa, Lins, 2012) e foi possível graças ao fato de Leonardo da Vinci ter se dedicado ao estudo dos corpos (UFCSPA, 2019), mesmo que sua finalidade fosse a aplicação na arte (Gomes et al, 2009), além do conhecimento.

A anatomia humana é uma das ciências médicas mais antigas e compreende o estudo das estruturas do corpo humano, conhecimento essencial na formação de profissionais da área da saúde. No decorrer dos séculos a anatomia passou de proibida à essencial para pesquisas e formação de novos profissionais.

O estudo da anatomia manteve-se durante séculos como uma ciência neutra

na ética, considerando a boa dissecação e eliminação de espécimes como sua base fundamental. Esta imagem foi mantida desde o início do estudo e desenvolvimento com a descoberta de formaldeído, o que permitiu prolongar a dissecação anteriormente limitada pelo processo natural de putrefação (RUEDA, HERNÁNDEZ, 2012). Atualmente, a anatomia humana é indispensável para todos os cursos da saúde e seu ensino tem sido realizado em todas as universidades por meio de métodos de dissecação de peças de cadáveres formolizados e modelos didáticos (moldes, aulas expositivas).

É esta disciplina que estuda macro e microscopicamente, a constituição e o desenvolvimento dos seres organizados, e possui ramificações como: a Citologia (estudo das células), a Histologia (estudo dos tecidos) e a Embriologia (estudo do desenvolvimento do indivíduo). Também são consideradas várias formas de estudo anatômico, como: 1) anatomia sistêmica - estudo dos sistemas orgânicos, por exemplo, do sistema respiratório ou do sistema nervoso; 2) anatomia topográfica - é o estudo de determinadas regiões do corpo; 3) anatomia aplicada - é o estudo da aplicação prática dos dados anatômicos; 4) anatomia radiológica - estuda as estruturas por meio de raio X; 5) anatomia antropológica - estuda os aspectos anatômicos dos povos e grupos; 6) anatomia comparativa - é o estudo comparado da estrutura morfológica e dos órgãos de indivíduos de espécies diferentes; 7) anatomia biotipológica - estuda os tipos individuais de construção do corpo humano (DANGELO, FANTTINI, 2007).

Em diversas situações, o corpo é manipulado durante estudos acadêmicos, entretanto, na manipulação de cadáveres podem ocorrer situações de desrespeito e falta de ética tornando-os objetos quaisquer de uso, deixando de lado a memória afetiva de um ser humano (COHEN, GOBBETTI, 2003). Segundo Segre e Cohen (1995), a bioética é o ramo da ética que enfoca questões relativas à vida e à morte, propondo discussões sobre alguns temas, tornou-se um estudo transdisciplinar e entre seus princípios estão a autonomia e a justiça. O sentido bioético da preocupação com o uso de cadáveres está no respeito aos seres humanos e no significado das relações que eles estabelecem, pois este não extingue com a morte de um indivíduo (COHEN, GOBBETTI, 2003).

Mallmann (2016) enfatiza que a ética é considerada como a teoria do comportamento moral dos indivíduos em comunidade, ou seja, a ciência do comportamento humano, a qual no contexto da Filosofia, permeia as condutas humanas, para o bem ou para o mal, conduzido pela moral. É reconhecida socialmente como um conjugado de regras e conceitos, que por muitos anos, balizou o desenvolvimento da humanidade.

Na disciplina de “Anatomia Humana”, do Curso de Graduação de Enfermagem da Universidade do Estado de Santa Catarina, dentre os conteúdos trabalhados,

estão a ética e bioética na manipulação do corpo para estudo, dos quais emergiram as primeiras aproximações com a morte. Essa temática tem sido discutida ao longo da disciplina, uma vez que não há uma disciplina eletiva exclusiva para o assunto. Revisando a literatura, percebe-se que ao longo da história, o morrer é visto de diferentes formas, dependendo também das diversas culturas presentes no mundo.

A anatomia é uma disciplina básica para todos os estudantes da área da saúde, geralmente cursada no primeiro ano de estudo universitário, e é através dela que estes obtêm os conhecimentos necessários para desenvolver os procedimentos concernentes à profissão (Costa, Lins, 2012), logo no ingresso à universidade, os estudantes são orientados sobre as regras do laboratório de anatomia, que em sua maioria, proíbe o uso de aparelhos eletrônicos, para evitar que fotos indevidas sejam tiradas e/ou publicadas; piadas e comentários com as “peças cadavéricas”, para que se mantenha a postura ética. Além disso, vilipêndio a cadáver é uma figura de crime contemplado no Código Penal Brasileiro que no Art. 212 descreve: “Vilipendiar cadáver ou suas cinzas: Pena - detenção, de 1 (um) a 3 (três) anos, e multa, o código pune o ato de vilipendiar cadáver, ou seja, profanar, desrespeitar, ultrajar” (BRASIL, 2008).

Falar sobre morte hoje em dia, ainda é considerado um tabu em nossa sociedade, a morte é percebida como desagradável e misteriosa. Dessa maneira, existe um medo em relação ao morrer, e isso faz com que o ser humano a negue, ou seja, tudo é feito para evitá-la. Culturalmente, há grande dificuldade dos profissionais da saúde em ver alguém morrer, pois durante a sua formação, são capacitados para adiar a morte ou o adoecimento dos pacientes (MELO, BEZERRA, LIMA, 2018).

A morte, além de ser um fator biológico, é um processo socialmente construído (Borges, Mendes, 2012), portanto, independente das suas causas, está presente no cotidiano de muitos profissionais, principalmente dos que atuam nos hospitais. Na formação dos profissionais de enfermagem, ocorre uma abordagem superficial da temática Morte durante as disciplinas específicas de enfermagem (BORGES, MENDES, 2012; NUNES, SANTOS, 2017).

No entanto, quando se mantém o foco às questões curativistas, dificulta-se a prática de aceitação frente ao processo da terminalidade e morte. Na teoria, os currículos de enfermagem não contemplam uma disciplina exclusiva para capacitar os estudantes no enfrentamento do processo de morte e morrer, de forma não defensiva e biologicista (Nunes, Santos, 2017).

Na enfermagem, muitos profissionais são negados a mostrar seus sentimentos frente ao paciente/família, e a problemática em questão é que todo profissional também é um ser humano, portanto, propenso a sentimentos, podendo se sensibilizar com o processo de morte, desde que, não enfrente o luto com tanta intensidade quanto a família (BRETAS, OLIVEIRA, YAMAGUTI, 2006; NUNES, SANTOS, 2017).

Este capítulo busca explicitar o que a literatura aborda sobre ética e bioética no processo de morte e morrer, com ênfase na dificuldade de aceitação por acadêmicos e profissionais frente a morte.

2 | METODOLOGIA

Inicialmente, foi realizada uma revisão narrativa sobre ética e bioética frente a morte, desenvolvida no mês de agosto de 2018 em plataformas online de pesquisa: Scielo, Google Acadêmico e Medline, para apresentação sobre o assunto durante a disciplina de “Anatomia Humana II” do curso de graduação em enfermagem da Universidade do Estado de Santa Catarina com discussão no grande grupo em sala de aula.

Os termos de busca foram “Ética”, “Anatomia” e “Ensino”. Na sequência procedeu-se a leitura individual dos títulos e resumos de todos os manuscritos encontrados e excluídos os estudos duplicados ou que não respondiam o objetivo proposto. Os trabalhos de interesse foram inseridos neste estudo e lidos na íntegra para a síntese dos resultados.

Por não envolver seres humanos, não foi necessária a aprovação do projeto de pesquisa em Comitê de Ética em Pesquisa. No entanto, respeitou-se a autoria de todos os estudos, sendo devidamente referenciados durante a construção deste manuscrito.

3 | RESULTADOS E DISCUSSÃO

“A inevitabilidade da morte, que é inerente à condição humana, não interfere com a capacidade de alguém pretender antecipá-la. A morte é um assunto que engloba um universo de questões religiosas, morais, éticas e jurídicas” (BARROSO, MARTEL, 2010).

Há significados a serem desvelados no processo de vida e morte que permeiam diferentes culturas, que de certa forma, aliado as experiências vividas acabam por interferir no processo de morrer. Alguns aspectos éticos devem ser lembrados ao abordar a morte e o processo de morrer, tais como o respeito à autonomia ou poder de decisão das pessoas. Todo ser humano instintivamente tem o impulso para defender a vida (KOVÁCS, 2003).

Para Fernandes e Freitas (2006), a morte é uma realidade inegável e inevitável, fato este, que causa angústia e medo aos indivíduos, principalmente pela incerteza do pós vida. Todas as pessoas que lutam pela vida vivenciam o mesmo processo de morte, os estágios finais da evolução, independentemente de crença ou religião, sendo eles: a negação e isolamento; raiva e ira; barganha ou regateio; depressão; e

aceitação. Todos esses estágios, com maior ou menor intensidade, são permeados pela esperança (FERNANDES, FREITAS, 2006).

Quando o ser humano vivencia os estágios frente à terminalidade, eles vão se ajustando gradativamente, pela constante alteração das percepções, emoções e sentimentos e transformando-se com base em um trabalho interior, com recuos e avanços. Esses estágios também são vivenciados pelos familiares e profissionais, em diversos momentos, pode ser que eles não contemplem todas as fases, mas servem de referência para as ações dos profissionais da saúde, ao mesmo tempo em que ajudam a processar um “luto antecipatório” vivenciado pela família.

Se as pessoas não contextualizassem na historicidade de cada religião, haveria um distanciamento da forma como concebem a morte, e como estabelecem e fundamentam as práticas do cuidar dos indivíduos que estão morrendo. A equipe de enfermagem está sujeita a vivenciar, frequentemente, episódios de morte. Os trabalhadores estão pouco instrumentalizados para lidar com essa situação, visto que, em geral, durante a formação profissional, o enfoque principal é a preservação da vida.

Assim, ao valorizarem os aspectos técnicos da morte, podem surgir dilemas éticos e conseqüentemente, ameaça a defesa da preservação da dignidade humana. Uma estratégia nas instituições de ensino é o uso de cadáveres humanos, que representam a forma mais antiga, ainda muito utilizadas para o ensino da anatomia humana, na qual deve ser abordado o respeito e a ética diante do corpo.

Segundo Melo e Pinheiro (2010), o conhecimento obtido por meio de cadáveres dissecados e da dissecação dos mesmos é indispensável na educação dos futuros profissionais da saúde, já que pode implicar na redução da relação com o paciente, pois o mesmo será simultaneamente, o primeiro paciente e o primeiro mestre dos alunos da área da saúde.

Os cadáveres na maioria das vezes são mendigos, indigentes, sem identidade e sem família, o que demonstra que não tiveram aporte de saúde necessário durante a vida, embora a doação do corpo seja permitida de acordo com o Artigo 14 da Lei 010.406-2002 do Código Civil brasileiro: “é válida, com objetivo científico, ou altruístico, a disposição gratuita do próprio corpo, no todo ou em parte para depois da morte. O ato de disposição pode ser livremente revogado a qualquer tempo” (BRASIL, 2002).

Com exceção dos cadáveres que não possuem documentos de identificação, todas as universidades têm acesso aos dados pessoais cujo corpo está sendo estudado. Na graduação, o nome do cadáver é esquecido, são chamados de peças e identificados geralmente por números. Assim, o aluno reproduz um ciclo vicioso de frieza e distanciamento da humanização que se inicia nos laboratórios que tem contato na trajetória acadêmica e perpetua ao longo da carreira profissional.

Diante disso, é necessário resgatar sentimentos como compreensão, solidariedade e compaixão, através de explicações claras sobre a importância da bioética nos cursos de graduação, pois sem estes sentimentos o que estará sendo feito é uma ciência fria que não contempla a dignidade do ser humano. Somente a educação formal pode modificar o comportamento do estudante ou do profissional e torná-lo apto para lidar com seu semelhante mesmo após a morte.

Pode-se perceber que a morte e o morrer são acontecimentos presentes no processo de profissionalização dos que atuam na saúde, dando ênfase para a enfermagem, a qual permanece em tempo integral assistindo o paciente durante todo o processo de hospitalização (NUNES, SANTOS, 2017).

Mas, percebe-se que há uma fragmentação na grade curricular de graduação em enfermagem em diferentes instituições de ensino superior, por conta da inexistência de uma disciplina específica para o entendimento da morte durante a formação técnica, no contexto da humanização. Dessa forma, evidencia-se que há a fragmentação da discussão do profissional em relação à temática Morte e Morrer, tornando a argumentação pontual e superficial, assim, dificultando a ampliação de compreensões, indicando uma formação acadêmica ineficiente no que se refere ao desenvolvimento da competência de cuidados paliativos (NUNES, SANTOS, 2017).

Logo, o processo de morte e de morrer torna-se um desafio para os profissionais e estudantes de enfermagem em estágio, levando em consideração o pouco preparo para lidar com a morte. Assim, surgem os sentimentos de insegurança e autopercepção de despreparo para exercer os cuidados necessários após um diagnóstico de morte ou terminalidade.

Além disso, o estudante de enfermagem em atividades teórico práticas e estágios ou mesmo quando recém-formado, se sente despreparado para lidar com seus sentimentos, já que, muitas vezes, são orientados a não demonstrar suas emoções em momentos de morte. Percebe-se que a morte tem a capacidade de gerar muitos sentimentos, até mesmo quando há apenas a reflexão sobre o assunto, dentre eles, o abalo, medo, frustração, choque e a angústia (NUNES, SANTOS, 2017).

Frente ao exposto percebe-se que os profissionais da saúde, necessitam desenvolver a capacidade de lidar com a morte, não apenas com a biologia da morte, mas também, expandir o olhar de forma humanizada para o morrer. Para que isso ocorra, é necessário que haja uma mudança na formação acadêmica do profissional, trazendo esta temática para a discussão em profundidade durante a formação. Ainda, precisamos lembrar que muitas vezes é a enfermagem que serve de referência para os encaminhamentos necessários no momento da morte, fato que exige equilíbrio emocional e discernimento no fazer da enfermagem.

Essa discussão, que poderia ocorrer já na formação inicial do Enfermeiro,

permite lidar com a morte do paciente, ou com o diagnóstico de impossibilidade de cura de uma forma menos desesperadora, deixando o profissional mais seguro quanto aos procedimentos feitos, além de já estar preparado para lidar com a família do paciente e com seus próprios sentimentos.

O assunto é de completa importância para a enfermagem, não só na graduação, onde a manipulação de cadáveres se faz por meio das aulas de anatomia, mas também no exercício da profissão, já que ao lidar com vidas, a morte apresenta-se como evento natural e inevitável. É preciso assegurar que as respostas individuais dos profissionais não prejudiquem o paciente e seus familiares, mas sem esquecer que o mesmo, como todo ser humano, tem suas tristezas, irritações, receio da morte, dentre outros sentimentos, devendo procurar, na medida do possível, tornar estas tensões mínimas (PIMENTEL et al., 1978). Faz-se necessária a existência de estudos e práticas que deem suporte aos profissionais de saúde em relação à morte, para que eles possam fornecer o devido suporte que lhes é exigido pelos pacientes e familiares.

No que tange ao ensino da ética, o escritor Mario Sergio Cortella afirma que ética é a capacidade de proteger a vida decente, seja individual ou coletiva, portanto, entre a docência e a discência, a decência deve estar no centro (CORTELLA, 2015). É a ética que protege os valores de solidariedade e formação de cidadania, da ciência à serviço da saúde. A importância de ensinar a ética nos cursos de saúde é ter a consciência que esses acadêmicos cuidarão de várias pessoas ao longo dos anos, e saber proteger valores e princípios acolhe o enfermo em seu processo de sofrimento.

Para Malmann (2016) o estudo da ética na formação universitária não se pode dar de forma isolada. A ética se faz presente em uma realidade que transcende o espaço profissional e emerge na relação entre o indivíduo e sua experiência subjetiva da vida cotidiana, ou seja, tem implicações com o real, mas, principalmente, consigo mesmo. Ela se expressa como elemento fundamental para a constituição do sujeito apontando a família como alicerce fundamental na determinação do modo de ser deste profissional. Nesta perspectiva, percebe-se que a ética tem suas bases em uma convivência humana nutrida por valores advindos no contexto familiar e influenciada por aspectos religiosos, o que reforça a singularidade de cada profissional (CENCI, FÁVERO, TROMBETTA, 2014).

Considerando que os primeiros contatos com a morte na graduação ocorrem ainda nas fases iniciais, na manipulação de cadáveres para o estudo da anatomia humana, é preciso vincular os aspectos técnicos aos ético-humanísticos para que os estudantes possam desenvolver desde cedo, habilidades técnicas para exercer com competência sua profissão, sem que se esqueçam do lado humanístico.

Frente ao exposto, o ensino pode e deve abordar a ética e bioética na morte,

estimulando a reflexão e a reelaboração de sentimentos que perpassam o momento da morte. Outra maneira importante de ensino sobre a bioética e morte é a troca de experiências entre docentes, profissionais que já vivenciaram a morte durante a atuação profissional e os discentes, ampliando os olhares sobre a temática e aproximando os estudantes de situações reais.

Como Fávero, Tonieto e Ody (2015, p.33) já afirmaram, “no ensino superior, é preciso pensar a formação de jovens com autonomia intelectual, com paixão pela busca do conhecimento, com postura ética que os torne comprometidos com os destinos da sociedade humana”.

Quanto a anatomia, de uma forma geral tem evoluído muito com a tecnologia, facilitando a compreensão do aluno em relação a essa tão temida disciplina. Com o acesso à internet, os estudantes de anatomia possuem um acervo de imagens, vídeos, maquetes artificiais de estruturas anatômicas e artigos que auxiliam e complementam o estudo da anatomia.

4 | CONSIDERAÇÕES FINAIS

O estudo anatômico utilizando cadáveres humanos é de fundamental importância no que se refere à formação acadêmica do futuro profissional e deve ser realizado com total sigilo e respeito às normas bioéticas. Entende-se que o elemento fundamental de tais normas é o respeito aos seres humanos e no significado das relações que eles estabelecem, pois este não se extingue com a morte de um indivíduo.

Portanto, deve-se vincular os aspectos técnicos aos éticos, para que os acadêmicos possam desenvolver habilidades para a competência profissional sem esquecer do lado humanístico do assunto.

Por fim, é importante oferecer maior ênfase à bioética na morte nos cursos de enfermagem, estimulando debates entre os acadêmicos, professores e demais profissionais, abrangendo diferentes cenários de práticas na enfermagem, que por meio de socialização de casos, possibilita a reelaboração de sentimentos pelos estudantes. Abrir um canal de comunicação efetivo para se trabalhar as questões que envolvem a morte pode desmistificá-la, quebrando o tabu que a sociedade atual construiu.

REFERÊNCIAS

Barroco LR, Martel LCV. **A morte como ela é: dignidade e autonomia individual no final da vida**, 2010. Disponível em: <https://www.migalhas.com.br/dePeso/16,MI104660,21048-A+morte+como+ela+e+dignidade+e+autonomia+individual+no+final+da+vida>.

Brasil. **Código Civil. Lei 10.406, de 10 de janeiro de 2002.** 1ª ed. Revista dos Tribunais. São Paulo, 2002.

Brasil. **Código Penal. Decreto-Lei nº 2.848, de 07 de Dezembro de 1940. Vade mecum.** São Paulo: Saraiva, 2008.

Bretas JRS, Oliveira JR, Yamaguti L. **Reflexões de estudantes de enfermagem sobre morte e o morrer.** Rev Esc Enferm USP, v. 4, n. 40, p. 477-483, 2006. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reusp/v40n4/v40n4a04.pdf>

Cohen C, Gobbetti G. **Bioética e morte: respeito aos cadáveres.** Rev Assoc. Médica Bras., v. 49, n. 2, p. 1, 2003. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ramb/v49n2/16178.pdf>

Cohen C, Segre M. Definição de valores, moral, eticidade e ética. In.: Segre M, Cohen C (Org.). **Bioética.** São Paulo: EDUSP; 1995.

Cortella MS. **Educação Convivência e Ética: Audácia e esperança.** Editora Cortez, 2015, 120p.

Costa GBF; Lins CCSA. **O Cadáver no Ensino da Anatomia Humana: uma Visão Metodológica e Bioética.** Rev Brasileira de Educação Médica, v. 36, n. 3, p. 369-373, 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbem/v36n3/11.pdf>

Dangelo JG, Fattini CA. **Anatomia Humana: Sistêmica e segmentar.** 3. ed. São Paulo: Atheneu, 2007. p.1-2.

Fávero AA, Tonieto C, Ody LC (Org.). **Docência Universitária: pressupostos teóricos e perspectivas didáticas.** 1. ed. Campinas, SP: Mercado de letras, 2015.

Fernandes MFP, Freitas GF. Processos de morrer. In: OGUISSO, Taka. ZOBOLI, Elma (Orgs.). **Ética e bioética: desafios para a enfermagem e a saúde.** Barueri: Manole Ltda, 2006. p. 153-169.

Gomes IT, Santos MSP, Filadelpho AL, Zappa V. **Leonardo da Vinci, o “Homem Vitruviano” e a Anatomia.** Rev Científica Eletrônica de medicina Veterinária. Ano VII, n. 13, p. 1-7, 2009. Disponível em: http://faef.revista.inf.br/imagens_arquivos/arquivos_destaque/jEAOJk3nIXmb5bM_2013-6-24-17-42-48.pdf

Kovács MJ. **Bioética nas questões da vida e da morte.** Rev Psico USP., v. 14, n. 2, p. 115-167, 2003. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-65642003000200008.

Malmann A. **A importância da ética na formação universitária.** Interfaces: Educação e Sociedade. n. 1, 2016. Disponível em: <file:///C:/Users/Rosana/Downloads/571-2203-1-PB.pdf>

Melo CF, Bezerra GAM, Lima KG. **Percepção de Brasileiros sobre morte digna.** Revista Portuguesa de Investigação Comportamental e Social, Fortaleza, v. 4, p.14-21, 2018. Disponível em: <https://rpics.ismt.pt/index.php/ISMT/article/view/71/PDF>

Melo EM, Pinheiro JT. **Procedimentos legais e protocolos para utilização de cadáveres no ensino de anatomia em Pernambuco.** Rev Bras Educ Med. v. 34, n. 2, p. 315-23, 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbem/v34n2/a18v34n2.pdf>

Nunes ECDA, Santos AA. **Challenges of nursing teaching-learning to care for human dying: professors' perceptions.** Esc Anna Nery, v. 21, n. 4, p. 1-8, 2017. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/ean/v21n4/pt_1414-8145-ean-2177-9465-EAN-2017-0091.pdf

Pimentel MA et al. **Amenizando a morte.** Rev. Enf Novas Dimens, v.4, n. 6, p. 351-4, 1978.

Rueda R, Hernández J. **Anatomia Humana: Ciência, Ética, Desenvolvimento e Educação**. Rev. Fac Med, Bogotá, v. 20, n. 2, p. 11-13, 2012. Disponível em: http://www.scielo.org.co/pdf/med/v20n2/pt_v20n2a01.pdf

UFCSPA – Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre. **Uma breve história da Anatomia Humana**. Disponível em: <https://www.ufcspa.edu.br/index.php/historia-da-anatomia-humana>

FATORES DE RISCOS DA LESÃO POR PRESSÃO E A APLICAÇÃO DA SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM NA PROFILAXIA

Data de aceite: 05/02/2020

Camila Brito Sousa
Jennyfer Sousa Brito
Nayra Samyra Rodrigues Ferreira
Paloma Fontoura dos Santos
Vanessa Costa de Almeida Viana
Layane Mota de Souza Jesus

RESUMO: Introdução: Segundo a Revista Latino Americana de Enfermagem (2018), a ocorrência de úlceras de pressão (UP) em pacientes hospitalizados é um grande problema de saúde, aumento de custos no tratamento, necessidade de cuidados intensivos de enfermagem, internação hospitalar prolongada, aumento do risco para o desenvolvimento de complicações adicionais, necessidade de cirurgia corretiva e efeitos na taxa de mortalidade. Isto é, feridas crônicas que precisam de um tratamento severo. Ademais o objetivo desse estudo constitui-se em buscar na literatura, conhecimento e experiências acerca da temática, possibilitando informações atualizadas embasadas a respeito da prevenção e tratamento das úlceras por pressão. **Metodologia:** Este estudo caracteriza-se como revisão descritiva do tipo explicativo. Foi realizado levantamento de artigos da

base de dados Scielo e Ministério da Saúde. **Desenvolvimento:** Neste viés, é notório que os pacientes acamados e sem mobilidade devem ter cuidados específicos, valendo lembrar que a enfermagem é responsável pelo cuidado direto com o paciente e pelo gerenciamento da assistência, cabendo a esta equipe a maior parcela do cuidado. Podem-se encontrar úlceras por pressão em lugares específicos como: isquiática, sacrococcígea, trocantérica e calcânea. Outras localizações incluem maléolos laterais, cotovelos, região occipital e região escapular. (J. A. Rocha et al, 2006). **Conclusão:** Depreende-se que na prática assistencial, a prevenção da lesão por pressão é simples e de baixa tecnologia, compreendendo a uma prática básica que é a mudança de decúbito, assim é importante ressaltar que a aplicação da Sistematização da Assistência de Enfermagem contribui impedindo futuros riscos.

PALAVRAS-CHAVE: Lesão por Pressão. Enfermagem. Profilaxia.

INTRODUÇÃO

Segundo a última atualização realizada pela National Pressure Ulcer Advisory Panel (NPUAP, 2016) lesão por pressão é um dano localizado na pele e/ou tecidos

moles subjacentes, geralmente sobre uma proeminência óssea ou relacionado a um dispositivo médico ou outro artefato. A lesão pode se apresentar como pele intacta ou úlcera aberta bem como ser doloroso resultado de pressão intensa e/ou prolongada em combinação com o cisalhamento. Conforme Rogenski (2014), o cisalhamento é causado pela interação da gravidade com fricção podendo exercer forças paralelas na pele, o mesmo pode acontecer quando a cabeceira da cama do paciente é elevada acima de 30°, no qual o corpo tende a escorregar. Assim, a lesão por pressão é definida como uma lesão cutânea, e pode agravar superfícies moles e profundas, podendo ser chamadas de escaras, úlceras de decúbito e ferida de pressão. Por ser de longa duração e reincidência frequente de cicatrização difícil, são consideradas crônicas, podendo ocorrer a partir de dois determinantes: extrínsecos e intrínsecos. Os determinantes extrínsecos são: a fricção, cisalhamento e umidade, levando a agravos da doença, e já os determinantes intrínsecos são caracterizados pela redução e /ou perda da sensibilidade, força muscular e imobilidade. É de suma importância destacar os locais onde se encontram o maior risco de adquirir LPP, destacando-se as regiões mentoniana, occipital, escapular, cotovelo, sacral, ísqeio, trocanter, crista ilíaca, joelho, maléolo e calcâneo. Segundo Lopes (2009), a imobilidade do indivíduo e a pressão que ele exerce no corpo pode provocar colapso dos vasos sanguíneos e assim dificultar a circulação do sangue no local prejudicado, fazendo com que ocorra a morte celular dos tecidos e formando assim a lesão por pressão. De acordo com a Revista de Enfermagem (2018), as LPP constituem um grave problema de saúde pública, por conta dos impactos que causam à pessoa doente a família e para a sociedade, pois são indicadores que necessitam de uma assistência adequada de saúde, com intervenções, prevenções e tratamentos. É válido ressaltar, que as principais áreas de risco para novos casos de lesão por pressão encontram-se nas unidades de terapia intensiva. Assim, sendo um problema de difícil resolatividade, a adesão da prática da sistematização da assistência de enfermagem pode prevenir e adequar suas finalidades essenciais buscando a melhoria do estado de saúde do paciente. A maioria dos casos de lesão por pressão (LPP) pode ser evitada por meio da identificação dos pacientes em riscos e da implantação de estratégias de prevenção confiáveis para todos os pacientes identificados como de risco (BRASIL, 2013). Sendo assim, a atuação do enfermeiro na implementação de medidas preventivas, como a aplicação da escala preditiva de risco de Braden, desenvolvimento de protocolos para avaliação da pessoa em risco, tanto no tratamento como na prevenção das lesões de pele por pressão, melhora a capacidade de decisão e acompanhamento dessas pessoas, visando impedir o surgimento da úlcera por pressão. (MEDEIROS; LOPES; JORGE, 2009). Este estudo tem o objetivo de discutir a sistematização da assistência de enfermagem frente à prevenção de lesão por pressão, referindo em seu objetivo

específico: conhecer a lesão por pressão e sua relação com a saúde humana; estratificar o risco de desenvolvimento de lesão por pressão e a sistematização da assistência de enfermagem frente às demandas do paciente com lesão por pressão.

METODOLOGIA

Trata-se de uma revisão bibliográfica com características descritiva do tipo explicativa, visando aferir os possíveis fatores de riscos relacionados à lesão por pressão tendo como enfoque a adesão da Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) na prevenção e no cuidado. Deste modo, para guiar a busca de artigos científicos formulou-se um questionário referente aos possíveis agravos que a Lesão por Pressão pode causar, tendo uma pequena discursão do por que a aplicabilidade da SAE influencia no processo de profilaxia. Sendo assim, foram usadas algumas palavras-chave como: lesão por pressão, cuidados e fatores de riscos, como forma de classificação dos resultados, assim foi realizada a leitura e análise dos artigos de 2008 a 2018 sendo utilizados conforme a sua colocação no desenvolvimento da revisão literária, além disso, foram selecionados artigos dos últimos 10 anos disponíveis nas bases de dados PubMed, Scielo, Google Acadêmico, e Ministério da Saúde.

DISCUSSÕES

Em conformidade com o Ministério da Saúde (2013), foi instituído no Brasil o Programa Nacional de Segurança do Paciente, que teve como objetivo de contribuir para qualificação do cuidado em todo o estabelecimento de saúde do território. Mesmo assim, com o desenvolvimento de políticas públicas e programas para o cuidado com paciente, além dos avanços no âmbito da segurança do cliente, os eventos adversos como, por exemplo, a lesão por pressão pode ocorrer aumentando a incidência dos casos. Diversos fatores podem contribuir para a evolução da LPP, tal quais os fatores que não dependem do paciente como: a pressão contínua, o cisalhamento, fricção e a umidade, e as condições que dependem do indivíduo destacando: a idade avançada, as doenças como hipertensão, diabetes, hepatopatias, nefropatias e neoplasias, o estado nutricional e a mobilidade reduzida. A Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) é um método de prestação de cuidados que visa diminuir as possíveis complicações no decorrer do cuidado, de forma que facilite a recuperação do cliente. De certa forma, a SAE vem para trabalhar as medidas de controle, avaliação, planejamento e cuidados individuais e coletivos, é válido ressaltar que existem muitas maneiras de sistematizar a assistência de enfermagem,

podendo elencar os planos de cuidados, a padronização de procedimentos e protocolos para desenvolver a prática do cuidado, alcançando efeitos positivos. De acordo com a Revista Enfermagem Contemporânea (2013), a ulcera por pressão pode ser evitada com o estudo dos fatores associados ao seu processo de formação, pois é de suma importância que o profissional de enfermagem busque fazer a detecção precocemente. É válido ressaltar que pacientes que possuem o perfil de desenvolver a LPP são aqueles em estado crítico que apresentam condições clínicas graves representando um grupo prioritário para o estudo e identificação da ocorrência dessa lesão, deste modo, a Revista Gaúcha de Enfermagem (2011), menciona que esse grupo crítico são os que possuem constantemente instabilidade hemodinâmica, suporte ventilatório, que necessitam de sedação e ainda dispõem da restrição dos movimentos por um longo período, de certa forma estes fatores deixam o paciente vulnerável para a adesão da LPP necessitando de medidas preventivas e um bom plano de cuidado.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Diante do exposto, avaliar e classificar de forma assertiva a lesão por pressão para que seja tratada de forma correta é um trabalho de suma importância, uma vez que essas lesões refletem de forma indireta a qualidade do cuidado prestado. Sendo assim, a Sistematização da Assistência de Enfermagem pode se tornar eficiente no que representa eficácia da prevenção da lesão por pressão, uma vez que a prevenção é uma das melhores alternativas, pois evita dor e sofrimento do paciente e menos tempo de internação, além disso, deve ser investida a atualização dos profissionais sobre o assunto, por meio da educação permanente e a orientação da visão crítica, deve também ser aderida a sistematização de mudanças de posicionamento, garantir um plano nutricional de qualidade, a avaliação diariamente em relação ao aparecimento de áreas de riscos avermelhadas, orientar sobre a ingestão diária de líquido para a hidratação e explicar sobre a manutenção de uma pele limpa, seca e hidratada bem com a utilização da escala de Braden onde a mesma permite ter-se o conhecimento individual dos pacientes, implementando ações da enfermagem preventiva.

REFERENCIAS

SOARES, M. I. et al. Sistematização da assistência de enfermagem: facilidades e desafios do enfermeiro na gerência da assistência Escola Anna Nery Revista de Enfermagem 19 (1) Jan-Mar 2015 Acesso em 25/03/2016. Disponível em <http://www.scielo.br/pdf/ean/v19n1/1414-8145-ean-19-01-0047.pdf>.

FEDERAL, GOVERNO DO DISTRITO. Segurança do Paciente: prevenção de Lesão por Pressão (LP), 2017. //

GOULART, Fernanda Maria et al. Prevenção de úlcera por pressão em pacientes acamados: uma revisão da literatura. **Rev Objetiva**, v. 4, n. 1, 2008 //

MEDEIROS, Adriana Bessa Fernandes; DE FREITAS LOPES, Consuelo Helena Aires; JORGE, Maria Salete Bessa. Análise da prevenção e tratamento das úlceras por pressão propostos por enfermeiros. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 43, n. 1, p. 223-228, 2009.//

ASCARI, Rosana Amora et al. Úlcera por pressão: um desafio para a enfermagem. **Braz J Surg Clin Res [online]**, p. 11-6, 2014

BRASIL. Ministério da Saúde. Protocolo para a prevenção de úlceras por pressão. Ministério da Saúde/ ANVISA/ FioCruz. Anexo 2, 2013. //

SOARES, Mirelle Inácio et al. Sistematização da assistência de enfermagem: facilidades e desafios do enfermeiro na gerência da assistência. **Escola Anna Nery Revista de Enfermagem**, v. 19, n. 1, p. 47-53, 2015. //

FERNANDES, Luciana Magnani; CALIRI, Maria Helena Larcher. Uso da escala de Braden e de Glasgow para identificação do risco para úlceras de pressão em pacientes internados em centro de terapia intensiva. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 16, n. 6, p. 973-978, 2008.

BLANES, Leila et al. Avaliação clínica e epidemiológica das úlceras por pressão em pacientes internados no Hospital São Paulo. **Rev Assoc Med Bras**, v. 50, n. 2, p. 182-7, 2004.

NEVES, Rebecca Costa; SANTOS, Mariana Pinheiro; DOS SANTOS, Carina Oliveira. Escalas utilizadas para prevenir úlceras por pressão em pacientes críticos. **Revista Enfermagem Contemporânea**, v. 2, n. 1, 2013. //

VASCONCELOS, Josilene de Melo Buriti; CALIRI, Maria Helena Larcher. Ações de enfermagem antes e após um protocolo de prevenção de lesões por pressão em terapia intensiva. **Escola Anna Nery**, v. 21, n. 1, 2017. //

GRADUAÇÃO X DEPRESSÃO: SAÚDE MENTAL DOS ACADÊMICOS DE ENFERMAGEM

Data de aceite: 05/02/2020

Data de submissão: 04/11/2019.

Serra

Serra - Espírito Santo

<http://lattes.cnpq.br/6035746408375583>

Cíntia Pereira Ferreira

Instituto Ensinar Brasil, Faculdades Doctum de
Serra

Serra - Espírito Santo

<http://lattes.cnpq.br/2067934400704703>

Franciany Marçal Assis Barros

Instituto Ensinar Brasil, Faculdades Doctum de
Serra

Serra - Espírito Santo

<http://lattes.cnpq.br/1983367487699334>

Beliza Xavier da Silva Pinto Barbosa

Instituto Ensinar Brasil, Faculdades Doctum de
Serra

Serra - Espírito Santo

<http://lattes.cnpq.br/0583531728998846>

Gladstone Duarte Miranda

Instituto Ensinar Brasil, Faculdades Doctum de
Serra

Serra - Espírito Santo

<http://lattes.cnpq.br/1734684382820059>

Juliana da Silva Bispo

Instituto Ensinar Brasil, Faculdades Doctum de
Serra

Serra - Espírito Santo

<http://lattes.cnpq.br/8070684862926705>

Mirian Batista Rodrigues

Instituto Ensinar Brasil, Faculdades Doctum de

RESUMO: A depressão é um transtorno que causa danos a todos sem distinção de idade, sexo ou religião. Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), esse transtorno tem como principal causa a incapacitação que atinge mais de 300 milhões de pessoas no mundo. O principal objetivo do estudo é analisar na população de acadêmicos de enfermagem a prevalência de casos de depressão. Trata-se de uma revisão bibliográfica de caráter descritivo com uma abordagem qualitativa, onde realizou-se uma busca de artigos publicados sobre o tema em periódicos científicos, livros, e teses, nas bases de dados Scientific Electronic Library Online (SCIELO), Biblioteca Virtual em Saúde do Ministério da Saúde (BVS MS), Google Acadêmico entre os anos de 2003 e 2016. Após a análise dos artigos pode-se perceber que existe uma prevalência de depressão leve e moderada entre os acadêmicos do curso de enfermagem, no sexo feminino e com uma média de faixa etária entre 17 e 25 anos de idade. Os estudos associam a prevalência com o desenvolvimento de sentimentos negativos durante o processo

ensino-aprendizagem teórico e prático que podem ser ocasionados pelo estresse e a preocupação. Percebe-se que a maioria desses acadêmicos desenvolvem algum tipo de depressão - leve, moderada ou grave - visto ser a insegurança de estar ingressando na vida acadêmica leva a uma nova etapa e que com o passar do tempo e o avanço na graduação esses sintomas diminuem, de acordo com as pesquisas analisadas.

PALAVRAS-CHAVE: Saúde Mental. Depressão. Acadêmicos de Enfermagem. Insegurança.

GRADUATION X DEPRESSION: MENTAL HEALTH OF THE NURSING ACADEMICS

ABSTRACT: Depression is a disorder that causes harm to everyone without distinction of age, sex or religion. According to the World Health Organization (WHO), this disorder has as main cause the disability that affects more than 300 million people worldwide. The main objective of the study is to analyze in the population of nursing students the prevalence of cases of depression. This is a descriptive literature review with a qualitative approach, where a search of articles published on the subject was carried out in scientific journals, books, and theses, in the databases Scientific Electronic Library Online (SCIELO), Virtual Health Library of the Ministry of Health (VHL MS), Google Scholar between 2003 and 2016. After the analysis of the articles, it can be perceived that there is a prevalence of mild and moderate depression among nursing students, in females and with an average age group between 17 and 25 years of age. Studies associate prevalence with the development of negative feelings during the theoretical and practical teaching-learning process that can be caused by stress and concern. It is perceived that most of these academics develop some type of depression - mild, moderate or severe - since it is the insecurity of entering academic life leads to a new stage and that over time and the advancement in graduation these symptoms decrease, according to the research analyzed.

KEYWORDS: Mental Health. Depression. Nursing Academics. Insecurity.

1 | INTRODUÇÃO

Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS) (2018), a depressão é apontada como a principal causa de incapacitação e atinge mais de 300 milhões de pessoas de todas as idades no mundo, e é um transtorno que causa danos a todas as classes sociais sem distinção de idade, sexo ou religião. Estima-se que em média no Brasil 5,8% da população seja afetada por este transtorno (OMS, 2017).

É descrito por lentificação dos processos psíquicos humor depressivo e/ou irritável, redução da energia (desânimo, cansaço), incapacidade parcial ou total de sentir alegria e/ou prazer, desinteresse, apatia ou agitação psicomotora, dificuldade

de concentração, pensamentos de cunho negativo, com perda da capacidade de planejar o futuro e alteração do juízo da realidade, além dos fatores genéticos e interpessoais que agem como gatilho da depressão (FUREGATO; SOUZA; SILVA, 2008).

A depressão pode ter sintomas com duração variada, com episódios únicos, recorrentes, breves ou crônicos e com diferentes intensidades, na forma leve, moderada ou grave, com comprometimento funcional que pode afetar o dia-a-dia do indivíduo, impossibilitando a pessoa de cumprir com os afazeres domésticos, sociais e de trabalho (GARRO et al., 2006).

É muito comum que as pessoas confundem depressão com tristeza, alguma fase ruim a que esse indivíduo esteja passando ou luto, e culpam ao estresse ou as dificuldades habituais. Diante de fatos desagradáveis, frustrações, perdas e aborrecimentos, a depressão pode aparecer como uma resposta a situações reais, causando uma reação viveis depressiva (GARRO et al., 2006).

Estudos epidemiológicos apontam que os transtornos depressivos produzem uma sobrecarga na pessoa, na família e na sociedade por ter relação com a perda de produtividade, o absenteísmo do trabalho e/ou da escola, e em outros compromissos sociais (FUREGATO; SOUZA; SILVA, 2010).

De acordo com OMS, até 2020 a depressão será a principal doença mais incapacitante em todo o mundo, o custo global medido em termos de tempo vivido, estabelecidas por incapacitação, ficaram atrás somente das doenças cardíacas e isquêmicas. Essa afirmação expressa que quem sofre de depressão passa por uma mudança muito brusca no seu cotidiano, trazendo prejuízos para a sua vida pessoal (FUREGATO; SOUZA; SILVA, 2008).

A depressão é uma condição que desvirtua o modo como as pessoas se valorizam e se enxergam, ou seja, a capacidade da percepção destas se tornam distorcidas e passam a ver o mundo e os outros com um olhar disforme visto que sua estima está alterada. A auto-estima tem níveis que são constructos do caráter, resultantes dos vínculos interpessoais, induzindo as atitudes das pessoas em suas funções escolares, no rendimento nas atividades diárias e no trabalho (FUREGATO; SOUZA; SILVA, 2008).

Nesse sentido, a depressão deve ser enxergada como uma avalanche de sintomas que se caracteriza por um conjunto de alterações no comportamento, no humor, nos padrões de pensamento e na percepção da pessoa, enfatizando a menor capacidade de concentração, baixa auto-estima, distúrbios do sono, distúrbios alimentares, vida sexual afetada e alto risco de suicídio. A pessoa com depressão normalmente perde o interesse pelas atividades que são realizadas diariamente e acabam apresentando fadiga, dores de cabeça ou dores nas costas, sendo comum a manifestação de pensamentos desagradáveis, convicções de culpa, inocuidade,

desesperança e nos casos mais sérios, pode ocorrer o suicídio. Ana Patrícia Bustillos (CÁCERES; CASCAES; BÜCHELE, 2010).

Apesar disso, fatores psicológicos, como ansiedade, angústia e medo, são em boa parte dos casos consequências, e não causa, da depressão. Consequentemente, a depressão é muito mais que apenas tristeza; ela afeta o modo como a pessoa pensa a respeito do futuro e pode alterar as atitudes básicas sobre ela mesma (MESQUITA et al., 2016).

Deste modo, com esta pesquisa objetivou-se analisar na população acadêmica do curso de enfermagem a prevalência de casos de depressão, afin de identificar quais são os fatores de maior prevalência através das literaturas e artigos entre os anos de 2003 a 2016.

2 | METODOLOGIA

Trata-se de uma revisão bibliográfica, que de acordo Silva (2001) é um método que se desenvolve por meio de material já elaborado, baseando-se principalmente em livros e artigos científicos.

Foi realizado um levantamento de dados através da busca online nas seguintes bases de dados disponibilizadas em plataformas eletrônicas: Scientific Electronic Library Online (Scielo), Google Acadêmico, Biblioteca Virtual em Saúde do Ministério da Saúde (BVS MS). Para realização da pesquisa dos artigos foram utilizados os seguintes descritores, conforme os Descritores em Ciências da Saúde (DeCS), a saber: “acadêmicos de enfermagem”; “depressão”; “prevalência”; “saúde mental”.

Os critérios de inclusão estabelecidos foram artigos que abordassem o tema com propriedade, publicados entre os anos de 2003 a 2016, que tivessem o resumo totalmente disponibilizados integralmente e na língua portuguesa. Já os critérios de exclusão foram: monografias, teses e qualquer tipo de documento que não se enquadra na categoria de artigo científico, textos não disponibilizados na íntegra, assim como, publicada em outros idiomas (espanhol, inglês, alemão).

Foram encontrados nas bases de dados mais de 30 literaturas sobre depressão ou transtorno de humor em universitários, qualidade de vida destes, seus pontos de vistas e conhecimentos sobre a patologia, desses 23 são artigos científicos. Destes 23 artigos 16 abordam sobre a depressão nos acadêmicos de enfermagem, mas somente 10 caracterizam o nível de depressão nos graduandos de enfermagem, realizando um estudo sociodemográfico associando com ansiedade, estresse, auto-estima, espiritualidade, uso de drogas ilícitas e lícitas, como esta apresentado na tabela 1.

| Bases Descritores de Dados | Acadêmicos de enfermagem AND saúde mental AND depressão | Acadêmicos de enfermagem AND depressão AND prevalência |
|----------------------------|---|--|
| BDENF - Enfermagem | 4 | 2 |
| SCIELO | 2 | 0 |
| LILACS | 6 | 5 |
| GOOGLE ACADÊMICO | 0 | 16 |
| MEDLINE | 3 | 2 |

Tabela 1 - Seleção de artigos de 2003 a 2016 através dos descritores acadêmicos de enfermagem”; “depressão”; “prevalência”; “saúde mental”,

Para a seleção dos artigos realizou-se uma triagem dos títulos relacionados à temática destacada. Logo, foi realizada uma leitura nos resumos dos publicados com a finalidade de selecionar artigos que abordassem sobre a depressão nos graduandos de enfermagem que utiliza-se o inventário de Becker como instrumento de pesquisa, e como a depressão se manifesta na população da estudada. Após analisar os artigos minuciosamente foram utilizados 4 artigos para a construção dos resultados.

3 | RESULTADOS E DISCUSSÃO

O instrumento utilizado para coletar os dados da maioria dos artigos estudados analisaram a população dos acadêmicos de enfermagem através do Inventário de Depressão de Beck. Este instrumento tem 21 itens que inclui os sintomas e atitudes depressivas em quatro graus de intensidade. É usado para conhecer e analisar os níveis de depressão da população-alvo.

Assim pode-se perceber a utilização do mesmo sozinho e associado com outros instrumentos psicométricos (questionários, escalas, inventários) como a escala de Zung, escala de auto-estima de Janis e Field, escala de avaliação de qualidade de vida, entre outros. Este estudos buscaram relacionar os fatores associados (a ansiedade, o estresse, a auto-estima) com a qualidade de vida dos estudantes pois impactam no processo de aprendizagem.

Com base nos dados encontrados, pode-se perceber que existe uma prevalência de depressão leve e moderada entre os acadêmicos do curso de enfermagem, entre o sexo feminino e com uma média de faixa etária entre 17 e 25 anos de idade. Portanto, estão associados com o desenvolvimento de sentimentos de insegurança e medo durante a graduação especialmente no 2º e no 4ª ano por ter o primeiro contato com o paciente e estar saindo para o mercado do trabalho

como enfermeiro. Mas os estudos mostram que esses sentimentos diminuem com o tempo após o graduando amadurecer.

Furegato, Souza e Silva (2008) descreve que as manifestações de depressão são percebidas pelos indivíduos em todos os aspectos humanos (psíquicos, físicos e sociais). O estudante pode até perceber a depressão através do emocional, mas não associa com o físico, sendo relevante a atenção as manifestações para prevenir e/ou diagnosticar a depressão previamente. Desta forma, é importante estimulá-los a procurar por profissionais especializados para ter o melhor tratamento, e não deixar se tornar mais um no índice de morte por suicídio.

Como o CID-10 diz o transtorno depressivo pode ser leve a grave com ou sem sintomas psicóticos. Portanto, o quadro depressivo leve a pessoa consegue manter a sua vida diária; no quadro depressivo moderado a pessoa começa a desempenhar suas atividades diárias com dificuldades; já no quadro depressivo grave pode ser sem sintomas psicóticos e manifestar a diminuição da auto-estima e a presença de idéias de culpa e de inutilidade, e não consegue exercer suas atividades cotidianas sendo comum apresentar idéias e atos suicidas (BRASIL, 2008).

Também tem o quadro depressivo grave com os sintomas psicóticos onde a pessoa expressa vários sintomas associados a delírios/alucinações e estupor depressivo, impossibilitando a execução das atividades sociais e ocupacionais. Assim, a pessoa pode morrer por desnutrição ou desidratação, e até mesmo cometer suicídio. Entende-se que a depressão estar relacionada diretamente com o estado físico e emocional (BRASIL, 2008).

| Título | Autores | Objetivos | Ano de publicação |
|--|--|--|--------------------------|
| Prevalência de casos de depressão em acadêmicos de enfermagem em uma instituição de ensino de Brasília | Raquel de Moura Camargo; Cleciane de Oliveira Sousa; Maria Liz Cunha de Oliveira | Analisar a prevalência de depressão entre acadêmicos de enfermagem em uma instituição de ensino de Brasília | 2014 |
| Pontos de vista e conhecimentos dos sinais indicativos de depressão entre acadêmicos de enfermagem | Furegato, Antonia Regina Ferreira; Nievas, Andréia Fernanda; Silva, Edilaine Cristina; Costa Júnior, Moacyr Lobo. | Objetivou-se identificar pontos de vista, conhecimento e sinais de depressão entre graduandos de Enfermagem. | 2005 |
| Depression among nursing students associated to their self-esteem, health perception and interest in mental health | Antonia Regina Ferreira Furegato ^I ; Jair Licio Ferreira Santos ^{II} ; Edilaine Cristina da Silva ^{III} | To identify depression among nursing students and its relationship with the students' self-esteem, their perception of physical health, and their interest in mental health. | 2008 |

| | | | |
|---|---|---|------|
| Depressão e auto-estima entre acadêmicos de enfermagem | Antonia Regina Ferreira Furegato ¹ ; Edilaine Cristina da Silva ² ; Mariara Cássia de Campos ³ ; Roberta Peliçari de Toledo Cassiano | Conhecer sinais indicativos de depressão e níveis de auto-estima entre acadêmicos de enfermagem, correlacionando esses indicadores. | 2006 |
| Níveis de ansiedade e depressão nos alunos do curso de licenciatura em enfermagem. O caso particular dos alunos da escola superior de saúde de Portalegre | João Claudino; Raul Cordeiro | GOOGLE ACADÊMICO | |

Tabela 2 - Relação de artigos selecionados de 2003 a 2016.

Em razão disso, esta patologia se tornou um problema de saúde pública por atingir qualquer pessoa independente da idade ou dos fatores socioeconômicos, e ser uma doença que mais atinge a população mundialmente, visto que uma das complicações retratada é o suicídio (OMS, 2017; 2018). Por tanto foi recomendado pelos estudos a implantação de um programa de suporte psicológico para atender os discentes, e o esclarecimento das dúvidas que surgem referente a doença e as ansiedades incomprimidas que ocorrem durante este período.

4 | CONSIDERAÇÕES FINAIS

Nota-se que nos dias atuais a depressão vem sendo vista como uma condição alarmante tanto para os profissionais que atuam na área da saúde quanto para os graduandos de enfermagem. Entende-se que as pessoas com quadros depressivos passam por situações de insegurança, medo, dificuldades de enxergar o mundo de uma forma clara. No caso dos graduandos de enfermagem, os estudos, mostram que ao iniciar o curso os acadêmicos passam por momentos de insegurança e medo, e com o avanço do aprendizado amadurecem, logo os sintomas depressivos diminuem.

É relevante novas pesquisas sobre o assunto para o desenvolvimento de novas estratégias, como o acompanhamento dos acadêmicos durante a graduação por um profissional especializado para a identificação e o diagnóstico precoce da depressão. Como também a conscientização da população acadêmica situada dentro e fora das instituições de ensino, através da discussão sobre a temática em sala de aula ou não (seminários, simpósios, congressos, entre outros).

REFERÊNCIAS

BASTOS, J. C. F.; MOHALLEM, A. G. DA C.; FARAH, O. G. D. Ansiedade e depressão em alunos de

Enfermagem durante o estágio de Oncologia. **Einstein**, São Paulo. v.6, v.1, p.7-12. 2008.

BRANDTHER, M.; BARDAGI, M. Sintomatologia de Depressão e Ansiedade em Estudantes de uma Universidade Privada do Rio Grande do Sul. **Gerais: Revista Interinstitucional de Psicologia**, Porto Alegre. v.2, n.2, p.81 - 91. 2009.

BRASIL. Enfermagem psiquiátrica em suas dimensões assistenciais/ organizadoras Maguida Costa Stefanelli, Ilza Marlene Kuae Fukuda, Evalda Cançado Arantes. **Manole**, Barueri: SP, p. 448-462. 2008.

CÁCERES, A. P. B.; CASCAES, A. M.; BUCHELE. Sintomas de disforia e depressão em estudantes de enfermagem. **Cogitare Enferm**, Florianópolis. v.15, n.4, p.616-23. out./dez. 2010.

CAMARGO, R. DE M.; DE OLIVEIRA, M. L. C.; SOUZA, C. DE O. Prevalência de casos de depressão em acadêmicos de enfermagem em uma instituição de ensino de Brasília. **REME: Rev. Min. Enferm.**, Brasília. v.2, n.18, p.392-397, abr./jun. 2014.

CARLOTTO, R. C. Espiritualidade e sintomatologia depressiva em estudantes universitários brasileiros. **Revista de Psicologia da UNESP**. v.12, n.2, p.50-60. 2013.

CORDEIRO, R.; CLAUDINO, J. Níveis de ansiedade e depressão nos alunos do curso de licenciatura em enfermagem: o caso particular dos alunos da escola superior de saúde de Porto Alegre. **Educação, Ciência, Tecnologia**. p.197-210. [s.l.; s.n.; s.d.].

FUREGATO, A. R. F et al. Depressão e auto-estima entre acadêmicos de enfermagem. **Rev. Psiqu. Clín.** v. 5, n. 33, p. 239-244. 2006.

FUREGATO, A. R. F et al. Pontos de vista e conhecimentos dos sinais indicativos de depressão entre acadêmicos de enfermagem. **Rev. Esc. Enferm. USP**, São Paulo. v.4, n. 39, p. 401-8. 2005.

FUREGATO, A. R. F.; SANTOS, J. L. F.; SILVA, E. C. Depressão entre estudantes de enfermagem relacionada à auto-estima, à percepção da sua saúde e Interesse por saúde mental. **Rev. Latino-am. Enfermagem**, São Paulo. v.2, n.16, [n.p.], mar./abr. 2008.

FUREGATO, A. R. F.; SANTOS, J. L. F.; SILVA, E. C. Depressão entre estudantes de dois cursos de enfermagem: autoavaliação da saúde e fatores associados. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília. v. 63, n. 4, p. 509-516. jul./ago. 2010.

GARRO, I. M. B.; CAMILLO, S. DE O.; NÓBREGA, M. DO P. S. DE S. Depressão em graduandos de Enfermagem. **Acta Paulista de Enfermagem**, São Paulo. v. 19, n. 2, p. 162-167. abr./jun 2006. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ape/v19n2/a07v19n2.pdf>> acessado em 13 de junho de 2018.

MOREIRA, D. P.; FUREGATO, A. R. F. Estresse e depressão entre alunos do último período de dois cursos de enfermagem. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, São Paulo. v. 21, n.spec, p. 8. jan./fev. 2013.

OMS. Organização Mundial de Saúde. **Aumenta o número de pessoas com depressão no mundo**. 2017. Disponível em: <https://www.paho.org/bra/index.php?option=com_content&view=article&id=5354:aumenta-o-numero-de-pessoas-com-depressao-no-mundo&Itemid=839> acessado em 20 de fevereiro de 2018.

OMS. Organização Mundial de Saúde. **Depressão é campanha da oms para o dia mundial da saúde de 2017**. dez 2016. Disponível em: <https://www.paho.org/bra/index.php?option=com_content&view=article&id=5321:depressao-e-tema-de-campanha-da-oms-para-o-dia-mundial-da-saude-de-2017&Itemid=839> acessado em 20 de fevereiro de 2018.

OMS. Organização Mundial de Saúde. **Informativa: depressão**. mar. 2018. Disponível em: <https://www.paho.org/bra/index.php?option=com_content&view=article&id=5635:folha-informativa-

depressao&Itemid=1095> acessado em 20 de março de 2018.

SANTOS, T. M. DOS S et al. Aplicação de um instrumento de avaliação do grau de depressão em universitários do interior paulista durante a graduação em enfermagem. **Maringá**, v. 25, n.2, p. 171-176, 2003.

FATORES DE RISCO RELACIONADOS À COINFECÇÃO PELA TUBERCULOSE/HIV – REVISÃO DA LITERATURA

Data de aceite: 05/02/2020

Data de submissão: 04/11/2019.

Cassius Herrera

Acadêmico de Medicina na Escola Superior de
Ciências da Santa Casa de Misericórdia de Vitória
(EMESCAM)

Vitória – Espírito Santo

<http://lattes.cnpq.br/2538671828311955>

Fernando Brockestayer Cortez Pereira

Acadêmico de Medicina na Escola Superior de
Ciências da Santa Casa de Misericórdia de Vitória
(EMESCAM)

Vitória – Espírito Santo

<http://Lattes.cnpq.br/7832735610150332>

Filipe Toribio Mendes

Acadêmico de Medicina na Escola Superior de
Ciências da Santa Casa de Misericórdia de Vitória
(EMESCAM)

Vitória – Espírito Santo

<http://lattes.cnpq.br/0337884745226847>

Gabriel Barroso Silva Brito

Acadêmico de Medicina na Escola Superior de
Ciências da Santa Casa de Misericórdia de Vitória
(EMESCAM)

Vitória – Espírito Santo

<http://Lattes.cnpq.br/3912423604473723>

Lucas Vieira Pinto

Acadêmico de Medicina na Escola Superior de
Ciências da Santa Casa de Misericórdia de Vitória

(EMESCAM)

Vitória – Espírito Santo

<http://lattes.cnpq.br/1716090479277592>

Loise Cristina Passos Drummond

Docente de Medicina na Escola Superior de
Ciências da Santa Casa de Misericórdia de Vitória
(EMESCAM)

Vitória – Espírito Santo

<http://lattes.cnpq.br/3587484184513153>

Marcela Souza Lima Paulo

Docente de Medicina na Escola Superior de
Ciências da Santa Casa de Misericórdia de Vitória
(EMESCAM)

Vitória – Espírito Santo

<http://lattes.cnpq.br/8496440574297694>

RESUMO: **Introdução:** A coinfeção da tuberculose (TB) com o vírus da imunodeficiência humana (HIV) é uma das associações mais perigosas e recorrentes do mundo. **Objetivo:** Determinar os fatores de risco que influenciam na mortalidade de pacientes coinfectados por TB e por HIV. **Método:** Trata-se de uma revisão bibliográfica, em que foram coletados artigos publicados entre 2010 e 2018, na base de dados do Pubmed/Medline, utilizando descritores definidos pelo *Medical Subject Headings* (MESH). Os textos foram filtrados por data de publicação, acesso gratuito na

íntegra, pesquisas com humanos, considerando os demais critérios de inclusão e exclusão. **Resultados:** Foram eleitos 10 artigos que tratam do tema e, desses, foram selecionadas informações sobre 6 fatores de risco, sendo eles: idade, peso, contagem de células CD4, aspecto socioeconômico, toxicidade das drogas antiTB e tipo de TB. Foi observado que a contagem de CD4 foi o fator de risco com mais pesquisas relacionadas, seguido por idade, tipo de tuberculose, aspecto socioeconômico, perda de peso e toxicidade das drogas antiTB. **Conclusão:** Os fatores de risco da coinfeção HIV-TB são bastante variados, incluindo desde fatores externos relacionados ao contexto no qual o paciente está inserido, como: condições socioeconômicas e medicamentos utilizados pelo paciente, até fatores do próprio organismo do paciente, como: tipo de TB, idade, peso e contagem de CD4. Fica evidente que o estudo aprofundado sobre cada um destes fatores é de extrema importância, tanto para evoluir os conhecimentos sobre a doença, quanto para melhorar o tratamento dos doentes.

PALAVRAS-CHAVE: Infecções oportunistas relacionadas com a AIDS. Tuberculose. Fatores de risco.

RISK FACTORS RELATED TO THE COINFECTION BETWEEN TUBERCULOSIS AND HIV – LITERATURE REVIEW

ABSTRACT: Introduction: The coinfection of tuberculosis (TB) with HIV is one of the most dangerous and recurrent in the world. In this article, we did a literature review of publishings about the risk factors for the mortality of people coinfecting with HIV/TB. **Objective:** The objective was to determine the factors that influence the mortality of patients coinfecting by tuberculosis and HIV. **Methods:** The articles for this review were collected at Pubmed/Medline during April to June of 2018 and were chosen only those which were published between 2010 and 2018. The articles were filtered by the date of publishing, free access to the full text, human research, considered the others criterias of inclusion and exclusion. **Results:** By the end of the project, 10 articles were chosen to be studied. From those studies, 6 risk factors were pointed: age, weight, count of CD4 cells, socioeconomics aspects, toxicity of the drugs for TB and the kind of tuberculosis presented by the patient. From these 6 risks, the count of CD4 is the most researched from the articles, followed by age, kind of tuberculosis, socioeconomics aspects, weight loss and toxicity of the drugs. **Conclusion:** The risk factors for TB/HIV are very diverse, including factors that are related to the environment that the patient is included, like: socioeconomics aspects and drugs administered to the patient and factors that are related to the patient's health, like: kind of tuberculosis, age, weight and CD4 count. Thus, is indisputable that the community is in need of studies about each risk factor listed above, as to increase knowledge about the diseases as to improve the treatment for the patients with TB and HIV.

KEYWORDS: AIDS-related opportunistic infection. Tuberculosis. Risk factors.

1 | INTRODUÇÃO

Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), a tuberculose (TB) é considerada uma epidemia global, afetando mais de 10 milhões de pessoas, somente no ano de 2016 (WHO, 2017). Essa doença pode acometer pacientes com sorologia positiva para o vírus da imunodeficiência humana (HIV), o que amplia a complexidade da condição clínica do doente, evoluindo para um quadro de síndrome da imunodeficiência adquirida (SIDA ou AIDS) e, conseqüentemente, aumento da taxa de mortalidade. No Brasil, essa concepção não diverge da OMS, já que nos últimos 5 anos houve 460 mil casos de TB em que, dentre esses, 50 mil (10,96%) apresentavam TB associado à vírus da imunodeficiência humana (HIV) (DATASUS, 2018).

A TB é uma doença causada pela bactéria *Mycobacterium tuberculosis*, um bacilo aeróbico facultativo e álcool-ácido resistente (GOLDMAN, 2014), também conhecido na comunidade como “bacilo de Koch”. O HIV é o mais forte fator de risco para o desenvolvimento de TB entre indivíduos infectados. A alta prevalência de coinfeção por esses dois microrganismos em muitas áreas geográficas e em grupos populacionais específicos torna a TB a doença mais comum em curso no diagnóstico de AIDS (KERR-PONTES, 1997).

É notório que a infecção por TB está associada a diversos fatores, como o aumento da taxa de mortalidade em pacientes HIV positivos, assim como outros aspectos externos à doença. Fatores como idade do paciente, peso, contagem de CD4 no momento do diagnóstico para a TB, condição socioeconômica, hepatotoxicidade e o tipo de manifestação da TB estão intimamente ligadas a essa problemática.

Nas últimas décadas do século XX, a TB deixa de ser considerada uma doença característica de países subdesenvolvidos e amplia sua abrangência nos países desenvolvidos pela sua associação ao vírus da imunodeficiência adquirida (BRASILEIRO FILHO, 2011). Conforme preconizado pela OMS, o controle da coinfeção TB-HIV deve estar entre as ações programáticas prioritárias, realizadas pelos Serviços de Atenção Especializada em HIV e AIDS (COELHO *et al.*, 2016). Dentre essas ações, está a obrigação de fornecer o tratamento padrão para TB a pacientes infectados simultaneamente pela TB e pelo HIV, o qual consiste na administração de rifampicina/ isoniazida/pirazinamida/etambutol (RHZE) por dois meses, seguido por rifampicina/ isoniazida (RH) por mais quatro meses (exceto em casos de TB meníngea, quando a fase de manutenção de RH deve ser prolongada por um total de sete meses), pois tais medicamentos apresentam elevada atividade esterilizante contra o *M. tuberculosis* (COELHO *et al.*, 2016). Tal tratamento apresenta altas taxas de cura, no entanto, condições anômalas supracitadas podem atrapalhar o tratamento. A partir do exposto, essa revisão bibliográfica tem como

objetivo determinar os fatores de risco que influenciam na mortalidade de pacientes coinfectados por TB e por HIV.

2 | MÉTODO

Trata-se de um estudo de revisão, realizado no período de abril a junho de 2018. A pesquisa foi feita mediante buscas na base de dados Pubmed/Medline a partir dos descritores: “*Aids-related opportunistic infection*”, “*Tuberculosis*” e “*Risk factors*”, definidos pelo *Medical Subject Headings* (MESH). Os textos foram filtrados pela data de publicação, acesso gratuito na íntegra, pesquisas com humanos, considerando os demais critérios de inclusão e exclusão. Todos os passos estão demonstrados na figura 1.

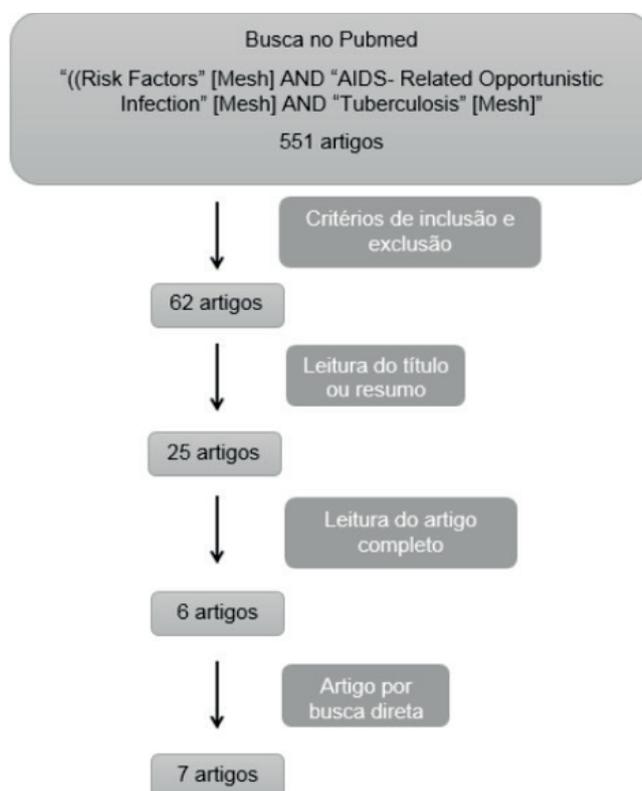


Figura 1 - Fluxograma que representa como ocorreu a seleção dos artigos.

Fonte: elaborado pelos autores.

Foram incluídos artigos originais, disponíveis na íntegra, publicados entre 2010 e 2018 e que envolviam testes com humanos. Tais artigos foram analisados independentemente por dois pesquisadores, chegando a um consenso entre eles. Artigos relacionados ao tema que, todavia, não apareceram na pesquisa, foram adicionados a partir da busca direta da revista publicada. Além disso, incluíram-se literaturas clássicas e guidelines.

Foram excluídos estudos com testes feitos em animais e que apontavam mais

de uma infecção oportunista associada ao HIV. Ademais, excluíram-se cartas ao editor, comunicações rápidas e textos incompletos.

3 | RESULTADOS E DISCUSSÃO

Foi evidenciado que diferentes contagens de CD4 estão associadas a um aumento na taxa de mortalidade da população em estudo. Encontrou-se que pacientes com uma contagem abaixo de 200 células por microlitro, com um risco relativo (RR) de 3,53, já é considerada um fator de risco (LAI *et al.*, 2015). Além disso, percebeu-se o aumento da mortalidade com a diminuição do CD4, com diferentes RR para diferentes faixas de concentração de CD4. De 0 a 50 células apresentou uma média de RR igual a 2,09, de 51 a 99 células o RR foi de 1,98 e de 100 a 199 células o RR foi de 3.23 (KAPLAN *et al.*, 2014). Haja vista que o HIV afeta os órgãos linfóides, principalmente os linfonodos, onde residem especialmente as células T de memória (ABBAS, 2017). Diante disso, o dano tecidual causado pelo vírus afeta, cronicamente, a resposta imunológica do paciente, acarretando a um aumento de infecções e que eleva a taxa de mortalidade do paciente.

No que se refere a fatores de risco para mortalidade de pacientes coinfetados com HIV-TB, a questão da idade do paciente é um ponto que necessita altíssima atenção. Isso se dá pelo fato de esta ter sido atestada como importante na determinação das chances de sobrevivência no tratamento. Foi observado que pacientes, acima de 34 anos, coinfetados apresentaram 76% a mais risco de morrer, a cada ano que passa. Além disso, o mesmo estudo mostra que a idade influencia, aumentando em até 28% o risco de morte, especialmente em pacientes com mais de 50 anos de idade (GAMBOA-ACUÑA *et al.*, 2015). Foi relatado também que, na China, pacientes com idade igual ou superior a 35 anos tinham uma chance de 2,98 a cada 100 de irem a óbito (LAI *et al.*, 2015). Mesmo com números divergentes, percebe-se que, a partir dos 30 anos, a idade do paciente já deve ser considerada, a fim de amenizar a mortalidade durante o tratamento. Isso pode ser definido a partir da análise de que indivíduos mais velhos tendem a ser expostos a várias comorbidades, devido ao enfraquecimento de seu sistema imunológico, tornando esta classe de pacientes mais suscetível à morte durante o tratamento.

A forma de infecção do *M. tuberculosis* mostrou-se um considerável agravante para a condição do paciente HIV positivo. Durante a TB primária progressiva ou a TB secundária, o agente etiológico pode penetrar na corrente sanguínea e alcançar outros pontos no próprio pulmão e/ou em vários outros órgãos, formando grande número de micronódulos inflamatórios (nódulos miliares), o que constitui a TB miliar (BRASILEIRO FILHO, 2011). A apresentação miliar na radiografia torácica é o

principal indício de TB miliar e está associada à infecção da corrente sanguínea pelo *M. tuberculosis* (VARMA *et al.*, 2010). Na China, foi constatado que a apresentação miliar significou um risco de morte 5 vezes maior para pacientes coinfectados com TB/HIV, durante o tratamento padrão para TB (LAI *et al.*, 2015). Sendo assim, o tipo de TB representa um fator representativo para a garantia da vida do paciente.

Em relação ao peso, foi visto que alterações nutricionais em pacientes com coinfeção TB-HIV são variadas e a demanda energética leva a vários estados nutricionais, o que pode ser refletido no peso do paciente. Em Soweto, África do Sul, foi observado que pacientes com Índice de Massa Corporal (IMC) de obeso (>30) e de sobrepeso (25,1-30) apresentaram uma menor progressão da doença e, conseqüentemente, um menor risco de mortalidade, do que pacientes com IMC normal (18,5-25) e baixo (<18,5) (HANRAHAN *et al.*, 2010). No decorrer deste estudo, ocorreram 280 mortes, as quais constataram as seguintes razões de mortalidade por ano em cada grupo (abaixo do peso, peso normal, sobrepeso e obeso): abaixo de 10,4%, normal de 3,6%, sobrepeso de 1,7% e obeso de 1,6%. Ademais, entre o grupo de pacientes HIV+ obeso e sobrepeso houve, também, uma menor incidência de TB. Tais eventos não apresentam uma explicação definitiva, porém, propõe-se a hipótese de que a dieta rica em proteínas e alimentos com altas taxas calóricas de pacientes de IMC obeso e sobrepeso pode levar a um fortalecimento do sistema imunológico. Acerca de tal assunto, foi proposto que a perda de peso maior que 10% está associada à menor sobrevida, enquanto por cada quilo adquirido pelo paciente, este reduz em 4% o risco de morte (GAMBOA-ACUÑA *et al.*, 2015), o que reforça a ideia de que o ganho de peso está relacionado à sobrevida.

Pode-se, também, citar que a toxicidade das drogas usadas para o tratamento de tuberculose desenvolveu um quadro de hepatotoxicidade nos pacientes, de acordo com o artigo "*Hepatotoxicity induced by antituberculosis drugs among patients coinfecting with HIV and tuberculosis*" (LIMA, 2012). Dos 156 pacientes analisados, 57 (36,7%) foram diagnosticados com hepatotoxicidade. Dentre esses, 23 casos apareceram depois de 15 dias após o início do tratamento da tuberculose. Portanto, pode-se afirmar que a intoxicação por drogas antituberculose é um dos fatores de risco no tratamento de pacientes coinfectados. Os principais fármacos utilizados no tratamento da tuberculose são a isoniazida e a rifampicina, sendo bastante eficazes nos resultados. Porém, uma diversidade de acontecimentos foi observada, sendo, portanto, a hepatotoxicidade um dos efeitos colaterais. É importante ressaltar, que este problema pode ser reversível ou irreversível, de acordo com o tempo de uso do remédio e diagnóstico da doença.

No que tange ao aspecto socioeconômico, foi realizada, na Espanha, uma análise prospectiva da relação entre imigrantes e nativos, associada à coinfeção TB-HIV (MARTÍN *et al.*, 2012). Neste estudo, pôde-se observar que a porcentagem

de AIDS/TB foi de 30,8% em nativos e com tendência decrescente para TB, enquanto que esse mesmo aspecto para imigrantes foi 6,3% maior e sem perspectivas para sua diminuição, proporcionando, assim, maior quantidade relativa de coinfeção, o que reflete, por conseguinte, na mortalidade dos pacientes do estudo. Ademais, as diferentes variáveis referentes às condições de vida antes da emigração, como infecção conjunta ou não de TB / HIV, assim como fatores interligados ao modelo de vida assumidos no novo país, foram relevantes para concluir uma maior propensão para coinfeção, com foco, principalmente, na transmissão de AIDS na Espanha. No caso de imigrantes com infecção latente por tuberculose (LTI), o grupo social no qual os imigrantes se integram, no país de destino, pode determinar o risco de infecção pelo HIV e, portanto, a ocorrência de casos de AIDS-TB. Ao chegar à Espanha, alguns imigrantes se tornam usuários de drogas intravenosas (UDIs) ou se prostituem, aumentando assim o risco de infecção pelo HIV (MARTÍN *et al.*, 2012). Entretanto, a base de dados utilizada na pesquisa pôde apresentar valores que diferem, mesmo que em pequena quantidade, do número real de casos de imigrantes coinfectados. Isso porque a estabilidade política vivida nos últimos anos na Espanha, associada às possibilidades de uma maior qualidade de vida e da ausência de guerras e de perseguições religiosas (ao contrário do continente americano e africano), estimula a taxa de emigração e a torna difícil de ser registrada integralmente. Dessa forma, a quantidade de pacientes HIV/TB pode estar superior, se comparado com a prática, porém o fator de risco mantém a integridade e se relaciona com os índices de mortalidade.

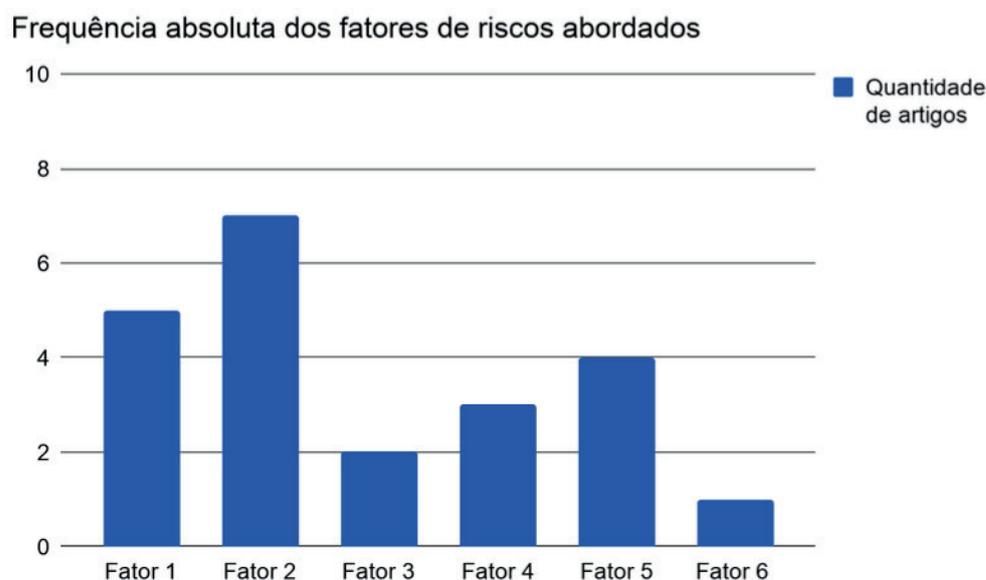


Figura 2 - Determinação da frequência dos fatores de risco. Fator 1 (Idade), Fator 2 (Contagem de CD4), Fator 3 (Peso), Fator 4 (Aspecto socioeconômico), Fator 5 (Tipo de tuberculose) e Fator 6 (Toxicidade das drogas antituberculose).

Fonte: elaborado pelos autores.

Diante do estudo da figura 2, percebe-se que é imprescindível uma maior quantidade de pesquisas sobre como os fatores relacionados ao peso, aos aspectos socioeconômicos e à toxicidade dos fármacos antituberculose afetam a mortalidade do paciente.

O número considerável de artigos que citam a baixa contagem de CD4, como fator de risco, evidencia a área fisiológica mais afetada quantitativamente, sendo preciso maiores atenções da equipe médica. Além disso, vários outros fatores de risco estiveram interligados à baixa contagem de CD4, por exemplo, o grupo com baixo IMC, principal grupo de risco em relação ao fator peso, que apresentou uma contagem de CD4 inferior aos demais (HANRAHAN *et al.*, 2010). Portanto, esse fato mostra a relevância de um rápido diagnóstico da doença, com o qual possa antecipar o tratamento, minimizando o fator de risco mais recorrente (baixa contagem de CD4).

4 | CONCLUSÃO

Conclui-se que os fatores de risco da coinfeção HIV-TB são bastante variados, incluindo desde fatores externos relacionados ao contexto no qual o paciente está inserido, como: condições socioeconômicas e medicamentos utilizados pelo paciente; até fatores do próprio organismo do paciente, como: tipo de tuberculose, idade, peso e contagem de CD4. Dessa forma, estudos aprofundados sobre cada um destes fatores é de extrema importância, tanto para evoluir os conhecimentos sobre a doença, quanto para melhorar o tratamento dos doentes.

REFERÊNCIAS

ABBAS, A. K.; LICHTMAN, A. H.; **Imunologia Básica: Funções e Distúrbios do Sistema Imunológico**. 5. Ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2017. P. 335.

BRASILEIRO FILHO, G.; **Bogliolo Patologia**. 8. Ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2011.

COELHO, L. *et al.* **O tratamento da coinfeção HIV – TB**. The Brazilian Journal of Infectious Diseases – Educação Médica Continuada, Rio de Janeiro, v. 2, n. 5, p. 134-148, out./2016.

GAMBOA-ACUÑA, B. *et al.* **Factors associated to survival in patients with HIV-TB in the Department of Infectious Diseases of the Arzobispo Loayza National Hospital, Perú, since 2004 to 2012**. Revista Chilena de Infectología, Santiago, v. 35, n. 1, p. 41-48, dez./2015.

GOLDMAN, L.; SCHAFFER, A. I.; **Goldman-Cecil Medicina**. 24. Ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2014.

HANRAHAN, C. F. *et al.* **Body mass index and risk of tuberculosis and death**. AIDS, Londres, v. 24, n. 10, p. 1501-1508, jun./2010.

KAPLAN, R. *et al.* **The impact of ART on TB case fatality stratified by CD4 count for HIV-positive TB patients in Cape Town, South Africa (2009-2011)**. Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes, Cidade do Cabo, v. 66, n. 5, p. 487-494, ago. /2014.

KERR-PONTES, L. R.; OLIVEIRA, F. A.; FREIRE, C. A.. **Tuberculosis associated with AIDS: the situation in a Northeastern region of Brazil**. Revista de Saúde Pública, São Paulo, v. 31, n. 4, p. 323-329, ago./1997.

LAI, Y. J. *et al.* **Human Immunodeficiency Virus Infection-Associated Mortality during Pulmonary Tuberculosis Treatment in Six Provinces of China**. Biomedical and Environmental Sciences, Pequim, v. 28, n. 6, p. 421-428, jun./2015.

LIMA, M. F. S; MELO, H. R. L. **Hepatotoxicity induced by antituberculosis drugs among patients coinfecting with HIV and tuberculosis**. Cadernos de Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 28, n. 4, p. 698-708, abr./2012.

MARTÍN, V. *et al.* **Factors Associated with Tuberculosis as an AIDS-Defining Disease in an Immigration Setting**. Journal of Epidemiology, Tóquio, v. 21, n. 2, p. 108-113, fev./2012.

TUBERCULOSE – CASOS CONFIRMADOS NOTIFICADOS NO SISTEMA DE INFORMAÇÃO DE AGRAVOS DE NOTIFICAÇÃO – BRASIL: Casos confirmados por HIV segundo Ano Diagnóstico [internet]. Brasil; 2018. [Acesso em: 20 maio 2018]. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?sinannet/cnv/tubercbr.def>

VARMA, J. K. *et al.* **Bloodstream infections among HIV-infected outpatients, Southeast Asia**. Emerging Infectious Diseases, Atlanta, v. 16, n. 10, p. 1569-1575, out. /2010.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Global tuberculosis report 2017**. 1. Ed. Genebra.

FITOTERAPICOS UTILIZADOS NO PROCESSO DE CICATRIZAÇÃO: UMA REVISÃO DE LITERATURA

Data de aceite: 05/02/2020

Ana Cibele Lopes da Silva

Acadêmica de Enfermagem no Centro
Universitário Dr. Leão Sampaio
E-mail: anabele2012@hotmail.com
Juazeiro do Norte-Ce.

Ana Raiany de Lima Agostinho

Acadêmica de Enfermagem no Centro
Universitário Dr. Leão Sampaio
E-mail: fiesraiany@hotmail.com
Juazeiro do Norte-Ce.

Bruna Bandeira Oliveira Marinho

Docente de enfermagem no Centro Universitário
Dr. Leão Sampaio
E-mail: brunabandeira@leaosampaio.edu.br
Juazeiro do Norte-Ce

Fernanda Pereira Brito

Acadêmica de Enfermagem no Centro
Universitário Dr. Leão Sampaio
E-mail: fezinhabritto2020@gmail.com
Juazeiro do Norte-Ce.

Isabelita de Luna Batista Rolim

Mestranda em ciências da Saude pela FMABC,
Especialista em Auditoria em Saúde pela UECE,
Especialista em Enfermagem Clinica pela UECE,
Especialista em Urgência e Emergência pela
ESP-CE,
E-mail enferbel03@gmail.com,
Juazeiro do Norte- Ce.

Maria Welinadia Tavares Figueiredo

Acadêmica de Enfermagem no Centro
Universitário Dr. Leão Sampaio
E-mail: welinadiatavaresfig@gmail.com
Juazeiro do Norte- Ce

Marlene Meneses de Sousa Teixeira

Docente de enfermagem no Centro Universitário
Dr. Leão Sampaio
E-mail marlenesouza@leaosampaio.edu.br
Juazeiro do Norte-Ce

Shura do Prado Farias Borges

Mestranda em Ensino em Saúde pelo Centro
Universitário Dr. Leão Sampaio
E-mail shura@leaosampaio.edu.br
Juazeiro do Norte- Ce.

Taila Alves Cardoso Martins

Acadêmica de Enfermagem no Centro
Universitário Dr. Leão Sampaio
E-mail: tailaalves12@gmail.com
Juazeiro do Norte-Ce

Talita Alencar de Melo

Acadêmica de Enfermagem no Centro
Universitário Dr. Leão Sampaio
E-mail: talita.melo.alencar@gmail.com
Juazeiro do Norte-Ce

Thais Queiroz Correia Feitosa

Graduada em enfermagem pelo Centro
Universitário Dr. Leão Sampaio; Especialização
em Pós-graduação em Doação e Transplante de
Órgãos pelo IIEPAE
E-mail tha.qfeitosa@gmail.com,
Juazeiro do Norte- Ce.

INTRODUÇÃO: A fitoterapia considerada pratica milenar, utiliza plantas medicinais para fins terapêuticos e profilaxia. Estas plantas atuam em diversas fases do processo de recuperação tecidual e possui ações cicatrizantes, antiinflamatória, antineoplásica e antimicrobiana. **OBJETIVO:** Identificar os principais fitoterápicos utilizados na ferida cirúrgica no pós-operatório. **METODOLOGIA:** Trata-se revisão de literatura, abordagem qualitativa, o levantamento de dados ocorreu no período dos meses de Agosto e Setembro de 2018. O estudo foi desenvolvido a partir de pesquisas nas bases de dados SCIELO, BIREME e MEDLINE, utilizando como seleção de artigos os descritores: fitoterápicos, ação cicatrizante e ferida cirúrgica, sendo encontrados 30 artigos científicos. Depois de dotados critérios de inclusão como: texto completo na forma de artigos gratuitos, com pesquisas originais disponíveis, no idioma português, que abordassem a temática, publicados no período de 2009 a 2018, obteve-se 09 artigos. Foram excluídos automaticamente, os quais não atendiam a esses critérios. **RESULTADOS:** As plantas abordadas foram: **Orbignya phalerata**, “babaçu”; a *Aloe vera* “babosa”; o **Schinus terebinthifolius Raddi**, “aroeira”; o urucuzeiro; a *Chenopodium ambrosioides L.* “erva de santa maria”; a *Libidibia ferrea*, “jucá” ou “pau-ferro”, o *Helianthus annuus*, “girassol”, a *Calendula officinalis* (calêndula); o *Coronopus didymus*, “mastruz”; o *Catharanthus roseus L.*, “vinca rósea”; o *Tabernaemontana catharinensis*, “jasmim”, o *Stryphnodendron adstringens Martius*, “barbatimão”; a *Tabebuia avellanedae*, “ipê roxo”; o *Triticum vulgare*, “trigo” e as copaibeiras, agindo como cicatrizantes, tendo ações farmacológicas em diversas fases da cicatrização, a maioria age na segunda e terceira fase correspondendo a re-epitelização do tecido e na formação da crosta respectivamente, além das ações antiinflamatória, antimicrobiana, antibacteriana e antineoplásica. **CONSIDERAÇÕES FINAIS:** Diante do exposto evidencia a ação cicatrizante dos fitoterápicos estudados, assim a importância e a sua ação farmacológica que cada planta desenvolve nas fases da recuperação tecidual. O uso empírico dos mesmos pela sociedade, faz com que muitos cientistas e estudiosos busquem conhecimentos específicos e detalhados de cada fitoterápico. **PALAVRAS-CHAVE:** Fitoterápicos. Ação Cicatrizante e Ferida Cirúrgica

PHYTOTHERAPICS USED IN THE HEALING PROCESS: A LITERATURE REVIEW

ABSTRACT: INTRODUCTION: The herbal medicine considered millenary practice, uses medicinal plants for therapeutic purposes and prophylaxis. These plants act in various phases of the tissue recovery process and have healing, anti-inflammatory, antineoplastic and antimicrobial actions. **OBJECTIVE:** To identify the main herbal medicines used in the surgical wound postoperatively. **METHODOLOGY:** This is a literature review, qualitative approach, data collection occurred in the months of August and September 2018. The study was developed from searches in the databases SCIELO, BIREME and MEDLINE, using as a selection of articles descriptors: herbal medicines, healing action and surgical wound, being found 30 scientific articles. After

having inclusion criteria such as: full text in the form of free articles, with original research available in Portuguese language that addressed the theme, published from 2009 to 2018, we obtained 09 articles. They were automatically excluded, which did not meet these criteria. **RESULTS:** The plants addressed were: *Orbignya phalerata*, “babaçu”; *Aloe vera* “aloe”; *Schinus terebinthifolius* Raddi, “aroeira”, urucuzeiro; *Chenopodium ambrosioides* L. “St. Mary’s wort”; *Libidibia ferrea*, “jucá” or “ironwood”, *Helianthus annuus*, “sunflower”, *Calendula officinalis* (calendula); *Coronopus didymus*, “mastruz”, *Catharanthus roseus* L, “pink vinca”; *Tabernaemontana catharinensis*, “jasmine”, *Stryphnodendron adstringens* Martius, “barbatimão”, *Tabebuia avellanedae*, “ipe purple”; *Triticum vulgare*, “wheat” and copaibeiras, acting as healers, having pharmacological actions in various stages of healing, most acting in the second and third phase corresponding to tissue re-epithelization and crust formation respectively, in addition to anti-inflammatory actions. , antimicrobial, antibacterial and antineoplastic. **FINAL CONSIDERATIONS:** Given the above shows the healing action of the phytotherapies studied, as well as the importance and pharmacological action that each plant develops in the stages of tissue recovery. The empirical use of them by society, causes many scientists and scholars to seek specific and detailed knowledge of each herbal medicine.

KEYWORDS: Herbal medicines. Healing Action and Surgical Wound

INTRODUÇÃO

A maior reserva florestal diversificada encontra-se no Brasil, na qual muitas destas plantas são utilizadas como medicinais na forma alternativa ou complementar aos medicamentos sintéticos. Cada espécie tem seu potencial medicamentoso desenvolvido à partir de seu princípio ativo produzindo efeitos farmacológicos, tais como analgésico, antissépticos, anti-inflamatórios, diuréticos, expectorantes, cicatrizantes, entre outros. Essa prática curativa complementar nomeia-se fitoterapia. (SANTOS et al, 2012)

Os fitoterápicos são medicamentos de origem vegetal, caracterizados pelos pilares eficácia, segurança e qualidade, sendo necessário o conhecimento de seu efeito terapêutico, os riscos de sua utilização, além da constância de sua qualidade. O vasto uso como forma de tratamento alternativo se deve, principalmente, por ser uma opção de baixo custo e fácil aquisição se comparada aos produtos de origem química, em consequência das patentes depositadas sobre esses. A fitoterapia é considerada uma prática milenar, que vem passando por diversas modificações, principalmente por sua integração como uma prática integrativa do SUS, por haver divergentes questionamentos sobre sua eficácia. O tratamento por fitoterápicos abrange tanto o conhecimento científico como popular e seus

diferentes entendimentos sobre o adoecimento e as formas de tratá-lo. Esse método integrativo atua no processo de cicatrização de feridas cirúrgicas, buscando incessantemente os princípios ativos de cada fase cicatrizante, com finalidade de promover o aceleração da recuperação do tecido lesionado, e assim mostrando a sua total eficácia.(FIGUEIREDO et al, 2014).

A reparação tecidual consiste num processo diversificado o qual envolve mediadores solúveis, elementos sanguíneos e matriz extracelular, incluindo processos de hemostasia, inflamação e reparação com duração de até dois anos. O processo cicatrizante ocorre em três fases: inflamação, proliferação e remodelação. A inflamação caracteriza-se pela ocorrência de um trauma que resultará no lesionamento do tecido, o qual será imediatamente preenchido por extravasamento sanguíneo e conseqüentemente manifestando sinais flogísticos, pela presença dos mediadores químicos e de células inflamatórias (MORESKI et al, 2018).

A fase inflamatória inicia se logo após o lesionamento do tecido, apresentando inchaço, rubor, calor e dor. Por está intimamente ligada com a fase da coagulação, a inflamação depende da ação dos mediadores químicos e das células inflamatórias, para a fagocitose das bactérias, tendo permanência no local do trauma um período de três a cinco dias. A fase proliferativa é responsável pelo recobrimento da ferida por um novo epitélio e a formação do tecido de granulação (MORESKI et al 2018).

A re-epitelização ocorre a partir das células da camada basal onde os queratinócitos iniciam o processo mitótico e proliferam em direção ao centro da ferida, imediatamente formando assim o tecido de granulação através da liberação dos fatores de crescimento e quimiotáticos, os quais estimulam a migração e ativação dos fibroblastos, que são essenciais para a formação desse tecido. Quando o processo cicatrizante se encontra na fase granulativa, deve ser tratado com cautela, pois se trata de um tecido edematoso formado por vasos imaturos que se rompe facilmente, ocasionando a desaceleração da recuperação do tecido lesionado (MORESKI et al, 2018).

A fase de remodelamento surge logo após o preenchimento da ferida pelo tecido de granulação, onde torna se neovascularizada e com presença de fibra colágenas, dando continuidade ao processo de enrijecimento do tecido de granulação por mais fibras colágenas, e assim obtendo a aparência de cicatriz ,ou seja, esta fase de reparação tecidual caracteriza-se pela remodelação da matriz extracelular e a maturação da neopiderme nas margens das feridas, sendo que ao final desta fase tem-se a presença dos anexos de pele da área já cicatrizada (MORESKI et al, 2018).

Diante do exposto surgem as seguintes indagações: quais fitoterápicos mais usados no processo de cicatrização? Quais as ações que estes fitoterápicos desenvolvem no processo de recuperação tecidual? Quais fitoterápicos de fácil

acesso e manuseamento no processo cicatrizante? Quais vantagens e desvantagens destes fitoterápicos?

O estudo torna-se relevante ao demonstrar a importância e o princípio ativo dos fitoterápicos utilizados no processo cicatrizante das feridas cirúrgicas, conscientizando a sociedade e os praticantes deste método dos benefícios e malefícios que os mesmos acarretam se usados de forma incorreta.

OBJETIVOS

Objetivo geral

Identificar os principais fitoterápicos utilizados na ferida cirúrgica no pós-operatório.

Objetivo específico

- Listar os fitoterápicos comuns utilizados no tratamento de feridas
- Identificar os princípios ativos dos fitoterápicos usados nesta prática
- Analisar a ação dos fitoterápicos em cada fase de cicatrização.

METODOLOGIA

O referido trabalho trata-se de uma revisão de literatura, de abordagem qualitativa, caracterizada pelo processo de busca e análise online sobre o tema científico estudado, no período dos meses de Agosto e Setembro de 2018. Utilizando como base de dados Scientific Electronic Library- SCIELO, O Centro Latino-Americano e do Caribe de Informação em Ciências da Saúde- BIREME, Sistema Online de Busca e Análise de Literatura Médica- MEDLINE. Foram utilizados os seguintes descritores: fitoterápicos, ação cicatrizante e ferida cirúrgica, ao todo foram evidenciados 30 artigos científicos. Depois de adotados critérios de inclusão como: textos completos na forma de artigos gratuitos, com pesquisas originais disponíveis, no idioma português, que abordassem a temática, sendo publicados no período de 2009 a 2018, foram selecionados 09 artigos, os quais foram criticamente lidos e extraídos conteúdo para o presente trabalho. Aos que não atendiam a esses critérios, foram excluídos automaticamente.

RESULTADOS E DISCURSÕES

Os usos de plantas medicinais como profilaxia e recuperação de um indivíduo,

é uma prática antiga onde se torna pra algumas comunidades o único recurso de fins terapêuticos, sendo a mesma comercializada comumente em feiras livres e mercado populares, sendo cultivados muitas vezes em fundo de quintal. A prática de uso dos fitoterápicos e suas formulações vêm ganhando espaço importante na reparação tecidual melhorando o tratamento de feridas (MORESKI et al, 2018).

Dentre estas plantas destaca o *Orbignya phalerata*, popularmente conhecido como “babaçu”. É uma palmeira, pertencente à família Palmae, com prevalência no Estado do Maranhão. O extrato aquoso do mesocarpo do babaçu rico em carboidrato e sais minerais é conhecido por sua ação anti-inflamatória, utilizada para o auxílio da cicatrização, agindo na fase da re-epitelização das feridas. Ficando evidenciado o uso deste fitoterápico entre o 7º e o 14º dias, quando apresentar menor quantidade de tecido com visibilidade dos sinais flogísticos, contribuindo assim para o processo de cicatrização (MORESKI et al, 2018).

A *Aloe vera* conhecida popularmente como “babosa”, planta oriunda da África do Sul e da Ásia, pertence à família das Liliaceae, facilmente encontrada no nordeste brasileiro. A mesma tem ações: antibacteriana, antifúngica, anti-inflamatória, antivirótica e ação cicatrizante. O extrato glicólico retirado das folhas da Aloe vera, contém polissacarídeos que causa a contração de feridas, agindo na fase de proliferação e remodelação ativando o crescimento dos fibroblastos ocorrendo à cicatrização das feridas, também bloqueando a inflamação (DAVIS, 2010).

O urucuzeiro é um arbusto de 3 a 5 m de altura, comumente encontrado no Brasil. Suas sementes apresentam na composição celulose açúcares, óleo essencial, óleo fixo, proteínas, vitaminas (B1, B2, C e A), e minerais, contêm lipídios, carotenoides, principalmente norbixina, do urucum é extraído um corante amareloavermelhado, é utilizado em vários setores industriais em substituição a muitos corantes sintéticos, particularmente na alimentação. O mesmo ainda tem ação no tratamento de algumas doenças como: diabetes, infecções cutâneas, queimaduras, febre, diarreia e asma. Uma das principais características dos carotenóides em especial o norbixina é a capacidade de reagir com radicais livres, atuando como anti-inflamatórios bloqueando a exsudação purulenta e na formação dos fibroblastos, caracterizando assim a fase proliferativa (SANTOS et al 2014).

O *Schinus terebinthifolius Raddi*, conhecido popularmente por “aroeira”, é uma planta tóxica pertencente à família Anacardiaceae, comum nos estados nordestinos brasileiros. As cascas são ricas em taninos, esteroides e fenóis, caracterizando assim ações anti-inflamatórias, adstringentes e hemostáticas. O extrato etanólico, preparado a partir da entrecasca, é utilizado como cicatrizante, aumentando a formação de fibroblastos e resistências de suturas (SANTOS et al 2012).

A *Chenopodium ambrosioides L.*, conhecida popularmente como “erva de santa maria”, pertencente à família Chenopodiaceae, é encontrada em todo

território brasileiro. Esta planta é geralmente utilizada como antiespasmódico, tônico, antirreumático e antipirético, suas folhas, sementes e sumo são também usadas para o tratamento de diversas doenças como: anti-helmíntico, repelente, em contusões, corrimento vaginal, contra gripe, purgante, contra problemas de estômago, úlceras, vermes, e para eliminar pulga e piolhos. A folha e o caule da mesma contribui para o processo cicatrizante promovendo o aumento da contração das feridas tendo ação antimicrobiana e anti-inflamatória, mostrando resultado após 12 dias de tratamento (MORESKI et al, 2018).

Libidibia ferrea, popularmente conhecida como “jucá” ou “pau-ferro”, é uma planta utilizada para o tratamento de diversas afecções de saúde, tendo atividade inibitória contra *Candida albicans*, *Streptococcus mutans*, *S.salivarius*, *S. oralis* e *Lactobacillus casei*. A seu potencial poder anti-inflamatório contribui para inibição das prostaglandinas e favorece a atividade cicatrizante. Este fitoterápico age nas feridas deixando-as rosadas, sem exsudação e com ausência de infecção, contribuindo também na formação da crosta. (KOBAYASHI et al, 2015).

O *Helianthus annus*, conhecido popularmente por “girassol”, contem em suas flores diversos corantes, glicosídeos e flavonoides, e no óleo das sementes: ácido oleico e os ácidos graxos não saturados. Este fitoterápico favorece o aparecimento do tecido de granulação mais fino, propiciando uma recuperação epidérmica. O ácido linoleico presente no girassol tem propriedades pró-inflamatório as quais estimulam a neovascularização local e conseqüentemente a migração celular, proliferação e diferenciação fibroblástica e também a síntese de matriz extracelular. A aplicação do óleo de girassol junto a calêndula possui ação anti-inflamatória e antibacteriana, mostrando-se eficaz na cicatrização de feridas com processo infeccioso presente (MORESKI et al, 2018).

Coronopus didymus, conhecido popularmente com “mastruz”, é utilizado para a cicatrização de feridas cutâneas, o qual age promovendo o aumento de fibroblastos e fibras colágenas elementos responsáveis pelo aceleração do processo cicatrizante (MORESKI et al, 2018).

A *Calendula officinalis*, conhecida popularmente como “calêndula”, pertence à família Asteraceae, suas folhas e flores possui grande poder cicatrizante, anti-inflamatório e antisséptico, apresenta em sua composição triterpenoides oxigenados e glicosídeos, substâncias responsáveis pela atividade antimicrobiana. Este fitoterápico apresenta potencial eficácia na cicatrização de feridas com processo inflamatório (MORESKI et al, 2018).

O *Catharanthus roseus L.*, popularmente conhecido como “vinca rósea”, é encontrada no Caribe, sendo utilizada para o tratamento de uma ampla variedade de doenças, incluindo o diabetes. As flores deste fitoterápico auxilia no processo cicatrizante, promovendo o aumento do teor de hidroxiprolina também chamado de

pro-colágeno, contração e tensão da ferida, e atividade antimicrobiana (MORESKI et al, 2018).

O *Tabernaemontana catharinensis*, também conhecida como “jasmim”, encontrada especialmente no sul do Brasil e utilizada para diversos fins terapêuticos, como mordedura de cobras, calmante, desinfecção de feridas e infecções causada por parasitas. Recentemente estudiosos descobriram que o uso tópico do extrato hidroalcoólico retirado de suas folhas, possuem ações sobre a proliferação vascular e endotelial, agindo na formação dos fibroblastos, desempenhando assim, princípio ativo na cicatrização ajudando a contração da ferida (JANNING et al, 2011).

O *Stryphnodendron adstringens Martius*, conhecido popularmente como “barbatimão” é uma planta leguminosa com cascas espessas. Possui um efeito adstringente e cicatrizante devido a seu princípio ativo tanino, flobafenos e glicídio solúvel. Outra espécie utilizada para fins medicinais está a *Tabebuia avellanae*, conhecida também como “ipê roxo”, desenvolve ação anti-inflamatória, analgésica, antibiótica e antineoplásica, auxiliando no combate de alguns tumores cancerígenos. As quinonas, naftoquinonas, taninos e flavonoides são seus principais princípios ativos. A partir de experimentos em feridas cutâneas com o preparado da extração em água quente da casca da *T. avellanae* e da *S. adstringens Martius*, obteve-se um líquido aquoso, constatando assim que os mesmos favoreciam a cicatrização, possibilitando a re-epitelização, proliferação vascular e aumento de fibroblastos (MORESKI et al, 2018).

O *Triticum vulgare*, também conhecido como “trigo”, rico em fitoestimulinas. O creme produzido a partir da extração aquosa da espiga da planta foi utilizado e testado por estudiosos, em via vaginal, no qual demonstrou a ação no processo de re-epitelização do canal vaginal com a migração de células reparadoras, além de estimulação a multiplicação dos fibroblastos e produção de colágeno, reduzindo o tempo de cicatrização das feridas (MORESKI et al 2018).

As copaibeiras, árvores de crescimento lento, família das *Leguminosae* e *Caesalpinoideae*. Os óleos de copaíba além de ter suas propriedades biológicas para a planta, tem grande importância na atividade comercial, pois o seu extrato é utilizado na fabricação de cosméticos e composição de alguns medicamentos sintéticos. A aplicação tópica do extrato da copaíba (óleo de copaíba) acelera a contração da ferida ajudando assim o processo de re-epitelização e modelamento do tecido residual, além de sua ação anti-inflamatória (MONTES et al, 2009)

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A fitoterapia atualmente está sendo usada com frequência e por meio empírico pela população com a finalidade de cicatrizante. A abordagem literária explícita

as diversas plantas da flora brasileira utilizadas para este fim, e através destas análise fica comprovada a eficiência e a ação que cada fitoterápico desenvolve no processo de cicatrização e recuperação tecidual, agindo em cada fase cicatrizante, assim também como são dotadas de princípios ativos que favorecem na ação anti inflamatória antimicrobiana, antineoplásico, estimulação da proliferação, migração e atividade celular da ferida.

REFERÊNCIAS

DAVIS, R. H. *Aloe vera: a scientific approach*. New York: Vantage Press. 1997. In: FALEIRO, C. C. et al. O extrato das folhas de babosa, *Aloe vera* na cicatrização de feridas experimentais em pele de ratos, num ensaio controlado por placebo. **Natureza on line**, v. 7, p. 56-60, 2010

FIGUEREDO A. DE CLIMÉRIO, GURGEL I. GOMES, JUNIOR G. D. GARIBALDI; A Política Nacional de Plantas Mediciniais e Fitoterápicos: construção, perspectivas e desafios. **Physis Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, 24 [2]: 381-400, 2014 <http://dx.doi.org/10.1590/s0103-73312014000200004>

JANNING, D.; ALBUQUERQUE, C. A. C.; BARAUNA, S. C. Avaliação preliminar do extrato hidroalcoólico de *Tabernaemontana catharinensis* no processo de cicatrização de feridas em pele de ratos (*Rattus norvegicus*). **Rev. Eletrônica Farm.** v. 8, n. 3, p. 53-64, 2011.

KOBAYASHI T. Da Silva Yuri ; ALMEIDA T Vivian ; BANDEIRA Talita ; ALCÂNTARA N. Bianca ; SILVA Andressa S. B. Da 1 ; BARBOSA Wagner Luiz Ramos ; SILVA Paula Barbosa Da ; MONTEIRO Maria Viviana Barros ; ALMEIDA Milton Begeres ; **Avaliação fitoquímica e potencial cicatrizante do extrato etanólico dos frutos de Jucá (*Libidibia ferrea*) em ratos Wistar** Universidade Federal do Pará, Castanhal – Pará, Brasil Braz. J. Vet. Res. Anim. Sci., São Paulo, v. 52, n. 1, p. 34-40, 2015.

MONTES LV, Broseghini LP, MES Andreatta FS, Sant'Anna, NEVES VM & Silva AG (2009) Evidências para o uso da óleo-resina de copaíba na cicatrização de ferida – uma revisão sistemática. **Natureza on line** 7 (2): 61- 67. [on line] <http://www.naturezaonline.com.br>

MORESKI, D. A. B.; LEITE-MELLO, E. V. de S.; BUENO, F. G. Ação cicatrizante de plantas medicinais: um estudo de revisão. Arq. Cienc. Saúde UNIPAR, Umuarama, v. 22, n. 1, p.63-69, jan./abr.2018. <https://www.google.com.br/search?q=ACAO+CICATRIZANTE+D+E+PLANTAS+MEDICINAIS&oq=ACAO+CICATRIZANTE+DE+PLANTAS+MEDICINAIS&aqs=chrome..69i57.25245j0j7&sourceid=chrome&ie=UTF-8>

SANTOS, Orlando José dos; TORRES, Orlando J M. A evolução da fitoterapia na cicatrização em cirurgia. **ABCD, arq. bras. cir. dig.**, São Paulo , v. 25, n. 3, p. 139, Sept. 2012 . Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-67202012000300001&lng=en&nrm=iso>. access on 31 Aug. 2018. <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-67202012000300001>

SANTOS, J.A.A. et al . Avaliação histomorfométrica do efeito do extrato aquoso de urucum (norbixina) no processo de cicatrização de feridas cutâneas em ratos. **Rev. bras. plantas med.**, Botucatu , v. 16, n. 3, supl. 1, p. 637-643, 2014 . Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-05722014000700001&lng=en&nrm=iso>. access on 31 Aug. 2018. http://dx.doi.org/10.1590/1983-084x/12_120.

SERVIN, Santiago Cirilo Nogueira et al . Ação do extrato de *Jatropha gossypifolia* L. (pião roxo) na cicatrização de anastomose colônica: estudo experimental em ratos. **Acta Cir. Bras.**, São Paulo , v. 21, supl. 3, p. 89-96, 2006 . Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-86502006000900012&lng=en&nrm=iso>. access on 31 Aug. 2018. <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-86502006000900012>.

INFECÇÃO HOSPITALAR E SUA RELAÇÃO COM A NEGLIGÊNCIA DOS PROFISSIONAIS DA SAÚDE: UMA REVISÃO DA LITERATURA

Data de aceite: 05/02/2020

Data de submissão: 04/11/2019

- EMESCAM.

Vitória-ES

<http://lattes.cnpq.br/4222615511892037>

Julia Alvarino da Silva Santos

Acadêmica de Medicina da Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia de Vitória - EMESCAM.

Vitória-ES

[2http://lattes.cnpq.br/8770568096607032](http://lattes.cnpq.br/8770568096607032)

Gabrielly Pontes Ribeiro

Acadêmica de Medicina da Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia de Vitória - EMESCAM.

Vitória-ES

<http://lattes.cnpq.br/5186809256258401>

Kamila Bodart Coelho

Acadêmica de Medicina da Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia de Vitória - EMESCAM.

Vitória-ES

<http://lattes.cnpq.br/8284003656284882>

Manuela Lirio Prates Pimentel

Acadêmica de Medicina da Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia de Vitória - EMESCAM.

Vitória-ES

<http://lattes.cnpq.br/5571653728882946>

Nathália Soares de Barros

Acadêmica de Medicina da Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia de Vitória

Marcela Souza Lima Paulo

Docente da Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia de Vitória - EMESCAM.

Vitória-ES

<http://lattes.cnpq.br/8496440574297694>

Loise Cristina Passos Drumond

Docente da Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia de Vitória - EMESCAM.

Vitória-ES

<http://lattes.cnpq.br/3587484184513153>

RESUMO: **Introdução:** A existência de altos índices de infecção hospitalar acarreta milhares de mortes por ano e altos custos para as instituições de saúde. Dessa forma, evidencia-se a necessidade de discussão, na busca por tentar entender as principais razões para a prevalência desse cenário. **Objetivo:** Compreender a incidência de infecções no ambiente hospitalar e os principais motivos para a sua ocorrência relacionada à conduta dos profissionais da saúde, com o intuito de tentar conscientizar e reduzir essa problemática. **Método:** Trata-se de uma revisão de literatura realizada no período de Agosto a Novembro de 2018, na base de dados Pubmed, no portal de

periódicos da CAPES e na biblioteca eletrônica SciELO. **Resultados:** As literaturas utilizadas forneceram dados e exemplos que apresentam a relação entre a negligência do profissional da saúde e a infecção hospitalar. Essa relação evidencia a falta de adesão dos profissionais na rotina de lavagem das mãos, na sua frequência e eficácia. Além disso, o aspecto cultural, bem como, a falta de proporcionalidade entre o número de profissionais e a demanda de atendimentos podem contribuir para o aumento dos casos de infecções, em razão de uma possível redução das ações de boa conduta nos ambientes hospitalares. **Conclusão:** A discussão acerca desse tema apresenta grande relevância, devido ao expressivo número de casos de infecções advindas de más condutas dos profissionais da saúde ou provenientes da negligência por parte das instituições responsáveis pela fiscalização e práticas preventivas.

PALAVRAS-CHAVE: Infecção hospitalar. Imperícia. Pessoal de saúde. Controle de infecção. Higiene das mãos.

HOSPITAL INFECTION AND ITS RELATION TO NEGLIGENCE OF HEALTH PROFESSIONALS: A LITERATURE REVIEW.

ABSTRACT: Introduction: The existence of high rates of nosocomial infection causes thousands of deaths per year and high costs for health institutions. Thus, there is a need for discussion in an attempt to understand the main reasons for the prevalence of this scenario. **Objective:** To highlight the incidence of infections in the hospital environment and the main reasons for its occurrence related to the conduct of health professionals, in order to try to raise awareness and reduce this problem. **Method:** This study is a literature review conducted from a literature research, from August 2018 to November 2018, in the Pubmed, CAPES and SCIELO databases. **Results:** The literature used provided data and examples that confirm the relationship between health professional negligence and hospital infection. This relationship shows the lack of adherence of professionals in the routine of hand washing, in its frequency and effectiveness. In addition, the cultural aspect, as well as the lack of proportionality between the number of professionals and the demand for care can contribute to the increase in cases of infections, due to a possible reduction of good conduct in hospital environments. **Conclusion:** The discussion on this topic is of great relevance, due to the significant number of cases of infections arising from misconduct by health professionals or from negligence by the institutions responsible for supervision and preventive practices. **KEYWORDS:** Cross infection. Malpractice. Health personnel. Infection control. Hand hygiene.

1 | INTRODUÇÃO

Segundo dados da Organização Mundial de Saúde (“OMS”, 2016), nos

países emergentes, o risco de infecção hospitalar é de duas a vinte vezes maior, quando comparado a dos países desenvolvidos, que seria de 5 a 10%, enfatizando a relevância da temática envolvendo essas infecções em consequência de más condutas dos profissionais da saúde.

Em alerta as ocorrências das infecções hospitalares, a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA), criou o Programa Nacional de Prevenção e Controle de Infecções Relacionadas à Assistência à Saúde – PNPCIRAS (2016-2020). Essa iniciativa visa propor estratégias a nível nacional, com o intuito de atenuar a incidência desta problemática (INFECÇÃO RELACIONADA À ASSISTÊNCIA À SAÚDE, 2017).

A infecção hospitalar baseia-se em qualquer infecção adquirida após o paciente ser submetido a uma internação ou a procedimentos hospitalares em geral. Além disso, a sua manifestação pode ocorrer mediante a ineficácia na vigilância pós-alta. A deficiência de muitos departamentos no controle de infecção, localizados nos hospitais, expõe o paciente da instituição a um risco não calculado de contaminação (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2016).

Essa realidade pode estar relacionada a uma falta de verba, de profissionais capacitados, de liderança eficaz ou de um fornecimento de informações ao próprio funcionário. Como consequência disto, o paciente excederá o tempo padrão de permanência no leito hospitalar, devido a infecções adquiridas decorrentes de posturas incorretas de profissionais, em conjunto com uma negligência de fiscalização.

Mediante essa realidade, evidencia-se a necessidade de uma revisão do conjunto de ações que visem prevenir e atenuar os riscos de contaminação no hospital, assim como o desenvolvimento de medidas de qualificação dos profissionais da saúde e da vigilância sanitária. Espera-se, por intermédio desta pesquisa, evidenciar a importância do tema e os principais motivos para a ocorrência de infecção hospitalar relacionada à conduta dos profissionais da saúde, com intuito de conscientizar e reduzir essa problemática.

2 | MÉTODO

Esse trabalho foi elaborado a partir de uma revisão da literatura na base de dados do PUBMED, portal de periódicos CAPES e biblioteca eletrônica SCIELO, do período entre agosto e novembro de 2018. As palavras-chave utilizadas foram “infecção hospitalar”, “negligência”, “profissionais da saúde”, “controle de infecção”, “higiene das mãos” e suas correspondentes em inglês, *hospital infection*, *negligence*, *health care workers*, *infection control*, *clear hands*. Foi utilizado o marcador booleano

AND com as palavras-chave “*hospital infection*” e “*negligence*”.

Foram excluídos os artigos que não envolviam diretamente o profissional da saúde em casos de infecção hospitalar e aqueles que fugiam ao tema. Agregando-se todas as plataformas de busca, foram encontrados 429 artigos. Após a leitura dos títulos dos artigos, verificou-se que alguns eram pertinentes e outros não preenchiam os critérios deste estudo.

Foram selecionados 25 artigos para a leitura do resumo e excluídos os que não se referiam ao assunto abordado nesta revisão de literatura, Após a leitura dos resumos, foram eleitos 21 artigos que preenchiam os critérios inicialmente propostos e que foram lidos na íntegra para a escrita desta revisão.

3 | RESULTADOS E DISCUSSÃO

As Infecções Hospitalares (IH) são de grande relevância epidemiológica, por elevarem as taxas de mortalidade, ampliarem o tempo de permanência dos pacientes no hospital e, conseqüentemente, aumentarem os custos do tratamento (ALVES, 2015). Nos EUA, as IH contribuem para cerca de 90.000 mortes e US \$ 5 bilhões em despesas por ano. Uma das principais causas para essa problemática é a baixa adesão dos profissionais de saúde a requisitos básicos de higienização no espaço hospitalar por um conjunto de fatores (BURKE apud MACÍASA; PONCE DE LEÓN, 2005).

Um dos fatores é a falta do hábito dos médicos mais antigos na higienização das mãos em relação ao mais novos. 37,2% dos médicos mais antigos têm adesão à higienização das mãos, , enquanto que em médicos mais novos a adesão é de 46,9%. Nesse contexto, não ocorre uma transmissão de um exemplo correto aos novos profissionais, o que faz com que reproduzam os maus hábitos realizados pelos médicos mais experientes, devido à influência que estes possuem (KAMPF, 2004).

Outro fator que aumenta a probabilidade de adquirir uma infecção hospitalar é a ineficácia na higienização das mãos, nos momentos corretos, e sua baixa frequência pelos profissionais da saúde. A ausência de organização das instituições hospitalares e a falta de um número adequado de equipes é um agravante dessa realidade, mediante a falta de garantia de uma proporcionalidade de profissionais, de acordo com a demanda de pacientes, o que leva a superlotações frequentes. Uma pesquisa relata um caso em que em uma Unidade de Terapia Intensiva neonatal com capacidade para 15 pacientes, apresentavam-se 20. Tal evento teria culminado no aumento da negligência da lavagem das mãos, que estava em 30% em circunstâncias normais e passou a ser de 75% na superlotação (HARBARTH et al. apud KAMPF, 2004).

De Bono, Heling e Borg (2014) salientam que os aspectos culturais também são relevantes nessa temática. A descrença dos profissionais da saúde, de que o seu comportamento previna infecções hospitalares, amplia a negligência nos momentos de higienização.

A vigilância e um aumento do empoderamento dos pacientes nas ações médicas, como o fato de questionar aos profissionais da saúde sobre sua higienização das mãos, deveria ser comum no cotidiano dos hospitais. Todavia, a cultura nas relações entre médico e paciente ainda é um contraponto, ou seja, os pacientes ficam com receio de que o profissional ofereça um tratamento de baixa qualidade ou até mesmo que fique ofendido. Essa cultura de hierarquização no tratamento hospitalar prejudica a relação, uma vez que ela leva a uma maior ineficácia na fiscalização dos profissionais da saúde em lavar as mãos antes de procedimentos (SANDE-MEIJIDE et al., 2018).

Outro ponto a ser considerado é que, apesar das normas hospitalares para controle de infecção existirem, elas muitas vezes não são aplicadas de maneira eficiente. Os hospitais que dispõem de programas de controle de infecção consolidados possuem diferenças em relação aos que não têm essas iniciativas. Em instituições com programas consolidados, os surtos de infecções não são tão comuns e, quando ocorrem, são rapidamente detectados. Isso se deve à existência de locais de higienização funcionais, acessíveis, com diretrizes que são realistas e seguidas. Em contrapartida, os programas não organizados possuem surtos infecciosos recorrentes, os quais são pouco detectados. Suas diretrizes são ausentes, não realistas ou não seguidas corretamente e os espaços destinados para higiene não são tão funcionais e acessíveis (MACÍASA; PONCE DE LEÓN, 2005).

Segundo a OMS, em grande parte dos casos, as mãos dos profissionais da saúde são o veículo para a transmissão de microorganismos. Em consequência, foi criado um programa chamado Aliança Mundial para a Segurança do Paciente, que estabeleceu a solução alcoólica como sendo uma estratégia simples, barata e eficaz. (REVISTA DE ENFERMAGEM, 2018)

Diante disso, o uso de álcool em gel ou líquidos à base de álcoois demonstrou ser eficaz no controle das infecções hospitalares. Entretanto, encontram-se dificuldades nesse processo em utilizar o álcool. Uma delas é que muitos distribuidores de álcool nas paredes, por vezes, não são funcionais e estão em locais inadequados, ficando, por exemplo, longe dos pacientes. Outra dificuldade é a não utilização de álcoois de bolso, quando fornecido pelo hospital, o qual seria uma facilidade para os profissionais ao realizarem desinfecções frequentes. Dessa maneira, com a presença do produto próximo a eles, não haveria justificativa para a falta de desinfecção das mãos antes ou após algum procedimento ou consulta. Esse

fornecimento de álcool de bolso, para os profissionais, apresentou bons resultados em campanhas (PITTET et al. apud KAMPF, 2004).

Além disso, verifica-se que a implementação do ensino e a promoção de higiene das mãos demonstraram ser muito eficazes, principalmente por ter resultado em um aumento da taxa de desinfecção das mãos, de 13,6% para 37%. Porém, não se observa, por parte dos hospitais, um investimento voltado para essa área da educação e prevenção (KAMPF, 2004).

Outro fator agravante é a falta de um orçamento destinado à prevenção das infecções nosocomiais, enquanto que o custo para tratá-las é grande. A prevenção de infecções nosocomiais é uma das maiores relações de custo e benefício que se pode confirmar (SAINT, 2017). As despesas para a prevenção deste tipo de infecção são menores do que o custo para tratar essas infecções. A septicemia, por exemplo, leva a custos adicionais de aproximadamente US \$ 33.268 por caso ou até US \$ 40.890 por sobrevivente (KAMPF, 2004). Diante disso, percebe-se a necessidade de alterações nessa estrutura falha do sistema hospitalar contra as infecções.

Dessa forma, não se pode negar que a prevenção das infecções hospitalares deve ser realizada em todos os domínios do ambiente hospitalar, com a finalidade de obter uma boa prática médica e uma melhora na saúde do paciente. Diante disso, a inclusão de ensinamentos que visem tornar rotina uma boa limpeza das mãos para os profissionais da saúde, a valorização e o investimento nas Comissão de Controle de Infecção Hospitalar (CCIH) são essenciais para a atenuação dos números de casos de infecções hospitalares. O objetivo da educação relacionada à prevenção das infecções é capacitar pessoas e levá-las a acreditarem que têm condição de mudar as más estatísticas.

Silva e Farias Neto (2015) argumentam que a realização de treinamentos e palestras, pelas comissões, ajuda a diminuir consideravelmente a ocorrência dessa problemática, tendo em vista que as orientações prestadas às equipes multidisciplinares tendem a surtir efeitos, gradativamente.

Portanto, é primordial que haja a criação de um orçamento hospitalar que cubra os custos envolvidos com a prevenção da infecção nosocomial, tendo em vista que essa medida tem menor despesa quando comparada a um possível tratamento. Assim, a prevenção seria a chave e evitaria, não só exacerbado custo material, mas também as infecções que causam muitas mortes.



Figura 1 - Elos importantes para evitar a ocorrência da infecção hospitalar. Se um deles não é cumprido, abre-se uma porta para incidência desta problemática.

Fonte: elaborado pelos autores.

4 | CONCLUSÃO

Diante dos altos índices de infecção no ambiente hospitalar, e suas consequências, evidencia-se a importância da discussão sobre o tema. As infecções hospitalares são responsáveis por muitas mortes, no mundo inteiro, e geram altos custos para as instituições de saúde, o que faz com que parte da verba do hospital tenha que ser revertida para os gastos com as infecções, ao invés de serem aplicadas em outras ações, incluindo a prevenção. Apesar do número exorbitante de agravos, os hospitais não apresentam, como foco principal, a busca por uma mudança desse cenário.

Conclui-se que os principais motivos para as frequentes infecções advindas do profissional de saúde têm como uma das causas, a falta de investimentos para a prevenção. Com isso, durante a carga profissional, não há projetos suficientes oferecidos pela entidade hospitalar que visem reafirmar a importância da higienização das mãos. Além disso, a ausência do número adequado de profissionais no quadro do hospital, leva à diminuição no tempo destinado a higienização correta das mãos. Somado a isso, as constantes superlotações também são consideradas um motivo que deixa a assepsia para o segundo plano. Há também influência da cultura organizacional, a ausência de um programa de controle consolidado do próprio hospital e a dificuldade de utilizar o álcool em gel, por problemas nos dispensadores que, por vezes, não são funcionais.

REFERÊNCIAS

- ALVES, D., Cristina I., LACERDA, Rúbia A. Avaliação de Programas de Controle de Infecção relacionada à Assistência à Saúde de Hospitais. **Revista da escola enfermagem USP**, 2015. Dec 49(spe): 65-73. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342015000700065&lng=en. <http://dx.doi.org/10.1590/S0080-62342015000700010>>. Acesso em: 20 nov. 2018.
- DE BONO, S., HELING, G., BORG, M. A. Organizational culture and its implications for infection prevention and control in healthcare institutions. **Journal of Hospital Infection**, 2014 Jan;86(1):1-6.
- HIGIENIZAÇÃO correta das mãos é fundamental para garantir segurança do paciente. Disponível em: <https://www.paho.org/bra/index.php?option=com_content&view=article&id=5077:higienizacao-correta-das-maos-e-fundamental-para-garantir-seguranca-do-paciente&Itemid=812>. Acesso em: 16 out. 2018.
- INFECÇÃO Relacionada à Assistência à Saúde (IRAS). Disponível em: <<https://www20.anvisa.gov.br/segurancadopaciente/index.php/publicacoes/category/cursos-aulas-e-seminarios>>. Acesso em: 24 out. 2018.
- KAMPF, G. The six golden rules to improve compliance in hand hygiene. **Journal of Hospital Infection**, 2004 Apr;56 Suppl 2:S3-5.
- MACIAS, A. E., Ponce-de-León S. Infection control: old problems and new challenges. *Arch Med Res*. 2005 Nov-Dec;36(6):637-45. **Review**. PubMed PMID:6216645.
- ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE (OMS). **Higienização correta das mãos é fundamental para garantir segurança do paciente**. Disponível em: <https://www.paho.org/bra/index.php?option=com_content&view=article&id=5077:higienizacao-correta-das-maos-e-fundamental-para-garantir-seguranca-do-paciente&Itemid=812>. Acesso em: 16 out. 2018
- REVISTA DE ENFERMAGEM UFPE on line. Universidade Federal de Pernambuco. ISSN:1981-8963 (Electronic) ; 1981-8963 (Linking). Recife, PE : Universidade Federal de Pernambuco.
- SAINT S. Can intersectional innovations reduce hospital infection? **J Hosp Infect**, 2017 Feb;95(2):129-134.
- SANDE-MEIJIDE, M. et al. Perceptions and attitudes of patients and health care workers toward patient empowerment in promoting hand hygiene. **American Journal of Infection Control**, 2018 Sep 26.
- SILVA, J. M., FARIAS, Neto, M. Infecção hospitalar e a responsabilização civil nos tribunais brasileiros. **Revista de Direito Sanitário**, 2015, 16(2), 84-100.

INTEGRAÇÃO ENSINO - SERVIÇO PARA AS PRÁTICAS DE AUDITORIA NO AMBIENTE HOSPITALAR

Data de aceite: 05/02/2020

Ângela Barichello

Acadêmica do curso de Enfermagem da Universidade do Estado de Santa Catarina - UDESC

Fabiane Pertille

Enfermeira auditora e docente do curso de Enfermagem da Universidade do Estado de Santa Catarina - UDESC.

Jane Tavares Gomes

Enfermeira auditora da AHLVF. Especialista em auditoria em saúde.

Diante de constantes avanços tecnológicos os cenários econômicos e financeiros sofrem mudanças constantes ocasionando diminuição das margens de lucro, exigindo maior qualidade de produtos e serviços prestados. Para sobreviver nesse ambiente dinâmico, os serviços de saúde precisam gerenciar de forma eficaz seus processos (ZUNTA; LIMA, 2017). A necessidade de garantir resultados positivos e usuários satisfeitos requer que as organizações aprendam a associar baixos custos com excelência de qualidade para os seus usuários (MOTTA, 2013). Nesse contexto emerge a

importância da auditoria no cenário da saúde, a qual prevê a avaliação sistemática da qualidade da assistência prestada ao cliente pela análise dos prontuários, acompanhamento do usuário integralmente e verificação da compatibilidade entre o procedimento realizado e os itens cobrados na conta hospitalar, visando garantir justa cobrança e pagamento adequado (OLIVEIRA; CARDOSO, 2017). A equipe de auditores é constituída por diversos profissionais de saúde capacitados de diferentes áreas de atuação, entretanto este estudo enfoca a visão da equipe de enfermagem sobre o trabalho do auditor enfermeiro. Esse profissional é um enfermeiro, cuja formação inclui componentes curriculares e atividades teórico práticas no campo da gestão, que o subsidiam no olhar sistêmico das necessidades dos usuários, equipe de saúde e gestores, com foco na qualidade de assistência. Para tanto, se faz necessário que o enfermeiro passe por constante aperfeiçoamento técnico-científico para poder agir como agente educador junto a sua equipe, bem como por formar profissionais de ideias com possíveis formas de crescimento e solidificação do trabalho em equipe (BAZZANELLA; SLOB, 2013). Para atender as

demandas do novo perfil profissional, as instituições educativas e os docentes do curso de graduação em enfermagem estão investindo cada vez mais em métodos ativos e interativos de ensino-aprendizagem. Uma das ferramentas interativas mais eficaz utilizada é o estágio supervisionado no próprio ambiente de trabalho o que contribui para aprendizagem da prática, preparação do aluno através do contato com a dinâmica dos serviços de saúde, bem como a definição de sua posição junto à equipe multiprofissional (OLIVEIRA et al., 2019). Os objetivos desse estudo são refletir sobre o papel do enfermeiro auditor no processo de educação permanente em instituição hospitalar e reconhecer como seu papel dentro da instituição hospitalar, se manifesta como uma ferramenta importante e contributiva de uma assistência de melhor qualidade. O método de pesquisa abordado foi um relato de experiência de natureza descritiva, que foi vivenciado durante a disciplina de Estágio Curricular Supervisionado I (ECS I) de um Curso de Graduação em Enfermagem e desenvolvido em Santa Catarina, no período de fevereiro a junho de 2019. Uma das dimensões desenvolvidas durante o ECS aborda as questões de educação em saúde como prática fortalecedora do cuidado de enfermagem, que associadas as especificidades da auditoria, e a vivência acadêmica, permitem a apresentação de alguns resultados. Desse modo, foi realizado uma revisão de literatura, resgatando dados e investigando um amplo espectro de fenômenos, possibilitando o aprimoramento de ideias e conceitos. Para isso utilizou-se bases digitais como *Scielo e Lilacs* através dos descritores: “Auditoria de Enfermagem” e “Assistência Integral a Saúde”, publicados entre 2013 e 2017. Esse grande período de tempo justifica-se pela escassez de material referente a esse tema nas bases de dados, o que torna esse estudo relevante para uma melhor assistência e conhecimento profissional da área que a profissão de enfermagem abrange dentro do âmbito hospitalar. Nesse contexto, o principal papel do enfermeiro auditor frente a educação permanente é mostrar primeiramente que sua função é importante e necessária para que o trabalho da enfermagem possa ser realizado da melhor forma, visando uma boa qualidade de assistência. Para isso é necessário desmistificar o papel que este possui dentro da instituição hospitalar, que é de punição e alcançar o lado da correção, proteção e ajuda dentro do processo interno da instituição perante paciente\serviço. A auditoria não aponta somente falhas, mas sim sugestões e soluções, a fim de educar os profissionais envolvidos na assistência. A função do enfermeiro auditor deve ser bem fundamentada e suas atribuições e direitos devem ser defendidos por associações que sejam integradas em todo o território nacional. A instituição hospitalar do qual este faz parte, deve ter entendimento sobre o papel do auditor como ferramenta de gestão, proporcionar espaços e momentos para que a auditoria possa estar à frente de treinamentos, oficinas e palestras, mostrando

como é realizado esse trabalho e buscando um maior número de profissionais comprometidos com uma assistência de qualidade zelando pela saúde financeira da instituição aonde atuam. Diante dessas informações e construções de pensamentos o primeiro passo a ser inculcado é que somente será possível realizar assistência de qualidade com segurança e sobrevivência financeira com registros fidedignos feitos em prontuário. A auditoria interna do hospital de referência para este estudo, está ganhando espaço e já realizou diversas sensibilizações sobre o seu trabalho e a importância de registros de enfermagem corretos e consistentes, através de criação de indicadores à administração, estratégias para potencializar o olhar da equipe de forma mais ampla sobre os processos e também atualizando a equipe sobre implicações jurídicas de um trabalho realizado sem comprovação formal. Com isso, se percebe no cenário de saúde atual, que a auditoria vem tomando novas dimensões ao longo dos anos e está conseguindo mostrar sua importância dentro das instituições hospitalares. Os benefícios da sua implementação atingem todos os profissionais e trabalhadores dos diferentes setores dentro do hospital, bem como os clientes. A equipe de enfermagem está revendo as atividades desempenhadas e os resultados que se deseja alcançar, constituindo base para prováveis mudanças internas, otimizando e obtendo subsídios que estimulam a reflexão profissional, possibilitando uma atuação com mais subsídios gerenciais acerca da qualidade da assistência. Está ocorrendo também o empoderamento da enfermagem sobre seu alto percentual financeiro nas contas hospitalares, ganhando assim espaços em negociações e contratualizações mediante uma assistência bem prestada e registrada. E a instituição recebe uma contribuição significativa pelo fato de verificar o alcance dos seus objetivos. A auditoria na educação permanente é uma ferramenta muito importante para levantar bons índices de assistência correta e planejada e poder proporcionar um maior conhecimento as equipes de enfermagem sobre como o cuidado que é realizado influencia indiretamente em alguns pontos, muitas vezes desconhecidos de todos. Com os resultados apresentados nessa pesquisa percebe-se que a auditoria hospitalar ainda é uma ferramenta de gestão muito recente, mas que tem sido aprimorada para que também contribua como um instrumento de melhoria da qualidade da assistência prestada e dos registros realizados pela equipe de enfermagem. É importante que todos os profissionais compreendam a importância do papel do enfermeiro auditor dentro das instituições e sempre que necessário prestem auxílio para que esse trabalho possa ser bem realizado. O auditor enfermeiro executa diversas atividades administrativas gerenciais, incluindo a análise de contas hospitalares. Essa análise, por sua vez, consiste na garantia de pagamento adequado aos custos operacionais da assistência prestada aos pacientes durante a hospitalização. É importante essa compreensão do retorno financeiro ao hospital, do pagamento adequado e da garantia da

assistência de qualidade que é prestada pelos outros profissionais, que passam pelo enfermeiro auditor. É necessário que as instituições hospitalares, abram mais espaços para a inserção deste profissional, pois a sua presença na equipe de enfermagem garante maior credibilidade na prestação de serviços de qualidade e ele estará sempre atento a zelar pela saúde financeira institucional. Percebe-se também, que é necessário empregar metodologias ativas de ensino durante a formação, permitindo que o estudante se insira em um futuro ambiente de trabalho tornando-o mais apto e preparado para a realidade e o campo de atuação profissional. **PALAVRAS-CHAVE:** Auditoria de Enfermagem; Assistência à Saúde; Administração Hospitalar.

TEACHING INTEGRATION - SERVICE FOR HOSPITAL AUDITING PRACTICES

KEYWORDS: Nursing Audit; Health Care; Hospital Administration.

REFERÊNCIAS

BAZZANELLA, Neivo André Lima; SLOB, Edna. **Auditoria como ferramenta de análise para a melhoria da qualidade no serviço prestado.** Revista Caderno Saúde e Desenvolvimento, Rio Grande do Sul, v. 2, n. 3, p. 50-65, 2013.

MOTTA, Ana Letícia Carnevalli. **Auditoria de Enfermagem nos hospitais e seguradoras de saúde.** São Paulo: Editora Iátria, 2013, 4ª edição, 168 pag.

OLIVEIRA, Nery José de; CARDOSO, Kássia Eliza. **O papel do enfermeiro frente à auditoria hospitalar.** Revista Administração em Saúde, Rio Grande do Sul, v. 17, n. 68, 2017.

OLIVEIRA, Pâmela Scarlatt Durães et al. **Processo ensino-aprendizagem no curso de graduação em enfermagem: uma revisão de literatura.** Revista Eletrônica Acervo Saúde, Campinas - Sp, v. 20, n. 490, p.1-6, mar. 2019.

ZUNTA, Raquel Silva Bicalho; LIMA, Antônio Fernandes Costa. **Processo de auditoria e faturamento de contas em hospital geral privado: um estudo de caso.** Revista de enfermagem UFPE, São Paulo, 2017; 190 pág.

LÚPUS ERITEMATOSO SISTÊMICO: PRINCIPAIS ALTERAÇÕES NEUROPSICOLÓGICAS EM PACIENTES LÚPICOS

Data de aceite: 05/02/2020

Noaci Madalena Cunha Loula

Faculdade Irecê- FAI

Irecê-Ba

<http://lattes.cnpq.br/3311384834947897>

Thainara Araujo Franklin

Faculdade Irecê- FAI

Irecê-Ba

<http://lattes.cnpq.br/1098108293345623>

Pâmala Barreto Cambuí

Faculdade Irecê- FAI

Irecê-Ba

<http://lattes.cnpq.br/3897954500361828>

Juliane Oliveira Santos

Faculdade Irecê- FAI

Irecê-Ba

<http://lattes.cnpq.br/0398108824473610>

Vitória Marques da Silva

Faculdade Irecê- FAI

Irecê-Ba

<http://lattes.cnpq.br/2770685157265272>

Morganna Thinesca Almeida Silva

Faculdade Irecê- FAI

Irecê-Ba

<http://lattes.cnpq.br/1370186142096453>

Nádja Shirley de Andrade Cavalcante

Faculdade Irecê- FAI

Irecê-Ba

<http://lattes.cnpq.br/4518415696443932>

Marcos Vinicius Oliveira Carneiro

Faculdade Irecê- FAI

Irecê-Ba

<http://lattes.cnpq.br/8438632913495847>

RESUMO: O Lúpus eritematoso sistêmico (LES) é uma patologia inflamatória crônica auto-imune, que não tem uma fisiopatologia bem definida, ela pode atingir vários órgãos e sistemas como rins, articulações, pele, sangue, sistema nervoso, entre outros. Sendo o sistema nervoso central o atingido com maior frequência em pacientes lúpicos. O objetivo do presente trabalho é descrever as principais alterações neuropsicológicas em pacientes portadores do Lúpus Eritematoso Sistêmico e o impacto dessas alterações no cotidiano dos portadores. Uma quantidade significativa de pacientes lúpicos possui alguma alteração neuropsicológica que afeta diretamente a qualidade de vida dos mesmos bem como a qualidade das interações sociais, este fato deixa evidente a necessidade desses pacientes fazerem psicoterapia para ajudá-los a lidar com as limitações causadas pela doença e para obter uma melhor adesão ao tratamento. Através dos estudos analisados foi elucidado como os fatores neuropsicológicos afetam de forma direta a qualidade de vida

dos pacientes que tem lúpus e como um acompanhamento psicoterapêutico pode influenciar de forma positiva o tratamento para essa doença.

PALAVRAS-CHAVE: Lúpus, Eritematoso Sistêmico, Depressão, Doenças Autoimunes.

SYSTEMIC LUPUS ERYTHEMATOSUS: MAJOR NEUROPSYCHOLOGICAL CHANGES IN LUPIC PATIENTES

ABSTRACT: Systemic lupus erythematosus (SLE) is a chronic autoimmune inflammatory pathology that does not have a well-defined pathophysiology, it can affect various organs and systems such as kidneys, joints, skin, blood, nervous system, among others. The central nervous system being the most frequently affected in lupus patients. To perform a literature review on the main neuropsychological changes in lupus patients as well as their diagnosis, treatment and how these changes interfere in their lives. A significant number of lupus patients have some neuropsychological changes that directly affect their quality of life as well as the quality of social interactions. This fact makes clear the need for these patients to have psychotherapy to help them cope with the limitations caused by the disease. disease and for better adherence to the treatment of the condition. From all that has been studied, it is noticeable that neuropsychological factors directly affect the quality of life of patients with lupus and how a psychotherapeutic follow-up can positively influence the treatment for this disease.

KEYWORDS: Systemic lupus erythematosus. Lupus and depression. Neuro psychological disorders. Chronic diseases. Autoimmune diseases.

INTRODUÇÃO

Lúpus eritematoso sistêmico (LES) é uma doença inflamatória crônica auto-imune caracterizada pela formação de anticorpos que agem contra células ou componentes da matriz extracelular podem depositar-se em qualquer tecido que expresse o antígeno (VIANNA et al., 2010).

Os complexos imunes tendem a depositar-se frequentemente em vasos sanguíneos, muitas vezes se manifestam com vasculite, artrite e nefrite generalizadas. Os anticorpos específicos para antígenos de células e tecidos podem se depositar e causar ferimentos induzindo inflamação local, essa inflamação ocorre quando os anticorpos IgG das subclasses IgG1 e IgG3 ligam-se aos neutrófilos e receptores FC de macrófagos e ativam estes leucócitos, os mesmos anticorpos ativam o sistema do complemento pela via clássica. Quando os leucócitos são ativados em locais de deposição de anticorpos, essas células liberam a espécies reativas de oxigênio e enzimas lisossomais que danificam os tecidos adjacentes (ABBAS, 2009).

A etiologia e a fisiopatologia do LES ainda não estão completamente definidas,

mas há uma relação contundente a fatores genéticos, hormonais e ambientais que auxiliam na desregulação imunológica que estão envolvidos a algumas associações genéticas (FERREIRA et al., 2008).

Além da predisposição genética existem inúmeros fatores que podem levar ao aparecimento dessa patologia. Agentes externos desconhecidos, vírus, bactérias, agentes químicos e radiação ultravioleta podem entrar em contato com o sistema imune de um indivíduo que se encontra com vários genes erradamente, induzindo o sistema imune há uma produção inadequada de anticorpos, quando existe a produção inadequada desses anticorpos desencadeia alguns sinais (VARGAS & ROMANO, 2009).

Alguns sinais e sintomas do LES são emagrecimento, febre, fadiga, artrite, erupções na face tipo borboleta, fotossensibilidade, pericardite, alopecia, diarreia, vasculite, anemia, síndrome nefrotica e alterações da personalidade (COSTA & COIMBRA, 2014).

Algumas alterações sistêmicas como artrite, serosite, nefrite, vasculite, e alterações neurológicas, entre essas encontra-se convulsões, psicose e depressão repentina, podem acometer pacientes lupicos. Essas alterações afetam órgãos e sistemas destes pacientes (VIANA et al., 2010).

Como o LES pode atingir vários órgãos e sistemas ele atinge o sistema nervoso central, que é um dos sistemas acometido com maior frequência, com isso há um acúmulo de sintomas neurológicos e/ou psiquiátricos que vai se manifestando com o passar do tempo. A prevalência de alterações neuropsiquiátricas no LES torna-se variável, cerca de 14% - 75%, podendo ser manifestada a qualquer momento e de várias formas, desde quadros graves ou leves. Desta forma deve ser proporcionado um acompanhamento psicológico para os portadores do LES (ASANO et al., 2013).

É perceptível o reconhecimento da importância do acompanhamento psicológico dos pacientes portadores do LES visto que uma quantidade significativa destes pacientes possui alguma alteração neuropsicológica. Desta forma o principal objetivo deste trabalho foi realizar uma revisão bibliográfica acerca das principais alterações neuropsicológicas em pacientes lupicos bem como seu diagnóstico, tratamento e de que forma essas alterações interfere na vida desses pacientes.

MÉTODOS

Revisão bibliográfica, de abordagem qualitativa, para a identificação de produções vinculadas ao Lúpus Eritematoso Sistêmico, entre 2000 e 2019. Adotou-se a revisão de literatura, uma vez que ela contribui para o processo de sistematização e análise dos resultados, visando à compreensão de determinado tema, a partir de outros estudos já publicados na área de saúde.

Foram utilizadas as bases de dados Scielo, Google acadêmico e a Biblioteca Virtual De Saúde (BVS) para a coleta de dados, o período de coleta foi setembro a outubro de 2019.

As buscas nas bases de dados foram realizadas com o uso dos descritores em saúde agrupados: Lúpus Eritematoso Sistêmico, Depressão e Doenças Autoimunes.

Os critérios de inclusão foram os estudos que respondiam à questão norteadora da pesquisa, publicados no período de 2000 a 2019, disponíveis eletronicamente de forma gratuita e em língua portuguesa. Já os critérios de exclusão foram publicações repetidas nas bases de dados, resumos de congressos, anais, editoriais, monografias, dissertações e teses.

A combinação dos descritores identificou uma amostra no total de XX produções. Os artigos inicialmente foram selecionados por meio do título e resumo. Nesta etapa foram escolhidos XX artigos que abordavam conceitos relevantes para o estudo. Após a leitura integral dos textos, foram escolhidos XX artigos que contemplavam o objetivo do trabalho.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

O Lúpus Eritematoso Sistêmico (LES) é uma patologia crônica e auto-imune, onde o próprio sistema imunológico produz antígenos específicos para células do próprio corpo, capaz de atingir vários órgãos e sistemas (GALINDO E VEIGA, 2010). Para que essa doença seja desencadeada são necessárias algumas alterações genéticas associadas a fatores etiopatogênicos.

Existem vários fatores que implicam nos mecanismos etiopatogênicos do LES, entre eles estão fatores hormonais (motivo da alta incidência no gênero feminino na idade reprodutivo), ambientais (como exposição às radiações ultravioletas) e infecções (pela estreita relação com algumas espécies de vírus) (BORBA, 2008). É perceptível que a prevalência dessa patologia é maior em mulheres do que em homens, numa proporção de 8:1 a 13:1, com maior frequência entre os 15 a 45 anos de idade, normalmente idade reprodutiva (ACHOUR et al., 2012; SATO, 2004).

A Classificação Internacional de Transtornos Mentais e de Comportamento (CID-10), em vigor há dez anos, codifica como transtorno orgânico de personalidade o quadro clínico em que há uma alteração de personalidade em decorrência de uma condição médica geral. Este transtorno caracteriza-se pela acentuada mudança no estilo e traços de personalidade, a partir de um nível anterior de funcionamento. O paciente deve apresentar evidências de um fator orgânico causal precedendo o início da alteração da personalidade. Uma das patologias que esta relacionada a esses fatores é o lúpus neuropsiquiátrico (LESNP) (OMS, 1993).

O lúpus neuropsiquiátrico (LESNP) corresponde ao envolvimento do Sistema Nervoso Central (SNC) e/ou Periférico (SNP), que afeta de 37% a 95% dos adultos com LES inclui um total de 19 síndromes classificados pelo *American College of Rheumatology* (ACR) (AGUILERA-PICKENS et al., 2013).

Existem várias síndromes neuropsiquiátrica que afetam pacientes lúpicos, sendo a depressão a mais prevalente, com cerca de 28% dos casos, algumas alterações como dificuldades no relacionamento social, desconforto em situações sociais e humor depressivo são freqüentes associações a articulações e alterações na pele (AYACHE & COSTA, 2005).

Manifestações neuropsiquiátricas são comuns entre os pacientes com LES, sendo a depressão uma das psicopatologias que mais acomete esse grupo de paciente, na literatura a prevalência da depressão varia, 18,75% (SEHLO & BAHLAS, 2013), 26% (JULIAN et al., 2009), 38,9% (SHEN et al., 2013), 45,2% (MANEETON et al., 2013), 58,3% (XIE et al., 2012), 60% (ZAKERI et al., 2012), 65% (AYACHE & COSTA, 2009).

Um fato que chama a atenção da comunidade científica é a relação entre doenças reumáticas e depressão. Um estudo sobre a estimativa da prevalência de depressão em pacientes com síndrome de fibromialgia (que também é classificada como doença reumática, como o LES), bem como da condição de qualidade de vida destes pacientes, avaliou a magnitude da associação entre a depressão e a qualidade de vida e foi possível observar queda dos escores nas escalas que mediam vitalidade, concentração, qualidade das interações sociais e satisfação nos pacientes que também apresentaram quadros depressivos (BERBER et al., 2005).

Deste modo, quanto mais severa a depressão, pior era a percepção da qualidade de vida entre os participantes do estudo, levando os autores a sugerir que a depressão implica na funcionalidade social e emocional dos pacientes (NEDER et al., 2015).

Outros profissionais da saúde consumaram que o LES interfere na qualidade de vida dos pacientes avaliados principalmente pelos fatores dor nas articulações, condição limitante e desconfortável, além de estados depressivos. Existem ainda alguns fatores que são condicionantes para determinar a patologia (CAVICCHIA et al., 2013).

Um estudo realizado por Zakeri et al. (2012) no Irã para verificar sintomas depressivos em pacientes com LES demonstrou uma alta prevalencia, uma das mais elevadas já descritas na literatura. Os sintomas mais comuns apresentados pelos pacientes foram: fadiga (88,2%), irritabilidade (82,3%) e tristeza (77,6%). Enquanto que num estudo realizado por Neder et al. (2017) realizado no Brasil os sintomas mais relatados foram: irritação (45,57%), fadiga (41,77%) e preocupação somática (46,84%). Em ambos os estudos foram relatadas idealizações suicida,

sendo que no Irã a incidência foi de (10,5%) e no Brasil foi de (8,86%).

Alguns trabalhos tem correlacionado as Manifestações Neuropsiquiátricas (MNP) do LES, como a depressão, à presença de alguns anticorpos (AC), como o anti-P ribossomal (anti-P), anti-SSA, anti-DNA, anticardiolipina e antifosfolípidos, entre outros (HAN, 1997; LERITZ et al., 2002).

Porém o fator etiológico das alterações psicopatológicas no LES ainda não está suficientemente esclarecido, apesar do aprimoramento das pesquisas nessa área, mas há consenso entre a comunidade científica com relação à etiologia da doença, como sendo de origem multifatorial, ou seja, fatores hormonais, genéticos, ambientais, infecciosos e estresse psicológico. Pesquisadores concluíram que os fatores psicológicos, incluindo traços de personalidade, são codeterminantes, desencadeantes ou exacerbadores do LES (AYACHE & COSTA, 2005).

Corriqueiramente, costuma-se estabelecer o diagnóstico do LES com base nos critérios de classificação propostos pelo *American College of Rheumatology (ACR)*, que baseia-se na presença de pelo menos quatro critérios dos onze citados a seguir (BORBA, et al., 2008):

Eritema malar: lesão eritematosa fixa em região malar, plana ou em relevo; Lesão discóide: lesão eritematosa, infiltrada, com escamas queratóticas aderidas e tampões foliculares, que evolui com cicatriz atrófica e discromia; Fotossensibilidade: exantema cutâneo, como reação não usual à exposição à luz solar, de acordo com a história do paciente ou conforme observado pelo médico; Úlceras orais/nasais: úlceras orais ou nasofaríngeas, usualmente indolores, observadas pelo médico; Artrite: artrite não erosiva envolvendo duas ou mais articulações periféricas, caracterizadas por dor e edema ou derrame articular; Serosite: pleurite (caracterizada por história convincente de dor pleurítica ou atrito auscultado pelo médico ou evidência de derrame pleural) ou pericardite (documentado por eletrocardiograma, atrito ou evidência de derrame pericárdico); Comprometimento renal: proteinúria persistente (> 0,5 g/dia ou 3+) ou cilindrúria anormal; Alterações neurológicas: convulsão (na ausência de outra causa) ou psicose (na ausência de outra causa); Alterações hematológicas: anemia hemolítica ou leucopenia (menor que 4.000 leucócitos/ml em duas ou mais ocasiões), linfopenia (menor que 1.500 linfócitos/ml em duas ou mais ocasiões) ou plaquetopenia (menor que 100.000 plaquetas/ml na ausência de outra causa); Alterações imunológicas: anticorpo anti-DNA nativo ou anti-Sm, ou presença de anticorpo antifosfolípido baseado em: a) níveis anormais de IgG ou IgM anticardiolipina; b) teste positivo para anticoagulante lúpico ou teste falso positivo para sífilis, por no mínimo seis meses; Anticorpos antinucleares: título anormal de anticorpo anti-nuclear por imunofluorescência indireta ou método equivalente, em qualquer época, e na ausência de drogas conhecidas por estarem associadas à síndrome do lúpus induzido por drogas.

Com o objetivo de uniformizar a definição de LES para estudos científicos desenvolveram estes critérios, e, embora raro, é possível que tenha pacientes com LES que não apresentem quatro dos onze critérios de classificação.

Quando se observa alterações tais como: leucopenia, anemia, linfopenia, plaquetopenia e alterações do sedimento urinário, são feita avaliação laboratorial para reforçar o diagnóstico. Exame de suma importância para o diagnóstico do LES é a pesquisa de anticorpos ou fatores antinucleares (FAN) por imunofluorescência indireta (IFI), utilizando como substrato as células HEp-2, conforme proposta do I Consenso Brasileiro sobre laudos de FAN. A positividade desse teste, embora não específico para o diagnóstico de LES, serve como triagem em virtude de sua alta sensibilidade e alto valor preditivo negativo (BECK, 2009).

Nos casos de LES com pesquisa de FAN negativa, raros, particularmente com lesões cutâneas fotossensíveis, é recomendado a realização da pesquisa de anticorpos anti-SSa/Ro. A pesquisa de anticorpos como anti-DNA nativo, anti-Sm, anti-RNP e células LE pode contribuir para melhor caracterização laboratorial do quadro. Por outro lado, a negatividade do FAN dispensaria a pesquisa desses auto-anticorpos (SATO et al., 2002).

Muitas vezes, a depressão não é diagnosticada pelos médicos pelo fato deles acharem que os sintomas depressivos são uma resposta natural à doença física, capaz de ameaçar a vida de alguém, ou, numa posição oposta, é dado o diagnóstico de depressão a pacientes com tristeza ou com sintomas físicos causados pela doença de base (BOTEGA, FURLANETTO & FRÁGUAS Jr., 2006).

Para que esse tipo de confusão seja evitada, Cavanaugh (conforme citado por AYACH & COSTA, 2005) sugeriu observar que sintomas como fadiga e alterações do sono, do apetite, do peso e da psicomotricidade ajudam a consolidar o diagnóstico da depressão quando são excessivos em relação ao esperado para sua doença ou tratamento, ou quando surgem associados aos sintomas cognitivos e afetivos da depressão. É necessário um diagnóstico preciso para que o tratamento seja eficaz e tenha uma boa adesão (AYACH & COSTA, 2005).

Como partes importantes das medidas terapêuticas utilizadas no tratamento de pacientes portadores do LES são dadas algumas recomendações, dentre elas estão (SATO et al., 2002):

Educação: informar ao paciente e aos familiares o que é a doença, sua evolução, seus riscos e recursos disponíveis para o diagnóstico e o tratamento. Recomenda-se a necessidade de cumprimento das medidas estabelecidas pelo médico; Apoio psicológico: transmitir ao paciente otimismo e motivação para o tratamento, além de estimular os projetos de vida; Atividade física: repouso nos períodos de atividade sistêmica da doença e medidas visando a melhora do condicionamento físico (estimular atividade física regular); Dieta: Não há evidência

científica de que os alimentos possam influenciar desencadeamento ou evolução da doença. Recomenda-se a adoção de uma dieta balanceada, evitando-se excessos de sal, carboidratos e lipídios; Proteção contra luz solar e outras formas de irradiação ultravioleta; Evitar tabagismo.

O tratamento medicamentoso do LES deve ser personalizado e dependerá, além da gravidade, dos órgãos ou sistemas afetados. No caso de envolvimento multissistêmico, o tratamento deverá ser orientado para a queixa de maior gravidade (SATO et al., 2002). Estes pacientes dispõem hoje de um arsenal para tratamento de sua doença, incluindo antiinflamatórios não hormonais, corticóides, antimaláricos, imunossuppressores, imunoglobulina endovenosa, anticorpos anti-CD20, além de transplante de medula óssea (KLUMB et al., 2014).

Intervenções psicoterapêuticas do paciente lúpico em crise são de suma importância, e deve ter como principal objetivo auxiliá-lo a retornar o funcionamento anterior à crise e encontrar formas adaptativas para a nova situação, ou seja, focar o aqui e agora que corresponde à psicoterapia de apoio, mas devem ser consideradas as limitações relacionadas ao paciente, cuja personalidade deve ser bem estruturada, apresentar capacidade de abstração e de estabelecer aliança terapêutica, além de ter motivação para a psicoterapia (FIGUEIREDO et al., 2006).

O tratamento das manifestações neuropsiquiátricas é efetuado de acordo com o tipo de manifestação apresentada, como ainda não a estudos terapêuticos comprovados que controlem essas manifestações alguns fármacos podem ser utilizados como tratamento para as mesmas. Os glicocorticóides e os imunossuppressores são usados em doses variáveis de acordo com a gravidade (BRASIL, 2002).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

De acordo com o que foi descrito acima é possível concluir que a prevenção de estados graves em pacientes portadores de LES pode se fazer pela organização da equipe de profissionais como médicos, psicólogos, assistentes sociais, fisioterapeutas, nutricionistas e terapeutas ocupacionais atuantes em períodos regulares. Entre esses profissionais destaca-se a presença do psicólogo nessa equipe para auxiliar na instalação e manutenção de comportamentos adequados para prevenir psicopatologias e promover uma melhor adesão ao tratamento do LES.

Concluindo, o conhecimento das características de personalidade é fundamental para a compreensão da forma pela qual um indivíduo pode lidar com o estresse psicológico desencadeado pelas manifestações de uma doença e seu tratamento,

ou outras situações estressantes que podem ocorrer em seu ciclo vital.

Fazendo uma síntese dos estudos relatados, foi possível verificar que vários autores concluíram, por meio de seus estudos, que os fatores psicológicos (incluindo traços de personalidade) afetam de forma direta a qualidade de vida dos pacientes portadores do LES.

REFERÊNCIAS

- ABBAS, A. K. LICHTMAN, A. H. *Imunologia básica: funções e distúrbios do sistema imunológico. Elsevier editora Ltda.* Rio de Janeiro. 2009
- ASANO, N. M. J. et al. Comorbidades psiquiátricas em pacientes com lúpus eritematoso sistêmico: Uma revisão sistemática dos últimos 10 anos. **Revista brasileira de reumatologia.** 431-437.2013
- AYACHE, D. C. G. COSTA I. P. Alterações de personalidade Lúpus eritematoso sistêmico. **Revista brasileira de reumatologia.** V.45, nº5. 313-318.2005
- AYACHE, D. C. G. COSTA I. P. Traços de personalidade e suas alterações em mulheres com Lúpus. **Revista brasileira de reumatologia.** 49(6): 643-657. 2009.
- BECK, S. T. Taxa de possibilidade como guia de interpretação do FAN-HEp-2 na pesquisa de auto-anticorpos no lúpus eritematoso sistêmico. **Bras Patol Med Lab.** V.45. n.4. 275-283.2009.
- BERBER, J. E. BERBER S C. Prevalência de depressão e sua relação com a qualidade de vida em pacientes com síndrome da fibromialgia. **Revista brasileira de reumatologia.** 45(2). 47-54. 2005.
- BORBA, E. F. et al. Consenso de Lúpus Eritematoso Sistêmico. **Revista Brasileira de reumatologia.** V.48, N.4, 196-207. 2008
- BOTEGA, N et al. Depressão. **Editora Botega.** Porto Alegre: Artmed I. 225-246.2006
- CAVICCHIWI R. et.al. Qualidade de vida em pacientes com lúpus eritematoso sistêmico. **JornHealthInstitut.** 31(1), 88-92.2013.
- COSTA, L. M. COIMBRA, C. C. B. E. Lúpus eritematoso sistêmico: Incidência e tratamento em mulheres. **Revista UNINGÁ Review.** V.20(1). 81-86. 2014.
- FERREIRA, M. et.al, Lúpus eritematoso sistêmico. *Acta Med Port.* 21(2): 199-204. 2008
- FREIRE, E. A. M. et al. Medidas de avaliação em lúpus eritematoso sistêmico. **Revista brasileira de reumatologia.** 70-80. 2011.
- FREITAS, W. R. S. JABBOUR C. J. C. Utilizando estudo de caso(s) como estratégia de pesquisa qualitativa: Boas práticas e sugestões. **Estudo&Debate.** V.18. n.2. 07-22. 2011.
- JULIAN, L. J. et al. Depression, Medication Adherence, and Service Utilization in Systemic Lupus Erythematosus. **Arthritis Rheu.** 61(2), 240–246. 2009.
- KLUMB, E. M. et al. Consenso da sociedade brasileira de reumatologia para o diagnóstico , manejo e tratamento da nefrite lúpica. **Revista brasileira de reumatologia.** 55(1): 1-21. 2015.
- LEEITZ, E et.al. Neuropsychological functioning and its relationship to antiphospholipid antibodies in

patients with systemic lupus erythematosus. **Jornal of Clinical and experimental neuropsychology**. V.24. 527-533.2002.

LOPES, M. et al. Revisão sistemática de literatura e metanálise qualitativa: Considerações sobre sua aplicação na pesquisa em enfermagem. **Rede revista científica da América**. 2008. 771-778.

MANEETON, B., Maneeton, N., & Louthrenoo, W. Prevalence and predictors of depression in patients with systemic lupus erythematosus: a cross-sectional study. **Neuropsychiatric Disease and Treatment**. 9, 799–80. 2013.

NENDER, P. R. B. et al. Relações entre ansiedade, depressão e adesão ao tratamento em pacientes com Lúpus. **Revista Paraense de Medicina**. V.29(2): 2015

SATO, E. I. et al. Consenso brasileiro para o tratamento do lúpus eritematoso sistêmico (LES). **Revista brasileira de reumatologia**. V.42. N°6: 362-370.2002

SEHLO, M. G. BAHLAS, S. M. Perceived illness stigma is associated with depression in female patients with systemic lupus erythematosus. **Journal of Psychosomatic Research**, 74(3), 248–251. 2013.

SHEN, B. et al. The correlations of disease activity, socioeconomic status, quality of life, and depression/anxiety in Chinese patients with systemic lupus erythematosus. **Clinical and Developmental Immunology**. 1-6. 2013

VARGAS, K. S. ROMANO, M. A. Lúpus eritematoso sistêmico: Aspectos epidemiológicos e diagnóstico. **Revista Salus-Guarapuava(PR)**. 3(1). 2009

VIANNA, R. et al. Lúpus eritematoso sistêmico. **Revista Cecília a**. 1-3. 2010.

XIE, L. Prevalence and correlates of suicidal ideation in SLE inpatients: Chinese experience. **Rheumatology International**. 32(9), 2707–2714. 2012.

ZAKERI, Z. et al. Prevalence of depression and depressive symptoms in patients with systemic lupus erythematosus: Iranian experience. **Rheumatology international**, 32(5), 1179-1187.2012.

O APORTE DA DISCIPLINA DE PATOLOGIA GERAL NO CUIDADO DE LESÕES CUTÂNEAS: UMA REVISÃO NARRATIVA

Data de aceite: 05/02/2020

Data de submissão: 10/11/2019

Karine Regina Reinehr

Universidade do Estado de Santa Catarina –
Udesc, Departamento de Enfermagem
Chapecó, SC - Brasil
<http://lattes.cnpq.br/3497308639981039>

Renata Mendonça Rodrigues

Universidade do Estado de Santa Catarina –
Udesc, Departamento de Enfermagem
Chapecó, SC - Brasil
<http://lattes.cnpq.br/9662025281337239>

Danielle Bezerra Cabral

Universidade do Estado de Santa Catarina –
Udesc, Departamento de Enfermagem
Chapecó, SC - Brasil
<http://lattes.cnpq.br/2332924183859920>

RESUMO: O curso de Bacharelado em Enfermagem é composto por disciplinas básicas e práticas que se relacionam para uma ensinagem significativa ao acadêmico. A Patologia Geral tem, em seu conteúdo programático, as lesões cutâneas e seu processo de cicatrização que são conhecimentos salutareos para atuação do enfermeiro. Objetivou-se descrever e discutir a

importância do conhecimento teórico e prático da disciplina de Patologia sobre o cuidado de enfermagem com as lesões cutâneas. Trata-se de um levantamento bibliográfico por uma revisão narrativa da literatura, utilizando-se uma busca nas seguintes bases de dados: *Scientific Electronic Library Online (SciELO)*, Biblioteca Virtual em Saúde (BVS) e *National Library of Medicine (PubMed)*. Para busca dos artigos na íntegra foi utilizado os descritores e suas combinações nas línguas portuguesa e inglesa “feridas”, “conhecimento” e “enfermagem”. Para a seleção dos artigos, utilizou-se artigos publicados em português e inglês; artigos na íntegra e os publicados e indexados nos referidos bancos de dados nos últimos dez anos. Após análise, constatou-se um consenso entre os autores sobre a necessidade de um cuidado e tratamento qualificado as lesões cutâneas. Entretanto, conforme os estudos, observou-se que tanto os acadêmicos quanto os profissionais de enfermagem apresentam limitações no conhecimento e fragilidades práticas para atuar no cuidado as lesões, fazendo-se necessário intervenções de educação em saúde, seja essa permanente e continuada, nos serviços de saúde. Essas fragilidades promovem um fator limitante, dificultando uma avaliação clínica para uma tomada de decisão segura e resolutiva na

assistência aos portadores de feridas. Fazendo-se necessário uma maior articulação das disciplinas básicas com as práticas dos cursos de graduação em Enfermagem.

PALAVRAS-CHAVE: Feridas; Conhecimento; Enfermagem.

THE SUPPORT OF GENERAL PATHOLOGY DISCIPLINE IN SKIN INJURIES

CARE: NARRATIVE REVIEW

ABSTRACT: The Nursing Bachelor course consists of basic and practice subjects which relate to meaningful teaching to the academic. The General Pathology has, in its syllabus, the skin lesions and its healing process that are salutary knowledge for the nurse's performance. This study aimed to describe and discuss the importance of theoretical and practical knowledge of the Pathology discipline on nursing care with skin lesions. It is a bibliographic survey by a narrative literature review, doing a search in the following databases: *Scientific Electronic Library Online (SciELO)*, Virtual Health Library (VHL) and *National Library of Medicine (PubMed)*. Searching the full articles, the descriptors and their combinations in Portuguese and English languages "wounds", "knowledge" and "nursing" were used. For the articles selection, published articles in Portuguese and English were used; full articles and those published and indexed in these databases in the last ten years. After analysis, there was a consensus among the authors on the need for qualified care and skin lesions treatment. However, according to the studies, it was observed that both academics and nursing professionals have limitations in knowledge and practical weaknesses to act in the care of injuries, requiring health education interventions, whether permanent and continuous, in health services. These weaknesses induce a limiting factor, turning it difficult to make a clinical assessment for safe and resolute decision making in the patients care with wounds. It is necessary to better articulate the basic disciplines with the practices of undergraduate nursing courses.

KEYWORDS: Wounds; Knowledge; Nursing

1 | INTRODUÇÃO

O perfil profissiográfico, técnico e interpessoal almejado pelas novas reformas curriculares dos cursos das Ciências da Saúde busca um caráter mais crítico e reflexivo, criativo, humanista e para atuar com qualidade nos serviços de atenção à saúde. Apesar da evolução científica e tecnológica, a educação na área da saúde ainda se baseia em um modelo de ensino fragmentado e dicotomizado entre a teoria e a atuação prática (ROMAN; et. al., 2017).

O currículo do curso de graduação em Enfermagem é composto por diversas disciplinas que necessitam de conexão entre a teoria e prática para obter um aprendizado significativo. Dentre elas, está a Patologia Geral que representa uma

disciplina de grande importância do núcleo básico de disciplinas do curso graduação em Enfermagem, pois auxilia o acadêmico no processo de aprendizagem teórico de várias doenças, bem como para o desenvolvimento de procedimentos práticos na disciplina de Semiologia e Semiotécnica em Enfermagem e nas práticas assistenciais.

As lesões cutâneas e seu processo de cicatrização fazem parte do conteúdo programático da disciplina de Patologia Geral e, esses conhecimentos são salutares para o enfermeiro que atua na Rede de Atenção à Saúde (RAS). Desta forma, o objetivo principal do estudo foi descrever e discutir a importância do conhecimento teórico e prático da disciplina de Patologia sobre o cuidado com lesões cutâneas.

2 | MÉTODO

Tratou-se de uma revisão narrativa da literatura, no contexto da disciplina de Patologia no cuidado de enfermagem às lesões cutâneas. Conforme Rother (2007), a revisão narrativa se baseia em publicações amplas, com finalidade de descrever o ‘estado da arte’ de um determinado assunto, sob ponto de vista teórico ou conceitual.

Na revisão narrativa ocorre a busca e análise de artigos livros e outros materiais científicos, mas não há a necessidade de descrever os critérios de seleção e exclusão para que haja a seleção e análise dos artigos (GIL, 2002).

A coleta de dados ocorreu no período de janeiro a fevereiro de 2019. As bases de dados eletrônicas pesquisadas foram: *Scientific Electronic Library Online (SciELO)*, Biblioteca Virtual em Saúde (BVS) e *National Library of Medicine (PubMed)*, nos últimos dez anos (2010-2019). Os estudos selecionados foram artigos publicados em português e inglês e publicados na íntegra que retratassem a temática referente à revisão narrativa. Os descritores utilizados pelos Descritores em Ciências da Saúde foram: feridas, conhecimento e enfermagem. Após leitura e avaliação, os artigos selecionados foram destacados, descritos e analisados.

3 | RESULTADOS/DISSCUSSÕES

Neste estudo totalizaram-se seis artigos que abordaram o conhecimento teórico e prático da disciplina de Patologia Geral sobre os cuidados com as lesões cutâneas. A partir da leitura destes artigos foi analisado o conceito de “lesões”. Os autores Baratieri e colaboradores (2016) a conceituaram como uma interrupção da continuidade da pele provocada por traumas, interferindo nas funções vitais do organismo. Ainda, descreveram a necessidade de observar as diversas formas e características específicas que se apresenta a ferida, desde a epitelização até sua completa remodelagem tecidual, durante as fases sobrepostas do processo de

cicatrização.

Constatou-se que há um consenso entre os autores em que as lesões necessitam de cuidados e tratamento especial para evitar complicações e infecções subsequentes, bem como acelerar a restituição tecidual e impedir o prolongamento do sofrimento ao paciente. Nesse sentido, Costa e colaboradores (2016) citaram que o profissional de enfermagem assume um papel importante na avaliação clínica, terapêutica, prevenção e desenvolvimento de ações de cuidado aos pacientes portadores de alguma lesão, uma vez que estes possuem proximidade aos pacientes, nos diversos níveis de atenção à saúde (COSTA; et.al., 2016).

Sendo assim, Baratieri e colaboradores (2015), relataram que o enfermeiro deve ter conhecimento técnico e científico para avaliar as lesões e tomar uma decisão clínica para iniciar, seguramente, uma terapêutica adequada. Para alguns autores, este fato é preocupante, pois salientam, em seus estudos, que os enfermeiros possuem fragilidades científicas na avaliação e no reconhecimento dos aspectos anatômicos e fisiológicos das lesões, retardando assim, o processo de cicatrização aos pacientes avaliados (BARATIERI; SANGALETI; TRINCAUS, 2015).

Esses autores enfatizam sobre a exigência de um suporte técnico e científico adequado que permita o enfermeiro reconhecer fatores intrínsecos e extrínsecos associados as essas lesões cutâneas. Além de, entenderem que é de suma importância que haja uma capacitação nessa área específica, tendo em vista a integralidade do cuidado, nos aspectos biológicos, emocionais e sociais (BARATIERI; SANGALETI; TRINCAUS, 2015).

Para atuar em áreas da saúde, em especial, no cuidado a pacientes portadores de feridas, faz-se pertinente um cuidado pautado no raciocínio clínico, o saber e as habilidades, e um comportamento ético e relacional (AGRA; et. al., 2017). A qualificação profissional deve ser um processo contínuo com início na graduação e perpetuando-se ao longo da atuação profissional, sendo necessário adequar a formação continuada à sua área de trabalho. A formação acadêmica do enfermeiro é significativa para a percepção das necessidades do ensino e decisiva para uma assistência adequada, principalmente quando se trata dos recém diplomados. Porém, o estudo retrata que a educação dos acadêmicos ainda possui lacunas a serem superadas (ORTEGA; et. al., 2015).

Houveram análises sobre o conhecimento dos acadêmicos de enfermagem no cuidado e tratamento de lesões, em que evidenciou que seu conhecimento, ainda, possui lacunas. Assim, Costa e colaboradores (2016), em seu estudo com graduandos do quinto período (42,9%), sétimo (32,1%) e do nono (25,0%) descreveram que a maioria dos acadêmicos de enfermagem conhecem quais os fatores de risco, tipos de tratamento, tipos de ferida e o processo de cicatrização das lesões estudadas na disciplina de Patologia. Já os conteúdos desconhecidos, pela maioria dos

acadêmicos, eram a avaliação clínica completa do paciente e os custos-benefícios e/ou os custos-efetividade no tratamento dessas lesões cutâneas. As maiores das dificuldades apontadas pelos graduandos foram a falta de conhecimento sobre as coberturas utilizadas para cada tipo de lesão e a complexidade de associar a teoria e a prática na conduta das fases de cicatrização dessas lesões.

Dos seis estudos analisados, quatro identificaram o nível de conhecimento dos graduandos de enfermagem e dois dos profissionais de enfermagem, em relação a assistência aos portadores de lesões. Portanto, os resultados desta pesquisa identificaram que tanto os acadêmicos quanto os profissionais de enfermagem apresentaram limitações no conhecimento e fragilidades práticas para atuar no cuidado as lesões cutâneas.

É provável que tais limitações do saber estejam relacionadas, algumas vezes, a descontinuidade das intervenções educativas, seja na permanente e continuada nos serviços de saúde, além da ausência de especializações nas áreas específicas como a Dermatologia e a Estomaterapia. Já as vulnerabilidades práticas, certamente, vinculam-se a carga excessiva de trabalho, mal planejamento de equipe e falta de materiais, insumos e produtos adequados para avaliação e cuidado das lesões (AGRA; et. al., 2017).

Nesse sentido, a presente pesquisa e análise de estudos, confirma a necessidade dos profissionais de saúde estarem em constantes realizações de educação permanente nos serviços de saúde, a fim de treinar a equipe de enfermagem para atender e acompanhar pacientes portadores de lesões. Também, traz a importância dessa temática estar inserida nos conteúdos programáticos da disciplina de patologia geral do curso de graduação em Enfermagem.

Corroborando com a pesquisa de Agra et. al. (2017), considerou relevante em seus resultados, refletir sobre a importância da educação em saúde, de forma integral e interdisciplinar, no processo de formação dos enfermeiros em suas competências e habilidades gerenciais, éticas, criativas, relacionais e, sobretudo pautados na segurança do paciente.

4 | CONCLUSÕES

As fragilidades sobre o conhecimento das “lesões”, a teoria não associada a prática, a inexperiência prática durante o processo formativo do enfermeiro e a falta de capacitação específica sobre o assunto foram os pontos chaves dessa revisão narrativa.

Salienta-se que no ensino de Enfermagem, a articulação teórico prática é de suma importância para o desenvolvimento de habilidades técnico-científicas do

enfermeiro na assistência aos clientes. Desta forma, as atividades de ensino devem contemplar as necessidades formativas dos acadêmicos, para assim contribuir para a formação de profissionais mais qualificados, hábeis, proativos, com domínio do conteúdo teórico e prático e com raciocínio clínico seguro.

Os conhecimentos limitados de alguns profissionais proporcionam fragilidades no cuidado das lesões. Espera-se que tanto os acadêmicos quanto os enfermeiros sejam capacitados e utilizem as melhores evidências para a tomada de decisão segura e resolutiva, trazendo melhorias na assistência e conseqüente bem-estar ao cliente. Sendo assim, os conteúdos da disciplina de Patologia Geral perpassam o extramuro da deontologia de enfermagem e demais especialidades, dentre elas a estomaterapia.

REFERÊNCIAS

Agra, G; Medeiros, MVS; Brito, TF; Sousa, ATO; Formiga, NS; Costa, MML. **Conhecimento e prática de enfermeiros no cuidado a pacientes com feridas tumorais malignas**. Rev Cuid. 2017. 8(3): 1849-62. Disponível em: <http://www.scielo.org.co/pdf/cuid/v8n3/2216-0973-cuid-08-03-1849.pdf>

Baratieri, T; Sangaleti, CT; Trincaus, MR. **Conhecimento de acadêmicos de enfermagem sobre avaliação e tratamento de feridas**. Rev Enferm Atenção Saúde [Online]. jan/jun 2015; 4(1): 2-15. Disponível em: <http://seer.uftm.edu.br/revistaeletronica/index.php/enfer/article/view/1259/1130>

Costa, RKS; Azevedo, IC; Torres, GV; Costa, MAT; Salvetti, MG. **Graduandos de enfermagem: conhecimento sobre o cuidado à pessoa com lesão cutânea**. Rev Enferm UFPI [Online] 2016 jan-mar; 5 (1): 10-16. Disponível em: <http://www.ojs.ufpi.br/index.php/reufpi/article/view/5016/pdf>.

Gil, AC. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 4ª Edição. São Paulo: Editora Atlas S.A.; 2002. Disponível em: https://professores.faccat.br/moodle/pluginfile.php/13410/mod_resource/content/1/como_elaborar_projeto_de_pesquisa_-_antonio_carlos_gil.pdf

Ortega, MCB; Cecagno, D; Llor, AMS; Siqueira, HCH; Montesinos, MJL; Soler, LM. **Formação acadêmica do profissional de enfermagem e sua adequação às atividades de trabalho**. Rev Latino-Am Enferm. mai/jun 2015; 23(3): 404-10. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/rlae/v23n3/pt_0104-1169-rlae-23-03-00404.pdf

Roman, C; Ellwanger, J; Becker, GC; Silveira, AD; Machado, CLB; Manfroi, WC. **Metodologias ativas de ensino-aprendizagem no processo de ensino em saúde no Brasil: uma revisão narrativa**. Clin Biomed Res. 2017; 37(4). Disponível em: <https://seer.ufrgs.br/hcpa/article/view/73911/pdf>

Rother, ET. **Revisão sistemática X revisão narrativa**. Acta paul. Enferm 2007; 20 (2): v-vi. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ape/v20n2/a01v20n2.pdf>

O IMPACTO E A IMPORTÂNCIA DA LIGA ACADÊMICA PARA ALUNOS DE MEDICINA E PARA COMUNIDADE ATRAVÉS DE UM PROJETO DE EXTENSÃO

Data de aceite: 05/02/2020

Data de submissão: 03/11/2019

Renzo Stefenoni Finamore Simoni

Faculdade Brasileira - MULTIVIX

Vitória- ES

<http://lattes.cnpq.br/1259896178956130>

Guilherme Maia Costa Varejão Andrade

Faculdade Brasileira - MULTIVIX

Vitória – ES

<http://lattes.cnpq.br/5756451044051294>

Mariana Stefenoni Ribeiro

Escola Superior de Ciências da Santa Casa de

Misericórdia de Vitória (EMESCAM)

Vitória – ES

<http://lattes.cnpq.br/9965019014890003>

Maria Ingrid Barbosa Passamani

Faculdade Brasileira - MULTIVIX

Vitória – ES

<http://lattes.cnpq.br/0328255292916642>

Amanda Castro de Bone

Faculdade Brasileira- MULTIVIX

Vitória – Espírito Santo

<http://lattes.cnpq.br/0126714721662849>

Nemer Emanuel Crevelario da Silva

Faculdade Brasileira - MULTIVIX

Vitória – ES

<http://lattes.cnpq.br/1349032069799666>

Gustavo Binda Gouvêa

Escola Superior de Ciências da Santa Casa de

Misericórdia de Vitória (EMESCAM)

Vitória – ES

<http://lattes.cnpq.br/8209342310038218>

João Vitor Elizeu Cerqueira

Faculdade Brasileira - MULTIVIX

Vitória - ES

<http://lattes.cnpq.br/6584794843564681>

Gabriel Lima Barbosa

Escola Superior de Ciências da Santa Casa de

Misericórdia de Vitória (EMESCAM)

Vitória - ES

<http://lattes.cnpq.br/2517874630891555>

Erick Freitas Curi

Doutor em Anestesiologia pela Universidade

Estadual Paulista (UNESP)

Vitória - ES

<http://lattes.cnpq.br/8734916930538819>

RESUMO: As ligas acadêmicas são constituídas pelo tripé da educação: ensino, pesquisa e extensão. Todos os pilares são de extrema importância para garantir o sucesso das atividades da liga no meio acadêmico e na comunidade, gerando um impacto positivo. Diante do cenário brasileiro, em que a cultura dos primeiros socorros ainda não está bem difundida, o projeto “Salve uma

Vida” se apresenta rompendo esse paradigma, levando esse conhecimento para a população que não se configura na área da saúde. Dessa forma, o objetivo desse trabalho é descrever a experiência do “Salve uma Vida”, um projeto de extensão da Liga Acadêmica de Anestesiologia do Espírito Santo (LIANES), chancelado pela Sociedade Brasileira de Anestesiologia (SBA), que consiste em ensinar suporte básico de vida (SBV) para a população leiga. O presente trabalho consiste em um relato de experiência. Durante o ano, há diversos encontros gratuitos em escolas, faculdades, comunidades, empresas ou qualquer outro local que careça desse tipo de conhecimento. Os encontros consistem em uma apresentação teórica de aproximadamente 1 hora e 30 minutos seguido de um treinamento prático em SBV com manequins, incluindo as principais técnicas para ventilação, reanimação cardiopulmonar (RCP) e manobras de desengasgo. O curso tem se mostrado muito importante e de muita utilidade para as pessoas que o fazem, ressaltando que já houve relatos de participantes afirmando que a técnica adquirida foi crucial para um desfecho positivo de uma determinada situação. Além disso, o assunto abordado é amplo, alcançando as requisições da Lei 13.722, de 04 de outubro de 2018, o que reafirma a importância social do projeto. O projeto de extensão “Salve uma Vida” da LIANES possui grande impacto social e é de extremo valor para a comunidade, orientando-os a como reagir ao se depararem com situações de rebaixamento de nível de consciência e evitar um desfecho ruim.

PALAVRAS-CHAVE: Reanimação cardiopulmonar. Anestesiologia. Participação da Comunidade.

THE IMPACT AND IMPORTANCE OF THE ACADEMIC LEAGUE FOR MEDICINE STUDENTS AND THE COMMUNITY THROUGH AN EXTENSION PROJECT

ABSTRACT: Academic leagues are made up by the tripod of education: teaching, research and extension. All pillars of this tripod are of extremely important to the success and impact of activities on academic and also community way. Given the Brazilian scenario, where the culture of first aid is not yet widespread, the project ‘Save a Life’ presents itself breaking this paradigm, bringing this knowledge to the population that is not configured in the health area. To describe the experience of “ Save a Life “, an extension project of the Academic League of Anesthesiology of Espírito Santo (LIANES), sponsored by the Brazilian Society of Anesthesiology (SBA), which consists of teaching basic life support (BLS) for the lay population. This work is an experience report. During the year, several free meetings are scheduled at schools, colleges, communities, businesses or any other location that lacks this kind of knowledge. The meetings consist of a theoretical presentation of approximately 40 minutes followed by hands-on training in BLS with dummies, including the main techniques for ventilation, cardiopulmonary resuscitation (CPR) and disengagement maneuvers. The course has proved to be very important and very useful for people who do it, noting that there have

been reports of participants from previous classes stating that the acquired technique was crucial for a positive outcome of a given situation. In addition, the subject addressed in the project is broad, meeting the requirements of Law 13,722 of October 4, 2018, which reaffirms the social importance of the project. Conclusion: LIANES “ Save a Life ” extension project has great social impact and is of extreme value to the community, guiding them on how to respond when faced with low levels of awareness and avoiding a bad outcome.

KEYWORDS: Cardiopulmonary resuscitation. Anesthesiology. Community participation.

1 | INTRODUÇÃO

Ligas Acadêmicas constituem hoje uma importante ferramenta para a complementação do ensino de diversos estudantes do ensino superior. Compostas por professores orientadores e grupos de alunos interessados em uma determinada temática relacionada ao curso que exercem. (Cavalcante, Ana Suelen Pedroza et al. 2018). As Ligas Acadêmicas buscam abordar esses assuntos de acordo com o Tripé da Educação: Ensino, pesquisa e extensão. (Moita, Filomena Maria Gonçalves da Silva Cordeiro. 2009).

Baseado neste tripé, as Ligas realizam diversas atividades relacionadas ao ensino teórico e prático de conteúdos, que são, muitas vezes, pouco abordados no programa de ensino oficial da instituição, o que complementa a formação acadêmica dos alunos participantes da Liga. Ademais, as Ligas realizam importantes pesquisas que buscam enriquecer o conhecimento sobre determinado assunto de interesse, através do desenvolvimento de artigos científicos e materiais didáticos pelos alunos integrantes, o que os torna agentes ativos no processo de produção e transmissão do saber científico.

Por fim, a extensão é caracterizada por projetos que conectam os integrantes da Liga à sociedade, favorecendo o intercâmbio de conhecimento entre ambos e cumprindo importante compromisso social, já que parcelas da população que dificilmente teriam acesso ao ensino acadêmico são abordadas por ele. (Yang, Gabriela Yea-Huey et al. 2019). Nesse contexto, insere-se o ensino do suporte básico de vida (SBV) à sociedade através das Ligas Acadêmicas da área da saúde.

Ao longo do tempo, vem sendo observado um elevado índice de mortalidade por parada cardiorrespiratória (PCR) no nosso país. Apenas em 2017, ocorreram 2890 mortes por PCR no Brasil, um número que poderia ter sido reduzido se todas as pessoas que presenciaram o episódio possuísem conhecimentos básicos sobre BLS (DATASUS, 2019).

O SBV consiste em um conjunto de ações que são indispensáveis em casos de PCR e nele é definida a sequência primária de reanimação cardiopulmonar (RCP).

Esta sequência visa cuidar de uma vítima em situação de morte iminente até que ela possa ser atendida em um estabelecimento de saúde apropriado, onde há o cuidado médico necessário (Berg, et al. 2010).

A realização de manobras de RCP e manobras de desengasgo caracterizam-se como importantes pontos do SBV, são capazes de trazer maior chance de sobrevivência às vítimas de PCR ou engasgo. (Ministério da Saúde. 2016). Dessa forma, a disseminação de conhecimento relacionado à realização dessas manobras à sociedade se faz necessária, visto que o contato inicial de vítimas acometidas por PCR tende a ser por leigos e grande parte da população brasileira desconhece as técnicas de prestação desses primeiros socorros.

Nesse contexto, os projetos de extensão de ligas acadêmicas que envolvam o ensinamento dessas manobras à sociedade são de grande importância, devendo ser incentivados no meio acadêmico.

No atual cenário nacional, a grande maioria das escolas brasileiras de ensino médio e fundamental, e outras instituições, não adota o SBV como parte de sua grade curricular ou extracurricular. De forma geral, essa situação pode gerar, indiretamente, prejuízos para a saúde pública, visto que diversas situações médicas extra hospitalares, presenciadas principalmente por familiares e colegas de trabalho, poderiam ser resolvidas com o mínimo conhecimento sobre primeiros socorros, ou postergadas até a chegada de um suporte avançado.

Diante desse cenário, foi reconhecida a necessidade de difundir o conhecimento sobre SBV para toda a sociedade, para que ao presenciar uma situação como a citada anteriormente qualquer pessoa saiba como proceder e fornecer um suporte pré-hospitalar mínimo, na tentativa de evitar o óbito. Desse modo, foi criado o curso “Salve uma Vida”.

O projeto “Salve uma Vida” é um Projeto de responsabilidade social da SBA subordinado à Diretoria Executiva. Trata-se de um curso presencial, teórico-prático e gratuito, criado pela Sociedade Brasileira de Anestesiologia (SBA) com o objetivo de capacitar leigos e não médicos ao tratamento inicial de PCR, de desobstrução das vias aéreas em crianças e adultos e enfatizar a importância do acionamento imediato de serviço médico especializado (SAMU), sendo recomendado ter 30 participantes por turma.

2 | OBJETIVOS

Descrever a experiência de monitores, organizadores e coordenadores do curso “Salve uma Vida” evidenciando sua importância para os acadêmicos e para a comunidade.

3 | MÉTODOS

Para que o curso seja feito e tenha êxito são necessários recursos para ministrar as aulas teóricas e práticas, presença de uma equipe e seguir a metodologia proposta. Devem estar presente um coordenador do curso “Salve uma Vida”, um responsável pelo cuidado e transporte do material e instrutores recrutados em quantidade definida pelo coordenador do curso, de acordo com o número de pessoas a serem treinadas.

Para as aulas teóricas, que possuem duração de aproximadamente 01 hora e 30 minutos, é necessário uma sala de aula com cadeiras para o total de inscritos, com pelo menos 10 cadeiras extras, telão para projeção, um microfone ou sistema de microfone portátil, computador e canetas e blocos compatíveis com o número de inscritos.

A aula é padronizada em uma apresentação de slides feita pelo coordenador do projeto e é atualizada anualmente. A linguagem utilizada tanto nos slides quanto na abordagem oral é simples, com o propósito de fazer com que qualquer participante, independente do nível de escolaridade e profissão, consiga entender e captar as principais informações do curso. Dentro dessa apresentação há várias imagens, vídeos, esquemas, gráficos, passo a passo do SBV e notícias que favorecem conscientização dos participantes sobre a importância do tema. Dessa forma, facilita-se o entendimento dos ouvintes de diversas maneiras.

Além do mais, é utilizado o método de aprendizagem por repetição, no qual durante a aula é repetido diversas vezes conceitos, esquemas, referências anatômicas e técnicas do conteúdo, complementado com uma construção interativa do conhecimento. Juntamente com as repetições é construído um raciocínio lógico, o que permite que os participantes entendam o que deve ser feito.

A etapa prática da aula possui em média 40 minutos de duração e consiste em um treinamento de SBV com manequins infláveis, incluindo as principais técnicas para ventilação e massagem cardíaca externa. A relação máxima de participantes/manequim para reanimação é de 2:1. Além disso, também são ensinadas manobras de desengasgo em adultos e bebês, o que pode requerer materiais próprios para que todos possam executá-las. A sala para realização deve ser ampla e adequada ao número de participantes, com pelo menos 10m² por manequim para reanimação. Ademais, o ambiente deve ser próximo ou o mesmo da apresentação teórica, de forma que os participantes possam ver o telão de projeção e ouvir as instruções dadas pelo alto falante.

Aliado ao curso “Salve Uma Vida”, a LIANES se propôs a aplicar o que foi chamado de “Pré-teste” (teste realizado antes da aula teórica) e “Pós-teste” (teste realizado logo após a aula teórica), ressaltando-se que ambos os testes são iguais.

Estes testes têm o intuito de avaliar o conhecimento dos participantes sobre o tema e a real eficácia do curso em questão. Os testes são compostos por 10 questões objetivas, sobre noções de primeiros socorros em PCR e desengasgo, com quatro alternativas de escolha, sendo apenas uma correta. As questões dos testes foram feitas com base na aula teórica ministrada no curso (criada pelo “Núcleo SBA Vida”). O tempo total para realização de cada teste foi de 30 minutos. Em 3 encontros realizados em setembro de 2019 um total de 55 indivíduos responderam os testes.

4 | RESULTADOS

O projeto de extensão “Salve uma vida” possui grande impacto social e estudantil e é de extremo valor para a comunidade. Tal projeto permite que o acadêmico de medicina apure seus conhecimentos no campo prático e teórico e ainda pratique o exercício de ensinar o que se aprende em sala de aula, possibilitando uma consolidação e absorção máxima do conteúdo aprendido.

Além disso, o curso também possui um certo impacto social, oferecendo uma capacitação sobre BLS para a população leiga, orientando-a como reagir em determinadas situações e dessa maneira proporcionando desfechos positivos nas circunstâncias da sua própria vida e dos que estão ao seu redor.

É notório que uma população capacitada impacta diretamente na qualidade e expectativa de vida. Um correto atendimento inicial poderia levar a diminuição de óbitos ou evitar possíveis sequelas geradas pela falta de um atendimento adequado. Salienta-se que essa capacitação implica em uma diminuição de gastos públicos em atendimentos hospitalares e reabilitação de pacientes que sofreram uma PCR.

Além disto, o assunto abordado no projeto é amplo e alcança as requisições da lei 13.772 de 04 de outubro de 2018 que diz no Art. 1º “Os estabelecimentos de ensino de educação básica da rede pública, por meio dos respectivos sistemas de ensino, e os estabelecimentos de ensino de educação básica e de recreação infantil da rede privada deverão capacitar professores e funcionários em noções de primeiros socorros” (BRASIL, 2018). Reforçando ainda mais a importância dessa capacitação para sociedade e instituições.

É importante ressaltar o feedback positivo de alguns participantes do curso de capacitação. Estes relatam que a técnica adquirida foi crucial para um desfecho positivo em um caso de PCR após um choque elétrico semanas após a realização do curso, o que comprova e valida a real importância do projeto para a população em todas as esferas.

Ao todo, 55 pessoas foram capacitadas pela LIANES. Infelizmente, apenas 3,6% dos participantes foram capazes de tirar nota máxima no “Pré teste”, enquanto o restante obteve notas excessivamente baixas, como demonstrado no gráfico 1.

Por outro lado, 9% dos indivíduos que adquiriram as menores notas no “pós teste” ainda acertaram 70% das questões.

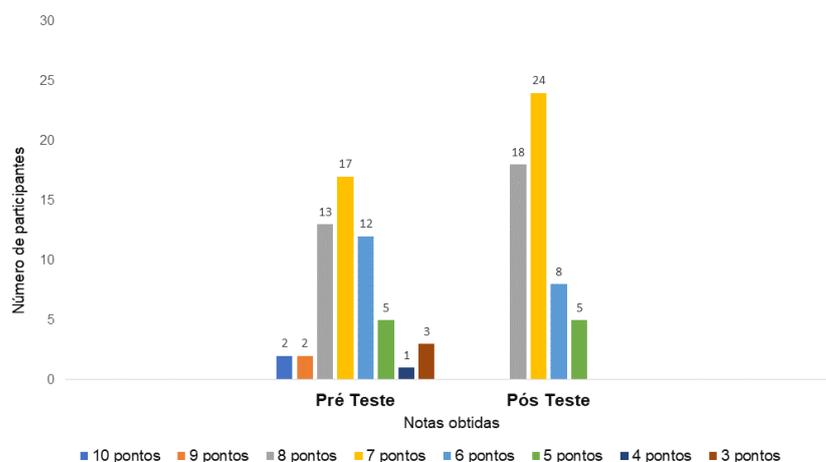


Gráfico 1: Análise das notas obtidas

Ao avaliar detalhadamente as questões, nota-se que há um aumento significativo no percentual de acerto do “Pré teste” para o “Pós teste”, principalmente em questões que exigem um grau de conhecimento mais apurado. É válido ressaltar que a questão com maior número de erros no “Pré teste” (85,4%) demonstrou que os participantes não sabiam se deveriam ou não palpar o pulso da vítima, em contrapartida no “Pós teste” o número de acertos (43,6%) nessa questão é bem expressivo, evidenciando a eficácia do curso.

5 | CONCLUSÃO

Diante do exposto, a capacitação da sociedade leiga em SBV é de suma importância para o atendimento pré-hospitalar e para a saúde e bem estar da população em geral.

O projeto de extensão “Salve uma Vida” se mostrou de grande importância e utilidade para os seus participantes, que ao final do curso devem ter o conhecimento dos princípios básicos do SBV esclarecidos e fixados, no intuito de poder contribuir positivamente em uma situação emergencial.

Dessa maneira, após terem participado do curso, os indivíduos serão capazes de reconhecer e tratar os sinais de obstrução respiratória, identificar rapidamente uma PCR, saber como proceder para ativar o socorro pelo Sistema Único de Saúde e por fim saber como realizar uma RCP eficaz. Assim, os participantes que apresentarem todos esses princípios consolidados estarão aptos para agir em uma situação de risco iminente de vida presenciada em seu dia a dia (Vancini et al; 2019).

De acordo com o atual cenário brasileiro, observa-se que a prática do ensinamento em SBV não é efetivamente aplicada em instituições em geral, gerando uma escassez de pessoas capacitadas a atuar em situações emergenciais.

É possível ressaltar, portanto, que a realização do curso “Salve uma Vida” em escolas e outras instituições em geral pode provocar um aumento significativo no número de pessoas leigas capacitadas em SBV (Kavelak; Hollands; Bingham; 2019).

Com isso, cada vez menos situações emergenciais serão negligenciadas por falta de habilidade das pessoas ao redor, e diante disso ocorrerão menos desfechos fatais (Beck et al; 2016).

REFERÊNCIAS

BECK, Stefanie et al. **Analyses of inter-rater reliability between professionals, medical students and trained school children as assessors of basic life support skills.** BMC Medical Education, [s.l.], v. 16, n. 1, p.263-271, 7 out. 2016. Springer Nature. <http://dx.doi.org/10.1186/s12909-016-0788-9>. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27717352>>.

BERG, Robert A. et al. **Part 5: Adult Basic Life Support.** American Heart Association guidelines for cardiopulmonary resuscitation and emergency cardiovascular care. 2010

BRASIL. Lei nº 13.722, de 4 de outubro de 2018. Institui o Código Civil. **Diário Oficial da União.** Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2015-2018/2018/lei/L13722.htm>

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Protocolos de Intervenção para o SAMU 192 - Serviço de Atendimento Móvel de Urgência.** Brasília: Ministério da Saúde, 2016.

CAVALCANTE, Ana Suelen Pedroza et al. **As Ligas Acadêmicas na Área da Saúde: Lacunas do Conhecimento na Produção Científica Brasileira.** Rev. bras. educ. med., Brasília, v. 42, n. 1, p. 199-206, Jan. 2018

KAVELAK; HOLLANDS; BINGHAM. **Student-Led Cardiopulmonary Resuscitation Education to Lay Providers Results in Successful Knowledge Acquisition and Skill Performance.** Journal Of Clinical Medicine, [s.l.], v. 48, n. 1, p.18-21, 01 fev. 2019.

Ministério da Saúde. Sistema de informações sobre mortalidade (SIM/SUS). **DATASUS.** Disponível em: <<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?sim/cnv/obt10uf.def>>

MOITA, Filomena Maria Gonçalves da Silva Cordeiro; ANDRADE, Fernando César Bezerra de. **Ensino-pesquisa-extensão: um exercício de indissociabilidade na pós-graduação.** Rev. Bras. Educ., Rio de Janeiro, v. 14, n. 41, p. 269-280, Aug. 2009.

VANCINI; NIKOLAIDIS; LIRA. **Prevention of Sudden Death Related to Sport: The Science of Basic Life Support—from Theory to Practice.** Journal Of Clinical Medicine, [s.l.], v. 8, n. 4, p.556-575, 24 abr. 2019. MDPI AG. <http://dx.doi.org/10.3390/jcm8040556>. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/31022955>>.

YANG, Gabriela Yea-Huey et al. **Liga de Anatomia Aplicada (LAA): As Múltiplas Perspectivas sobre Participar de uma Liga Acadêmica.** Rev. bras. educ. med., Brasília, v. 43, n. 1, p. 80-86, Mar. 2019. Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-55022019000100080&lng=en&nrm=iso>.

O PAPEL DO ENFERMEIRO AUDITOR

Data de aceite: 05/02/2020

Ana Patrícia Fonseca Coelho Galvão

Faculdade Pitágoras São Luís, Departamento de Enfermagem.
São Luís-MA

Fabiana Pereira da Silva

Faculdade Redentor, Pós Graduação em Unidade de Terapia Intensiva.
São Luís-MA São Luís-MA

Diana Alves de Oliveira

Faculdade Gianna Beretta, Pós Graduação em Auditoria, Planejamento e Gestão em Saúde. São Luís-MA.

Benedita Célia Leão Gomes

Instituto Florence de Ensino, Pós Graduação em Nefrologia.
São Luís-MA

Maria Rute Gonçalves Moraes

Faculdade Redentor. Pós Graduação em Unidade de Terapia Intensiva.
São Luís-MA

RESUMO: A auditoria em enfermagem é uma forma de analisar a qualidade de um determinado serviço prestado ao cliente, vem sendo utilizadas nas maiorias dos serviços prestados de modo geral, seja ele humanas ou exatas. A utilização da auditoria em enfermagem consiste em uma nova estratégia para fazer o autocontrole dos

serviços de enfermagem, sendo uma grande aliada utilizada para melhorar a qualidade dos serviços e da assistência prestada. Ela se tornar possível através da consulta de registros de enfermagem, tais como as prescrições de enfermagem, os prontuários médicos, os quais indicarão a qualidade da assistência através evidenciada nos registros. Objetivo geral: descrever como ocorre a avaliação da qualidade das prescrições de enfermagem através da auditoria de enfermagem em prontuários médicos. Objetivos específicos: analisar a auditoria indicada para avaliar os prontuários médicos; demonstrar produção de qualidade da implementação dos serviços de saúde; identificar os registros necessários para avaliar a assistência de enfermagem. Conclusão a análise dos artigos mostrou que a efetivação da auditoria de enfermagem facilitaria a avaliação da assistência oferecida ao cliente sendo que as anotações de enfermagem têm um papel fundamental.

PALAVRAS-CHAVE: Auditoria de Enfermagem. Enfermagem. Auditoria em Saúde.

ABSTRACT: Nursing auditing is a way of analyzing the quality of a particular service provided to the client. It has been used in most of the services generally provided, whether human

or exact. The use of nursing audit is a new strategy for self-control of nursing services, being a great ally used to improve the quality of services and care provided. It becomes possible through consultation of nursing records, such as nursing prescriptions, medical records, which will indicate the quality of care evidenced in the records. General objective: to describe how the quality of nursing prescriptions is assessed through nursing auditing in medical records. Specific objectives: to analyze the indicated audit to evaluate the medical records; to demonstrate quality production of health services implementation; identify the records needed to evaluate nursing care. Conclusion The analysis of the articles showed that the performance of the nursing audit would facilitate the evaluation of the care offered to the client, and nursing notes play a fundamental role.

KEYWORDS: Nursing Audit. Nursing. Health Audit.

1 | INTRODUÇÃO

A auditoria em enfermagem vem sendo utilizada para avaliar a qualidade de um determinado serviço prestado ao cliente, utilizadas nas maiorias de serviços prestados de modo geral, seja ele humanas ou exatas. Existem áreas que determinam tomadas de decisões principalmente a área da saúde que requer um amparo maior, fazendo prática baseada em evidências para a execução de um trabalho, que exige avaliações correte, fundamentados e de importância científica é o que garante um resultado sistemático e organizado. Para garantir uma melhor qualidade no oferecimento de determinados serviços de saúde e administrar serviço de cada pessoa assistida individualmente através de histórias construídas por trabalhos e artigos científicos. Tornando-se, um desafio a ofertar serviço de qualidade, pois requer investimentos em profissionais bem capacitados em recursos materiais (PINTO; MELO 2010).

O uso do serviço de auditoria na enfermagem consiste em uma nova estratégia para fazer o autocontrole dos serviços de enfermagem, sendo uma grande aliada utilizada para melhorar a prestação de serviço e da assistência prestada. Tem se tornado favorável através das avaliações e dos registros de enfermagem, através dos prontuários médicos, prescrições de enfermagem, onde indicara a qualidade da assistência através dos registros. Desta forma, a auditoria em serviço de enfermagem melhora através de avaliações qualificadas através dos registros e assistência prestada, que avalia as condutas dos profissionais de enfermagem através dos registros escritos ou avaliação das condições da pessoa assistida (GARCIA; VIANA; BRAGA, 2015).

A justificativa deste trabalho está na importância de mostrar a qualidade da assistência à saúde da enfermagem em auditoria, como uma forma de avaliar os

cuidados prestados aos pacientes na utilização do serviço de saúde, com objetivo de avaliar as condutas comportamentais e disciplinares a fim de mostrar uma melhor qualidade em determinadas assistências, incentivando uma boa prática e boas condutas, assim como crescimento profissional através da educação continuada. A assistência de enfermagem representa a maior parte da mão de obra da assistência à saúde nos ambientes hospitalares, são eles os profissionais mais expostos a excesso de trabalho, por conta destes se torna necessário uma avaliação na qualidade da assistência prestada pelos profissionais de enfermagem para assim garantir segurança e qualidade dos serviços a fim de evitar erros.

Nesse contexto, o enfermeiro vem mostrar que uma das suas atividades é avaliar prontuários juntamente com quadro clínico e história evolutiva da doença. Desta forma, o ajuda tanto no tempo de internação quanto no período do desenvolvimento da doença. Caso contrário, a deficiência na qualidade dos serviços traz danos aos pacientes e mais gastos desnecessários.

De acordo com todos os dados analisados, pós-auditoria, é realizado um levantamento para se obter um retorno, de tudo que foi avaliado de acordo com cada necessidade.

Após o levantamento se observa uma problemática: a auditoria realizada através dos prontuários tende trazer eficácia na abordagem, realizada pelo profissional enfermeiro auditor, é uma maneira segura para indicar a qualidade da assistência prestada de enfermagem.

Objetivo geral: descrever como acontece avaliação da qualidade das anotações de enfermagem através da auditoria de enfermagem realizada nos prontuários médicos.

Objetivos específicos: mostrar como é avaliação dos prontuários; demonstrar de que forma é realizada a auditoria através dos prontuários; identificar os pontos necessários para avaliar a assistência de enfermagem.

A metodologia trata-se de um estudo de revisão de literatura através do levantamento de dados bibliográficos, de acordo com o estudo levantando ouve-se um entendimento científico para realização da temática.

O levantamento bibliográfico foi construído após análise de alguns dados, trabalhos científicos brasileiros com a temática em auditorias em saúde, e serviços de enfermagem, onde apontavam o real papel do enfermeiro auditor, entre o período de 2009 à 2018, contido nas bases, *Lilacs*, *Scielo*, *Medline* e revista de enfermagem, como critério de inclusão os artigos que tratavam das seguintes temáticas: auditoria em enfermagem, auditoria em saúde, auditoria hospitalar, auditoria em serviço de enfermagem. E como critérios de exclusão foram: artigos de revisão, relatos de experiência anteriores ao ano 2009, bem como artigos não científicos. Após levantamento de todos os dados obteve-se uma amostra final de 14 artigos para a

construção deste trabalho.

2 | IMPLEMENTAÇÃO DA AUDITORIA

Auditoria é um exame sistemático de atividades desenvolvidas em determinada empresa ou setor, em que tem o objetivo de avaliar se os serviços prestados estão de acordo com as disposições planejadas e/ou estabelecidas previamente, se foram implementadas com eficácia e se estão adequadas. Os objetivos da aplicação dos serviços de auditorias em saúde que são realizadas através de procedimentos em áreas hospitalares são realizados através de análise das atividades executada pelos profissionais de enfermagem e de serviços prestados de toda a equipe, sob uma avaliação administrativa, onde avalia o desperdício de matérias bem como todos os gastos desnecessários; e por vez promover a qualidade da assistência e do cuidado que vem sendo prestado dentro das próprias empresas; avaliar atividades e a assistência prestada de acordo com os objetivos e metas do hospital; redução de débitos indevidos; identificar práticas indevidas (SCARPARO, 2010).

O principal motivo das auditorias nos campos hospitalares se tornarem necessários são os erros de registros e as anotações de enfermagens a partir de cada registros do paciente. Anotações incorretas ou escritas de forma incompreensível fazem com que ocorram inúmeros erros na prática da assistência direta ao paciente, danos financeiro, gerando transtornos ao paciente e a toda as equipes de enfermagem além de prejuízos empresarial uma vez que as anotações garantem respaldo legal às atividades realizadas por estes profissionais (DIAS et al., 2011).

A tecnologia hoje se torna uma grande aliada dos registros em enfermagem é utilizada em treinamentos, tomada de decisão, no processo de enfermagem, na pré-análise de contas hospitalares e nas auditorias. A informatização dos processos hospitalares é uma ferramenta que deve auxiliar tanto nos processos administrativos quanto na atualização dos cuidados prestados ao cliente. Todavia, observa-se que um dos principais motivos que contribuem para alguns erros na assistência é a barreira que a tecnologia impõe há alguns trabalhadores da assistência (SILVA et al., 2012).

2.1 Auditorias em serviços de enfermagem

De acordo com Pinto e Melo, 2010 as primeiras notificações sobre auditorias na enfermagem surgiram a partir de 1950, através de uma professora e enfermeira da Universidade de Detroit elaborou uma importante ferramenta de auditoria, o “Phaneuf’s Nursing Audit”. Instrumento de auditoria de enfermagem desenvolvido por Phaneuf para ser utilizado em forma de avaliação sobre as informações relatadas nos prontuários, viabilizando melhorar a qualidade destes serviços de enfermagem

prestados de acordo com cada necessidade.

A auditoria realizada nos serviços de enfermagem vem apresentando se de forma avaliativa nas qualidades de serviços prestados aos pacientes e aos sistemas, pela análise detalhada de todas as anotações realizadas através dos prontuários médicos, além-visita aos pacientes que ainda estão internados, e a investigar a compatibilidade entre a assistência efetivada e os elementos cobrados na conta hospitalar, visando garantir uma justa cobrança e pagamento adequado (SCARPARO et al., 2009).

Para Setz e D’Innocenzo (2009) os serviços de auditoria na enfermagem se aplica através de uma avaliação sistematizada dos serviços de enfermagem prestados, através das anotações ou ainda pelo estado clínico do paciente a fim de evitar gastos desnecessários.

Entretanto outros autores apontam em seu trabalho que a auditoria é indicada para avaliar esses prontuários médicos de acordo com cada necessidade, e pacientes submetidos à internação hospitalar, já a auditoria retrospectiva faz uma breve comparação com esses resultados que foram obtidos entre os parâmetros prescritos e as informações encontradas no momento da inspeção dos prontuários da internação até o momento de alta hospitalar (GUEDES; DONIZETTI; STANCATO, 2013).

Hoje há duas formas de auditar no que diz respeito ao método, que pode ser através da avaliação da auditoria retrospectiva ou da auditoria operacional (SOUZA; FONSECA, 2009).

D’innocenzo 2009, mostra em seu trabalho que na forma de auditoria retrospectiva é realizada uma avaliação após a alta do cliente e realizada umas buscas nos registros médicos para uma avaliação. Contudo, a auditoria operacional é a avaliação com o paciente internado no setor hospitalar ou ambulatorial. A auditoria categoriza-se, também, em assistência interna, externa e mista, pela natureza regular e específica, conforme o tempo contínuo e periódico, e por limite total e parcial (FARACO; ALBUQUERQUE, 2010).

Independentemente do tipo e da forma que é utilizada a auditoria a os procedimentos básicos consistem em confeccionar um plano de auditoria que consiste na coleta de dados, e uma minuciosa análise e comparação de padrões pré-estabelecidos e emissão de relatório final (SCARPARO, 2009).

A auditoria em enfermagem é utilizada para inúmeros fins: mostrar defeitos ou qualidades na assistência de enfermagem, melhorar e aperfeiçoar os serviços de enfermagem, assim como a qualidade das atividades laborais e adquirir informações referentes às atualizações dos profissionais de enfermagem (FARACO; ALBUQUERQUE, 2009).

No contexto, a auditoria em enfermagem na forma retrospectiva submete-se

a todos os registros prescritos pelos profissionais de enfermagem com a finalidade de avaliar todas as anotações de enfermagem ou evoluções, implementações e condutas a serem submetidas através destas implementações realizadas (SETZ, INNOCENZO, 2009).

Através desse serviço de auditorias nos serviços de enfermagem podem-se identificar determinadas imprecisões como: erros de ortografia, a falta de termos técnicos utilizados no prontuário do paciente, além das dificuldades relacionadas à identificação de cada funcionário através de carimbos e registros, pelo conselho da categoria (SILVA; RODRIGUES; PIRES, 2016).

SOUZA et al., (2010) aponta em seu trabalho registros de enfermagem indicam a assistência implementada, ou melhor mostram a qualidade desses serviços prestados. Desta forma, a auditoria toma uma posição muito importante na qualidade destes serviços de assistência de enfermagem.

A auditoria retrospectiva tem por vez sua realização através da alta do paciente, ou seguida através de procedimentos ambulatoriais, que através de registros no prontuário do usuário, toda via subsidia melhoria o aperfeiçoamento do serviço de saúde os tornando assim de forma universal e (PEREIRA; TAKAHASHI, 1991).

No Brasil a auditoria em enfermagem vem mostrando-se de forma bem rudimentar, até a década de 1970, foi então o período em que surgiu o primeiro trabalho publicado sobre auditorias em sistemas de saúde, periódico científico brasileiro (MELO, 2010).

Hoje, a auditoria em enfermagem tem como contribuição à fiscalização dos processos administrativos, realizado através de conferências obtidos, após a análise na assistência e a afirmação com todos objetivos e resultados (SCARPARO; FERRAZ, 2010).

Por Enfermeiro Auditor na unidade de serviço em saúde tem uma mera importância em serviços prestados em nível hospitalar deve efetuar uma avaliação minuciosa nos prontuários, a fim de constatar se estão sendo realizados os serviços e os devidamente preenchidos de cada campo nos prontuários e sistemas através de um check list ou ainda de enfermagem, entre eles: prescrições e evoluções médicas e de enfermagem, história clínica, anamnese, bem como as implementações (LOPES et al., 2009).

3 | O ENFERMEIRO AUDITOR

Os serviços de auditoria de enfermagem precisam ser realizados um trabalho proativo para melhorar a qualidade e redução dos desperdícios com medicamentos e materiais, e é suma importância à revisão das rotinas e implantação de

programas de treinamento de atividade continuadas para conscientização, e melhor aprimoramento do corpo de profissionais e equipe de enfermagem quanto à importância dos recursos financeiros do hospital. Seguindo uma mesma linha de padrão de tecnologia, propõem-se ações de educação continuada sobre os registros de enfermagem para a diminuição dos problemas com as anotações e evoluções de enfermagem (SCARPARO; FERRAZ, 2008).

É responsabilidade do enfermeiro o planejamento e organização da unidade e do trabalho da equipe de enfermagem, o que inclui maior atenção ao registro e da anamnese ou história do paciente no seu prontuário, visando à diminuição dos desperdícios e maior qualidade do atendimento (VIANA et al., 2016).

Embora as anotações de enfermagem seja um assunto presente e bastante enfatizado nos cursos de formação de técnicos de enfermagem e enfermeiros, essa pesquisa identificou que são comuns erros e inconformidades na sua elaboração. Diante disso, observa-se que a falha pode estar na Direção de Enfermagem da instituição ou nos enfermeiros diretamente envolvidos com os serviços ou no rodízio em turnos de trabalhos, que pode contribuir para a não continuidade de anotações de enfermagem e impedir que os enfermeiros acompanhem seus funcionários mais de perto. Outro aspecto em comum entre os artigos analisados é a auditoria ser vista como um processo educativo (DIAS et al., 2011).

Da mesma forma, outro estudo aponta que o enfermeiro no exercício da sua função administrativa deve cooperar com os resultados econômicos da instituição, a participação das lideranças de enfermagem é importante na adoção de medidas corretivas e preventivas no que tange aos registros de enfermagem e podem produzir uma melhor excelência na gestão hospitalar (SILVA; VIANA; BRAGA, 2016).

Dessa forma, existe a necessidade premente de intenso investimento em educação continuada e permanente, visando à promoção do conhecimento e à sensibilização da equipe de enfermagem para a importância da comunicação escrita, e para o fato de que os registros são a expressão do cuidado produzido, ou seja, refletem a qualidade da assistência, não tendo apenas o dever de garantir o pagamento pelos procedimentos realizados (SEIXAS; OLIVEIRA; ZAMBELAR, 2014).

4 | RESULTADOS E DISCUSSÃO

Observou-se que as ações do enfermeiro auditor constituem-se em conhecer e atender as necessidades dos pacientes, levantar subsídios que levam à reflexão profissional e, auxiliie à instituição alcançar seus objetivos. Asseguraram ainda, os interesses financeiros das organizações para as quais vendem seu trabalho proporcionando melhorias na gestão do serviço e, conseqüentemente, na gestão

hospitalar, controle de custos, conferência da correta Revista Ciência e Sociedade, Macapá, n.1, v.1, jan./jun. de 2016. Utilização /cobrança dos recursos técnicos disponíveis.

Os registros de enfermagem na função de auditoria são fundamentais tanto para avaliar os cuidados oferecidos, quanto para o controle operacional e financeiros com esse cuidado.

O que vai ao encontro do que refere Bazzanella (2013) quanto à finalidade da auditoria, que pode ser utilizada nos cuidados/qualidade, ou no controle de custos. Quando aplicada aos cuidados/qualidade, fundamenta-se nos registros realizados sobre o paciente no prontuário e/ou nas condições dos pacientes verificadas in loco, para avaliar os aspectos positivos e negativos da assistência prestada.

Quando utilizada para a verificação dos custos, a auditoria se direciona a conferência das contas médicas, glosas contratuais e administrativas a fim de controlar o faturamento das instituições de saúde. Santana, Silva (2009), por sua vez, afirmam ser a auditoria um sistema de revisão e controle, para informar a administração sobre a eficiência e eficácia dos programas em desenvolvimento, tendo como função não somente indicar as falhas e os problemas, mas, também, apontar sugestões e soluções, assumindo assim um caráter eminentemente educacional.

Considerando as evidências da função do enfermeiro auditor encontrada nos artigos pesquisados, verificou-se que estão de acordo com a afirmação de que as organizações hospitalares constituem empresas de serviços complexas e podem, por meio de auditoria melhorar seus processos de trabalho, incrementar os recursos (humanos, estruturais e materiais) disponíveis e aumentar a eficácia dos resultados que pretendem alcançar (GUERRER et al., 2014).

Além disso, os artigos pesquisados indicaram também, que as ações de enfermagem aliadas à auditoria levam a constante análise de indicadores assistenciais, contribuindo para a reformulação de práticas de enfermagem inadequadas com indicação de educação em serviço para educar os prestadores de serviços. A auditoria em enfermagem é realizada nos registros de enfermagem dos prontuários, em levantamento de materiais utilizados pela enfermagem e na avaliação do cuidado (SILVA; RODRIGUES; PIRES, 2016).

Sobre isso, Vieira (2014) ressalta que na assistência de qualidade e no aumento da competitividade entre organizações que prestam serviços de saúde, cada vez mais surgem oportunidades para o profissional enfermeiro atuar na área de gestão e auditoria de contas, e administrações hospitalares.

Dessa forma, a auditoria integra-se como uma aliada importante utilizada pelos profissionais da saúde, em especial os enfermeiros auditor, com a finalidade de avaliar a qualidade da assistência de Enfermagem e os custos decorrentes da prestação

de serviços prestados, afirma o citado autor, que além de fornecer subsídios para o planejamento e execução de atividades Revista Ciência e Sociedade, Macapá, n.1, v.1, jan./jun. de 2016. Gerenciais, como orientação e capacitação da equipe de enfermagem para execução dos registros de enfermagem.

Essas ações também estão de acordo com a resolução do COFEN nº 266/1991 que relaciona as atividades privativas do enfermeiro auditor em exercício de sua função: organizar, dirigir, planejar, gerenciar, coordenar e avaliar, prestar consultoria, auditoria e emissão de parecer sobre os serviços de auditoria de enfermagem; atuar na elaboração de medidas de prevenção e controle sistemático de danos que possam ser causados aos pacientes durante a assistência de enfermagem; o enfermeiro auditor, segundo a autonomia legal conferida pela lei e decretos que tratam do exercício profissional de Enfermagem para exercer sua função não depende da presença de outro profissional; tem o direito de visitar/entrevistar o paciente, com o objetivo de constatar sua satisfação com o serviço de Enfermagem prestado, bem como a qualidade desse serviço. Se necessário, deve acompanhar os procedimentos prestados no sentido de dirimir quaisquer dúvidas que possam interferir no seu relatório; tem o direito de acessar, in loco, toda a documentação necessária, sendo-lhe vedado retirar da instituição os prontuários ou suas cópias; pode, também, se necessário, examinar o paciente, desde que autorizado por ele ou por seu representante legal; quando integrante de equipe multiprofissional, deve preservar sua autonomia, liberdade de trabalho, e sigilo profissional; bem como respeitar autonomia, liberdade de trabalho dos membros da equipe, respeitando a privacidade, e o sigilo profissional, salvo nos casos previstos em lei, que objetivem a garantia do bem-estar do ser humano e a preservação da vida; quando em sua função, deve sempre respeitar os princípios profissionais, legais e éticos no cumprimento do seu dever (COFEN, 2001)

5 | CONCLUSÃO

Este estudo objetivou identificar os artigos científicos nacionais sobre auditoria de enfermagem, publicados no período de 2009 a 2018 analisando na produção científica, a importância da auditoria de enfermagem para a qualidade da assistência com vistas a subsidiar o papel do enfermeiro nesta área. Embora a temática que envolva a questão da auditoria de enfermagem seja ampla, acreditamos que nosso estudo deixa pontos importantes para reflexão.

A análise dos artigos mostrou que a efetivação da auditoria de enfermagem facilitaria a avaliação da assistência oferecida ao cliente sendo que as anotações de enfermagem têm um papel fundamental e representam uma das fontes de dados de

investigação na sua execução; o enfermeiro é o profissional habilitado para a função de auditor na equipe de enfermagem, porém necessita aprimorar conhecimentos sobre esta função em sua formação.

Nesta área o enfermeiro pode atuar sugerindo mudanças de rotinas organizacionais e subsidiar a educação continuada com o enfoque na prestação de serviços de qualidade. Compreendemos que, para realizar a auditoria de enfermagem, nos dias de hoje, é preciso que se reconheçam as transformações, no plano econômico, político e tecnológicos que vêm passando as organizações de um modo geral, o que não é tarefa fácil e faz com que no campo da auditoria estejamos vivendo uma crise profunda.

A aplicação do método de auditoria deve estar de acordo com os objetivos e metas organizacionais. Tendo em vista que a enfermagem passa por uma reforma curricular, entendemos que é momento para reflexão sobre a responsabilidade que as instituições de ensino têm em formar e lançar no mercado de trabalho, profissionais para desempenhar a função de auditor nos serviços de enfermagem e de saúde, que sejam comprometidos com o desenvolvimento de pessoas como forma de fortalecer os objetivos das organizações.

REFERÊNCIAS

ATTIE, W. **Auditoria conceitos e aplicações**. 6. Ed. Atlas: São Paulo, 2011.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. **Código de ética dos profissionais de Enfermagem**. Rio de Janeiro, 8 fev. 2007. Disponível em: <<http://www.portalcofen.gov.br/sitenovo/node/4158>> Acesso em: 03 de ago. 2019

COSTA, Maria Suêda et al . Auditoria em enfermagem como estratégia de um marketing profissional. **Rev. bras. enferm.**, Brasília , v. 57, n. 4, p. 497-499, Ago. 2004 Disponível em: <<http://www.scielo.br/scielo>. Acesso em: 03 Ago. 2019.

GARCIA, Cledir Tania França; VIANA, Carla Denise; DE BRAGAS, Luciane Zambarda Todendi. A auditoria de enfermagem e as glosas hospitalares. **Salão do Conhecimento**, [S.l.], ago. 2015. ISSN 2318-2385. Disponível em: <<https://www.publicacoeseventos.unijui.edu.br/index.php/salaconhecimento/article/view/4588>>. Acesso em: 03 ago. 2019.

GUERRER, Gabriela Favaro Faria; LIMA, Antônio Fernandes Costa; CASTILHO, Valéria. Estudo da auditoria de contas em um hospital de ensino. **Revista Brasileira de Enfermagem - REBEn**, Brasília, v. 68, n. mai./ju 2015, p. 414-420, 2015. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reben/v68n3/0034-7167-reben-68-03-0414.pdf> > Acesso em: 03 ago. 2019.

GUEDES, Gisele Giuliane; TREVISAN, Danilo Donizetti; STANCATO, Kátia. Auditoria de prescrições de enfermagem de um hospital de ensino paulista: avaliação da qualidade da assistência. **Rev. Adm. Saúde**, v. 15, n. 59, p. 71 - 78, 2013.

PINTO, Karina Araújo; MELO, Cristina Maria Meira de. A prática da enfermeira em auditoria em saúde. **Rev. esc. enferm. USP**, São Paulo, v. 44, n. 3, p. 671-678, Set. 2010. Disponível em: <<http://www.scielo.br/scielo>. Acesso em: 03 Ago. 2019.

SCARPARO, Ariane Fazzolo; FERRAZ, Clarice Aparecida. Auditoria em Enfermagem: identificando sua concepção e métodos. **Rev. bras. enferm.**, Brasília, v. 61, n. 3, p. 302-305, Jun. 2008. Disponível em: <<http://www.scielo.br/scielo>. Acesso em: 03 Ago. 2019.

SETZ, Vanessa Grespan; D'INNOCENZO, Maria. Avaliação da qualidade dos registros de enfermagem no prontuário por meio da auditoria. **Acta paul. enferm.**, São Paulo, v.22, n.3, p.313-317, Jun. 2009 Disponível em: <<http://www.scielo.br/scielo>. Acesso em 03 Ago. 2019.

SCARPARO, Ariane Fazzolo et al. Tendências da função do enfermeiro auditor no mercado em saúde. **Texto contexto - enferm.**, Florianópolis, v.19, n.1, p.85-92, Mar. 2010 Disponível em:<<http://www.scielo.br/scielo>. Acesso em: 03 Ago. 2019.

Silva, A.; Rodrigues, J.; Pires, M.. O papel do enfermeiro na auditoria de enfermagem. **Revista Ciência e Sociedade**, América do Norte, v.118 n.10. 2016.

SILVA, Maria Verônica Sales da et al. Limites e possibilidades da auditoria em enfermagem e seus aspectos teóricos e práticos. **Rev. bras. enferm.**, Brasília, v.65, n.3, p.535-538, Jun.2012. Disponível em: <<http://www.scielo.br/scielo>. >. Acesso em: 03 Ago. 2019.

SOUZA, Diva Aparecida; FONSECA, Ariadne Silva. Auditoria em Enfermagem: visão das enfermeiras do município de São Paulo. **Revista Nursing**, São Paulo, v.84, n.8, p.234-38, 2005.

SOUZA, Talita Monteiro de; CARVALHO, Rachel de; PALADINO, Camila Moreira. Diagnósticos, Prognósticos e Intervenções de enfermagem na sala de recuperação pós-anestésica. **Revista SOBECC**, São Paulo, v. 17, n. 4, p. 33-47, dez. 2012. ISSN 2358-2871. Disponível em: <<https://revista.sobecc.org.br/sobecc/article/view/187>>. Acesso em: 06 ago. 2019.

SANTANA, R. M. SILVA, V. G. **Auditoria em enfermagem uma proposta metodológica**. Universidade Estadual de Santa Cruz, Bahia, 2009.

PROMOÇÃO DA SAÚDE: DICOTOMIA ENTRE PÚBLICO E PRIVADO

Data de aceite: 05/02/2020

Data de Submissão: 04/11/2019

Rinaldo Caetano da Silva

Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia de Vitória (EMESCAM). Vitória, Espírito Santo.

<http://lattes.cnpq.br/6373595673036654>

Maristela Dalbello-Araujo

Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia de Vitória (EMESCAM). Vitória, Espírito Santo.

<http://lattes.cnpq.br/1496949211181149>

Maria Carlota de Rezende Coelho

Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia de Vitória (EMESCAM). Vitória, Espírito Santo.

<http://lattes.cnpq.br/8823411473824243>

Paula de Souza Silva Freitas

Universidade Federal do Espírito Santo (UFES). Vitória, Espírito Santo.

<http://lattes.cnpq.br/6676352092840927>

RESUMO: Este artigo trata do resultado da comparação feita entre as normativas que regulamentam as ações de promoção da saúde nos sistemas público e privado, procurando responder de que maneira as políticas aplicadas por cada uma dessas esferas se assemelham

ou diferem na perspectiva dos postulados da promoção da saúde e prevenção de doenças. Para tal foi realizada Análise Documental, por meio de ficha de leitura de quatro documentos: duas portarias da Política de Promoção da Saúde (PNPS), emanadas pelo Ministério da Saúde (2006 e 2014) e duas instruções normativas da Agência Nacional de Saúde (ANS), disseminadas por meio de manuais técnicos (2006 e 2011). Concluímos que as políticas têm caminhos e alvos diferentes, haja vista que a PNPS, através de seus valores, princípios e diretrizes alcança todo o território nacional com suas ações, visando trabalhar os determinantes sociais e condicionantes da saúde, já aquelas que provêm da ANS, apesar de bem estruturadas em seus manuais técnicos, atingem uma pequena parcela da sociedade, ou seja, os beneficiários dos planos de saúde, aspirando iniciativas individuais e cumprindo uma lógica econômica. Entretanto, ambas afirmam que almejam a mudança do modelo assistencial de saúde. **Objetivo:** Identificar as semelhanças e diferenças entre a Política Nacional de Promoção da Saúde do Ministério da Saúde e a Política de Regulação Indutora de Promoção de Saúde e Prevenção de Riscos e Doenças da Agência Nacional de Saúde Suplementar.

HEALTH PROMOTION: PUBLIC-PRIVATE DICHOTOMY

ABSTRACT: This article deals with the result of the comparison made between the regulations that regulate health promotion actions in the public and private systems, seeking to answer how the policies applied by each of these spheres are similar or different from the perspective of the postulates of health promotion and disease prevention. To this end, a Documentary Analysis was carried out, through a reading form of four documents: two Health Promotion Policy (PNPS) ordinances issued by the Ministry of Health (2006 and 2014) and two normative instructions from the National Health Agency (ANS), disseminated through technical manuals (2006 and 2011). We conclude that the policies have different paths and targets, given that the PNPS, through its values, principles and guidelines reaches the entire national territory with its actions, aiming to work on the social determinants and conditioning factors of health, while those that come from the ANS, although well structured in its technical manuals, reach a small portion of society, i.e., the beneficiaries of health plans, aspiring individual initiatives and following an economic logic. However, both affirm that they aim at changing the health care model. **Objective:** To identify the similarities and differences between the National Health Promotion Policy of the Ministry of Health and the Inductive Regulation Policy for Health Promotion and Risk and Disease Prevention of the National Agency for Supplementary Health.

KEYWORDS: Public and Private; Health Promotion; Documentary Analysis.

1 | INTRODUÇÃO

A relação entre os setores: Público e Privado se faz presente desde o cenário que antecede o nascimento da saúde pública no Brasil. Podemos destacar o desenvolvimento dos meios de produção e a urbanização crescente que começam a incitar mudanças tanto no trabalho, quanto na saúde; o combate às epidemias e sua relação com o sistema econômico; o desenvolvimento da medicina previdenciária e seus impactos na sociedade; a chegada dos recursos tecnológicos e farmacêuticos; as manifestações por melhores condições de saúde e emprego; a conquista da saúde garantida através da Constituição Federal e a criação do Sistema Único de Saúde (SUS), todos esses episódios trazem facetas desta relação. Observa-se que no texto da Constituição Federal (1988) a iniciativa privada se caracteriza complementar ao sistema de saúde, haja vista que o artigo 198 aponta ser a saúde um direito de todos e afirma ser o Estado o provedor primordial deste direito.

A noção de Promoção da Saúde surge em meio à busca por novos modelos de atenção à saúde, principalmente na atenção primária, combatendo, deste modo, os

altos custos da atenção secundária e terciária. Tal noção engloba a crítica ao modelo biomédico, fomentando assim uma discussão sobre a importância de envolver outras áreas nos cuidados com a saúde, com foco no combate ao desequilíbrio dos condicionantes e determinantes sociais. Nota-se uma evolução nas discussões e conceitos da promoção da saúde e seus campos de atuação, tanto no âmbito da saúde pública, como também na saúde privada, devido aos cenários epidemiológicos e sociais, os impactos econômicos e o acesso aos cuidados com a saúde.

No Brasil, a Promoção da Saúde no âmbito público se concretiza pela Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS), sancionada através de uma portaria governamental que visa reduzir as vulnerabilidades e riscos à saúde relacionados aos determinantes e condicionantes da saúde da população. Na rede de saúde privada percebe-se que o mote para seu incentivo provém de fatores econômicos, através de incentivos fiscais para a instalação de programas de promoção da saúde por parte das operadoras de saúde. Tais incentivos partem da Resolução Normativa da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), por força de sua Política de Regulação Indutora, disseminada através de um Manual Técnico que propõe vantagens econômicas àquelas operadoras que aderirem à proposta de promoção da saúde.

2 | MÉTODO

Para empreender este estudo realizamos revisão da literatura, visando apreender os aspectos históricos que levam a constituição do sistema de saúde brasileiro, composto por aspectos universais e públicos, porém deixando margem para a iniciativa privada, ainda que em caráter complementar. Também, através da revisão buscamos captar os conceitos que sustentam a noção de Promoção da Saúde, tanto no plano nacional como internacional.

Para proceder ao exame das políticas empreendidas pelos setores público e privado, nos dias atuais, confrontando conceitos e ideias e buscando identificar as semelhanças e diferenças existentes, realizamos Análise Documental que consiste em pesquisar e analisar materiais que não receberam qualquer tipo de tratamento analítico, tais como: documentos oficiais, reportagens de jornal, cartas, contratos, diários, dentre outros (Gil, 2008).

A análise teve a intenção de produzir novos conhecimentos e contribuir para criar formas de compreender o fenômeno, e ainda, destaca-se que a “Análise documental pode ser entendida como uma série de operações, que visa estudar e analisar um, ou vários documentos, buscando identificar informações factuais nos mesmos” (KRIPKA, SCHELLER E BONOTTO, 2015, p. 245).

Corroborando com o entendimento, Sousa, Kantorski e Luís (2011) afirmam,

que a análise documental consiste em identificar, verificar e apreciar os documentos com uma finalidade específica e, nesse caso, preconiza-se a utilização de uma fonte paralela e simultânea de informação para complementar os dados e permitir a contextualização das informações contidas nos documentos.

Seguindo um roteiro guia elaborado pelos autores, inspirado em Prates e Prates (2009), visando facilitar e sistematizar a leitura e pareamento dos documentos. De posse desse modelo, adaptamos e modificamos a ficha de leitura, entendida como o documento onde o investigador registra o resultado de um trabalho de tratamento, análise e síntese da informação. Posteriormente, passamos à análise que visa a caracterização do documento, a codificação, os registros, a categorização e a análise crítica. Em seguida, foi realizada a minuciosa análise dos documentos e, com isso, foi feita a Análise de Conteúdo, seguindo os pressupostos de Bardim, descritos por Kripka, Scheller e Bonotto (2015). Estes autores conceituam o processo de análise através das seguintes etapas: de Pré-análise que consiste em organização, escolha e seleção dos documentos, posteriormente exploração do material a fim de realizar uma análise mais aprofundada do documento e por fim, o tratamento dos resultados, buscando descobrir o conteúdo com maior potencial informativo (KRIPKA; SCHELLER; BONOTTO, 2015, p. 246).

Sendo assim, foi realizada Análise de duas portarias da Política de Promoção da Saúde (PNPS) emanadas pelo Ministério da Saúde, de 2006 e 2014 e de duas resoluções normativas que dizem respeito à regulação da ANS, disseminadas através de manuais técnicos, de 2006 e 2011, entre os meses de fevereiro e setembro de 2018. Tal estratégia de análise foi necessária, uma vez que a lógica empreendida por tais estratégias busca resultados similares, porém por caminhos distintos. Além disso, muitas das vezes, se fundamentam nas mesmas fontes de conhecimento e estudo para a elaboração de suas propostas, diferindo, entretanto, na forma de alcançá-los.

Através deste estudo buscamos desbravar as entrelinhas das políticas de Promoção da Saúde empreendidas, tanto pela ANS, quanto pela PNPS, analisando de que maneira as atuações se aproximam ou distanciam, como se organizam, quais os caminhos utilizados para que as intervenções sejam significativas para a sociedade.

3 | SISTEMA DE SAÚDE BRASILEIRO: PÚBLICO E PRIVADO

O Sistema de Saúde vigente no país é chamado de Sistema Único de Saúde – (SUS), cuja regulamentação é relativamente recente em termos de política pública. De acordo com Aciole, (2006, p.195):

O SUS como produto do movimento de reforma sanitária brasileira tem assim caráter fortemente utópico ao pretender construir outra relação entre estado e sociedade, e por possuir uma concepção incluyente, pluralista, democrática, descentralizadora, de base municipalista, além de transparente, porque submetida ao controle externo, do **público sobre a ação estatal**.

Assim, nasce o SUS, “de caráter público, formado por uma rede de serviços regionalizada, hierarquizada e descentralizada, com direção **única em cada esfera de governo** e sob o controle dos seus usuários” (BRASIL, 1990, p.4).

A ideia de um Sistema Único de Saúde, estatal e público, está assentada, ademais, nas premissas de gestão nacionalizadora de recursos, unicidade de princípios em abrangência nacional, abertura a participação comunitária, permeabilidade às injunções da esfera pública, institucionalizada na forma de conselhos paritários e setoriais, e realização de um conjunto de ações que consideram a saúde como um produto das necessidades sociais construídas em cada momento histórico (ACIOLE, 2006, p.20).

E, em consonância com o Art. 7º da Lei 8.080 de 19 de setembro de 1990, as ações e serviços públicos de saúde e os serviços privados contratados ou conveniados que integram o Sistema Único de Saúde (SUS), são desenvolvidos de acordo com as diretrizes previstas na Constituição Federal (CF 88), obedecendo, ainda, aos seguintes princípios: universalidade de acesso aos serviços de saúde em todos os níveis de assistência; integralidade de assistência, entendida como conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema; e equidade, que se impõe como o imperativo de tratar diferentemente, buscando atenuar desigualdades.

Para que o SUS possa funcionar em todos os campos e regiões brasileiras, ele se organiza através dos princípios da regionalização e hierarquização, atuando tanto em linhas horizontais quanto verticais, possibilitando conhecimento e atendimento dos mais diversificados casos e situações do país. Também deve obedecer ao princípio da participação social, por meio dos conselhos e conferências (BRASIL, 1990).

Além disso, desde sua criação, está previsto o princípio da complementariedade do setor privado, garantido pela constituição, o que possibilita a participação da iniciativa privada nos processos de atenção à saúde da população, mediante dispositivos que norteiam a celebração de suas ações (BRASIL, 1990).

Paim (2005), ao discutir a relação público e privado, inerente ao sistema de saúde brasileiro, aponta que tais discussões surgiram ainda no período anterior a VIII Conferência Nacional de Saúde, através de trabalhos, teses e estudos realizados por Carlos Gentile (1918-1982), Cecilia Donnangelo (1940-1983), Sergio Arouca (1941- 2003) e outros desbravadores da saúde coletiva. Tais estudos afirmam que, apesar do setor privado não ter participado ativamente durante os debates, não

deixou de compor a Comissão Nacional da Reforma Sanitária (*CNRS*), no sentido da defesa de seus interesses.

Destaca-se do relatório da *CNRS* destinado à Assembleia Nacional Constituinte, o trecho «é assegurado o livre o exercício da atividade liberal em saúde e a organização de serviços privados, obedecidos os preceitos éticos e técnicos determinados pela lei e os princípios que norteiam a Política Nacional em Saúde» (PAIM, 2005, p. 115).

O governo é o principal responsável em gerir e financiar o sistema, é ele que encaminha fundos significativos dos cofres públicos na conservação das políticas sociais. Esses recursos são divididos mediante necessidades apresentadas e são supridos por via de novas arrecadações periódicas, conotando uma manutenção econômica de geração a geração. O modelo propõe uma cidadania universal, pois os proveitos são garantidos como direitos sociais, de modo universal a todos que dele necessitem (FLEURY; OUVENEY, 2008).

Desta forma, podemos afirmar que o Sistema de Saúde vigente no país é composto por dois subsistemas, um privado, caracterizado por relações de mercado e regido pelo código de defesa do consumidor, e um público, cabendo ao Estado a sua organização. Para Pietrobon, Prado e Caetano (2008) o subsistema privado é ainda dividido em dois subsectores: o subsector saúde suplementar e o subsector liberal clássico.

Na fala de Aciole (2006), a expressão privada, se põe contrária a público, na qual se liga a ideia de mercado, compreendido como ambiente de produção. Traz ainda que, o termo público é usado para dar sentido no que diz respeito à distribuição do bem comum, ao interesse público e coletivo em geral, enquanto o privado expressa a condição individualizada. O desenvolvimento do campo da saúde decorreu, na área pública, de práticas coletivas e preventivas, ações essas de cunho estatal. De outro lado, o crescimento na área privada ocorreu pelas práticas individuais e curativas, relacionadas com a prática clínica.

Para Sader (2005, p. 47), a relação público-privado se manifesta no seguinte aspecto:

A distinção público-privado pode ser encarada de uma outra ótica: a da distinção política/economia, com o primado do público sobre o privado interpretado como o primado da política sobre a economia, do interesse geral sobre a acumulação e as necessidades privadas. Essa visão é possível, porque, à diferença das sociedades pré-capitalistas, no capitalismo a acumulação privada não requer para sua reprodução [...] a intervenção estrutural da política.

No entendimento de Fleury e Ouverney (2008) a construção da política de saúde como política social envolve diversos aspectos políticos, sociais, econômicos, institucionais, estratégicos, ideológicos, teóricos, técnicos, culturais, dentre outros. A divisão de responsabilidades, no entanto, não exime as pessoas, a família,

empresas e a sociedade.

Devido cenário duplo de atenção à saúde, e com a intensificação do desequilíbrio nas relações de mercado, organiza-se através da Lei nº 9.656/98, o setor de saúde suplementar, minimizando impactos para seus usuários, com controle sobre fatores econômicos e regulamentando a atuação das empresas privadas (PIETROBOM, PRADO E CAETANO, 2008).

De acordo com Carvalho, Fortes e Garrafa (2013, p.261), essa lei:

[...] estabeleceu como plano básico e mínimo que uma operadora deveria garantir no produto oferecido no mercado, além da opção segmentar de planos com cobertura ambulatorial/ hospitalar, somente ambulatorial ou apenas hospitalar com atendimento pré-natal.

Scheffer e Bahia (2005) afirmam que não há um consenso firmado entre os estudiosos do setor privado de saúde, pois existem outras denominações para além de Saúde Suplementar, podendo ser eles: Atenção Médica Supletiva, Assistência Médica Complementar ou Assistência Médica Suplementar.

O termo operadora é herança de outros setores regulados, enquadrado sob a mesma característica de modalidades empresariais bem distintas, não refletindo as diversidades dos segmentos. Já a legislação entende por operadora toda e qualquer pessoa de direito privado responsável por administrar planos de saúde (SCHEFFER; BAHIA, 2005).

Na busca de controlar melhor as ações por parte da iniciativa privada, deu-se início ao processo de regulação através do controle da comercialização de produtos, restringindo ações excludentes por perfil de risco, buscando ajustar o desequilíbrio econômico do mercado de saúde, procurando equilibrar a relação entre consumidor e fornecedor (PIETROBOM; PRADO; CAETANO, 2008).

No setor saúde encontramos duas agências de regulação: a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa), incumbida de ações regulatórias nos setores de vigilância Sanitária e a Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), responsável pelo setor suplementar de assistência (HEIMANN, 2005).

A ANS é uma autarquia especial que tem como características a autonomia administrativa, financeira, patrimonial e de gestão de recursos humanos, autonomia nas suas decisões técnicas e com mandato fixo de diretores. Sua finalidade é promover a defesa do interesse público, e suas funções são: a regulação, normatização, controle e fiscalização das atividades que garantem a assistência supletiva à saúde. A regulação se apresenta como alternativa de proporcionar a eficiência econômica, e deste modo, oportunizar o bem-estar dos consumidores e usuários, concomitantemente fomenta novas oportunidades para o desenvolvimento da economia (SCHEFFER; BAHIA, 2005).

A ANS tem por objetivo viabilizar a proteção das intenções públicas no auxílio

à saúde, monitorando as atividades dos planos privados de saúde, inclusive na relação de comércio, compra e venda, consumo e oferta (PIETROBOM, PRADO E CAETANO, 2008).

O nascimento da agência ligada ao Ministério da Saúde, simbolizou um ganho da saúde sobre o campo econômico, mas veio também concretizar o ideário sobre a diferenciação entre o segmento privado e o SUS, fortalecendo, no plano legal e institucional, a presença de dois sistemas que não se comparam.

A Agência, em 2005, criou o Programa de Qualificação no Setor de Saúde Suplementar com o objetivo de fomentar avanços no setor saúde e, promover melhorias e expansão dos cuidados à saúde, fornecida pelos planos de saúde, incitando além da recuperação, também a promoção e a prevenção, visto que são empresas com finalidade social (SCHEFFER; BAHIA, 2005).

No polo privado destaca-se o mercado através da oferta de prestação de serviços de assistência médica individual e curativa, mantida pelo sistema de vendas dos produtos em saúde, definida como saúde suplementar, que reúne as operadoras e seguros privados de saúde, que se organizam como cooperativas de trabalho médico, medicinas de grupo, filantrópicas e autogestões. Neste cenário que podemos definir os dois sistemas de saúde no Brasil: o Público através do SUS e o Privado formado pelas operadoras de Planos de Saúde (ACIOLE, 2006).

Na gestão do SUS, a participação de representantes da sociedade e dos gestores das diversas instâncias subnacionais de governo é garantida por meio de diversos arranjos institucionais, que permitem não só maior responsabilização do poder público, como também a participação no processo decisório. No caso da assistência suplementar, o arranjo institucional de uma agência reguladora dotada de alto grau de autonomia administrativa, decisória e punitiva não considera as instâncias decisórias e gestoras do SUS (MENICUCCI, 2010, p.192).

Pelo cenário apresentado até o momento, observamos as diferentes características nos sistemas público e privado atuantes no setor saúde, principalmente na relação entre estado e mercado, que constituem um sistema híbrido definido por sua dicotomia, expressando suas diferentes faces socioeconômicas dependentes de implantações de políticas públicas e privadas e seus reflexos no social (ACIOLE, 2006).

O cenário de baixo investimento no setor público faz com que o SUS fique comprometido na aquisição dos recursos, pois os repasses fiscais do governo para o privado, os custos com os planos privados de saúde para trabalhadores estatais e o desgaste econômico de auxílios fiscais fazem com que o SUS fique desprovido de maiores receitas. Essa herança advém desde o regime militar (PIETROBOM; PRADO; CAETANO, 2008).

Contudo, Scheffer e Bahia (2005) dizem que a ANS, que é o responsável pelo setor de integração com o SUS, articula esta relação por meio da tentativa de

ressarcimento para o sistema público de ações realizadas por pessoas portadoras de planos privados de saúde, através de procedimentos jurídicos e administrativos. Ainda segundo os autores, o modelo de ressarcimento se restringe às situações de internação e atendimentos de urgência e emergência. O aspecto legal prevê que o processo de ressarcimento deva acontecer, porém tem sido muito rara esta ação. Com este panorama o setor público com isso perde força e arca com os procedimentos mais onerosos do cuidado com a saúde.

4 | PROMOÇÃO DA SAÚDE

A ideia de Promoção da Saúde (PS) tem sido discutida, nos últimos 30 anos, em diversos países, principalmente, os que estão em franco desenvolvimento. A PS foi, então, se estabelecendo como um campo de possibilidades e apresentada de várias maneiras: como utopia, estratégia, prevenção, meio, finalidade, imperativo ético, nível de intervenção na saúde, bandeira de luta social, diretriz, direcionamento das políticas, paradigma, dentre outros (IGLESIAS; DALBELLO DE ARAUJO, 2009).

As concepções de Promoção da Saúde foram se alterando com o decorrer dos anos devido às discussões realizadas em torno da própria concepção de saúde. Se antes se defendia que saúde era o estado oposto a estar doente, atualmente, há a compreensão que a saúde é um estado influenciado por vários fatores, dos quais se deve se considerar, inclusive, as relações subjetivas dos sujeitos.

Buss (2003) aponta que Winslow, em 1920, apresentava o conceito de saúde pública como a arte de evitar enfermidades, prorrogar a vida e evoluir a saúde corporal, mental e a eficiência do corpo. Estes objetivos seriam alcançados via empenhos comunitários organizados para o saneamento do meio ambiente; o controle das infecções na comunidade; o arranjo dos serviços médicos e paramédicos, para o diagnóstico precoce e a terapêutica preventiva.

Para Czeresnia (2003), a Promoção da Saúde é o empenho comunitário feito para atingir políticas que melhorem as condições de saúde. Ela é composta ainda por programas educativos, que visem à melhoria individual da saúde e deve desenvolver uma “maquinaria social” que garanta para todos um nível de vida apropriado para a manutenção e melhoria da saúde.

A Promoção da Saúde, segundo Sícoli e Nascimento (2003), possui duas perspectivas. A conceitual - compreendida por princípios, premissas e definições - e a metodológica – que se refere ao desenvolvimento prático, planos de ação, estratégias, mecanismos para intervir e ferramentas metodológicas.

Neste mesmo sentido, Traverso-Yépez (2007) aponta que a OMS entende a Promoção da Saúde como processo social e político, que envolve ações dirigidas a mudar as condições sociais, ambientais e econômicas, de forma a amenizar o seu

impacto na saúde pública e individual.

A Promoção da Saúde, segundo Dalbello-Araujo et al. (2012), baseia-se no trabalho conjunto das políticas sociais, que possibilitam melhorias e maior qualidade na maneira de viver. Czeresnia (2003) reforça que a PS é composta por um grupo de atividades, de metodologia e de artifícios, que podem ser governamentais ou civis. Estas devem propiciar o desenvolvimento das condições de bem-estar e de acesso a bens e serviços sociais que promovam o desenvolvimento de conhecimentos, atitudes e comportamentos.

Para Silva (2012) a prevenção de doenças se fundamenta nos moldes epidemiológicos e procura descobrir quais são os fatores responsáveis pela disseminação das doenças, apresentando como objetivo prioritário evitar o desenvolvimento de patologias. De acordo com Sucupira e Mendes (2003), a concepção de prevenção advém da perspectiva economicista e foi rapidamente introduzida pelo modelo capitalista. Tal concepção coaduna-se com as ideologias do paradigma da biomedicina e ocasiona a necessidade de se agregar tecnologia adequada para essas ações. Com este pensamento incentivou-se a prática dos exames de «check-up» e a indústria da prevenção.

Por outro lado, o campo conceitual e prático da Promoção da Saúde tem se afirmado como uma reação ao excesso de medicalização, tanto da sociedade como no sistema de saúde; além de atualmente possuir uma concepção mais abrangente (SUCUPIRA; MENDES, 2003).

Iglesias (2009) discorre sobre a etiologia do termo promover:

[...] vem do latim *promovere*, na direção de mover, ir mais além, ir para a frente, avançar, dar impulso, apoiar, fomentar, favorecer, propor, fazer-por (alguma coisa) mas também fazer-com (alguém) e através-de (um grupo, uma organização). Assim, ao contrário da ação de Prevenção, que visa o controle dos acontecimentos para a garantia do não adoecimento, a Promoção à Saúde vai em direção do acontecimento, trabalhando com a possibilidade de escolha do sujeito (IGLESIAS, 2009, p. 39).

Czeresnia (2003) salienta que há uma ótica conservadora da Promoção da Saúde que corrobora com a redução da responsabilidade do Estado e transfere aos sujeitos a obrigação de tomarem conta de si mesmos. Por outro lado, há uma perspectiva progressista que aponta para outra dimensão da Promoção da Saúde, evidenciando a elaboração, de políticas públicas intersetoriais, direcionadas à melhoria da qualidade de vida das populações. Promover a saúde vai além do campo da saúde e considera o ambiente, em sentido amplo, percorrendo a concepção local e global, além de agregar elementos físicos, psicológicos e sociais.

Dalbello-Araujo et al. (2012) afirmam que a PS e a prevenção de doenças se complementam, contudo, não se igualam, pois cada uma apresenta sua própria concepção sobre saúde e à maneira dos indivíduos a conquistam.

Para Traverso-Yépez (2007), os vários entendimentos referentes à Promoção da Saúde apresentam óticas distintas no que diz respeito ao desenvolvimento das ações e o modo como se organizam, pois, enquanto a prevenção busca combater o que não se manifestou em qualquer aspecto biopsicossocial, a promoção tende a zelar pela qualidade de vida de pessoas e seus ambientes.

Nas palavras de Sucupira e Mendes (2003, p.9) “para a prevenção, evitar a ocorrência de enfermidade e a perda do bem-estar é o objetivo final. Para a promoção da saúde o objetivo contínuo é buscar expandir o potencial positivo de saúde, portanto, a ausência de doenças não é suficiente.”

A Promoção à Saúde trabalha com uma ideia abrangente de saúde, que está relacionada à ideia de uma boa qualidade de vida, o que inclui acesso ao lazer, à educação, ao saneamento básico, à alimentação, entre outros determinantes da saúde. Seguindo nesta direção, torna-se presente outra diferença em relação à Prevenção que traz a presença de profissionais de saúde para a sua realização, já as atividades de Promoção à Saúde podem e devem ser efetivadas por organizações não-profissionais, movimentos sociais, governos locais, municipais, regionais e nacionais (IGLESIAS, 2009).

A discussão sobre qualidade de vida e saúde é histórica. A articulação do tema se faz importante para o Brasil e os demais países latino-americanos, pois eles apresentam má distribuição de renda, analfabetismo e baixo grau de escolaridade, condições precárias de habitação e ambiente, situações de miséria, pessoas morrendo antes de completar 40 anos, falta de água potável e de acesso a esgoto; fatores que têm um papel muito importante nas condições de saúde (BUSS, 2000; BYDLOWSKI; WESTPHAL; PEREIRA, 2004).

É importante a discussão de propostas que estimulem mudanças verdadeiras nos indivíduos, nos grupos, nos governos - ou seja, na sociedade - para que se alcance um cenário em que as condições mínimas necessárias para sobrevivência digna sejam garantidas à população, ou seja, a construção de um mundo saudável (BYDLOWSKI; WESTPHAL; PEREIRA, 2004).

5 | POLÍTICA NACIONAL DE PROMOÇÃO DA SAÚDE

No Brasil, com o término da ditadura militar e o início da redemocratização do país, grupos de sanitaristas progressistas, não satisfeitos com os avanços alcançados com as mudanças propostas pelas correntes preventivistas, acentuaram a discussão em busca de novos paradigmas para direcionar atividades que pudessem dar uma nova dimensão às políticas públicas do setor saúde, levando em consideração os determinantes sócio históricos do processo saúde-doença.

A implementação do SUS como Sistema de Saúde não ocorreu de modo linear, ela é repleta de avanços e de estagnações e impasses; fato semelhante ocorreu na implementação da Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS).

A PNPS construiu-se no cotidiano de trabalho das equipes de saúde, especialmente no âmbito do Programa de Agentes Comunitários de Saúde e da Estratégia de Saúde da Família (PACS/ESF) (BRASÍLIA, 2010). O PACS/ESF tem considerável integração social e territorial e orienta-se pelos princípios de vinculação, corresponsabilização e integralidade na assistência à saúde e, assim, estabelece um percurso fundamental para a implantação de ações de Promoção da Saúde no SUS (BRASÍLIA, 2010).

Para Teixeira (2006), as sugestões contempladas em relação à Promoção da Saúde contribuem para enriquecer o debate sobre a mudança do modelo de atenção à saúde no SUS, além de contribuir para a construção da vigilância da saúde direcionada aos determinantes de riscos e danos à saúde individual e coletiva (TEIXEIRA, 2006).

Foi assim que nasceu em 2006, a Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS), por meio da Portaria nº687 MS/GM DE 30.03.2006, visando melhorias na saúde da população, frente aos desafios e aos resultados das Conferências Nacionais e Internacionais de Saúde (BRASIL, 2006).

Segundo Albuquerque et al. (2016), a PNPS visa resgatar as discussões no que tange aos modos mais saudáveis de viver da população com o intuito de debater os determinantes sociais (DSS) e de afastar-se da culpabilização do sujeito pelo adoecer. A política, através do seu texto, busca mudanças no modo de organizar, planejar, realizar, analisar e avaliar o trabalho em saúde. Segundo Magalhães (2016), desde a criação da PNPS e sua revisão em 2014, ocorreram ampliações dos investimentos para projetos e programas que visam à promoção da saúde em todo o território brasileiro.

Todo esse processo vai ao encontro do objetivo, destacado por Westphal e Franceschini (2016). Segundo as autoras, a PNPS, revista e publicada em 2014, assume o objetivo geral de promover a equidade e a melhoria das condições e dos modos de viver, ampliando a potencialidade de saúde individual e coletiva e reduzindo a vulnerabilidade e riscos à saúde decorrentes dos determinantes sociais, econômicos, políticos, culturais e ambientais. A PNPS se organiza e se estrutura através de diretrizes, temas transversais, eixos operacionais, competências comuns e específicas para cada esfera de gestão do setor de saúde, compreendendo o próprio MS, Secretarias Estaduais e Municipais de saúde. Prevê também ações de financiamentos, para ações de promoção de saúde e atenção a temas prioritários, assim compreendidos em sua idealização, contemplando seus valores e princípios Expandindo-se através de temas transversais, são discutidos: os Determinantes

Sociais de Saúde (DSS), Equidade e respeito à diversidade; O desenvolvimento sustentável; A produção de saúde e cuidado; Ambientes e territórios saudáveis; Vida no trabalho; a Cultura da paz e os direitos humanos. (BRASIL, 2015).

Ao compararmos as duas portarias da PNPS 2006 e 2014 percebemos diferenças no que tange à ênfase em buscar intervenções ou mecanismos advindos das relações intersetoriais, viabilizando deste modo um desenvolvimento mais conciso das ações de saúde no sistema brasileiro, fomentando, também, o envolvimento corresponsável no combate das vulnerabilidades e riscos que possam prejudicar a saúde das pessoas. Essas atitudes credenciam cada vez mais a Rede de Atenção à Saúde (RAS).

Todas as adequações sofridas desde a sua criação em 2006, até a revisão em 2014, são reflexo do reordenamento de seu objetivo, no qual, está mais amplo em suas ações e melhor enquadrado com os fatores que incidem sobre a qualidade de vida das pessoas em todos os campos, e que são determinantes da sua saúde, respeitando as individualidades, como também o envolvimento coletivo, protegendo deste modo as fragilidades das pessoas, e com o ambiente em que vivem.

Apresentamos assim, algumas destas alterações: Promover ações relativas à alimentação adequada e saudável, visando à promoção da saúde e à segurança alimentar e nutricional, contribuindo com as ações e com as metas de redução da pobreza, com a inclusão social e com a garantia do direito humano à alimentação adequada e saudável. Outro aspecto, utilizado como mecanismo de transformação biopsicossocial é a Prática Corporal/ Atividade Física. Promover ações, aconselhamento e divulgação de práticas corporais e de atividades físicas, incentivando a melhoria das condições dos espaços públicos, considerando a cultura local e incorporando brincadeiras, jogos, danças populares, entre outras práticas.

Buscando concretizar as ações, a política segue oito eixos operacionais: 1) Territorialização; 2 Articulação e cooperação intrasetorial e intersetorial; 3 Rede de atenção à saúde; 4 Participação e controle social; 5 Educação e Formação; 6 Vigilância, monitoramento e avaliação; 7 Produção e disseminação de conhecimento e saberes; 8 Comunicação social e mídia.

6 | PROMOÇÃO DA SAÚDE NA SAÚDE SUPLEMENTAR

A globalização tem direcionado o Brasil para um processo de organização do Estado através do modelo regulador, seguindo a uma forte tendência mundial, visando aspectos da economia principalmente com o aumento dos custos no sistema de saúde (Silveira, 2004).

Alves (2009) descreve alguns desses fatores que incidem nos gastos com a saúde: aumento de coberturas; envelhecimento populacional; morbidades com

incidências das doenças crônico-degenerativas concomitantemente com as doenças infectocontagiosas; investimento em recursos humanos; fatores socioeconômicos e culturais; inovações tecnológicas. O reflexo desses fatores faz com que o Estado, para normalizar as receitas e o capital dos setores públicos e na busca de equacionar as relações entre Estado, Usuários e Delegatários, criou as Agências Reguladoras, que desenvolvem atuações como fiscalização e regulamentação de setores do mercado com ações mediadas por lei.

Dias e Viacava (2004), afirmam que é necessário o regulador ter como base um conhecimento aprofundado do sistema operacional e administrativo daqueles que ele norteia, com habilidades em acompanhar suas ações, visando responsabilidade nas questões econômicas, buscando motivar com enfoque técnico, sem condução política ou ideológica, observando sempre a organização do mercado.

Através dessa lógica identifica-se, dentre as agências citadas anteriormente, a Agência Nacional de Saúde – ANS, criada através da Lei nº 9.961 de 28 de Janeiro de 2000, caracterizada como Autarquia sob regime de especial, como órgão de regulação, normatização, controle e fiscalização das atividades que garantam a assistência suplementar à saúde, caracterizando-se por autonomias: administrativa, financeira, de gestão dos recursos humanos e patrimoniais, e nas suas decisões técnicas.

A ANS, após cinco anos de instituída, deu início ao incentivo à criação de programas de Promoção de Saúde e Prevenção de Doenças (PROMOPREV), em 23 de março de 2005, através da Resolução Normativa de Nº 94. Como estímulo ao desenvolvimento de ações de fortalecimento das práticas integrais a saúde de seus beneficiários, com o foco na reestruturação do modelo de atenção à saúde, através da articulação com políticas e diretrizes do MS, disseminada através de Manuais técnicos de Promoção da Saúde e Prevenção de Riscos e doenças, em especial, os publicados nos anos de 2006 e 2011.

A análise realizada, permitiu identificar que houve detalhamento de estratégias em linhas de cuidado e no contexto de gerenciamento de crônicos, focados principalmente em ações individuais, tais como medidas que visam mudanças de hábitos.

Esse pensamento se consolida quando fazemos a leitura dos dois conceitos-chaves, pois no manual da ANS de 2006, o conceito que se aplica, está diretamente relacionado ao indivíduo e suas decisões, levando a entender que a maneira como ele se relaciona com o ambiente e suas consequências advém de suas escolhas. Além disso foca no entendimento da necessidade do autocuidado como responsabilização do cliente. Ainda que no documento de 2011, a ideia de promoção da saúde tenha sido ampliada, abrangendo aspectos sociais e redução das vulnerabilidades:

Para alcançar seus objetivos, a ANS, sugere a utilização de linhas de cuidados

por sexo, faixa-etária, e também a saúde mental e bucal, pois entende que este é o caminho mais eficiente e eficaz, uma vez que se consegue atingir os determinantes e condicionantes individualmente, em cada etapa da vida, gerando assim uma perspectiva de desenvolvimento do ser humano no decorrer do envelhecimento.

7 | PROMOÇÃO DA SAÚDE NO ÂMBITO PÚBLICO E PRIVADO

Após discorrer e sobre a Política Nacional de Promoção da Saúde de 2006 e sua revisão em 2014, e sobre a Política de Regulação Indutora da ANS por via da análise dos manuais técnicos de 2006 e 2011, confrontamos as políticas para identificar as semelhanças e diferenças em suas perspectivas sobre a promoção da saúde.

Das mesmas maneiras em que observamos nas análises anteriores, notamos as Políticas, seja da PNPS, seja da ANS, buscam fundamentações para sua criação nas cartas nacionais e internacionais de promoção da saúde, na constituição federal de 1988, e na lei 8.080/ 90. Contudo a ANS por se tratar de uma Autarquia de regulação, dissemina resoluções e instruções normativas com a intenção de complementar e estrutura melhor suas ações normativas e fiscalizadora, com o intuito de defender o interesse público? Que compreendido até aqui, visa atender as necessidades daqueles que possuem planos privados de saúde, por terem uma relação de comercio, onde pago por “garantias” de cuidados e atenções por parte daqui com quem tenho um contrato de serviços de saúde. Isso mesmo, ANS, através de suas ações, garante, o que reza em contrato entre operadoras de planos privado de saúde e beneficiários de sua carteira.

Essa realidade chegou ao modelo assistencial de saúde que estrutura na promoção da saúde e prevenção de doenças um caminho mais racional dos gastos evitando deste modo os altos custos de operação de um a empresa de planos de saúde. O Manual técnico de Promoção da Saúde e Prevenção de Riscos e Doenças nasce a fim de estabelecer incentivos garantidores para as operadoras que apresentarem uma boa articulação entre bonificações e descontos, assim que aderem a um programa de promoção de saúde. Destacamos inicialmente a distinção do alcance das políticas, a partir do conceito de promoção da saúde aplicado nos documentos:

Segundo a PNPS (2006, p.9) promoção da saúde é:

[...] uma estratégia de articulação transversal na qual se confere visibilidade aos fatores que colocam a saúde da população em risco e às diferenças entre necessidades, territórios e culturas presentes no nosso país, visando à criação de mecanismos que reduzam as situações de vulnerabilidade, defendam radicalmente a equidade e incorporem a participação e o controle sociais na gestão das políticas públicas.

Já a ANS (2006, p.6), se manifesta da seguinte maneira:

Promoção e prevenção são aqui entendidas para além do conceito tradicional de atuar antes da instalação da doença no momento pré-mórbido, sendo consideradas práticas preventivas relativas não só ao desenvolvimento de novas patologias, como também das complicações e reagudizações em todas as fases do cuidado.

Também diferem na forma em que são apresentados os objetivos dos documentos, a ANS (2006, p. 6) apresenta seus objetivos como “[...] mudança do modelo assistencial vigente no sistema de saúde e a melhoria da qualidade de vida dos beneficiários de planos de saúde.”. Por sua vez, a PNPS (2006, p. 13) tem como objetivo: “Promover a qualidade de vida e reduzir vulnerabilidade e riscos à saúde relacionados aos seus determinantes e condicionantes – modos de viver, condições de trabalho, habitação, ambiente, educação, lazer, cultura, acesso a bens e serviços essenciais.”

Do ponto de vista do conceito de Promoção da Saúde podemos verificar na PNPS uma mudança em 2014:

É um conjunto de estratégias e formas de produzir saúde, no âmbito individual e coletivo, que se caracteriza pela articulação e cooperação intrasetorial e intersetorial e pela formação da Rede de Atenção à Saúde, buscando se articular com as demais redes de proteção social, com ampla participação e amplo controle social (PNPS, 2014, p. 11).”

Já a ANS, em cinco anos também contribui com evolução em seu conceito, ampliando as projeções de compreensão da importância que é a promoção da saúde, melhorando o entendimento, contudo suas ações ainda parecem estar centradas em ações individuais, nos sujeitos, sem muita interferência no meio em que vivem.

Haja vista a ordem de desenvolvimento do conceito:

Processo político que articula ações sanitárias, sociais, ambientais e econômicas voltadas para a redução das situações de vulnerabilidade e dos riscos à saúde da população; capacitação dos indivíduos e comunidades para modificarem os determinantes de saúde em benefício da própria qualidade de vida; e participação social na gestão das políticas de saúde (ANS, 2011, p. 240).

As linhas condutoras, denominada de diretrizes, da PNPS (2006, p.15) são as seguintes:

I. Reconhecer na promoção da saúde como uma parte fundamental da busca da equidade, da melhoria da qualidade de vida e de saúde;

II. Estimular as ações intersetoriais, buscando parcerias que propiciem o desenvolvimento integral das ações de promoção da saúde;

III. Fortalecer a participação social como fundamental na consecução de resultados de promoção da saúde, em especial a equidade e o empoderamento individual e comunitário;

IV. Promover mudanças na cultura organizacional, com vistas à adoção de práticas

horizontais de gestão e estabelecimento de redes de cooperação intersetoriais;

V. Incentivar a pesquisa em promoção da saúde, avaliando eficiência, eficácia, efetividade e segurança das ações prestadas;

bVI. Divulgar e informar das iniciativas voltadas para a promoção da saúde para profissionais de saúde, gestores e usuários do SUS, considerando metodologias participativas e o saber popular e tradicional.

Esse conjunto de regras da ANS apresenta forte base econômica como diálogo entre os envolvidos nas saúdes suplementares do nosso país, como forma de incentivos e bonificações, tendo como critérios participações e desenvolvimentos de ações, ora pela ANS, ora operadoras de planos privados, e por consequência, os beneficiários deste tipo de serviço. Traz a lógica que, se há intervenção nos beneficiários, logo possa existir contenções de gastos em procedimentos e internações.

Durante a leitura depreende-se do texto a ideia de racionalidade econômica devido o amplo conteúdo que embarca através das linhas de cuidados, entendidas pela ANS, como melhor alternativa de intervenção para a população de beneficiários que compõe as carteiras de clientes das operadoras de planos privados de saúde suplementar.

Pois, paciente que não gasta, gera receita. Paciente que não passa mal, ou não adquire nenhum tipo de doença, e hoje, principalmente as crônicas não transmissíveis, pois estas geram despesas a longo prazo, devido suas complicações surgem pelo mesmo período, médio a longo prazo, e tudo isso, justifica a importância da implementação de ações preventivas na saúde primária. E, se for enfoque multidisciplinar, melhor ainda, pois poderá pontas de acesso para complicações de saúde.

8 | CONSIDERAÇÕES FINAIS

Por meio da análise dos documentos pode-se perceber a ausência de princípios e diretrizes nas propostas da ANS, o que aponta a falta de sinergia entre a proposta feita à iniciativa privada com aquelas promulgadas pelo SUS e a PNPS. Ambas as propostas visam meios para evitar ações hospitalocêntricas por via das práticas de promoção da saúde. Entretanto, a razão matriz econômica se coloca em destaque na resolução da ANS, haja vista a proposta de incentivos fiscais para aquelas operadoras que venham a aderir ao programa de Promoção da Saúde.

As propostas também diferem no alvo a ser alcançado. Aquela empreendida pela ANS, através de sua política regulatória indutora, visa o sujeito/beneficiário como foco de mudança e, portanto, centra nas ações individuais na sua responsabilização para a promoção da saúde.

Já a PNPS visa ações voltadas para a comunidade, tendo o conceito de território como chave para a promoção da saúde, atacando os determinantes sociais da saúde, a busca da equidade e o respeito à diversidade. Aponta a necessidade de que haja desenvolvimento, porém de forma sustentável e se busque a melhoria da saúde por meio da construção de ambientes mais saudáveis, seja no transporte, moradia ou no trabalho.

Esta análise serve de base para que em outras pesquisas possam trazer outras perspectivas de discussão, fundamentadas cada vez mais nas informações e conhecimentos para toda comunidade científica.

REFERÊNCIAS

ACIOLE, G. G. Uma abordagem da antinomia 'público x privado': descortinando relações para a saúde coletiva. **Interface – Comunic, Saúde, Educ**, v.9, n.18, p.7-24, jan/jun, 2006.

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR - ANS. **Resolução Normativa – RN n. 94, de 23 de março de 2005**. Dispõe sobre os critérios para o deferimento da cobertura com ativos garantidores da provisão de risco condicionada à adoção, pelas operadoras de planos de assistência à saúde, de programas de promoção à saúde e prevenção de doenças de seus beneficiários. Disponível em: <www.ans.gov.br>. Acesso em: 03 out. 2016.

ALBUQUERQUE, T. I. P. FRANCO DE SA, R. M. P. ARAUJO JUNIOR, J. L. A. C. de. Perspectivas e desafios da “nova” Política Nacional de Promoção da Saúde: para qual arena política aponta a gestão?. **Ciênc. saúde coletiva [online]**. 2016, vol.21, n.6, pp.1695-1706.

ALVES, D.C. **Promoção da saúde e prevenção de riscos e doenças no setor de assistência privada à saúde: avaliação das ações de uma empresa de autogestão na prevenção de doenças cardiovasculares**. Escola Nacional de Saúde Pública. Rio de Janeiro: s.n., 2009. xvii, 137 p.

BRASIL. **Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990**. Lei Orgânica da Saúde. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Brasília, set. 1990.

BRASIL. **LEI nº 9.961 DE 28 DE JANEIRO DE 2000**. Cria a Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS e dá outras providências. Disponível em: <www.planalto.gov.br >. Acesso em: 03 outubro. 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Projeto Promoção da Saúde. **As Cartas da Promoção da Saúde**. Brasília, 2002.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Política Nacional de Promoção da Saúde** / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde. – 3. ed. – Brasília: Ministério da Saúde, 2010. (Série B. Textos Básicos de Saúde) (Série Pactos pela Saúde 2006; v. 7).

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Política nacional de promoção da saúde** / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde. – Brasília: Ministério da Saúde, 2006. 60 p. – (Série B. Textos Básicos de Saúde).

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Política Nacional de Promoção da Saúde: PNPS: revisão da Portaria MS/GM nº 687, de 30 de março de 2006**/ Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Secretaria de Atenção à

Saúde. – Brasília: Ministério da Saúde, 2015. 36 p.: il.

BRASIL. **PORTARIA Nº 687, DE 30 DE MARÇO DE 2006.** Aprova a Política de Promoção da Saúde Disponível em: <http://189.28.128.100/dab/docs/legislacao/portaria687_30_03_06.pdf>. Acesso em: 03 outubro. 2016.

BRASIL. Presidência da República. **Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990.** Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8142.htm

BRASIL. **Constituição** (1988). Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília, DF: Senado Federal: Centro Gráfico, 1988. 292 p.

BUSS, P. M. Promoção da Saúde e qualidade de vida. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, n.5, v.1, 2000. p. 163-177.

BUSS, P. M. Uma introdução ao conceito de promoção da saúde. In: CZERESNIA D.; FREITAS, C. M. **Promoção da saúde: Conceitos, reflexões e tendências.** Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2003.

BYDLOWSKI, C. R.; WESTPHAL, M. F.; PEREIRA I.M.T.B. Promoção da Saúde. Porque sim e porque ainda não! **Saúde e Sociedade** v.13, n.1, p.14-24, jan-abr 2004.

CARVALHO, R. R. P.; FORTES, P. A. C.; GARRAFA, V. Perspectiva bioética do modelo de assistência suplementar no Brasil. *Rev. bioét. (Impr.)*. 2013; 21 (2): 259-67.

CZERESNIA, D. O conceito de saúde e a diferença entre prevenção e promoção. In: CZERESNIA, D.; FREITAS, C. M. (Org.). **Promoção da saúde – conceitos, reflexões, tendências.** Rio de Janeiro: Fiocruz, 2003. p. 39-51.

DALBELLO-ARAUJO ET AL. Educação em saúde sob o paradigma da promoção. In: LANDIM, F. L. P; CATRIB, A. M. F.; COLLARES, P. M. C. **Promoção da saúde na diversidade humana e na pluralidade de itinerários terapêuticos.** Campinas, São Paulo: Saberes Editora, 2012.

DALBELLO-ARAUJO, M. D. **O cotidiano de uma equipe do Programa Saúde da Família: um olhar genealógico sobre o controle social.** 2005, 234p. Tese Doutorado em Psicologia apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Psicologia da UFES, 2005.

DIAS R.D. M., VIACAVAL F. **A informação na regulação da saúde suplementar.** Escola Nacional de Saúde Pública. Rio de Janeiro: s.n., 2004. XVII, 95 p.

FLEURY, S.; OUVRENEY, A. M. Política de Saúde: uma política social. In: GIOVANELLA, L.; ESCOREL, S.; LOBATO, L. V. C. et al.(orgs.) **Políticas e Sistemas de Saúde no Brasil.** Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2008. p. 23-64.

GIL, A. C. **Métodos e técnicas de pesquisa social.** 6. Ed. - São Paulo: Atlas, 2008.

HEIMANN LS. Desafios para a equidade em saúde na região metropolitana de São Paulo. In: Heimann LS, Ibanhes LC, Barboza R, (Org.). **O público e o privado na saúde.** São Paulo: Editora Hucitec; 2005. p. 169-243.

IGLESIAS, A. **Em nome da Promoção à Saúde: análise das ações em macrorregião do município de Vitória-ES.** Dissertação de Mestrado (Saúde Coletiva) – Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, Universidade Federal do Espírito Santo, Vitória, 2009, 194 p.

IGLESIAS, A.; DALBELLO-ARAUJO, M. Práticas de Promoção da Saúde no município de Vitória-

ES. UFES. **Revista de Odontologia** (Cessou em 2008. Cont. ISSN 2175-3946 Revista Brasileira de Pesquisa em Saúde), v. 13, p. 5-9, 2011.

IGLESIAS, A.; GUERRA, B. C.; SOARES, J. ; DALBELLO-ARAUJO, M. Análise das ações de promoção à saúde realizadas por psicólogos em Vitória (ES). **Psicologia: Teoria e Prática** (Impresso), v. 11, p. 110-127, 2009.

KRIPKA, R.M.L; SCHELLER, M.; BONOTTO, D.L. **Pesquisa Documental: considerações sobre conceitos e características na Pesquisa Qualitativa**. Atas CIAIQ. 2015.

MAGALHÃES R. Avaliação da Política Nacional de Promoção da Saúde: perspectivas e desafios. **Ciência & Saúde Coletiva**, 21(6):1767-1775, 2016.

MENICUCCI T. M. G. A reforma sanitária brasileira e as relações entre o público e o privado. In: SANTOS N. R.; AMARANTE P. D. C. (Org.). **Gestão Pública e Relação Público Privado na Saúde**. Rio de Janeiro: Cebes, 2010. P. 180-197.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria Nacional de Assistência à Saúde. **ABC do SUS. Doutrina e Princípios**. Brasília, 1990.

O QUE É SUS. Paim JS. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2009. 148 p.

PAIM J. S. O pensamento do movimento sanitário: Impasses e contradições atuais no marco da relação público-privado no SUS. In: Heimann LS; Ibanhes LC, Barbosa R. (Org.). **O público e o privado na saúde**. São Paulo: Editora Hucitec; 2005. p. 111-126.

PIETROBON, L.; PRADO, M. L.; CAETANO, J. C. Saúde suplementar no Brasil: o papel da Agência Nacional de Saúde Suplementar na regulação do setor. **Physis Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, 18 (4): 767-783, 2008.

Portal World Health Organization, **6th Global Conference on Health Promotion Bangkok2005**. Disponível em: < <http://www.who.int/healthpromotion/conferences/6gchp/en/>> Acesso em: 08 de Maio de 2018.

Portal World Health Organization, **WHO Global Health Promotion Conferences**. Disponível em: < <http://www.who.int/healthpromotion/conferences/en/>> Acesso em: 05 de Maio de 2018.

PRATES, J.C., PRATES, F.C. Problematizando o uso da técnica de Análise Documental. **Sociedade em Debate**, Pelotas, 15(2): 111-125, jul.-dez.2009.

SADER E. S. O público, o estatal, o privado. In: Heimann LS; Ibanhes LC, Barbosa R. (Org.). **O público e o privado na saúde**. São Paulo: Editora Hucitec; 2005. p. 43-56.

SCHEFFER M; BAHIA L. Planos e seguros privados de saúde no Brasil: Lacunas e perspectivas da regulamentação. In: Heimann LS; Ibanhes LC, Barbosa R. (Org.). **O público e o privado na saúde**. São Paulo: Editora Hucitec; 2005. p. 127-165.

SÍCOLI, J. L., NASCIMENTO, P. R. Health promotion: concepts, principles and practice, **Interface - Comunic, Saúde**, Educ, v.7, n.12, p.91-112, 2003.

SILVA C. S. Promoção da saúde: processos e mecanismos que consolidam transações. In: LANDIM, F. L. P; CATRIB, A. M. F.; COLLARES, P. M. C. **Promoção da saúde na diversidade humana e na pluralidade de itinerários terapêuticos**. Campinas, São Paulo: Saberes Editora, 2012.

SILVEIRA, L.S. **Prevenção de doenças e promoção da saúde: diferenciais estratégicos na conjuntura do mercado de saúde suplementar**. 2004. 113 f. Dissertação (Mestrado em Saúde

Suplementar) - Escola Nacional de Saúde Pública, Rio de Janeiro, 2004.

SOUSA, J., KANTORSKI, L. P. & LUIS, M. A. V. (2011) Análise documental e observação participante na pesquisa em saúde mental. **Revista Baiana de Enfermagem**, Salvador, v. 25, n. 2, p. 221-228, maio/ago. 2011.

SUCUPIRA, A. C.; MENDES, R.; Promoção da saúde: conceitos e definições. **S ANARE** - ANO IV, N.1, JAN./FEV./MAR. 2003.

TEIXEIRA, F.T. Promoção da saúde e SUS: Um Diálogo Pertinente. In: CASTRO, A.; MALO, M. (Org.). **SUS: Resignificando a Promoção da Saúde**. São Paulo: Hucitec, 2006. 222 p.

TRAVERSO-YEPEZ, Martha A.. Dilemas na promoção da saúde no Brasil: reflexões em torno da política nacional. **Interface (Botucatu)** [online]. 2007, vol.11, n.22, pp.223-238. ISSN 1807-5762.

WESTPHAL, M.F.; FRANCESCHINI, M.C.T. A contribuição do CEPEDOC para a construção da Política de Promoção da Saúde no Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, 21(6):1819-1828, 2016.

RELATO DE EXPERIÊNCIA DE UM ACADÊMICO DE ENFERMAGEM SOBRE O ACOMPANHAMENTO PRÉ-NATAL NA UNIDADE DE SAÚDE

Data de aceite: 05/02/2020

Data de Submissão: 03/11/2019

Caruaru-PE

<http://lattes.cnpq.br/3051921257673807>

Layane de Lima Góis

Centro Universitário Unifavipl Wyden

Caruaru-Pernambuco

<http://lattes.cnpq.br/2699087217107076>

Luis Carlos Gomes Júnior

Centro Universitário Unifavipl Wyden

Caruaru-Pernambuco

<http://lattes.cnpq.br/5635159161424011>

Maria Clara da Silva Santos

Centro Universitário Unifavipl Wyden

Caruaru-Pernambuco

<http://lattes.cnpq.br/3033992120630795>

Rayanne Nayara da Silva

Centro Universitário Unifavipl Wyden

Caruaru-Pernambuco

<http://lattes.cnpq.br/1786727977838961>

Júlia Adriely Oliveira da Silva Cavalcanti

Centro Universitário Unifavipl Wyden

Caruaru-PE

<http://lattes.cnpq.br/2124124290105498>

Karla Virgínia da Nóbrega Novais Vieira

Centro Universitário Unifavipl Wyden

Caruaru-Pernambuco

<http://lattes.cnpq.br/3386483672058537>

Ellen Giovanna Silva de Menezes

Centro Universitário Unifavipl Wyden

Caruaru-Pernambuco

<http://lattes.cnpq.br/1240095066811908>

Iraneide Izabel da Silva

Centro Universitário Unifavipl Wyden

Caruaru-Pernambuco

<http://lattes.cnpq.br/4954854280546563>

Janaína da Graça Bezerra Silva

Centro Universitário Unifavipl Wyden

Caruaru-PE

<http://lattes.cnpq.br/0786175459776875>

Jayemili Gizellia Elias da Silva

Centro Universitário Unifavipl Wyden

Caruaru-Pernambuco

<http://lattes.cnpq.br/8197638283539736>

Jhenefer Moreira da Silva

Centro Universitário Unifavipl Wyden

Caruaru-Pernambuco

<http://lattes.cnpq.br/6795954956310641>

José Victor Machado Coraciara

Centro Universitário Unifavipl Wyden

RESUMO: Nas consultas de pré-natal de baixo risco o enfermeiro se caracteriza como principal profissional da saúde para dar suporte a uma gestação saudável. Neste contexto, este relato de experiência versa sobre a vivência de uma acadêmica do sétimo período, numa Unidade

de Saúde da Família (USF) em Caruaru - PE, durante o estágio supervisionado da Graduação de Enfermagem, a fim de vivenciar a importância do acompanhamento dos enfermeiros durante as consultas de pré-natal. A vivência de uma consulta de pré-natal com uma gestante de 32 semanas resultou no registro de dados da caderneta da gestante como, por exemplo resultados de exames e medida da pressão arterial. Além disso, também foi realizada a palpação obstétrica através das manobras de Leopold, esclarecimentos sobre amamentação e parto. Diante das experiências vivenciadas no decorrer do estágio acadêmico foi observado que as acadêmicas de enfermagem apresentaram melhor desempenho e autonomia na realização das corretas práticas relacionadas à consulta de pré-natal.

PALAVRAS- CHAVE: Pré-Natal, Enfermagem, Nascimento

EXPERIENCE LIST OF NURSING ACADEMIC ON PRENATAL MONITORING THE HEALTH UNIT

ABSTRACT: In low-risk prenatal consultations nurses are characterized as the main health professionals to support a healthy pregnancy. In this context, this experience report is about the experience of a seventh period academic, in a Family Health Unit (FHU) in Caruaru - PE, during the supervised stage of Nursing Graduation, in order to experience the importance of monitoring nurses during prenatal consultations. The experience of a prenatal consultation with a 32-week pregnant woman resulted in the registration of data from the pregnant woman's booklet, such as test results and blood pressure measurement. In addition, obstetric palpation was also performed through Leopold's maneuvers, explanations about breastfeeding and childbirth. Given the experiences lived during the academic internship, it was observed that the nursing students presented better performance and autonomy in performing the correct practices related to prenatal consultation.

KEYWORDS: Prenatal, Nursing, Birth

1 | INTRODUÇÃO

Um pré-natal praticado com qualidade influencia no resultado do perinatal e diminui a letalidade materna, garantindo que aconteça um parto livre de problemas que prejudiquem a vitalidade do recém-nascido e da mãe (BORGES, 2005).

O acompanhamento de pré-natal de baixo risco é efetuado pelo profissional de enfermagem e as consultas devem acontecer mensalmente, mesmo a gestação sendo entendida como um processo orgânico natural e que se desenvolve sem complicações na grande maioria dos casos, de acordo com o Ministério da Saúde (Brasil, 2006), são recomendadas pelo menos seis consultas durante o período

gestacional até o nascimento do bebê. As questões emocionais devem ser abordadas desde a primeira consulta de pré-natal, o que leva a formação de um vínculo de confiança entre a gestante e o profissional, deixando a mesma mais à vontade para que suas dúvidas e incertezas sejam esclarecidas (BRASIL, 2006).

Nesse contexto, o enfermeiro deve ser alguém que torne fácil o desenvolvimento da autonomia da gestante e traga maior confiança durante a gestação, melhorando a capacidade de encarar momentos de estresse, a fim de que este período decorra de forma tranquila (RIOS; VIEIRA, 2007).

2 | OBJETIVO

Descrever a experiência em uma Unidade de Saúde da Família (USF) durante o estágio supervisionado da Graduação de Enfermagem, a fim de vivenciar a importância do acompanhamento dos enfermeiros durante as consultas de pré-natal.

3 | METODOLOGIA

Trata-se de um estudo descritivo na modalidade de relato de experiência, com foco na abordagem da importância das consultas de pré-natal para o acompanhamento do crescimento e desenvolvimento do feto e da saúde da gestante. O relato foi feito a partir da vivência de uma consulta, realizada pela acadêmica, supervisionada por uma enfermeira, de uma gestante com 32 semanas de gestação, no estágio supervisionado do sétimo período de Enfermagem do Centro Universitário UNIFAVIPIWyden, em uma Unidade de Saúde da Família (USF), da cidade de Caruaru em Pernambuco.

4 | RESULTADOS

Por meio do acompanhamento da consulta de pré-natal de uma grávida com 32 semanas de gestação na USF foi possível realizar o registro de dados na caderneta da gestante, como: idade gestacional, ganho de peso ponderal, altura uterina, medida da pressão arterial, batimentos cardíacos do feto (Figura 1), resultados de exames e possíveis queixas. Pôde ser observado, também, que as intervenções fundamentais feitas pelo enfermeiro são procedimentos importantes para a verificação dos parâmetros acima elencados e que vão descrever a situação de saúde da gestante e do feto. As intervenções realizadas na gestante foram a palpação obstétrica através das manobras de Leopold (Figura 2) para verificar

a situação (relação entre o maior eixo uterino e o maior eixo fetal - longitudinal, transversal ou oblíqua) feita no primeiro tempo, a posição (relação entre o dorso fetal e o lado da mãe - direito ou esquerdo) feita no segundo tempo, a mobilidade fetal (encaixe do feto, na pelve), realizada no terceiro tempo e a apresentação fetal (feto se apresenta em pólo cefálico, pélvico, podálico ou córmico) no quarto tempo. Foi realizado também, a ausculta dos batimentos cardíacos, verificação do cartão de vacinas da gestante e, em conversa após os procedimentos clínicos, foi realizada orientação relacionada à amamentação, bem como foram sanadas dúvidas que a gestante ainda possuía sobre sinais que seu corpo poderia apresentar que indicam a proximidade do parto.

A escuta ativa, também realizada na consulta de pré-natal, dá suporte psicológico e contribui para a maior compreensão e aceitação do parto normal (MEDEIROS E PERES, 2011)



Figura 1: Ausculta dos batimentos cardíacos do feto (Fonte: Arquivo pessoal)



Figura 2: Manobras de Leopold (Fonte:Arquivo pessoal)

A vivência prática dos acadêmicos permite o aprofundamento do estudo do tema, pois por meio de estudantes atuantes, a reflexão crítica e fundamentada sobre as ações desenvolvidas pelo enfermeiro, tanto no âmbito clínico, quanto na perspectiva da promoção de saúde, é construída (DE BIASI; PEDRO, 2009). Diante das experiências vivenciadas no decorrer do estágio acadêmico foi observado que as acadêmicas de enfermagem apresentaram melhor desempenho e autonomia na realização das corretas práticas relacionadas à consulta de pré-natal.

5 | CONSIDERAÇÕES FINAIS

O enfermeiro desempenha um papel de grande importância no acompanhamento das gestantes e no desenvolvimento das ações voltadas à promoção, prevenção e tratamento de distúrbios durante a gravidez (SOUZA et al., 2012), Sendo assim, o futuro profissional de enfermagem deve vivenciar as prática das consultas de pré-natal desde sua graduação para que o seu conhecimento seja construído de forma integrada entre teoria e prática.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Área Técnica de Saúde da Mulher. Pré-natal e **Puerpério: atenção qualificada e humanizada – manual técnico**/Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas – Brasília: Ministério da Saúde, 2005.

BORGES, Cristiane José. Avaliação de ações educativas em saúde com grupos de gestantes: estudo comparativo entre unidade saúde da família e unidade básica de saúde. 2005. Dissertação (Mestrado em Enfermagem). Universidade Federal de Goiás, Goiânia, 2005

DE BIASI, Luciana Spinato; PEDRO, Eva Neri Rubim. Vivências de aprendizagem do cuidado na formação da enfermeira. Rev. esc. enferm. USP, São Paulo, v. 43, n. 3, set. 2009.

MEDEIROS, Viviane Caroline; PERES, Aida Maris. Atividades de formação do enfermeiro no âmbito da atenção básica à saúde. Texto contexto - enferm., Florianópolis, v. 20, n. spe, 2011

RIOS, Claudia Teresa Frias; VIEIRA, Neiva Francenely Cunha. Ações educativas no pré-natal: reflexão sobre a consulta de enfermagem como um espaço para educação em saúde. Ciênc. saúde coletiva [online]. 2007, vol.12, n.2, pp. 477-486. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v12n2/a24v12n2.pdf> .

SOUZA, Arêtha Joyce Costa Quixadá; MENDONÇA, Ana Oliveira; TORRES, Gilson Vasconcelos. Atuação do enfermeiro no pré-natal de baixo risco em uma unidade básica de saúde. **CARPE DIEM: Revista Cultural e Científica do UNIFACEX**, v. 10, n. 1, p. 1-15, 2012.

SÍNDROME DE BURNOUT EM ESTUDANTES DA ÁREA DE SAÚDE: UMA REVISÃO DA LITERATURA

Data de aceite: 05/02/2020

Vanessa de Jesus Guedes Dias

Universidade Estadual do Maranhão – UEMA,
Graduanda em Bacharelado em Enfermagem,
Coroatá/MA

<http://lattes.cnpq.br/7956407798167332>

Ingrid Jamille Miranda de Paulo

Universidade Estadual do Maranhão – UEMA,
Graduanda em Bacharelado em Enfermagem,
Coroatá/MA

<http://lattes.cnpq.br/1699934011102178>

Layrla Fernandes Pereira

Universidade Estadual do Maranhão – UEMA,
Graduanda em Bacharelado em Enfermagem,
Coroatá/MA

Francisca Moura dos Santos

Universidade Estadual do Maranhão – UEMA,
Graduanda em Bacharelado em Enfermagem,
Coroatá/MA

<http://lattes.cnpq.br/3063866585485454>

Liniece Portela Nina da Silva

Universidade Estadual do Maranhão – UEMA,
Graduanda em Bacharelado em Enfermagem,
Coroatá/MA

<http://lattes.cnpq.br/0700252571041910>

Mariana da Cunha Costa

Universidade Estadual do Maranhão – UEMA,
Graduanda em Bacharelado em Enfermagem,
Coroatá/MA

<http://lattes.cnpq.br/3623081446565960>

Patricia da Silva Pereira dos Reis

Universidade Estadual do Maranhão – UEMA,
Graduanda em Bacharelado em Enfermagem,
Coroatá/MA

Ana Paula Cunha Duarte

Universidade Estadual do Maranhão – UEMA,
Graduanda em Bacharelado em Enfermagem,
Coroatá/MA

<http://lattes.cnpq.br/1085828322421550>

Laís Daniela dos Santos Viana

Universidade Estadual do Maranhão – UEMA,
Graduanda em Bacharelado em Enfermagem,
Coroatá/MA

<http://lattes.cnpq.br/8910246883461987>

Jucelia Lima Sousa

Universidade Estadual do Maranhão – UEMA,
Graduanda em Bacharelado em Enfermagem,
Coroatá/MA

<http://lattes.cnpq.br/2757773143142009>

Amanda Cristina de Sousa Costa

Especialista em Saúde Pública, Saúde da
Família e em Processos Educacionais em
Saúde, professora da Universidade Estadual do
Maranhão – UEMA;

<http://lattes.cnpq.br/1800465863069141>

Brígida Maria Gonçalves de Melo Brandão

Doutora e mestra em enfermagem (UPE/UEPB)
e professora da Universidade Estadual do
Maranhão – UEMA.

<http://lattes.cnpq.br/3211952648628922>

RESUMO: INTRODUÇÃO: a síndrome de Burnout é um transtorno psicossocial caracterizada por uma junção de vários fatores, onde se identifica no indivíduo afetado uma exaustão emocional, baixa realização profissional e sentimentos de incapacidade de realizar as tarefas profissionais. Essa síndrome geralmente ocorre em indivíduos que lidam com outras pessoas de maneira mais próxima, como ocorre com os acadêmicos da área de saúde. **OBJETIVOS:** Buscar na bibliografia científica evidências sobre o que vem sendo estudado acerca da ocorrência da síndrome de Burnout em estudantes da área de saúde. **METODOLOGIA:** trata-se de uma revisão integrativa da literatura, que utilizou artigos nacionais e internacionais e dentro do limite temporal de 2015 a 2019, com o auxílio dos descritores Estudantes, Esgotamento psicológico, Ciências da saúde. Foram encontrados 399 artigos, porém aplicando os critérios de inclusão e exclusão restaram 06 artigos para análise. **DISCUSSÃO:** Evidenciou-se que a síndrome de Burnout tem prevalência no sexo feminino e, em relação à faixa etária, quanto mais novo o estudante mais chances de posteriormente adquirir os sintomas da doença. Alguns dos fatores que podem estar associados é a imaturidade emocional, insegurança em relação a graduação, dificuldade de adaptação e o tempo dedicado para a realização das atividades do curso. Quanto ao percentual dos sintomas relatados nas pesquisas, a exaustão emocional é um dos sintomas mais recorrente nos estudantes, seguido de baixa realização profissional e a descrença. **CONCLUSÃO:** Por apresentar uma grande ocorrência torna-se necessário tentar compreender mais essa problemática dos estudantes. Logo, é importante que sejam desenvolvidos mais estudos sobre o assunto, além de mais suporte na prevenção e orientação dos estudantes que estão apresentando os sintomas.

PALAVRAS-CHAVE: Estudantes, esgotamento profissional, ciências da saúde.

BURNOUT SYNDROME IN HEALTH STUDENTS: A LITERATURE REVIEW

RESUMO: INTRODUCTION: Burnout syndrome is a psychosocial disorder characterized by a combination of several factors, which identifies in the affected individual an emotional exhaustion, low professional accomplishment and feelings of inability to perform professional tasks. This syndrome usually occurs in individuals who deal with people more closely, as with health academics. **OBJECTIVES:** To search the scientific literature for evidence on what has been studied about the occurrence of Burnout syndrome in health students. **METHODOLOGY:** This is an integrative literature review, which used national and international articles and within the time limit of 2015 to 2019, using the descriptors Students, Psychological Exhaustion, Health Sciences. We found 399 articles, but applying the inclusion and exclusion criteria left 06 articles for analysis. **DISCUSSION:** It was evidenced that Burnout syndrome has prevalence in females and, in relation to age, the younger the student, the more likely to later acquire the symptoms of the disease. Some of the factors that may be associated are emotional immaturity, insecurity regarding graduation, difficulty in adapting and the

time devoted to the course activities. As for the percentage of symptoms reported in the surveys, emotional exhaustion is one of the most recurrent symptoms in students, followed by low professional achievement and disbelief. **CONCLUSION:** Due to its high occurrence, it is necessary to try to understand more this problem that affects the students. Therefore, it's important to develop further studies on the subject, as well as more support in prevention and guidance of students who are presenting symptoms.

KEYWORDS: Students, Professional exhaustion, Health sciences.

INTRODUÇÃO

A Síndrome de *Burnout* é um transtorno psicossocial caracterizada pelo sentimento de exaustão, onde há um sentimento de desgaste e esgotamento emocional. A despersonalização também é uma característica desta síndrome e traz ao indivíduo o sentimento de distanciamento de sua realidade como se este fosse apenas um expectador, levando assim, a um quadro de insensibilidade para com os outros. Outro ponto a ser citado na síndrome de *Burnout* é a baixa realização profissional, onde a pessoa apresenta sentimentos de insignificância e incompetência ao realizar tarefas em seu serviço, principalmente aqueles cujos trabalhos são voltados ao contato com pessoas (NEGREIROS et al., 2018).

O ritmo frenético da vida atual, a cobrança para se atingir o sucesso, a busca por mudanças constantes na forma de viver e de consumir são alguns dos fatores que levam ao aumento de estressores que interferem diretamente no comprometimento da saúde dos indivíduos, o estresse constante e o acúmulo de sentimentos negativos, assim como a falta de atenção aos primeiros sintomas, levam uma parcela da população a sofrer com a síndrome de *Burnout* (PROENCIO et al., 2017).

As profissões voltadas aos cuidados de saúde apresentam um alto risco de desenvolvimento do *Burnout* por exigirem um constante contato com o sofrimento do outro. A síndrome não se restringe apenas aos profissionais atuantes na área da assistência, mas também a professores, estagiários e estudantes. Os acadêmicos enfrentam, além dos estressores já apresentados, a sobrecarga por terem de conciliar trabalho e estudos, a pressão relacionada às notas e a necessidade de conclusão do curso, a descrença em relação aos estudos, entre outros estressores que podem levar ao desenvolvimento desta síndrome (NASSAR; ANDRADE; ARÉVALO, 2018; PINTO et al., 2018).

METODOLOGIA

O presente estudo trata-se de uma revisão integrativa da literatura e foi realizado em novembro de 2019, tendo utilizado o método de Ercole, Melo e Alcoforado (2014) que proporciona a combinação de dados da literatura teórica e empírica, proporcionando maior compreensão do tema de interesse.

O tema “Síndrome de Burnout em estudantes da área de saúde”, determinou a construção da estratégia PICO, que representa um acrônimo para Paciente (P), Interesse (I) e Contexto (Co), na qual foi utilizada para a geração da questão norteadora desta revisão: “O que a bibliografia científica tem estudado acerca da ocorrência da síndrome de Burnout em estudantes da área de saúde?”.

Para a localização dos estudos relevantes, que respondessem à pergunta de pesquisa, utilizou-se descritores indexados no idioma português e inglês. Os descritores foram obtidos a partir dos Descritores em Ciências da Saúde (DeCS), sendo feito o uso do elemento “P” com o DeCS Estudantes. Em “I” foi utilizado o DeCS Esgotamento psicológico. No elemento Co usou-se o DeCS Ciências da saúde.

A busca dos descritores ocorreu na base de dados Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), onde foram consultadas as bases de dados bibliográficas Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), Base de Dados de Enfermagem (BDENF) e *Medical Literature Analysis and Retrieval System Online* (MEDLINE). Os operadores booleanos *and* e *or* foram utilizados como forma de restringir a amostra. No quadro 1 estão evidenciadas as estratégias de busca empregadas.

| BASE DE DADOS | ESTRATÉGIA DE BUSCA | RESULTADOS | APÓS APLICAÇÃO DOS FILTROS | APÓS LEITURA DOS TÍTULOS E RESUMOS |
|------------------------|--|------------|----------------------------|------------------------------------|
| BVS (descritores DeCS) | Estudantes AND Esgotamento psicológico OR Ciências da saúde OR Burnout, psychological. | 399 | 128 | 06 |

Quadro 1 – Estratégias de busca utilizadas na base de dados BVS – Coroaá, MA, Brasil, 2019.

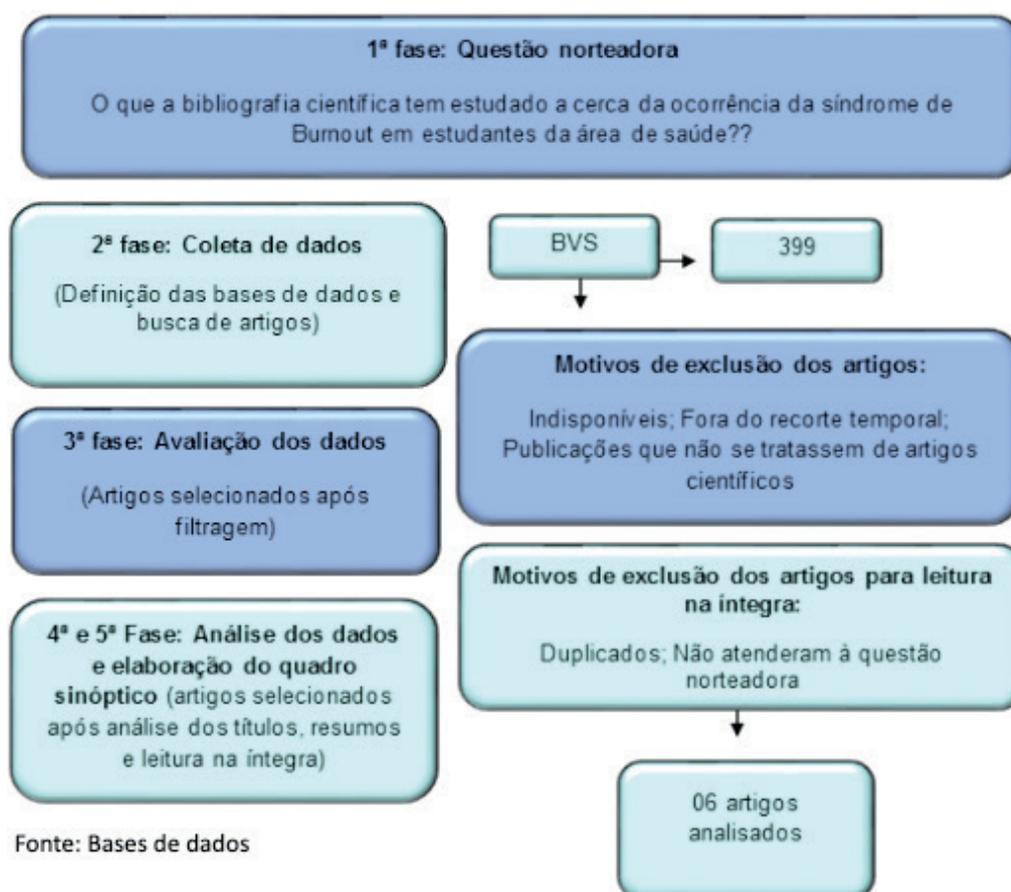
Fonte: Bases de dados.

Como critérios de inclusão utilizaram-se resumos expandidos ou artigos

disponíveis gratuitamente e em sua totalidade, publicados nos últimos cinco anos (2015 a 2019), nos idiomas português e inglês. Foram excluídos capítulos de livros, resumos simples, textos incompletos, teses, dissertações, monografias, relatos técnicos, outras formas de publicação que não artigos científicos completos ou artigos publicados fora do recorte temporal.

A análise para seleção dos estudos foi realizada em duas fases, a saber: Na primeira, os estudos foram pré-selecionados segundo os critérios de inclusão e exclusão e de acordo com a estratégia de funcionamento e busca de cada base de dados.

Encontrou-se trezentos e noventa e nove (399) estudos como busca geral na BVS. Limitando a busca, obteve-se cento e vinte e oito (128) estudos. Destes, foram analisados títulos e resumos e excluídos os que não respondessem à pergunta norteadora ou estivessem duplicados. Ao final, seis (06) estudos foram condizentes com a questão desta pesquisa e, portanto, comporam a amostra e foram lidos na íntegra para serem analisados. No fluxograma 1 encontra-se exposto o processo para seleção dos estudos.



Fuxograma 1 - Fluxograma do processo de seleção dos estudos para a revisão integrativa - Coroaá, MA, Brasil, 2019.

Posteriormente, foram analisadas as informações coletadas nos artigos

científicos e criadas categorias analíticas, que facilitaram a ordenação e a sumarização de cada estudo. Essa categorização foi realizada de forma descritiva, indicando os dados mais relevantes para o estudo.

A pesquisa levou em consideração os aspectos éticos da pesquisa quanto às citações dos estudos, respeitando a autoria das ideias, os conceitos e as definições presentes nos artigos incluídos na revisão.

Os dados dos artigos serão apresentados em um quadro para facilitar a visualização e compreensão.

RESULTADOS

Foram selecionados seis (06) artigos para a amostra estudada, todos em língua portuguesa. Para obter as informações pertinentes ao problema norteador da pesquisa, elaborou-se um quadro (quadro 2) que contempla estes artigos, estando dispostos em ordem decrescente de publicação, conforme mostrado a seguir.

| Nº | Autor(es)/ Ano | Título | Periódico/ Idioma | Desenho do estudo | Objetivo |
|----|--|---|------------------------------------|-----------------------------------|--|
| 01 | MOTA et. al. (2019) | Relação entre atividade física e síndrome de Burnout em estudantes universitários: revisão sistemática | Pensar a Prática/ Português | Revisão Sistemática | Realizar uma revisão sistemática da produção científica sobre as relações entre síndrome de Burnout e atividade física em estudantes inseridos em cursos de graduação e de pós-graduação. |
| 02 | NASSAR; ANDRADE; ARÉVALO (2018) | Síndrome de Burnout em estudantes de graduação dos cursos de medicina, enfermagem, odontologia e psicologia no Brasil: uma revisão do panorama brasileiro | Revista Atenas Saúde/ Português | Revisão Integrativa da Literatura | Mapear a literatura disponível para fornecer uma visão geral sobre os estudos que analisaram a Síndrome de Burnout em estudantes de graduação dos cursos da área da saúde em faculdades no Brasil. |
| 03 | PINTO et. al. (2018) | Síndrome de Burnout em estudantes de Odontologia, Medicina e Enfermagem: uma revisão da literatura | REFACS (online)/ Português | Revisão Integrativa | Fazer uma revisão integrativa da Síndrome de Burnout, avaliando a prevalência e fatores associados dessa síndrome em estudantes de Odontologia, Enfermagem e Medicina. |

| | | | | | |
|----|-------------------------|--|--|---|--|
| 04 | NEGREIRO et. al. (2018) | Síndrome de Burnout em estudantes da área da saúde | CIPEEX/ Português | Resumo Expandido | Fazer uma revisão bibliográfica acerca da Síndrome de Burnout em graduandos da área da saúde, destacando e correlacionando algumas variáveis sociodemográficas, acadêmicas e psicossociais como sexo, idade, além de fatores estressantes e as dimensões que a compõe. |
| 05 | MOTA et. al. (2017) | Síndrome de burnout em estudantes universitários: um olhar sobre as investigações | Motrivivência/ Português | Revisão de Literatura | Analisar publicações que abordem a Síndrome de Burnout em estudantes universitários. |
| 06 | PROENCIO et. al. (2017) | Síndrome de Burnout em trabalhadores da enfermagem que são estudantes da graduação | Revista Saúde e Desenvolvimento/ Português | Qualiquantitativo, Descritivo e Transversal | Identificar os riscos para a síndrome de Burnout e a qualidade de vida de trabalhadores da enfermagem que são estudantes do último ano da graduação nessa área. |

Quadro 2– Distribuição dos estudos segundo autor(es), ano de publicação, título, periódico, idioma de publicação, desenho do estudo e objetivos – Coroatá, MA, Brasil, 2019.

Conforme a análise feita sobre o conteúdo em questão, foram selecionadas 06 publicações sendo estas com um maior referencial teórico de estudos publicados nos anos de 2017 a 2019 e distribuídos da seguinte forma: 2019 com 01 (um), 2018 com 03 (três) e 2017 com 02 (dois). Vê-se que a maioria destes estudos foram publicados no ano de 2018 (50%).

DISCUSSÃO

Sabe-se que a **síndrome de Burnout** está relacionada ao estresse e desgaste emocional, seja na vida profissional ou acadêmica, tornando o indivíduo mais suscetível a doenças psicológicas (MOTA et al., 2017; PINTO et al., 2018).

Todos os estudos são enfáticos e evidenciam que os sintomas mais frequentes da síndrome de **Burnout são: ansiedade, depressão, fadiga, baixa realização acadêmica, exaustão emocional e despersonalização** (MOTA et al., 2017; PROENCIO et al., 2017; NASSAR; ANDRADE; ARÉVALO, 2018; NEGREIROS et al., 2018; PINTO et al., 2018; MOTA et al., 2019).

Evidenciou-se também que a síndrome de **Burnout** tem maior prevalência no sexo feminino (PROENCIO et al., 2017; NASSAR; ANDRADE; ARÉVALO, 2018), e em relação à faixa etária, o estudo de Pinto et al. (2018) mostra que quanto mais novo o estudante for, mais chances ele terá de posteriormente adquirir os sintomas da doença.

Alguns dos fatores que podem estar associados à síndrome é a imaturidade emocional, insegurança em relação a graduação, dificuldade de adaptação e o

tempo dedicado para a realização das atividades do curso. Essas evidências estão ligadas ao fato de que a entrada na faculdade muitas vezes coincide com a saída da adolescência, que é um período de incertezas, medo do desconhecido e dúvidas quanto ao futuro (PINTO et al., 2018).

Quanto ao percentual dos sintomas relatados nas pesquisas, a exaustão emocional é um dos sintomas mais recorrentes nos estudantes, caracterizado pelo sentimento forte de tensão emocional, o que produz um esgotamento ou falta de energia para lidar com a rotina diária da vida acadêmica, seguido de baixa realização profissional e descrença. Vale salientar que a síndrome foi detectada em 19,6% dos acadêmicos, no entanto, 35,4% dos acadêmicos podem desenvolver a doença posteriormente (MOTA et al., 2017; PROENCIO et al., 2017; NASSAR; ANDRADE; ARÉVALO, 2018; NEGREIROS et al., 2018; PINTO et al., 2018).

Segundo os estudos, a síndrome aparenta ser mais comum em estudantes e profissionais da saúde, devido a maior proximidade ao público e a pressão no cumprimento das demandas e atividades realizadas por esses profissionais. A investigação sobre a síndrome de *Burnout* em estudantes da área da saúde vem crescendo muito nos últimos anos, e a exaustão causada pelo ritmo acelerado do dia-a-dia da vida acadêmica pode ter relação na maior prevalência da síndrome em estudantes da área.

Alguns estudos mostram que há uma maior prevalência da síndrome em estudantes da área da saúde que possuem uma vida mais sedentária, o que é explicado pela falta de tempo e/ou disposição para práticas de exercícios físicos, assim como condições financeiras e ausência de local adequado para que essas atividades físicas sejam realizadas. A revisão de Mota et al. (2019) identificou que a prática de atividades físicas pode influenciar positivamente na redução da exaustão emocional e, conseqüentemente, na redução da prevalência da síndrome de *Burnout*.

Os estudos mostram que os estudantes de medicina possuem uma prevalência maior em desenvolver a síndrome, seguindo pelos estudantes de odontologia, enfermagem e psicologia (PROENCIO et al., 2017; NASSAR et al., 2018; NEGREIROS et al., 2018).

Pinto et al. (2018) aponta que em relação aos estudantes de medicina, quanto mais avançado é o período, maior a prevalência de *Burnout*. Os estudos de Pinto et al. (2018) e Mota et al. (2017), apontam que ocorre um grande consumo de medicamentos devido à rotina intensa de estudos, estresse excessivo e o desgaste emocional. Os autores também relatam que o pensamento de desistir do curso também é um fato bastante presente.

CONCLUSÃO

Como resultado desse trabalho constatou-se dados alarmantes sobre essa síndrome na população estudada, afetando não só a parte física e emocional, mas também o desenvolvimento positivo dos seus cursos, reduzindo seu aproveitamento e aprendizagem, o que reflete em baixas realizações pessoais, frustrações e descrença.

Alguns cursos se destacam mais na prevalência da síndrome de *Burnout*, devido a um período mais longo de aulas, bem como de atividades extracurriculares, demandando ainda mais dedicação e tempo dos acadêmicos. Tem-se como exemplo o curso de medicina, destacando-se os estudantes mais jovens, que independente do curso são os que mais necessitam de ações voltadas para a prevenção dessa condição.

Conclui-se que a síndrome de *Burnout* caracteriza-se por uma situação de profunda exaustão emocional e física, além do senso de realização pessoal e profissional diminuído em estudantes da área da saúde devido à responsabilidade em cuidar do outro, que se torna muitas vezes pesado para algumas pessoas, somando ainda aos fatores individuais e à convivência em ambientes que geram estresse.

Com base nos dados apresentados, sugere-se que sejam desenvolvidas nas universidades políticas institucionais de apoio e suporte a esses estudantes, além de serem desenvolvidas estratégias de prevenção, auxiliando na formação de profissionais mais seguros e saudáveis.

REFERÊNCIAS

- ERCOLE, Flávia Falci; MELO, Laís Samara de; ALCOFORADO, Carla Lúcia Goulart Constant. Revisão integrativa versus revisão sistemática. *Revista Mineira de Enfermagem*, v. 18, n. 1, p. 9-12, 2014.
- MOTA, Íris Dantas; FARIAS, Gelcemar Oliveira; SILVA, Rudney; FOLLE, Alexandra. Síndrome de burnout em estudantes universitários: um olhar sobre as investigações, *Motrivivência*, v. 29, n. esp., n. 243-56, 2017.
- MOTA, Iris Dantas; MARINHO, Ana Paula Ramos; BOTH, Jorge; VEIGA, Monica Bredun, FARIAS, Gelcemar Oliveira. Relação entre atividade física e síndrome de burnout em estudantes universitários: revisão sistemática, *Pensar a Prática*, v. 22, p. 1-15, 2019.
- NASSAR, Leornado Maso; ANDRADE, Alisson Maxweel Ferreira; ARÉVALO, Jorge Luis Sánchez. Síndrome de burnout em estudantes de graduação dos cursos de medicina, enfermagem, odontologia e psicologia no Brasil: uma revisão do panorama brasileiro, *Rev. Aten. Saúde*, v. 16, n. 57, p. 98-109, 2018.
- NEGREIROS, Camila Beraldo; VIEIRA, Camila Gomes; MOTA, Mariana Santos; OLIVEIRA, Núrya Patielly Texeira; GOMES, Stéphanie Cândida Abdala; PAIXÃO, Thayssa Faria Pinheiro. Síndrome de burnout em estudantes da área da saúde, *CIPEEX*, p. 914-9, 2018.
- PINTO, Priscilla Sarmiento; NUNES, Fabricia Míckele Rodrigues; CAMPOS, Debora e Silva; FREITAS,

Rejane Haidee Borges; BONAN, Paulo Rogério Ferrati; BATISTA, André Ulisses Dantas. Síndrome de burnout em estudantes de odontologia, medicina e enfermagem: uma revisão da literatura, **REFACS**, v. 6, n. 2, p. 238-48, 2018.

PROENCIO, Claci Czyza; FERREIRA, Wellington Fernando da Silva; VASCONCELOS, Cláudia Ribeiro; DUTRA, Denecir de Almeida. Síndrome de Burnout em trabalhadores da enfermagem que são estudantes da graduação, **Rev. Saúde Desenvolv.**, v. 11, n. 6, p. 102-20, 2017.

SEPSE EM PACIENTES INTERNADOS EM UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA

Data de aceite: 05/02/2020

Data de submissão: 04/11/2019.

Bruna da Conceição Fernandes da Silva

Centro Universitário Doutor Leão Sampaio
(UNILEÃO)

Juazeiro do Norte – CE

<http://lattes.cnpq.br/3342022738466310>

Giulliana Carvalho de Albuquerque

Centro Universitário Doutor Leão Sampaio
(UNILEÃO)

Juazeiro do Norte – CE

<http://lattes.cnpq.br/2142216232697720>

Isaac de Sousa Araújo

Docente do Curso de Odontologia

Centro Universitário Doutor Leão Sampaio –
(UNILEÃO)

Juazeiro do Norte - CE

<http://lattes.cnpq.br/2822019316969749>

Ítalo Vinicius Lopes Silva

Centro Universitário Doutor Leão Sampaio
(UNILEÃO)

Juazeiro do Norte – CE

<http://lattes.cnpq.br/1067029696642174>

Josélia Santos Oliveira Evangelista

Centro Universitário Doutor Leão Sampaio
(UNILEÃO)

Juazeiro do Norte – CE

<http://lattes.cnpq.br/1020321133134563>

Monique Oliveira Silva

Centro Universitário Doutor Leão Sampaio
(UNILEÃO)

Juazeiro do Norte – CE

<http://lattes.cnpq.br/0132093111931972>

Pedro Henrique Vieira Nunes

Centro Universitário Doutor Leão Sampaio
(UNILEÃO)

Juazeiro do Norte – CE

<http://lattes.cnpq.br/6737871097053335>

Rayane Moreira de Alencar

Docente do Curso de Enfermagem

Universidade Regional do Cariri (URCA)

Crato – CE

<http://lattes.cnpq.br/1797979130541522>

Rainara Gomes de Sousa

Centro Universitário Doutor Leão Sampaio
(UNILEÃO)

Juazeiro do Norte – CE

<http://lattes.cnpq.br/4672155094544493>

Sara Amy da Silva Alves dos Santos

Centro Universitário Doutor Leão Sampaio
(UNILEÃO)

Juazeiro do Norte – CE

<http://lattes.cnpq.br/0028130750181271>

Tonny Emanuel Fernandes Macedo

Docente do Curso de Enfermagem

Centro Universitário Doutor Leão Sampaio
(UNILEÃO)

Juazeiro do Norte – CE

<http://lattes.cnpq.br/181752397322398>

RESUMO: Sepsis é definida como uma disfunção orgânica potencialmente fatal causada por uma resposta do hospedeiro desregulada à infecção. A incidência no Brasil é de aproximadamente 200 mil casos por ano, com uma mortalidade entre 35 a 45% para sepsis grave, e de 52 a 65% para o choque séptico. As infecções hospitalares em UTI estão relacionadas aos fatores como: estado de saúde dos pacientes, utilização dos dispositivos invasivos como cateter venoso central, sonda vesical de longo prazo e ventilação mecânica, uso de imunossupressores, hospitalização por tempo prolongado, colonização por micro-organismos resistentes à terapêutica e prescrição indiscriminada de antibiótico. Objetivou-se em conhecer os principais fatores de risco para o desenvolvimento de sepsis em pacientes de unidade de terapia intensiva. Trata-se de uma revisão integrativa, realizado no mês de abril de 2019, que obteve os dados para análise através das bases de dados SCIELO, BVS e LILACS, publicados entre 2013-2018. Foram encontrados 209 artigos, selecionados através dos seguintes critérios de inclusão: artigos disponíveis eletronicamente na íntegra, no idioma português, que abordassem a temática deste estudo, e os critérios de exclusão: trabalhos duplicados, estudos que não abordassem a temática, artigos em inglês e restaram 12 artigos. Diante das publicações analisadas pode-se observar que muitos estudos relatam que a maioria dos pacientes com sepsis internados na UTI desenvolveu choque séptico, que ocasionou maior número de óbitos destes pacientes. Tendo como principais fatores de risco para sepsis em uma UTI, a idade maior que 65 anos, o tempo médio de permanência superior a cinco dias, presença de comorbidades e a elevada frequência do uso de procedimentos invasivos. É necessária a realização de novas pesquisas com o intuito de conhecer o perfil clínico desses pacientes e assim poder desenvolver uma terapêutica mais efetiva.

PALAVRAS-CHAVE: sepsis, unidade de terapia intensiva, fatores de risco.

SEPSIS IN PATIENTS HOSPITALIZED IN INTENSIVE CARE UNIT

ABSTRACT: Sepsis is defined as a potentially fatal organ dysfunction caused by a deregulated host response to infection. The incidence in Brazil is approximately 200,000 cases per year, with a mortality of 35 to 45% for severe sepsis and 52 to 65% for septic shock. The ICU nosocomial infections are related to factors such as patient health status, use of invasive devices such as central venous catheter, long-term

bladder catheter and mechanical ventilation, use of immunosuppressants, long-term hospitalization, colonization by microorganisms resistant to therapy and indiscriminate prescription of antibiotic. This study aimed to identify the main risk factors for the development of sepsis in intensive care unit patients. This is an integrative review, conducted in April 2019, which obtained data for analysis through the databases SCIELO, BHS and LILACS, published between 2013-2018. A total of 209 articles were found, selected through the following inclusion criteria: full electronic articles available in Portuguese that addressed the theme of this study, and exclusion criteria: duplicate papers, studies that did not address the theme, articles in English and 12 articles remained. Considering the publications analyzed, it can be observed that many studies report that most patients with sepsis admitted to the ICU developed septic shock, which caused a higher number of deaths of these patients. Having as main risk factors for sepsis in an ICU, age above than 65 years, average length of stay of more than five days, presence of comorbidities and high frequency of invasive procedures. Further research is needed in order to know the clinical profile of these patients and thus develop a more effective therapy.

KEYWORDS: sepsis, intensive care unit, risk factors.

INTRODUÇÃO

Sepse é definida como uma disfunção orgânica potencialmente fatal causada por uma resposta do hospedeiro desregulada à infecção. A sepsé ainda é considerada um grande problema de saúde que acomete pacientes em Unidade de Terapia Intensiva (UTI), apesar de um enorme esforço de investigação nas últimas décadas, continua sendo um desafio considerável e crescente aos cuidados de saúde (FARIAS et al 2014).

Segundo Santos; Souza; Oliveira (2016) a sepsé é um conjunto de reações inflamatórias, neurais, hormonais e metabólicas, conhecidas como Síndrome da Resposta Inflamatória Sistêmica (SIRS) resultante de uma complexa interação entre o microrganismo infectante e a resposta imune, pró-inflamatória e pró-coagulante do hospedeiro. Sepsé, sepsé grave ou choque séptico representam a evolução temporal da mesma síndrome com espectros distintos de gravidade associados a taxas crescentes de mortalidade.

A sepsé vem atraindo o interesse da comunidade médica, devido a um considerado aumento de sua incidência, como é o caso abordado nos Estados Unidos, onde o número de casos de sepsé em 2003 era de 415 mil passando para 700 mil casos em 2007. Tal aumento tem ocorrido tanto pelo crescimento da resistência bacteriana, como o aumento da população idosa ou do número de pacientes imunossuprimidos, o que implica numa população cada vez mais

suscetível ao desenvolvimento de infecções graves (CRUZ e MACEDO, 2016).

No Brasil, esta patologia é a segunda principal causa de mortalidade em UTI, A incidência no Brasil é de aproximadamente 200 mil casos por ano, com uma mortalidade entre 35 a 45% para sepse grave, e 52 a 65% para o choque séptico (BARROS; MAIA; MONTEIRO, 2016).

Segundo Prado et al., (2018) os fatores de risco para sepse em UTI é a utilização de procedimentos invasivos como cateterismo urinário, cateterismo vascular central e ventilação mecânica. Tais procedimentos estão significativamente associados ao elevado número de mortes por sepse na UTI, além do elevado tempo de internação. Além disso, quanto mais grave for a sepse maior será a exposição aos procedimentos invasivos, o que leva a concluir que os pacientes que desenvolveram choque séptico foram submetidos há algum procedimento invasivo no período de internação na UTI.

Com base no que foi explanado, evidencia-se na pesquisa encomendada pelo Instituto Latino-Americano de Sepse (ILAS) ao Datafolha, que apenas 7% dos brasileiros já tinham ouvido falar sobre a sepse. Portanto, é preciso trabalhar com os profissionais de saúde, equipe médica e multiprofissional, de forma a que cada atendimento, seja feito de uma maneira mais coordenada e rápida no hospital (FILHO; MARINHOS; SANTOS, 2018).

Diante do que foi exposto, o objetivo desse estudo se deu em Conhecer os principais fatores de risco para o desenvolvimento de sepse em pacientes de unidade de terapia intensiva.

METODOLOGIA

O presente estudo trata-se de uma revisão integrativa. Esse método pode ser incorporado às pesquisas realizadas em outras áreas do saber, além das áreas da saúde e da educação, pelo fato de ele viabilizar a capacidade de sistematização do conhecimento científico de forma que o pesquisador aproxime-se da problemática que deseja apreciar, traçando um panorama sobre sua produção científica para conhecer a evolução do tema ao longo do tempo e, com isso, visualizar possíveis oportunidades de pesquisa. (BOTELHO; CUNHA; MACEDO, 2011).

Com base nesse contexto, este estudo cumpriu criteriosamente seis etapas subsequentes: 1) estabelecimento da questão norteadora; 2) definição de critérios de inclusão e exclusão para busca na literatura; 3) categorização dos estudos; 4) avaliação dos estudos incluídos na revisão; 5) interpretação dos resultados; e 6) síntese do conhecimento com apresentação da revisão (MENDES; SILVEIRA; GALVÃO, 2008).

A questão norteadora para a temática estudada foi: “Qual o conhecimento

publicado nas bases científicas a respeito da sepse em pacientes internados em unidades de terapia intensiva?”. Foram identificados e selecionados os estudos científicos publicados entre 2013 a 2019, abrangendo a área da saúde, realizado no mês de abril de 2019.

A busca pelos artigos concentrou-se nos bancos de dados da Biblioteca Virtual de Saúde (BVS), Literatura Latino Americana em Ciências da Saúde (LILACS) e Scientific Electronic Library Online (SciELO). As palavras-chave utilizadas foram: “sepse”, “unidade de terapia intensiva”, “fatores de risco”, tanto de forma combinada quanto isolada. Os critérios de inclusão foram: artigos e dissertações escritos nos idiomas português, que respondam a questão norteadora, disponíveis na íntegra online, gratuitamente. E como critérios de exclusão, os artigos, livros, dissertações e documentos que não respondiam ao objetivo proposto.

Com o auxílio dos filtros de pesquisa presente nas bases de dados, selecionou-se 75 artigos na plataforma do SciElo, 12 artigos nos periódicos da Capes e 122 na BVS, totalizando 209 artigos. Desse total, 26 foram excluídos, por não apresentarem conformidade com o tema estudado, 46 estavam repetidos, 29 não estavam disponíveis gratuitamente e 35 em línguas diferentes do português, resultando desse modo em 73 estudos. Na etapa seguinte realizou-se a leitura minuciosa dos títulos e resumos dos artigos pré-eleitos visando determinar os estudos que respondessem à questão norteadora. Dessa maneira, elegeu-se 12 estudos, cujo assunto abordava o tema proposto. Em seguida realizou-se a revisão dos trabalhos eleitos, com o intuito de desenvolver de forma clara uma síntese descritiva, dos resultados e conclusões atingidos em cada um dos estudos selecionados.

RESULTADOS

Visando a melhor compreensão dos artigos selecionados segundo os critérios de inclusão, elaborou-se o Quadro 01, contendo o ano de publicação, nome do autor, periódico, título e objetivo da pesquisa. Os artigos foram organizados em ordem crescente por ano de publicação.

| ANO | AUTOR | PERIÓDICO | TÍTULO | OBJETIVO |
|------|--|---|--|--|
| 2013 | Dellinger, R et al | Intensive care | Campanha de sobrevivência à sepse: diretrizes internacionais para tratamento de sepse grave e choque séptico: 2012 | Fornecer uma atualização das “Diretrizes da campanha sobrevivência à sepse para gerenciamento de sepse grave e choque séptico. |
| | Farias et al | Revista Saúde Pública Santa Catarina | Perfil clínico e laboratorial de pacientes com sepse, sepse grave e choque séptico admitidos em uma Unidade de Terapia Intensiva | Traçar o perfil clínico e laboratorial de pacientes internados com sepse em uma unidade de terapia intensiva adulto do Nordeste brasileiro |
| | Reinhart K; Daniels R; Machado, F. R | Revista Brasileira Terapia Intensiva | O ônus da sepse: uma chamada em apoio ao Dia Mundial da Sepse 2013. | Melhorar a compreensão e diminuir o ônus da sepse em todo o mundo. |
| 2014 | Kuipers S; Klouwenberg, P. K; Cremer O. L | Rev. Critical Care | Incidência, fatores de risco e resultados da fibrilação atrial de início recente em pacientes com sepse: uma revisão sistemática | Descrever a incidência, fatores de risco e desfechos de fibrilação atrial (FA) de início recente em pacientes com sepse |
| 2015 | Westphal, G. A; Lino, A. S | Revista Brasileira Terapia Intensiva | Rastreamento sistemático é a base do diagnóstico precoce da sepse grave e choque séptico. | Identificar os fatores de riscos para sepse. |
| 2016 | Barros, L. L. S; Maia, C. S. F; Monteiro, M. C | Caderno de Saúde Coletiva | Fatores de risco associados ao agravamento de sepse em pacientes em Unidade de Terapia Intensiva | Avaliar o agravamento e a mortalidade de pacientes sepse em UTI, relacionando aos fatores de risco, diferentes etiologias e terapêuticas. |
| | Cruz L. L; Macedo C. C | Revista Multidisciplinar e de Psicologia | Perfil Epidemiológico da Sepse em Hospital de Referência no Interior do Ceará | Analisar o perfil epidemiológico da Sepse no primeiro semestre de 2015, num hospital de referência do interior do Ceará, Brasil |
| | Santos A. M; Souza G. R. B; Oliveira A. M. L | Arquivos Médicos dos Hospitais da Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa | Sepse em adultos na unidade de terapia intensiva: características clínicas | Descrever as características clínicas dos pacientes adultos com sepse, internados em Unidade de Terapia Intensiva, por meio dos registros de enfermagem e médico. |
| | Singer M, et al. | Journal of the American Medical Association | As definições do terceiro consenso internacional para sepse e choque séptico (sepse-3). | Avaliar e, atualizar as definições de sepse e choque séptico. |
| | Pirozzi, N et al | HSOA Journal of Emergency Medicine, Trauma & Surgical Care | Sepse: Epidemiologia, fisiopatologia, classificação, biomarcadores e manejo | Revisar os critérios diagnósticos e de manejo da Síndrome da Resposta Inflamatória Sistêmica (SIRS), sepse, sepse grave, choque séptico e síndrome da disfunção de múltiplos órgãos. |

| | | | | |
|------|--|------------------------------------|---|---|
| 2018 | Filho, C. A. L.; Marinho, C. M. M.; Santos, M. D. P. | Revista Eletrônica Acervo Saúde | Fatores de risco em pacientes com sepse em unidades de terapia intensiva: uma revisão integrativa | Analisar os fatores de risco em pacientes com sepse em unidades de terapia intensiva |
| | Prado P. R, et al. | Rev. Rene | Fatores de risco para morte em pacientes com sepse em uma unidade de terapia intensiva | Determinar os principais fatores de risco para a morte em pacientes com sepse em uma unidade de terapia intensiva. |

Quadro 1: Descrição dos artigos selecionados: autores e ano das publicações, título, revista e objetivos.

DISCURSSÃO

A sepse na UTI está presente em pacientes submetidos a diversas complicações. Conforme evidencia-se na literatura, os fatores de risco como: idade avançada, sexo masculino, uso de cateteres, ventilação mecânica, entre outros, colaboram significativamente com o agravamento dessa infecção. Diante disso, constata-se que essa complicação é considerada como a principal causa de morte por infecção (PRADO et al., 2018). Por sua vez, Singer et al. (2016) reitera que é preciso maior investigação da epidemiologia da sepse.

Desse modo, diante da análise dos artigos eleitos, seguida da revisão sucinta de suas abordagens, apresenta-se neste tópico os resultados dos estudos apresentados no quadro 01.

Inicia-se esta discussão apresentando o estudo de Prado et al. (2018), do qual utilizou o modelo de regressão de Cox, para estimar os principais fatores de risco de morte em pacientes sépticos. Os pacientes diagnosticados com infecção abdominal e pacientes submetidos a agentes vasopressores evidenciaram maior risco de morte. Ressalta-se no estudo deste autor, que os fatores de risco apresentados tiveram mais probabilidade de ocorrer após o fim dos 24 dias de permanência dos pacientes na UTI; além disso, o foco principal de infecção foi registrado no sistema respiratório, que tem como principal fator a pneumonia associada à ventilação, que ocorre 48-72 horas após a intubação.

O estudo de Barros et al. (2016) mostrou pacientes com idade acima de 65 anos (25%), sendo que, desse total, 76% resultaram em óbito, independentemente do agravamento da sepse, evidenciando que a idade elevada dos pacientes é um fator de risco diretamente relacionado à doença. Evidenciou-se ainda, que nas diferentes gravidades da sepse, o gênero masculino foi o mais atingido, apresentando maior mortalidade, tanto na sepse não complicada, quanto na sepse grave.

O uso de cateter de artéria pulmonar e falência de órgãos são consideráveis fatores de risco que se associam de forma fraca a moderada como agravante da

sepsis (KUIPERS et al., 2014). Ressalta-se que muitos dos fatores de risco estudados ao longo deste trabalho associam-se à capacidade do paciente em resistir a esta infecção e à possibilidade de agravar seu caso clínico em uma falência aguda de órgãos, como consequência da resposta à sepsis (PIROZZI et al., 2016).

Conforme Westphal; Lino (2015) o cateter venoso central (CVC) é um importante fator de risco da sepsis confirmada laboratorialmente nos casos de infecção primária da corrente sanguínea. A infecção da corrente sanguínea associada ao CVC (30%) representa o segundo maior risco de infecção hospitalar.

Sobretudo, é possível observar poucas pesquisas relacionadas aos fatores de risco e agravamento da sepsis em pacientes internados em UTI de vários locais do mundo, principalmente no Brasil. Ressalta-se que a evidência de dados sobre essa infecção é de grande relevância, uma vez que pode contribuir para a inserção de políticas públicas e uma maior compreensão das características desta infecção (FILHO; MARINHO; SANTOS, 2018). Apesar dos estudos sobre esse assunto ter se intensificado na última década, as informações sobre sepsis em UTI's do Brasil continua limitada e insuficiente (CRUZ; MACEDO, 2016).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Foi possível observar que a sepsis abrange diferentes casos clínicos de pacientes em terapias intensivas. Os fatores de risco, apesar dos diferentes estados de saúde dos pacientes analisados, tendenciaram de modo geral, para a predominância do sexo masculino, idade avançada, doenças respiratórias e tempo elevado de internação na UTI. Além disso, os estudos evidenciaram que a maioria dos pacientes que evoluíram para choque séptico vieram a óbito.

Numa análise mais abrangente da literatura, é possível afirmar que os bons resultados em relação à sepsis, devem-se pelo fato do diagnóstico precoce, com o pronto atendimento nas unidades de terapia intensiva, aliado ao tratamento iniciado nas primeiras horas após a identificação da doença. Desse modo, o diagnóstico precoce promove a identificação do foco infeccioso, do agente patogênico, bem como a utilização da terapêutica adequada.

No que se refere à atuação da enfermagem, destaca-se a equipe multidisciplinar, responsável pelos cuidados diretos ao paciente, tendo papel fundamental na assistência ao paciente com Sepsis e o conhecimento precoce sobre as características clínicas apresentadas pelos pacientes que contribuem para uma prática mais assertiva. Nesse sentido, reitera-se a realização de uma assistência à saúde qualificada, prezando pela ética e segurança dos diagnósticos, fato esse alcançado mediante as estratégias de uma educação continuada da equipe multidisciplinar.

É necessária a realização de novas pesquisas com o intuito de conhecer o perfil clínico desses pacientes e assim poder desenvolver uma terapêutica mais efetiva.

REFERÊNCIAS

- BARROS, L. L. S; MAIA, C. S. F; MONTEIRO, M. C. Fatores de risco associados ao agravamento de sepse em pacientes em Unidade de Terapia Intensiva. **Caderno de Saúde Coletiva**, 2016, Rio de Janeiro, Vol. 24, n. 4, páginas: 388-396. Disponível em: http://www.repositorio.ufpa.br/jspui/bitstream/2011/8519/1/Artigo_FatoresRiscoAssociados.pdf.
- BOTELHO L. L. R; CUNHA C. C. A; MACEDO M. O método da revisão integrativa nos estudos organizacionais. **Gestão e Sociedade**, Belo Horizonte, 2011; mai/ago, v.5, n. 11, p. 121-136. Disponível em: <https://www.gestaoesociedade.org/gestaoesociedade/article/view/1220>.
- CRUZ L. L; MACEDO C. C. Perfil Epidemiológico da Sepse em Hospital de Referência no Interior do Ceará. **Revista Multidisciplinar e de Psicologia**, 2016, vol. 10, nº. 29. Disponível em: <https://idonline.emnuvens.com.br/id/article/view/385>.
- DELLINGER, R et al. Campanha de sobrevivência à sepse: diretrizes internacionais para tratamento de sepse grave e choque séptico: 2012. **Intensive care**, 2013; Vol. 41, nº. 2, páginas: 580-637. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23353941>.
- FARIAS et al., PERFIL CLÍNICO E LABORATORIAL DE PACIENTES COM SEPSE, SEPSE GRAVE E CHOQUE SÉPTICO ADMITIDOS EM UMA UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA. **Rev. Saúde Públ. Santa Cat.** Florianópolis, v. 6, n. 3, p. 50-60, jul./set. 2013. Disponível em: http://repositorio.ufc.br/bitstream/riufc/8345/1/2013_art_fmllpinheirojunior.pdf.
- FILHO, C. A. L.; MARINHO, C. M. M.; SANTOS, M. D. P. Fatores de risco em pacientes com sepse em unidades de terapia intensiva: uma revisão integrativa. **Revista Eletrônica Acervo Saúde**, n. 19, p. e208, 30 dez. 2018. Disponível em: <https://acervomais.com.br/index.php/saude/article/view/208>.
- KUIPERS, S; KLOUWENBERG, P. K; CREMER, O. L. Incidência, fatores de risco e resultados da fibrilação atrial de início recente em pacientes com sepse: uma revisão sistemática. **Rev. Critical Care**, 2014; Vol. 18, nº. 6, página: 688. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25498795>.
- 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 e Contexto Enfermagem**, Florianópolis, 2008 Out-Dez; vol. 17, nº. 4, páginas: 758-764. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072008000400018.
- PIROZZI, N et al. Sepse: Epidemiologia, fisiopatologia, classificação, biomarcadores e manejo. **HSOA Journal of Emergency Medicine, Trauma & Surgical Care**, 2016, VOL. 3, Nº. 1, página: 14. Disponível em: https://touro scholar.touro.edu/tcomm_pubs/2/.
- PRADO P. R et al. Fatores de risco para morte em pacientes com sepse em uma unidade de terapia intensiva. **Revista Rene**, 2018, vol. 19: e3231. Disponível em: <https://pdfs.semanticscholar.org/b31b/b1a524be8afde017cd4048ff089628c4581f.pdf>.
- REINHART K; DANIELS R; MACHADO, F. R. O ônus da sepse: uma chamada em apoio ao Dia Mundial da Sepse 2013. **Revista Brasileira de Terapia Intensiva**, 2013; Vol. 25, nº.1, páginas: 3-5. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-507X2013000100002.
- SANTOS A. M; SOUZA G. R. B; OLIVEIRA A. M. L. Sepse em adultos na unidade de terapia intensiva:

características clínicas. **Arquivos Médicos dos Hospitais da Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa**, São Paulo, 2016; 61: 3-7. Disponível em: <http://arquivosmedicos.fcmsantacasasp.edu.br/index.php/AMSCSP/article/viewFile/125/131>.

SINGER M, et al. As definições do terceiro consenso internacional para sepse e choque séptico (sepse-3). **Journal of the American Medical Association**, 2016; Vol. 315, nº. 8, páginas: 801-10. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4968574/>.

WESTPHAL, G. A; LINO, A. S. Rastreamento sistemático é a base do diagnóstico precoce da sepse grave e choque séptico. **Revista brasileira terapia intensiva**, vol.27, nº.2 São Paulo Abril/Junho, 2015. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-507X2015000200096.

SAÚDE E SEGURANÇA NO TRABALHO: DO APRENDIZADO A VIVÊNCIAS PROFISIONAIS

Data de aceite: 05/02/2020

Data de submissão:04/11/2019

Adriana da Silva

Centro Universitário Dr. Leão Sampaio (UNILEÃO)
Juazeiro do Norte, Ceará, Brasil.
<http://lattes.cnpq.br/7204446316921661>

Aline Moraes Venancio de Alencar

Centro Universitário Dr. Leão Sampaio (UNILEÃO)
Juazeiro do Norte, Ceará, Brasil.
<http://lattes.cnpq.br/7181812290964688>

Andriela dos Santos Pinheiro

Centro Universitário Dr. Leão Sampaio (UNILEÃO)
Juazeiro do Norte, Ceará, Brasil.
<http://lattes.cnpq.br/5371155856686752>

Andreza Maria de Souza Santos

Centro Universitário Dr. Leão Sampaio (UNILEÃO)
Juazeiro do Norte, Ceará, Brasil.
<http://lattes.cnpq.br/7896609471299821>

Anna Carla Terto Gonçalves

Centro Universitário Dr. Leão Sampaio (UNILEÃO)
Juazeiro do Norte, Ceará, Brasil.
<http://lattes.cnpq.br/5576857607310055>

Ariadne Gomes Patrício Sampaio

Centro Universitário Dr. Leão Sampaio (UNILEÃO)
Juazeiro do Norte, Ceará, Brasil.
<http://lattes.cnpq.br/8453032330012341>

Halana Cecília Vieira Pereira

Centro Universitário Dr. Leão Sampaio (UNILEÃO)

Juazeiro do Norte, Ceará, Brasil.

<http://lattes.cnpq.br/2031300471847420>

João Edilton Alves Feitoza

Centro Universitário Dr. Leão Sampaio (UNILEÃO)
Juazeiro do Norte, Ceará, Brasil.
<http://lattes.cnpq.br/3031497468750287>

Leonardo Araújo Sampaio

Hospital Regional do Cariri
Juazeiro do Norte, Ceará, Brasil.
<http://lattes.cnpq.br/2276867202548915>

Mariana Teles da Silva

Centro Universitário Dr. Leão Sampaio (UNILEÃO)
Juazeiro do Norte, Ceará, Brasil.
https://wwws.cnpq.br/cvlattesweb/PKG_MENU.menu?f_cod=95A7B1D28D6A350837399468A49A0036#

Nayara Thuany Camilo Oliveira

Centro Universitário Dr. Leão Sampaio (UNILEÃO)
Juazeiro do Norte, Ceará, Brasil.
<http://lattes.cnpq.br/7008530187102125>

Rodolfo dos Santos Alves de Oliveira

Centro Universitário Dr. Leão Sampaio (UNILEÃO)
Juazeiro do Norte, Ceará, Brasil.
<http://lattes.cnpq.br/8298706614239063>

RESUMO: A Saúde do Trabalhador, consolida-se como linha de estudo e intervenção das relações entre trabalho e saúde, pautada na promoção/prevenção da saúde do trabalhador,

através do desenvolvimento de ações de vigilância dos riscos e agravos presentes nos ambientes e condições de trabalho. **Objetivo:** Promover ação educativa sobre o conhecimento e as vivências dos riscos ergonômicos para funcionários de uma escola particular em Ouricuri-PE. **Método:** Trata-se de um estudo descritivo, do tipo relato de experiência, realizado em novembro de 2018, com 12 funcionários de um colégio da rede privada de ensino na cidade de Ouricuri – PE. Utilizou-se como base metodológica a Teoria de Intervenção Prática de Enfermagem em Saúde Coletiva (TIPESC). A priori realizou-se uma encenação focando nos erros ergonômicos, seguida de uma palestra e roda de conversa para esclarecer as dúvidas que emanaram do público, antes e após a palestra foi aplicado um questionário que versava sobre riscos e prevenção de patologias relacionadas ao exercício profissional, e as experiências vividas no tocante aos riscos ocupacionais, foram distribuído folders educativo com imagens de posturas adequadas e técnicas de alongamento, como forma de prevenir danos a saúde. **Resultados:** A realização da intervenção consolidou a percepção dos discentes sobre a relevância do tema devido ao evidente déficit do conhecimento sobre o assunto pelos funcionários. Evidenciou-se alguns erros estruturais na instituição que favoreciam a ocorrência de agravos a saúde. O tema foi bem aceito pelo público alvo, propiciando assim troca de vivências e esclarecimento de dúvidas pertinentes. **Conclusão:** O projeto desponta como uma ferramenta produtiva, para os que executaram a ação e o público alvo, para posteriormente servir como embasamento para realização de novos projetos de educação em saúde enfatizando a saúde do trabalhador, pois é uma interface da saúde que não deve ser prescindida.

PALAVRAS-CHAVE: Ergonomia. Riscos ocupacionais. Saúde do trabalhador.

HEALTH AND SAFETY AT WORK: FROM LEARNING TO PROFESSIONAL EXPERIENCES

ABSTRACT: Occupational Health, is consolidated as a line of study and intervention of the relationship between work and health, based on the promotion / prevention of worker health, through the development of actions to monitor the risks and harms present in work environments and conditions. job. **Objective:** To promote educational action on knowledge and experiences of ergonomic risks for employees of a private school in Ouricuri-PE. **Method:** This is a descriptive experience-related study, conducted in November 2018, with 12 employees of a private school in the city of Ouricuri - PE. The methodological basis was the Theory of Practical Intervention of Nursing in Collective Health (TIPESC). A priori there was a staging focusing on ergonomic errors, followed by a lecture and conversation wheel to clarify the doubts that emanated from the public, before and after the lecture was applied a questionnaire that dealt with risks and prevention of pathologies related to professional practice. , and the experiences of occupational risks, were distributed educational folders with images of appropriate

postures and stretching techniques, as a way to prevent health damage. **Results:** The intervention consolidated the students' perception about the relevance of the theme due to the evident deficit of knowledge about the subject by the employees. There were some structural errors in the institution that favored the occurrence of health problems. The theme was well accepted by the target audience, thus providing exchange of experiences and clarification of pertinent doubts. **Conclusion:** The project emerges as a productive tool, for those who performed the action and the target audience, to later serve as a foundation for the realization of new health education projects emphasizing the health of workers, as it is a health interface that should not be missed.

KEYWORDS: Ergonomics. Occupational Risks. Worker's health.

1 | INTRODUÇÃO

A Saúde do Trabalhador é um constituinte da Saúde Pública que, consolida-se como linha de estudo e intervenção das relações entre trabalho e saúde, é pautada na promoção e prevenção da saúde do trabalhador, através do desenvolvimento de ações de vigilância dos riscos e agravos presentes nos ambientes e condições de trabalho, enquadrando-se nesse grupo, pessoas que exerçam qualquer tipo de atividade laboral de fins lucrativos para o seu próprio sustento e/ou de seus dependentes (BRASIL, 2001).

Durante a Revolução Industrial houve o fortalecimento do capitalismo concomitante ao surgimento dos mercados profissionais, que pressionaram para a criação de novas áreas de trabalho especializado. Estudos apontaram mudanças no perfil profissional como: grau de autonomia profissional, a base cognitiva e as formas de inserção no mercado de trabalho. Resultando em três grandes correntes analíticas, a proletarização, a desprofissionalização e a racionalização, com intuito de compreender e mudar o conceito pela transformação das profissões tradicionais e as emergentes (MACHADO, VIEIRA e OLIVEIRA, 2015).

No Brasil por volta da década de 70 a saúde do trabalhador ganhou visibilidade ao tempo em que ocorriam paralelamente o aumento do quantitativo de trabalhadores industriais e a busca por melhorias salariais com regulamentação da jornada de trabalho, organização de movimentos reivindicando melhores condições de trabalho e em defesa da saúde do trabalhador. Esses eventos serviram como mola propulsora para criação de programas e políticas voltadas para saúde do trabalhador, com diversos níveis de participação dos trabalhadores, inclusive na realização de ações de vigilância em algumas empresas (GOMEZ, VASCONCELLOS, MACHADO, 2018).

No cenário empresarial a saúde dos trabalhadores se dá pela promoção de ações do Serviço Especializado em Engenharia de Segurança e Medicina

do Trabalho (SESMT). A Norma Regulamentadora 4, do Ministério do trabalho e emprego, responsável pelo dimensionamento de profissionais da segurança e saúde do trabalho, predispõem que a equipe do SESMT deve ser composta por profissionais especializados, contemplando as seguintes categorias: enfermeiro do trabalho, médico do trabalho, técnico de enfermagem do trabalho, engenheiro de segurança do trabalho e técnico de segurança do trabalho. O grau de risco da atividade econômica, vai determinar como será feito o dimensionamento de maneira que atenda o objetivo de promover a saúde e proteger a integridade do trabalhador em seu ambiente de trabalho (BRASIL, 2014).

De certa forma os trabalhadores apresentam-se desassistidos em decorrência de uma série de fatores envolvendo questões políticas, sociais, morais, tecnológicas e organizacionais. Corroborando com participação deficiente dos mesmos ao buscar a assistência em saúde, em contra partida vale salientar a questão do investimento das empresas para com o bem-estar dos seus funcionários por meio de um ambiente saudável com redução de agravos futuros (VIEIRA e MOYSES, 2017).

Em contra partida, essa deficiência na assistência de certa forma possui contribuição tanto do empregado como do empregador, através do descumprimento das leis trabalhistas, grandes cargas de trabalho, maior exposição a fatores de risco, sobrecarga de atribuições, ambiente impróprio para o desenvolvimento do trabalho, um grande montante de pessoas entrando no mercado de trabalho (ROLOFF, et al, 2016).

Brasil 2001, mostra que um desencadeador dessas manifestações pelos trabalhadores sendo considerados com outros fatores causais, vindo a ter danos individuais ou coletivos, potencial ou isolado, transparecendo que alguns podem ser identificados como modificáveis e não modificáveis, tais como: idade, sexo, fator socioeconômico. De certa forma, nos vem outra questão, que são os clientes que desenvolvem uma patologia em decorrência de seu trabalho que ocorreu a muito tempo, ou seja, sua manifestação clínica vem à tona depois de muito tempo que não exerce atividade laboral.

Reforçando sob essa ótica, esse determinado público quando procura o serviço de saúde, manifestando alguma patologia, que em muitos desses casos encontram-se em estágios graves, porém, apresentando muitos sinais e sintomas que assemelham-se com a rotina de trabalho exaustiva que na maioria das vezes é ignorada pelo cliente em achar que são efeitos benéficos da sua jornada diária, devem ser assistidos com uma visão crítica-reflexiva e de forma holística, correlacionando suas queixas pertinentes com o seu estilo de vida para identificação efetiva e oportuna da causa principal que o fez procurar ajuda, assim agilizando o diagnóstico e a adoção de medidas que regrida o quadro (GOMEZ, VASCONCELLOS, MACHADO, 2018).

2 | OBJETIVO

Promover ação educativa sobre o conhecimento e as vivências dos riscos ergonômicos para funcionários de uma escola em Ouricuri-PE.

3 | METODOLOGIA

Trata-se de um estudo descritivo, do tipo relato de experiência, realizado dia 08 de novembro de 2018, o campo de pesquisa foi uma instituição privada da área da educação que recebe alunos desde o jardim ao ensino médio, lotado na cidade de Ouricuri – PE.

A princípio foi sinalizado pela coordenadora pedagógica da escola as principais enfermidades que acometiam os funcionários, onde a mesma encarregou-se de recrutar os participantes da ação, baseando-se nessa informação foi planejada a ação de intervenção, utilizando como referência metodológica a Teoria de Intervenção Prática de Enfermagem em Saúde Coletiva (TIPESC) que emprega a sistematização dinâmica de captar e interpretar um fenômeno articulado aos processos de produção e reprodução sociais referentes à saúde e a doença de uma dada coletividade.

Segundo Egry (1996), a Teoria da Intervenção Prática da Enfermagem em Saúde Coletiva (TIPESC) emprega o comprimento de cinco etapas: conhecimento da realidade objetiva; interpretação da realidade objetiva; construção de projeto de intervenção na realidade objetiva; intervenção na realidade objetiva; reinterpretacão da realidade objetiva. Na ação foram realizadas todas as cinco etapas.

A intervenção ocorreu através de uma encenação focando nos erros ergonômicos, no segundo momento uma palestra com ênfase em Lesão por Esforço Repetitivo (LER) e Doença Osteomuscular Relacionada ao Trabalho (DORT), exemplificando a diferença entre elas. Em seguida realizou-se uma roda de conversa com a participação de um profissional de Fisioterapia, que esclareceu as dúvidas que emanaram do público. Na oportunidade foi aplicado um questionário que versavam sobre riscos, prevenção e em relação as experiências vividas no âmbito dos riscos ocupacionais, para identificar o conhecimento pré e pós exposição do público ao tema, e para melhor fixação do conteúdo foi entregue folder educativo com imagens de posturas adequadas e técnicas de alongamento, como forma de prevenir danos à saúde.



Figura 1: Palestra LER X DORT

4 | RESULTADOS E DISCURÇÃO

A realização da intervenção consolidou a percepção dos discentes sobre a relevância do tema devido ao evidente déficit de conhecimento sobre o assunto por parte dos funcionários, sendo detectado por meio de um questionário realizado em dois momentos antes e depois da intervenção, ressaltando que o questionário foi utilização só para fins comparativos durante a ação.



Figura 2: Participantes respondendo ao questionário.

Por meio da criticidade adquirida pelos discentes ao longo da formação acadêmica e sendo indagada pela disciplina específica na grade curricular do curso, foi possível evidenciar alguns erros estruturais na instituição de ensino que favoreciam a ocorrência de agravos a saúde, tais como: mesas inapropriadas para apoio dos braços, ausência de uma base para apoiar os pés, alguns erros posturais dos profissionais ao sentar-se em sua cadeira. Já na sala de descanso percebeu-se

um ambiente com presença de ruídos, temperatura elevada e assentos inadequados.

O tema foi bem aceito pelo público alvo e acatada as sugestões para a melhoria e redução de danos para com seus contribuintes, propiciando assim a troca de vivências, experiências e esclarecimento de dúvidas existentes entre eles. Dessa forma a cada dia a inserção do enfermeiro do trabalho nas organizações como integrante de seu quadro de profissionais torna-se mais evidente, permitindo a promoção de melhorias na qualidade de vida do trabalhador, e especialmente atuando na orientação quanto aos riscos ocupacionais e como preveni-los, bem como gerenciar a assistência, sendo o responsável técnico pelas ações e pela equipe de enfermagem.

Evidenciando a amplitude do o papel do enfermeiro do trabalho nas organizações. Corroborando com Associação Nacional de Enfermagem do Trabalho ANET, que versa sobre as atribuições do enfermeiro do trabalho, elencando-as desde a análise das condições de trabalho até a elaboração de estratégias que visem à promoção da saúde do trabalhador (ANENT, 2015).

REFERÊNCIAS

ANET – **Associação Nacional de Enfermagem do Trabalho**. (2019). Disponível em: www.anent.org.br. Acesso em: 18/08/2019.

BRASIL. Ministério da Saúde do Brasil. Organização Pan-Americana da Saúde no Brasil. **Doenças relacionadas ao trabalho: manual de procedimentos para os serviços de saúde**. Organizado por Elizabeth Costa Dias ; colaboradores Idelberto Muniz Almeida et al. – Brasília: Ministério daSaúde do Brasil, 2001.

BRASIL. Ministério do Trabalho e Emprego. Portaria N° 590 de 28 de abril de 2014: Norma Regulamentadora 4 – **Serviços Especializados em Engenharia de Segurança e em Medicina do Trabalho**. Brasília (DF): MTE; 2014. Disponível em: [http://portal.mte.gov.br/data/files/8A7C816A4AC03DE1014AEED6AD8230DC/NR04%20\(atualizada%202014\)%20II.pdf](http://portal.mte.gov.br/data/files/8A7C816A4AC03DE1014AEED6AD8230DC/NR04%20(atualizada%202014)%20II.pdf)

EGRY, E. Y. **Saúde coletiva: construindo um novo método em enfermagem**. São Paulo: Ícone, 1996.

GOMEZ, Carlos Minayo; VASCONCELLOS, Luiz Carlos Fadel de; MACHADO, Jorge Mesquita Huet. **Saúde do trabalhador: aspectos históricos, avanços e desafios no Sistema Único de Saúde**. Ciênc. saúde coletiva, Rio de Janeiro, v. 23, n. 6, p. 1963-1970, jun. 2018. Disponível em http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232018000601963&lng=pt&nrm=iso

MACHADO, M.H., VIEIRA, A.L.S., OLIVEIRA, E. **Gestão, Trabalho e Educação em Saúde: perspectivas teórico-metodológicas**. In: Baptista TWF, Azevedo CS, Machado CV, organizadores. *Políticas, planejamento e gestão em saúde: abordagens e métodos de pesquisa* Rio de Janeiro: Fiocruz; 2015. Cap. 10. p. 294-321.

ROLOFF, D.I.T., CEZAR-VAZ, M.R., BONOW, C.A., LAUTERT, L., SANT'ANNA, C.F., COUTO, A.M. **Occupational health nurses: interdisciplinary experience in occupational health**. Rev Bras Enferm [Internet]. 2016;69(5):842-55. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2015-0113>

SANTOS A.P.M.B. **Implementação de uma comunidade ampliada de pares: o Fórum Intersindical**

de formação em saúde-trabalho-direito para a ação em saúde do trabalhador [dissertação]. Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública; 2017. Disponível em : <http://bvssp.iciet.fiocruz.br/lildbi/docsonline/get.php?id=5062>

VIEIRA, A.L.S.; MOYSES N.M.N. **Trajetória da graduação das catorze profissões de saúde no Brasil. *Saúde debate*** [Internet]. 2017 Abr. 41(113) :401-414. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-11042017000200401&lng=pt

TECNOLOGIAS NÃO INVASIVAS UTILIZADAS NO ATENDIMENTO DE ENFERMAGEM À PARTURIENTE

Data de aceite: 05/02/2020

Data de submissão: 04/11/2019

Debora Alencar Teixeira Gomes

Faculdade Terra Nordeste, Caucaia – Ceará.

<http://lattes.cnpq.br/5999284131400988>

Helen Dayane Oliveira da Silva Souza

Faculdade Terra Nordeste, Caucaia – Ceará.

<http://lattes.cnpq.br/6596616949057551>

Janaina dos Santos Silva

Faculdade Terra Nordeste, Caucaia – Ceará.

<http://lattes.cnpq.br/1942565521286592>

Leila Diniz Viana dos Santos

Faculdade Terra Nordeste, Caucaia – Ceará.

<http://lattes.cnpq.br/1933792212396410>

Tereza Vitória Virginio Linhares

Faculdade Terra Nordeste, Caucaia – Ceará.

<http://lattes.cnpq.br/5380560222907160>

Bruna Caroline Rodrigues Tamboril

Faculdade Terra Nordeste, Caucaia – Ceará.

<http://lattes.cnpq.br/5375914018898541>

Lara Helen Sales de Sousa

Faculdade Terra Nordeste, Caucaia – Ceará.

<http://lattes.cnpq.br/2103868731623857>

Francisco Walter de Oliveira Silva

Faculdade Terra Nordeste, Caucaia – Ceará.

<http://lattes.cnpq.br/1204299081867690>

Assunção Gomes Adeodato

Faculdade Terra Nordeste, Caucaia – Ceará.

<http://lattes.cnpq.br/8633139565693353>

Luis Adriano Freitas Oliveira

Faculdade Terra Nordeste, Caucaia – Ceará.

<http://lattes.cnpq.br/0915599608389110>

Larissa Natale dos Santos

Faculdade Terra Nordeste, Caucaia – Ceará.

<http://orcid.org/0000-0002-68638583>

Nayana Kelly Maia Alcoforado Rios

Faculdade Terra Nordeste, Caucaia – Ceará.

<http://lattes.cnpq.br/5670303683570319>

RESUMO: Entende-se por tecnologia não invasiva em saúde aquela onde o profissional traz sua aptidão e conhecimento bem estruturado, tendo um propósito de atender bem a essa parturiente. É necessário um atendimento de forma individualizada para que se tenha um manejo diferenciado, onde o enfermeiro é primordial, pois é ele quem irá coordenar a equipe de enfermagem, programando e priorizando a assistência e estabelecendo medidas preventivas e reparadoras. A presente pesquisa tem como objetivo revisar na literatura tecnologias não invasivas utilizadas pela enfermagem no atendimento a essa parturiente. Trata-se de um estudo descritivo, do tipo revisão sistemática da literatura, com abordagem qualitativa, realizada a partir das bases de dados LILACS, SCIELO e BDEFN

onde utilizou-se como critérios de inclusão ano de publicação e artigos em português. Foram excluídos artigos repetidos e dos quais não condiziam com os objetivos da pesquisa. Ao todo foram identificados 37 trabalhos, que após análise criteriosa resultou em 10 estudos eleitos para compor a pesquisa. Assim, as tecnologias não invasivas, relacionadas ao atendimento de enfermagem à parturiente, se dá por serem *relacionais*, onde há um acolhimento e é estabelecido um vínculo entre o profissional e a paciente do qual derivam de um saber estruturado do enfermeiro os quais são abertos e complexos, são *vivas* por serem dinâmicas e adaptáveis, do qual têm como instrumento básico o corpo e proporcionam conforto, autonomia e empoderamento à parturiente. Conclui-se que a enfermagem deve ter conhecimentos baseados em evidências tendo a tecnologia não invasiva como método para propiciar a qualidade do cuidado.

PALAVRAS-CHAVE: Tecnologia. Atendimento de enfermagem. Parturiente.

NON-INVASIVE TECHNOLOGIES USED IN PARTURIENT NURSING CARE

ABSTRACT: Noninvasive health technology is understood to be that where the professional brings his aptitude and well-structured knowledge, having a purpose to serve this parturient well. Individualized care is needed to have a differentiated management, where the nurse is paramount, because he is the one who will coordinate the nursing team, programming and prioritizing care and establishing preventive and restorative measures. This research aims to review in the literature noninvasive technologies used by nursing in the care of this parturient. This is a descriptive, systematic review of the literature, with a qualitative approach, conducted from the LILACS, SCIELO and BDENF databases, where inclusion criteria were year of publication and articles in Portuguese. Repeated articles that did not match the research objectives were excluded. In all, 37 papers were identified, which after careful analysis resulted in 10 studies elected to compose the research. Thus, non-invasive technologies related to parturient nursing care are relational, where there is a host and a bond is established between the professional and the patient from which they derive from a structured knowledge of the nurse, which are open and complex, are alive because they are dynamic and adaptable, whose basic instrument is the body and provide comfort, autonomy and empowerment to the parturient. It is concluded that nursing should have evidence-based knowledge with non-invasive technology as a method to provide quality care.

KEYWORDS: Technology. Nursing care. Parturient.

1 | INTRODUÇÃO

No Brasil, o início da trajetória das políticas públicas de saúde voltadas para a mulher, começaram a ser de interesse governamental no início do século XX,

porém abordava a saúde da mulher apenas pela perspectiva de suas características biológicas, fato que começa a mudar em meados do fim da década de 70 (BRASIL, 2011). Em 1971, um exemplo desse avanço nas políticas públicas de saúde da mulher é o surgimento das Diretrizes Gerais da Política Nacional de Saúde Materno-Infantil, Programa de Assistência Materno-Infantil (1974) e o Programa de Saúde Materno-Infantil (1975) os quais abordam atividades como o planejamento familiar, com objetivo de garantir partos saudáveis e de promover a integralização familiar (NAGAHAMA; SANTIAGO, 2005).

O parto é um evento fisiológico resultante do desenlace do período gestacional. Período este que provoca transformações biopsicossociais na vida dessas mulheres (MIRANDA; SILVA; MANDÚ, 2018). O cotidiano brasileiro reflete uma complexidade assistencial em relação ao parto, onde o ato de parir tem sido acompanhado do uso excessivo de práticas intervencionistas, mecanicistas e desumanizadas, assim fazendo o uso indevido das tecnologias disponíveis, desvalorizando recomendações de evidências científicas, contribuindo para a incidência das altas taxas de morbimortalidade materna e perinatal (LEAL *et al.*, 2014).

Diante do exposto, é possível perceber a necessidade de se realizar e implementar diretrizes, normas e protocolos que visem a adequação da assistência obstétrica do país às verdadeiras necessidades da mulher enquanto ser físico, emocional e social, assim estimulando os profissionais e toda a sociedade na realização de boas práticas, adequando os serviços às necessidades da mulher (BRASIL, 2011).

Visando a melhoria da assistência prestada à parturiente, várias dimensões são incentivadas a mudar seus modelos assistenciais e ações de saúde, a partir de um conceito que vem sendo bastante abordado, a humanização (DESLANDES, 2004).

O parto humanizado é aquele em que o corpo da gestante segue o curso fisiológico e a assistência obstétrica atua com o mínimo possível de intervenções, sendo essas utilizadas apenas com motivos plausíveis, visando a segurança, a saúde e o bem-estar da mãe e do bebê. Entende-se por tecnologia não invasiva em saúde aquela onde o profissional traz sua aptidão e conhecimento bem estruturado, tendo um propósito de atender bem a essa parturiente. A atuação do Enfermeiro contribui para a diminuição de intervenções desnecessárias, levando-se em consideração o ser físico, psicológico e social, fazendo-se uso de tecnologias não invasivas com segurança, possibilitando a mãe e seu bebê uma gestação, parto e pós-parto dignos, seguros e satisfatórios (PEREIRA *et al.*, 2018).

Diante disso, é necessário levar em consideração a importância do Enfermeiro, pois é ele quem irá coordenar a equipe de enfermagem, programando e priorizando a assistência e estabelecendo medidas preventivas e reparadoras onde o atendimento

de enfermagem deve ser de forma holística e humanizada, além da utilização das tecnologias não invasivas na assistência prestada à gestante, contribuindo para um parto saudável e adequado, destacando, portanto, a relevância desse atendimento.

Com isso, essa pesquisa tem o objetivo de revisar na literatura tecnologias não invasivas utilizadas no atendimento de enfermagem à parturiente, além dos benefícios gerados por elas. A partir disso, surgiu a seguinte questão norteadora: Qual a relevância da utilização das tecnologias não invasivas no atendimento de enfermagem à parturiente?

2 | METODOLOGIA

Trata-se de uma revisão sistemática da literatura, “um tipo de investigação focada em questão bem definida, que visa identificar, selecionar, avaliar e sintetizar as evidências relevantes disponíveis” (GALVÃO, PEREIRA, 2014). Compreende um estudo descritivo, que segundo Gil (2008) objetiva descrever características populacionais ou de determinado fenômeno, com abordagem qualitativa, capaz de responder a questões como significados, crenças e valores, próprios de cada indivíduo que não podem ser quantificados (MINAYO, 2014).

Os descritores definidos foram: tecnologia, atendimento de enfermagem e parturiente, todos indexados no DeCS (Descritores em Ciências da Saúde). A busca pelos estudos que compõem a presente revisão se deu ocorreu no período de março a junho de 2019, nas bases de dados: Literatura Latino-americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), *Scientific Electronic Library Online* (SCIELO) e Base de Dados de Enfermagem (BDENF). Foram incluídos no estudo: artigos, teses e dissertações publicados em língua portuguesa entre os anos de 2009 e 2019. Foram excluídos trabalhos repetidos, bem como os que não condiziam com o objetivo da pesquisa.

Ao todo foram identificados 37 trabalhos que, após análise criteriosa, resultaram em 10 estudos eleitos para compor a pesquisa. Com relação ao ano de publicação dos manuscritos inclusos na revisão sistemática, a ênfase maior se deu, respectivamente, nos anos de 2019 (n=1), 2018, 2017 (n=2/cada), bem como, 2014, 2013, 2011 e 2010 (n=1/cada).

A região com maior número de publicações envolvendo a temática abordada foi o Sudeste (n=6), seguido das regiões Nordeste (n=2), Sul e Centro-Oeste (n=1/cada). Não havendo publicação exclusiva da região Norte nesta pesquisa.

No que tange as bases de dados, a que mais se destacou foi a LILACS (n=5), acompanhado da BDENF (n=4). Referente ao delineamento da pesquisa, as de abordagem quantitativas (n=9) sobressaíram-se às qualitativas (n=1). A Tabela 1

compreende a síntese dos estudos eleitos para compor a Revisão Sistemática.

| Nº | AUTORES | ANO | TÍTULOS | PERIÓDICO | BASES DE DADOS |
|----|------------------------|------|--|--|----------------|
| 1 | MIRANDA; SILVA; MANDÚ. | 2018 | Abordagem de necessidade de saúde pelo enfermeiro na consulta pré-natal. | Revista Fundamental Care Online | BDEFN |
| 2 | SOARES et al. | 2017 | Satisfação das puérperas atendidas em um centro de parto normal. | Revista Enfermagem UFPE | BDEFN |
| 3 | PEREIRA et al. | 2018 | Tecnologias não invasivas de cuidados: Percepção das puérperas. | Revista Enfermagem UFPE | BDEFN |
| 4 | DINIZ, Simone Grilo. | 2009 | Gênero, saúde materna e o paradoxo perinatal. | Revista Bras. Crescimento e desenvolvimento humano | SCIELO |
| 5 | DARÓS et al. | 2010 | Socialização de conhecimentos e experiências sobre o processo de tecnologias do cuidado. | Revista Eletrônica de enfermagem | LILACS |
| 6 | ALVES et al. | 2013 | Aplicação de tecnologia leve no pré-natal: Um enfoque na percepção das gestantes | Revista enfermagem UERJ | BDEFN |
| 7 | PEDROSO; LÓPEZ | 2017 | À margem da humanização? Experiências de parto de usuárias de uma maternidade pública de Porto Alegre - RS. | Physis Revista de saúde coletiva | LILACS |
| 8 | FUJITA; SHIMO | 2014 | Parto humanizado: Experiências no sistema único de saúde. | Revista Mineira de Enfermagem | LILACS |
| 9 | NASCIMENTO, Natália | 2011 | A contribuição das tecnologias não-invasivas de cuidado de enfermagem para o empoderamento feminino na gravidez e no parto: adaptação do modelo de produção de saúde de Nola Pender. | Programa de pós-graduação UERJ | LILACS |
| 10 | CARNEIRO, Eliane. | 2019 | Vivência e formação do estudante médico frente ao parto em maternidade mageence: Um aplicativo para humanização do parto e anamnese. | Programa de pós-graduação UFF | LILACS |

Tabela 1 – Estudos eleitos para compor a revisão sistemática.

3 | RESULTADOS E DISCUSSÃO

Após análise da amostra estabelecida, bem como a formulação de concepções acerca da temática tecnologias não invasivas no atendimento de enfermagem à parturiente, foram obtidas duas categorias de abordagem na assistência de enfermagem desenvolvida no partear, definidas em categorias temáticas como:

Tecnologias não invasivas – Relacionais

O Ministério da Saúde estabelece como eixo norteador as práticas assistenciais no campo da saúde e gestão em todas as instâncias existentes do SUS (Sistema Único de Saúde), a inclusão de tecnologias leves que abordem principalmente o relacionamento humano e o estabelecimento de mecanismos de fomentação para a sua disseminação, visando promover a interação focada no acolhimento e formulação de vínculos entre usuários e profissionais. A criação do relacionamento é fundamentada no compromisso e responsabilidade para a prestação de assistência qualificada atrelada aos princípios e diretrizes da política nacional de humanização (SOARES *et. al*, 2017).

O parto é compreendido como um evento natural e fisiológico que juntamente com o estadiamento do processo gestacional é capaz de promover alterações psíquicas e na qualidade de vida das mulheres (NASCIMENTO, 2011). Tendo em vista a assistência de enfermagem no trabalho de parto, observa-se que as parturientes relatam melhores experiências frente ao processo de parturição, pois o enfermeiro atua conforme as práticas de humanização e os aspectos voltados ao relacionamento holístico são amplamente fortalecidos. Utiliza-se da comunicação terapêutica, a escuta qualificada, o olhar no olho e, acima de tudo, visualizar a paciente nos aspectos biopsicossocial que fomentarão estratégias na promoção de avanços relacionais e na qualidade dos cuidados prestados (SOARES *et. al*, 2017).

As tecnologias relacionais, partem da premissa do bom relacionamento para a obtenção de melhores condições de abordagem à parturiente, portanto, as mulheres quando estão confiantes e acolhidas expressam melhores resultados frente à assistência realizada e adesão (PEREIRA *et. al*, 2018).

As práticas assistenciais voltadas apenas para o biológico com enfoque no tecnicismo, atendendo queixas e intervindo sob a problemática apresentada sem a avaliação do contexto geral a qual o objeto da assistência se insere, assim como a sua subjetividade, reflete nos usuários como a busca pela realização de procedimentos imediatista e não de cuidados, contradizendo as indicações atribuídas à humanização. A ESF (Estratégia Saúde da Família), exemplifica um modelo assistencial onde ocorre a promoção de vínculos entre a equipe multidisciplinar e os usuários da unidade, sendo responsáveis por melhores rendimentos ao público, no cuidado, promoção e prevenção da saúde (MIRANDA; SILVA; MANDÚ, 2010).

O acolhimento é uma medida de intervenção relacional baseada na reorganização das ações do serviço, visando a escuta terapêutica dos usuários, a resolução das possíveis indagações que regem o processo de assistência, assim como a fomentação de medidas de empoderamento e inclusão participativa nas

estratégias de cuidados. (DARÓS *et. al*, 2010).

Pedroso e López (2017) apontam que a implantação de tecnologias relacionais não necessita de recursos materiais de grandes magnitudes. No entanto, existem percalços no contexto da assistência à saúde no Brasil, baseados em fatores interligados à gestão da saúde e recursos destinados, bem como na relação entre demanda dos serviços de saúde e a carência de profissionais. Isto constitui, ainda, um grave problema enfrentado pela saúde pública, onde se faz necessário discorrer sobre a deficiência pautada no atendimento dentro dos conceitos da humanização pela sobrecarga dos profissionais, tanto na promoção, prevenção, diagnóstico, tratamento e reabilitação da saúde, contribuindo para uma assistência baseada do tecnocentrismo, cuja abordagem coloca a tecnologia como centro de reflexão.

Diversas variáveis são assinaladas pelos autores como desenlaces para as resistências existentes no campo obstétrico, dentre as quais são determinantes para transfiguração das dificuldades atuais existentes, tais como a violência obstétrica, poucos recursos destinados ao campo, dificuldades em gestão, relacionamento interprofissional e profissional-usuário, dentre outros. No entanto, é importante destacar que avanços no setor estão ocorrendo gradativamente.

Portanto, a assistência de enfermagem deve ser proposta de forma adequada, pois contribui para a prevenção de desfechos adversos, além do nítido beneficiamento da díade mãe e bebê. Isso impacta diretamente na qualidade da assistência realizada, sendo fundamental que a adoção e utilização dos preceitos da humanização estejam atrelados aos cuidados fomentados para a garantia de melhores resultados e experiências por parte das mulheres.

Tecnologias não invasivas – vivas

Esta categoria se refere a tecnologias não invasivas – vivas, das quais se destacam por serem dinâmicas e adaptáveis, do qual têm como instrumento básico o corpo, e proporcionam conforto autonomia e empoderamento a parturiente.

Empoderar-se é o modo educativo ofertado ao cliente/parturiente dos serviços de saúde que se objetiva em ampliar o conhecimento, ações, habilidades e o ato de se conhecer, afim de que a parturiente seja capaz de assumir a responsabilidade com decisões a serem tomadas quanto as condutas relacionadas à sua saúde (PERDOMINI; BONILHA, 2011).

O uso das tecnologias não invasivas propicia um alívio da dor durante o trabalho de parto, onde as tecnologias não invasivas são responsáveis pela expressão da promoção do bem-estar da parturiente, propiciando ainda o conforto sendo perceptível a redução do tempo quanto ao trabalho de parto (SOARES *et. al*, 2017).

Segundo Soares (2017), ao serem utilizadas tecnologias não invasivas, foi possível verificar que as mesmas trazem uma satisfação da parturiente onde os

resultados são mulheres mais colaborativas, que resgatam toda a sensação de autocontrole, ou seja: conseguem controlar ativamente a dor. Durante a aplicação das tecnologias não invasivas no atendimento de enfermagem, é possível que a parturiente tenha toda autonomia quanto a movimentação e é livre de escolhas quanto aos movimentos que serão por ela utilizados.

As tecnologias não invasivas no atendimento de enfermagem a parturiente são: banho quente, exercícios perineais com a bola suíça, exercícios de respiração, relaxamento, massagem e acupuntura. Práticas essas não invasivas que propiciam conforto possibilitando uma liberdade quanto ao movimento a parturiente (SOARES *et. al*, 2017). Os cuidados quanto aos movimentos corporais estão inteiramente interligados a enfermagem, onde se dá em uma serie de cuidados que favorecem a mulher possibilitando-a viver o processo de parir de forma fisiológica (JAMAS; HOGA; REBERTE, 2013).

Tendo em vista a mulher como protagonista durante o trabalho de parto é importante que essa mulher quanto parturiente tenha autonomia, participando ativamente desse processo, a fim de possibilitar a essa mulher uma visão não só apenas de um parto como processo fisiológico, mais sim um parto consciente onde teve sua participação em todas as fases (SILVA, COELHO; NASCIMENTO, 2015).

Silva, Coelho, Nascimento (2015) relatam que para se aplicar essas tecnologias não invasivas é necessária uma ambientalização que proporcione uma aplicação eficaz das mesmas, onde proporcione a realização de um parto verticalizado e que dê autonomia a essa mulher. Os hospitais tradicionais não dispõem das tecnologias não invasivas submetendo essas mulheres a partos horizontais, onde as mesmas não têm a sua participação durante o partejar.

A ambientalização ultrapassa o conforto físico, relacionado a parturiente, pois a interferência de um ambiente não adequado pode interferir negativamente no parto fisiológico, pois sabe-se que o parto está ligado a estímulos neocorticais do cérebro da parturiente, propiciando um bloqueio da secreção de hormônios como a ocitocina endógena, que é responsável pelas contrações do útero (MINISTERIO DA SAÚDE 2013)

Soares (2017), em um estudo realizado com mulheres que vivenciaram o trabalho de parto, afirma que a presença de outras mulheres em trabalho de parto e acompanhantes em um mesma sala de pré-parto, provoca ansios devido a ausência de privacidade, onde torna-se um ambiente propícios a opiniões, medo e ansiedade à parturiente, não sendo possível o protagonismo das mesmas. No que se refere ao ambiente, convém destacar o Centro de Parto Normal – CPN, que traz todo esse resgate quanto ao direito de privacidade e dignidade à parturiente durante esse processo do parto, assegurando que ocorra o pré-parto, parto e puerpério.

Foi evidenciado ainda como tecnologias não invasivas, que a presença

do acompanhante influi beneficemente a parturiente quando os mesmos tem a privacidade preservada, pois promove um conforto físico e emocional durante esse processo. Sendo o enfermeiro o profissional responsável pela atuação e aplicação das mesmas. Ressalta-se ainda que as instituições de saúde devem incentivar a presença do acompanhante, inclusive do parceiro, fazendo-se necessário a desconstrução idealista de gênero, onde somente a mulher é responsável pela reprodução e o ato de ter o cuidado aos filhos (SILVA, COELHO; NASCIMENTO, 2015).

4 | CONCLUSÃO

Entende-se que o ciclo gravídico-puerperal consiste em um período que acontece transformações profundas, de forma singular a vida da mulher, caracterizado de forma física, psicológica, interpessoais, sociais, sendo considerada um momento único e valioso para todas as parturientes.

Com isso o trabalho de parto é caracterizado por um fenômeno natural, e doloroso, onde o nível da dor vai se intensificando ou minimizando conforme o estado emocional da parturiente ou por uma série de fatores, inclusive ambiental.

Visto que muitas vezes a assistência a essa parturiente não é adequada, que faz refletir sobre mudanças no aspecto profissional, e assistencial, que visam contribuir de forma positiva a proporcionar um cuidado humanizado, e qualificado.

Foi evidenciado que tecnologias não invasivas tem o objetivo de propiciar a qualidade do cuidado, refletindo em melhor desenvolvimento durante o parto, com alívio de dores, proporcionando um conforto, segurança, e um bem-estar para essa parturiente. Atualmente, a temática das tecnologias não invasivas está sendo discutida e estudada para que seja implementada nos setores de saúde de forma enriquecedora, trazendo contribuições positivas para que as puérperas se sintam satisfeitas com a assistência.

Conclui-se que o enfermeiro como profissional deve estar sempre se qualificando, atuando além da forma assistencial, na pesquisa, agregando conhecimentos baseados em evidências, tendo a tecnologia não invasiva como método, de forma a implementar e propiciar a qualidade do cuidado, colaborando na satisfação das parturientes.

REFERÊNCIAS

ALVES, Ana Carla Pereira; FIGUEIREDO, Maria de Fátima Esmeraldo Ramos; SOUSA, Natalia Peixoto Luis de; OLIVEIRA, Célida Juliana de; OLIVEIRA, Dayanne Rakelly de; SOUSA, Wilker Malta de. **Aplicação de tecnologia leve no pré-natal: um enfoque na percepção das gestantes**. Rev. enferm. UERJ ; 21(1,n.esp): 648-653, 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Programa Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher.** Princípios e Diretrizes. 2. Ed. Brasília. Centro de documentação do Ministério da Saúde, 2011.

CARNEIRO, Eliane Cristina da Silva Pinto. **Vivência e formação do estudante médico frente ao parto em maternidade mageense: um aplicativo para humanização do parto e anamnese.** 2019. 135 f. Dissertação (Mestrado Profissional em Ensino na Saúde) - Universidade Federal Fluminense, Niterói, 2019.

DARÓS, Daiane Zocche; HESS, Pâmela Tasca; SULSBACH, Patrícia; ZAMPIERI, Maria de Fátima Mota; DANIEL, Heloisa Silveira. **Socialização de conhecimentos e experiências sobre o processo de nascimento e tecnologias do cuidado.** Revista Eletrônica De Enfermagem, 12(2), 308-14. abr./ jun 2010.

DESLANDES, Suely F. **Análise do discurso oficial sobre a humanização da assistência hospitalar.** Ciênc. saúde coletiva [online]. 2004, vol.9, n.1, pp.7-14. ISSN 1413-8123.

DINIZ, Simone Grilo. **Gênero, saúde materna e o paradoxo perinatal.** Rev. bras. crescimento desenvolv. hum. v.19 n.2 São Paulo ago. 2009.

FUJITA, Júnia Aparecida Laia da Mata; SHIMO, Antonieta Keiko Kakuda. **Parto humanizado: experiências no sistema único de saúde.** REME rev. min. enferm;18(4):1006-1010, out.-dez. 2014.

GALVÃO, Taís. Freire; PEREIRA, Mauricio Gomes. **Revisões sistemáticas da literatura: passos para sua elaboração.** Epidemiol Serv Saude, 2014.

GIL, Antonio Carlos. Métodos e técnicas de pesquisa social. - 6. ed. - São Paulo: Atlas, 2008.

JAMAS, Milena Temer; HOGA, Luiza Akiko Komura and; REBERTE, Luciana Magnoni. **Narrativas de mulheres sobre a assistência recebida em um centro de parto normal.** Cad. saúde pública [Internet]. 2013.

LEAL, Maria do Carmo; PEREIRA, Ana Paula Esteves; DOMINGUES, Rosa Maria Soares Madeira; FILHA, Mariza Miranda Theme; DIAS, Marcos Augusto Bastos; PEREIRA, Marcos Nakamura. BASTOS, Maria Helena. GAMA, Silvana Granado Nogueira da. **Intervenções obstétricas durante o trabalho de parto e parto em mulheres brasileiras de risco habitual.** Cad. Saúde Pública vol.30 supl.1 Rio de Janeiro 2014.

MINAYO, Maria Cecília de Souza (org.). **O desafio do conhecimento. Pesquisa qualitativa em saúde.** 14 ed. São Paulo : Hucitec, 2014.

MINISTÉRIO DA SAÚDE (BR). Secretaria de Políticas de Saúde. **Orientações para elaboração de projetos: centros de parto normal (CPN); casa da gestante, bebê e puérpera (CGBP); adequação da ambiência; unidade neonatal e banco de leite humano.** Brasília (BR): Ministério da Saúde; 2013.

MIRANDA, Eglivani Felisberta; SILVA, Ana Maria Nunes da; MANDÚ, Edir Nei Teixeira. **Abordagem de necessidades de saúde pelo enfermeiro na consulta pré-natal.** Revista Fundamental Care Online. 10(2): 524-533 abr./jun.2018.

NASCIMENTO, Natália Magalhães do. **A contribuição das tecnologias não-invasivas de cuidado de enfermagem para o empoderamento feminino na gravidez e no parto: adaptação do modelo de promoção da saúde de Nola Pender.** Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro; s.n; 2011. 93 p. ilus.

PEDROSO, Clarissa Niederauer Leote da Silva; LÓPEZ, Laura Cecilia. **À margem da humanização? Experiências de parto de usuárias de uma maternidade pública de Porto Alegre-RS.** Physis (Rio J.);

27(4): 1163-1184, Out.-Dez. 2017.

PEREIRA, Pedro Samuel Lima; GOMES, Ivanilda Sepúlveda; RIBEIRO, Ítalo Arão Pereira; MORAIS, Jaqueline da Cunha; GOUVEIA, Márcia Teles de Oliveira; NASCIMENTO, Marcelo Victor Freitas; MONTEIRO NETO, Francisco Florêncio; SALES, Isabela Maria Magalhães. **Tecnologias não invasivas de cuidado: percepção das puérperas**. Rev. enferm. UFPE on line; 12(8): 2129-2136, ago. 2018.

PERDOMINI, Fernanda Rosa Indriunas; BONILHA, Ana Lúcia de Lourenzi. **A participação do pai como acompanhante da mulher no parto**. Texto & contexto enferm [Internet]. 2011.

SILVA, Andréa Lorena Santos; NASCIMENTO, Enilda Rosendo do; COELHO, Enilda Rosendo do. **Práticas de enfermeiras para promoção da dignificação, participação e autonomia de mulheres no parto normal**. Escola Anna Nery Revista de Enfermagem 19(3) Jul-Set 2015

SOARES, Yndiara Kássia da Cunha; MELO, Simone Santos e Silva; GUIMARÃES, Tatiana Maria Melo; FEITOSA, Verbênia Cipriano; GOUVEIA, Márcia Teles de Oliveira. **Satisfação Das Puérperas Atendidas Em Um Centro De Parto Normal**. Rev enferm UFPE on line., Recife, 11(Supl. 11):4563-73, nov., 2017.

SUORTE BÁSICO DE VIDA EM REANIMAÇÃO CARDIOPULMONAR: CONHECIMENTO DE ENFERMEIROS DA UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE

Data de aceite: 05/02/2020

Data de Submissão: 04/11/2019

Andrezza Gabrielle Pereira da Nóbrega

Enfermeira graduada pela Faculdade de Medicina
Estácio de Juazeiro do Norte.

<http://lattes.cnpq.br/8661009281775370>

Cíntia de Lima Garcia

Enfermeira graduada pela Universidade Regional
do Cariri (URCA).

Doutora em Ciências da Saúde pela Faculdade de
Medicina do ABC (FMABC).

<http://lattes.cnpq.br/3751153985632945>

Cibele do Nascimento

Graduanda em Enfermagem pela Faculdade de
Juazeiro do Norte (FJN).

<http://lattes.cnpq.br/2242044706697384>

Felipe Eufrosino de Alencar Rodrigues

Enfermeiro graduado pela Unileão.
Especialista em Urgência, Emergência e Unidade
de Terapia Intensiva pela Faculdade Integrada de
Patos – FIP.

<http://lattes.cnpq.br/6701905434112074>

Thauane Luara Silva Arrais

Enfermeira graduada pela Faculdade de Medicina
Estácio de Juazeiro do Norte.

<http://lattes.cnpq.br/3849088535445857>

Rafaella Alcantara Bezerra Moreira

Graduanda em Enfermagem pela Faculdade de
Medicina Estácio de Juazeiro do Norte.

<http://lattes.cnpq.br/0490362970930114>

Maria de Lourdes de Macêdo Bernardo

Graduanda em Enfermagem pela Faculdade de
Juazeiro do Norte (FJN).

<http://lattes.cnpq.br/9138276292134715>

RESUMO: A parada cardiorrespiratória é uma das emergências que tem grave ameaça à vida, já que para sobreviver, o paciente necessita de atendimento rápido, seguro e eficaz. O objetivo deste estudo foi analisar o conhecimento dos enfermeiros atuantes em Unidades Básicas de Saúde acerca da Reanimação Cardiopulmonar. O estudo é descritivo quantitativo cujos dados foram obtidos a partir da aplicação de questionário a enfermeiros atuantes nas 76 equipes das UBS do município de Juazeiro do Norte, no estado do Ceará. A amostra foi composta por 40 participantes e os resultados forneceram informações que demonstraram que esses profissionais da saúde não apresentaram conhecimentos satisfatórios acerca das ações e procedimentos corretos para Reanimação Cardiopulmonar a partir dos 12 quesitos avaliados do questionário aplicado. Percebeu-se que os enfermeiros entrevistados possuem conhecimento insuficiente sobre o suporte básico de vida e isso pode comprometer o

socorro prestado as vítimas de PCR em ambiente pré-hospitalar nas UBS.

PALAVRAS-CHAVE: Parada cardiorrespiratória. Reanimação cardiopulmonar. Enfermagem. Atenção Básica.

BASIC LIFE SUPPORT IN CARDIOPULMONARY RESUSCITATION: KNOWLEDGE OF NURSES AT THE BASIC HEALTH UNIT

ABSTRACT: Cardiopulmonary arrest is one of the emergencies that has a serious threat to life, since in order to survive, patients need fast, safe and effective care. The objective of this study was to analyze the knowledge of nurses working in Basic Health Units on Cardiopulmonary Resuscitation. This is a quantitative descriptive study whose data were obtained from the application of a questionnaire to nurses working in the 76 UBS teams in the city of Juazeiro do Norte, in the state of Ceará. The sample consisted of 40 participants and the results provided information that demonstrated that these health professionals did not present satisfactory knowledge about the correct actions and procedures for Cardiopulmonary Resuscitation. It was noticed that the nurses interviewed had insufficient knowledge about basic life support and this could compromise the relief provided to the victims of CRP.

KEYWORDS: Cardiorespiratory arrest. Cardiopulmonary resuscitation. Nursing. Basic attention.

1 | INTRODUÇÃO

A parada cardiorrespiratória (PCR) é caracterizada por um bloqueio das funções cardíacas e respiratórias, impossibilitando as trocas de oxigênio para as células do corpo, levando a morte celular e tecidual. É uma intercorrência de alta complexidade, e por isso, necessita de uma imediata intervenção (CITOLINO FILHO et al., 2015).

Segundo dados da Sociedade Brasileira de Cardiologia, estima-se que no Brasil ocorram cerca de 200 mil PCR ao ano, dos quais 50% ocorrem em ambiente hospitalar e a outra metade em ambientes extra-hospitalares (GONZALEZ et al., 2013). Cerca de 95% das vítimas de PCR morrem antes de chegar ao hospital, uma vez que a taxa de sobrevivência das vítimas de PCR que ocorre fora do ambiente hospitalar permanece baixa (LUCIANO et al., 2010).

Durante o atendimento à PCR, o tempo é uma variável importante, estimando-se que para cada minuto em que a vítima fica sem Ressuscitação Cardiopulmonar (RCP), cerca de 10% de sua chance de sobrevivência fica diminuída, motivo pelo qual a maior parte das vítimas morre fora do hospital sem intervenção da equipe de saúde (MORETTI; FERREIRA, 2010).

Nesse sentido, a correta execução da RCP está elencada entre os fatores determinantes para a sobrevivência durante as primeiras 24 horas, e também um dos principais fatores determinantes para a sobrevivência do paciente (VANCINI-CAMPANHARO et al., 2015).

Diante disso, o atendimento às pacientes vítimas de PCR é baseado nas normas, diretrizes e padronização sequencial no atendimento, tendo como base uma taxa de aumento de sobrevivência dos mesmos e, conseqüentemente, diminuindo as sequelas que podem ocorrer (ALVES; BARBOSA; FARIA, 2013).

Segundo American Heart Association (2010), o suporte básico de vida compreende um conjunto de medidas e técnicas que tem por finalidade o suporte de vida à vítima e são caracterizadas por compressões torácicas, abertura das vias aéreas, respiração artificial e desfibrilação. O protocolo sofre mudanças a cada cinco anos e, dessa forma, há a necessidade dos profissionais se atualizarem constantemente para realizarem um adequado atendimento com o Suporte Básico de Vida (SBV) aos pacientes.

A Atenção Básica atua como porta de entrada aos usuários que necessitam de cuidados de saúde e tem seus objetivos pautados na ampliação do acesso, promoção do fortalecimento do vínculo, responsabilização e atuam no primeiro atendimento às urgências e emergências. O enfermeiro deve atender esta demanda em ambiente adequado até a transferência e encaminhamento dos pacientes quando se for necessário, analisando assim, o nível de riscos dos pacientes (BRASIL, 2013).

De acordo com Silva (2010), a identificação da PCR geralmente é realizada pelo enfermeiro ou outro integrante da equipe de enfermagem. Dessa forma, a enfermagem deve estar preparada tecnicamente e cientificamente para enfrentar o desafio desse evento súbito e grave, tendo a consciência da necessidade de identificação precoce e intervenção efetiva, levando-se em consideração que o prognóstico do paciente está diretamente ligado à rapidez e eficácia das ações (SILVA; MACHADO, 2013).

No que se refere ao atendimento à vítima de PCR súbita, o nível de conhecimento ou o conhecimento impreciso do Suporte Básico da Vida (SBV), pode interferir no socorro da mesma. O estudo promovido por Tavares et al. (2015), revelou que os entrevistados, alunos de graduação de áreas afins da saúde, não tiveram treinamento anterior em técnicas da SBV, reforçando assim, a necessidade de massificar os métodos de treinamento, especialmente para equipe de enfermagem.

Os números de PCR ocorridas no ambiente extra-hospitalar no Brasil e os índices de mortalidade decorrentes desse evento são alarmantes. A literatura reforça a necessidade de intervenção precoce e efetiva diante dos casos de PCR, particularmente, mediante a atuação profissional qualificada e treinada para realizar RCP e transferir a vítima com brevidade para um centro hospitalar.

Nesse contexto, destaca-se o papel do Enfermeiro, profissional que ocupa posição central nas UBS, o que demanda conhecimento e capacidade de atuação frente aos casos de PCR que ocorrem no ambiente comunitário. Portanto, a relevância dessa pesquisa, centra-se na necessidade de mensurar o nível de conhecimento desses profissionais acerca da PCR e RCP, para que mediante esse diagnóstico, estratégias possam ser traçadas para ampliar o acesso aos cursos e capacitações sobre o assunto, o que contribuirá para a redução dos óbitos decorrentes de PCR.

2 | OBJETIVOS

Analisar o conhecimento dos enfermeiros atuantes em Unidades Básicas de Saúde acerca da Reanimação Cardiopulmonar.

3 | METODOLOGIA

O estudo caracterizou-se por ser descritivo com abordagem quantitativa. A pesquisa foi realizada entre o mês de janeiro a março de 2018, nas Unidades Básicas de Saúde (UBS) existentes na cidade de Juazeiro do Norte, na Região Metropolitana do Cariri, no estado do Ceará.

A população do estudo foi composta por 74 enfermeiros atuantes nas 45 UBS do município de Juazeiro do Norte. Como critério de inclusão, adotou-se tempo de atuação mínimo de seis meses na unidade. Já o critério de exclusão, foi adotado após três visitas realizadas a mesma unidade, em turnos diferentes, em que o enfermeiro que não foi localizado.

O recrutamento da amostra foi do tipo aleatório, a partir de visitas realizadas em todas as UBS do município. Ao final do período de coleta de dados, 40 enfermeiros aceitaram participar da pesquisa, sete recusaram a participação e 27 não foram localizados.

Os enfermeiros foram abordados e convidados a participar da pesquisa mediante a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Aqueles que aceitaram, responderam ao questionário proposto.

O instrumento utilizado foi um questionário contendo 12 perguntas objetivas baseadas no “Guidelines de SBV” da AHA de 2010, que foi elaborado por um pesquisador da Faculdade de Medicina do ABC e publicado em revista científica no Journal of Human Growth and Development. Recentemente, foi publicado a atualização, da American Heart Association, “Guidelines de 2015”, com mudanças em algumas diretrizes da AHA, o que demandou adaptações a serem realizadas no instrumento.

Conforme o exposto, o instrumento utilizado em forma de questionário é

demonstrado logo abaixo:

| QUESTIONÁRIO |
|---|
| Elaborado por Prof. Dr. Luiz Carlos de Abreu |
| Nome: _____ Idade: _____ Sexo: F () M () Estado Civil: _____ Raça: _____ Tempo de trabalho: _____ Tempo de formação: _____ Especialização () Mestrado () Doutorado () Área: _____ Você já participou de treinamento sobre Suporte Básico de Vida: Sim () Não () Se a resposta for sim, há quanto tempo: _____ |
| Abreviações de interesse contidas nas questões: RCP (Ressuscitação Cardiopulmonar); PCR (Parada Cardiorrespiratória); DEA (Desfibrilador Externo Automático); SBV (Suporte Básico de Vida). |
| Definições de Interesse para interpretação das perguntas do questionário: DEFINIÇÃO DE SUPORTE BÁSICO DE VIDA: Sequência de procedimentos fornecido a uma pessoa numa situação de parada cardiorrespiratória fora do ambiente hospitalar. |
| Para os propósitos deste guideline 2015 American Heart Association Guidelines for Cardiopulmonary Resuscitation and Emergency Cardiovascular care) e das repostas deste questionário, utilize a classificação abaixo: Diretrizes de SBV para Adulto: se aplica a indivíduos na puberdade e além. |
| 1. Qual a sequência de parâmetros clínicos que devemos utilizar no reconhecimento de uma parada cardíaca: a) não responsivo, apneia ou gasping, sem pulso periférico palpável em até 3 segundos b) não responsivo, apenas com gasping, sem pulso periférico palpável em até 10 segundos c) apneia, não responsivo, sem pulso central palpável em até 3 segundos d) não responsivo, apneia ou apenas com gasping, sem pulso central palpável em até 10 segundos |
| 2. Você está sozinho e encontra uma pessoa desacordada e que sabidamente não foi vítima de trauma. Qual a sequência de ações que deve ser seguida: a) checar a responsividade, checar a respiração e pulso em até 10 segundos, gritar por socorro, deixar a vítima, acionar o serviço médico de emergência, e solicitar um DEA antes de iniciar a RCP. b) checar a responsividade, gritar por socorro, checar a respiração em até 10 segundos, iniciar ressuscitação cardiopulmonar por 2 minutos e após abandonar a vítima e pedir ajuda e um DEA c) gritar por socorro, checar a responsividade, checar a respiração em até 4 segundos, após abandonar a vítima e pedir ajuda e um DEA e iniciar ressuscitação cardiopulmonar. d) checar a respiração em até 10 segundos, checar a responsividade, gritar por socorro, iniciar ventilações por 2 minutos e após abandonar a vítima e pedir ajuda e um DEA. |
| 3. Uma vez diagnosticada parada cardiorrespiratória, a ressuscitação cardiopulmonar deve ser feita na seguinte sequência: a) abertura de via aérea, ventilações, compressões torácicas b) abertura de via aérea, compressões torácicas, ventilações c) compressões torácicas, abertura de via aérea, ventilações d) compressões torácicas, ventilações, abertura de via aérea |
| 4. Durante a ressuscitação cardiopulmonar de alta qualidade, quantas compressões devemos fazer por minuto: a) pelo menos 60 compressões b) pelo menos 80 compressões c) pelo menos 150 compressões d) pelo menos de 100 a 120 compressões |

5. Com relação às compressões torácicas durante a ressuscitação cardiopulmonar de alta qualidade em adultos, devemos comprimir o tórax a uma profundidade de:

- a) de 2 polegadas (5cm) até 2,4 polegadas (6 cm).
- b) no mínimo 2,5 polegadas que são equivalentes a (5 cm).
- c) no mínimo 2 polegadas que são equivalentes a (6 cm).
- d) no mínimo 2,4 polegadas que são equivalentes a (5 cm).

6. Durante a ressuscitação cardiopulmonar com 2 socorristas, devemos:

- a) permitir o total retorno da parede torácica entre as compressões e não trocar as funções dos socorristas após 2 minutos
- b) permitir o retorno parcial da parede torácica entre as compressões e não trocar as funções dos socorristas após 2 minutos
- c) permitir o total retorno da parede torácica entre as compressões e trocar as funções dos socorristas após 2 minutos
- d) permitir o retorno parcial da parede torácica entre as compressões e trocar as funções dos socorristas após 2 minutos

7. Durante a ressuscitação cardiopulmonar, sem uma via aérea avançada garantida, a relação entre compressões-ventilações deve ser:

- a) 30 compressões para 2 ventilações em qualquer faixa etária com 2 socorristas
- b) 15 compressões para 2 ventilações somente para crianças com 1 socorrista
- c) 30 compressões para 2 ventilações em qualquer faixa etária com 1 socorrista
- d) 15 compressões para 2 ventilações somente para lactentes com 2 socorristas

8. Durante a RCP de alta qualidade, ventilações eficazes significam:

- a) ventilações que produzam elevação visível do tórax
- b) ventilações que produzam hiperexpansibilidade do tórax
- c) ventilações que não necessariamente produzam elevação visível do tórax
- d) ventilações que alternem hiperexpansibilidade com hipoexpansibilidade do tórax

9. As características da RCP de alta qualidade são:

- a) iniciar compressões nos primeiros 20 segundos, comprimir com força e rapidez, permitir o retorno total do tórax, minimizar a interrupção nas compressões a menos de 5 segundos, administrar ventilações eficazes, evitar ventilação excessiva
- b) iniciar compressões nos primeiros 15 segundos, comprimir com pouca força e lentamente, permitir o retorno total do tórax, minimizar a interrupção nas compressões a menos de 5 segundos, administrar ventilações eficazes, evitar ventilação excessiva
- c) iniciar compressões nos primeiros 20 segundos, comprimir com força e rapidez, permitir o retorno total do tórax, minimizar interrupção nas compressões a menos de 15 segundos, administrar ventilações eficazes, produzir ventilação excessiva
- d) iniciar compressões nos primeiros 10 segundos, comprimir com força e rapidez, permitir o retorno total do tórax, minimizar a interrupção nas compressões a menos de 10 segundos, administrar ventilações eficazes, evitar ventilação excessiva.

10. O suporte básico de vida compõe-se de:

- a) abertura de via aérea, intubação oro traqueal, ventilação, compressões torácicas, acesso vascular, uso de adrenalina
- b) compressões torácicas, abertura de via aérea, ventilação, desfibrilação (DEA)
- c) compressões torácicas, intubação traqueal, ventilação, desfibrilação (DEA), acesso vascular
- d) acesso vascular, abertura de via aérea, ventilação, compressões torácicas, adrenalina, desfibrilação manual.

11. Com relação a ventilação do paciente no SBV, assinale a alternativa correta:

- a) devem ser assíncronas com as compressões durante a RCP
- b) no caso de inicialmente termos somente uma parada respiratória, devemos ventilar a criança 30 vezes por minuto
- c) cada ventilação deve durar cerca de 5 segundos e devemos promover uma grande expansibilidade torácica
- d) cada ventilação deve ter a duração de cerca de 1 segundo e promover elevação visível do tórax

12. Os passos para se usar um DEA são:

- a) ligar o aparelho, colocar eletrodos no tórax, aguardar o DEA analisar o ritmo, afastar-se da vítima, liberar para o choque se indicado
- b) ligar o aparelho, analisar o ritmo, colocar eletrodos no tórax, liberar para o choque se indicado, afastar-se da vítima
- c) colocar eletrodos, ligar o aparelho, checar o pulso, analisar o ritmo, liberar para o choque se indicado
- d) ligar o aparelho, checar o pulso, colocar eletrodos no tórax, afastar-se da vítima, aguardar o DEA analisar o ritmo, liberar para o choque se indicado.

A digitação, tabulação dos dados, análise e interpretação dos dados se deram através da construção de banco de dados no Microsoft Excel 2015 e foram organizados através de análise descritiva, a partir números absolutos e relativos.

Deste modo, é importante ressaltar que o presente estudo atendeu a resolução

466/2012 complementada pela 510/2016. Além disso, foi submetido e provado pelo Comitê de Ética em pesquisa da Faculdade de Medicina Estácio de Juazeiro do Norte sob o parecer de nº 2.508.161.

4 | RESULTADOS

A amostra do estudo contou com a participação de 40 enfermeiros que atuam nas equipes das UBS, obedecendo aos critérios de inclusão e exclusão descritos anteriormente. Os dados coletados foram distribuídos com a utilização de tabelas para melhor representação desta pesquisa.

4.1 Perfil sociodemográfico

Verificou-se, de acordo com a tabela 1, a relação da faixa etária de idades dos entrevistados, onde houve uma maior prevalência de idade entre 25 a 30 anos (37,5%), em seguida de 36 a 40 anos (30,0%), 31 a 35 anos (15,0%), de 41 a 45 anos (10,0%), acima de 45 anos (5,0%) e 2,5 não responderam.

Verificou-se que, quanto ao sexo biológico, a grande maioria dos participantes se declarou do sexo feminino com uma porcentagem elevada de (92,5%) e do sexo masculino com um percentual de (7,5%). Observou-se que 57,5% são casados, 37,5% solteiros e 5,0% divorciados ou separados.

Quanto à existência de uma variação de características de cor dos participantes, obtivemos como resultados: 55,0% pardos, 37,5% brancos, 2,5% negros e 5,0% não responderam.

Em relação ao tempo de trabalho dos participantes, tivemos de 11 a 15 anos (32,5%), até 5 anos de trabalho (32,5%), 6 anos a 10 anos (17,5%), acima de 15 anos de trabalho (15,0%) e 2,5% não responderam.

Verificou-se com o tempo de formação dos mesmos, de 11 a 15 anos (37,5%), em seguida 06 a 10 anos (22,5%), até 05 anos de formação (20,0%), de 16 a 20 anos (10,0%), acima de 20 anos (7,5%) e 2,5% não responderam.

Observou-se que 95,0% dos profissionais possuem especialização e 5,0% mestrado. Dentre as especialidades descritas pelos entrevistados, 60,0% são da área saúde da família, 12,5% saúde pública, 10,0% nefrologia, 7,5% da obstetrícia e enfermagem do trabalho.

Na área da saúde coletiva, urgência, emergência e UTI, administração hospitalar e gestão da saúde, foram de 5,0%. Contudo, de todos os participantes da pesquisa, 5 pessoas possuem especialidade na área de educação em saúde, cardiologia, neonatologista, saúde da mulher e 2,5% não responderam.

Tabela 1 - Perfil sociodemográfico dos enfermeiros das UBS de Juazeiro do Norte- Ceará, Brasil, 2018.

| Variáveis | Frequência (n) | Porcentagem (%) |
|------------------------------|----------------|-----------------|
| Sexo | | |
| Feminino | 37 | 92,5 |
| Masculino | 3 | 7,5 |
| Idade | | |
| 25 a 30 anos | 15 | 37,5 |
| 36 a 40 anos | 12 | 30,0 |
| 31 a 35 anos | 6 | 15,0 |
| 41 a 45 anos | 4 | 10,0 |
| Acima de 45 anos | 1 | 5,0 |
| Não respondeu | 1 | 2,5 |
| Estado civil | | |
| Casado | 23 | 57,5 |
| Solteiro | 15 | 37,5 |
| Divorciado/ separado | 2 | 5,0 |
| Cor de Pele | | |
| Parda | 22 | 55,0 |
| Branca | 15 | 37,5 |
| Não respondeu | 2 | 5,0 |
| Negra | 1 | 2,5 |
| Tempo de trabalho | | |
| 11 a 15 anos de trabalho | 13 | 32,5 |
| Até 5 anos de trabalho | 13 | 32,5 |
| 6 a 10 anos de trabalho | 7 | 17,5 |
| Acima de 15 anos de trabalho | 6 | 15,0 |
| Não respondeu | 1 | 2,5 |
| Tempo de Formação | | |
| 11 a 15 anos de formação | 15 | 37,5 |
| 6 a 10 anos de formação | 9 | 22,5 |
| Até 05 anos de formação | 8 | 20,0 |
| 16 a 20 anos de formação | 4 | 10,0 |
| Acima de 20 anos de formação | 3 | 7,5 |
| Não respondeu | 1 | 2,5 |
| Nível de graduação | | |
| Especialização | 38 | 95,0 |
| Mestrado | 2 | 5,0 |
| Área de Especialidade | | |
| Saúde da família | 24 | 60,0 |
| Saúde pública | 5 | 12,5 |
| Nefrologia | 4 | 10,0 |
| Obstetrícia | 3 | 7,5 |
| Enfermagem do trabalho | 3 | 7,5 |
| Saúde coletiva | 2 | 5,0 |
| Urgência e emergência | 2 | 5,0 |
| Emergência e UTI | 2 | 5,0 |
| Administração hospitalar | 2 | 5,0 |
| Gestão da saúde | 2 | 5,0 |
| Educação em saúde | 1 | 2,5 |
| Cardiologia | 1 | 2,5 |
| Neonatalogista | 1 | 2,5 |
| Saúde da mulher | 1 | 2,5 |
| Não respondeu | 1 | 2,5 |

Fonte: A autora.

Tabela 2 - Perfil profissional dos enfermeiros das UBS de Juazeiro do Norte- Ceará, Brasil, 2018

| Variáveis | Frequência (n) | Porcentagem (%) |
|--|----------------|-----------------|
| Já participou de treinamento ou curso sobre Suporte Básico de Vida? | | |
| Não | 23 | 57,5 |
| Sim | 17 | 42,5 |
| Quanto tempo do último treinamento | | |
| Há 3 anos | 5 | 12,5 |
| Há 2 anos | 5 | 12,5 |
| Há mais de 10 anos | 4 | 10,0 |
| Há menos de um ano | 2 | 5,0 |
| Não respondeu | 1 | 2,5 |

Fonte: A autora.

Verificou-se na tabela 2 que 57,5% dos entrevistados nunca participaram de

treinamento prévio ou curso sobre suporte básico de vida e 42,5% já tiveram contato com treinamentos e cursos. Em relação ao tempo do último treinamento, teve como resultado: há três anos (12,5%), dois anos (12,5%), há mais de dez anos (10,0%), menos de um ano (5,0%) e (2,5%) não responderam.

4.2 Conhecimento e condutas dos enfermeiros acerca da PCR

Tabela 3 - Perfil do conhecimento e condutas adotadas pelo os enfermeiros das UBS de Juazeiro do Norte - Ceará, Brasil, 2018

| Variáveis Investigadas | Porcentagem (%) de acertos | Porcentagem (%) de erros |
|--|----------------------------|--------------------------|
| Conhecimento dos enfermeiros acerca do reconhecimento da PCR | 37,5 | 62,5 |
| Conhecimento dos enfermeiros acerca das compressões torácicas por minuto na RCP | 50,0 | 50,0 |
| Conhecimento dos enfermeiros sobre RCP executada com 02 socorristas | 57,5 | 42,5 |
| Conhecimento de enfermeiros sobre as ventilações eficazes durante a RCP | 47,5 | 52,5 |
| Conhecimento dos enfermeiros sobre a execução da ventilação do paciente no SBV. | 42,5 | 57,5 |
| Conhecimento dos enfermeiros acerca das sequências frente a PCR no SBV | 35,0 | 65,0 |
| Conhecimento das condutas realizadas dos enfermeiros a partir do diagnóstico de PCR na RCP. | 35,0 | 65,0 |
| Conhecimento dos enfermeiros acerca da profundidade das compressões torácicas no SBV. | 47,5 | 52,5 |
| Conhecimento dos enfermeiros na Ressuscitação Cardiopulmonar sem uma via aérea garantida a respeito das compressões-ventilações no SBV | 37,5 | 62,5 |
| Conhecimento dos enfermeiros acerca do tempo do início das compressões e ventilações na RCP. | 55,0 | 45,0 |
| Conhecimento dos enfermeiros acerca das etapas do SBV em PCR | 62,5 | 37,5 |
| Conhecimento dos enfermeiros sobre a utilização do Desfibrilador Externo Automático (DEA) no SBV | 40,0 | 60,0 |

Fonte: A autora.

Verificamos na tabela 3, a porcentagem do nível de conhecimento teórico e das condutas adotadas pelos enfermeiros atuantes nas equipes das unidades básicas de saúde. Verificou-se que 15 (37,5%) dos enfermeiros entrevistados sabem reconhecer os parâmetros clínicos de uma parada cardíaca e 25 (62,5%) desconhecem.

Observou-se que apenas 50,0% da amostra reconheceram a frequência de 100 a 120 compressões por minuto como frequência adequada em uma RCP, os demais apontaram respostas discrepantes em relação ao protocolo da AHA. Quanto a relação entre compressões e ventilações, 23 (57,5%) dos participantes apontaram 30 compressões para duas ventilações, enquanto 16 (42,5%) erraram esse questionamento e 1 (2,5%) não responderam.

Constatou-se também que 19 (47,5%) entendem o que significa uma ventilação de alta qualidade durante a RCP e a maioria 21 (52,5%) pontuam outras afirmativas. Em relação a ventilação que deve ter a duração de cerca de 1 segundo e promover

elevação visível do tórax, apenas 17 (42,5%) dos entrevistados concorda e está correto e 23 (57,5%) desconhece esta relação.

Dos participantes, 14 (35,0%) marcaram demonstrando ter o conhecimento acerca das sequências frente a PCR no SBV das ações que possivelmente devem ser seguidas e a maioria 26 (65%) desconhecem. Acerca das etapas da ressuscitação cardiopulmonar no SBV, apenas 14 (35,0%) reconheceram o código mnemônico CABD na execução das manobras, enquanto que 26 (65%) apontaram outra sequência para o atendimento.

Quanto a profundidade das compressões torácicas de no mínimo 5 e no máximo 6 centímetros no adulto, apenas 19 (47,5%) acertaram, os demais 21 (52,5%) apontaram outras respostas. Outro quesito em que a minoria demonstrou conhecimento foi a relação entre ventilações e compressões no paciente com via aérea avançada, onde apenas 15 (37,5%) acertaram e 25 (62,5%) erraram as possíveis condutas a serem realizadas.

Dos participantes, 22 (55,0%) compreendem as características RCP de alta qualidade no SBV que condiz em iniciar compressões nos primeiros 10 segundos, comprimir com força e rapidez, permitir o retorno do tórax, minimizar a interrupção nas compressões a menos de 10 segundos, administrar ventilações eficazes e evitar ventilação excessiva e 18 (45%) não concordaram.

Em relação a composição do suporte básico de vida, 25 (62,5%) entende o conjunto de medidas a serem realizadas, que compreende compressões torácicas, abertura de via aérea, ventilação e desfibrilação (DEA) e 15 (37,5%) erraram a sequência a ser seguida. E, 16 (40,0%) sabe os passos corretos para se usar um Desfibrilador Externo Automático (DEA) que segue como etapas para manuseio: ligar o aparelho, colocar eletrodos no tórax, aguardar o DEA analisar o ritmo, afastar-se da vítima e liberar o choque se indicado; enquanto que 24 (60,0%) não sabem as sequências das etapas a serem realizadas.

5 | DISCUSSÃO

O presente estudo demonstrou o conhecimento dos enfermeiros em relação ao atendimento e conduta a vítima em PCR. Os resultados que foram expostos mostram que os enfermeiros que participaram possuem um conhecimento abaixo do esperado sobre como proceder diante de RCP.

Dessa forma, o trabalho demonstra a limitação de conhecimento por parte dos enfermeiros da UBS em identificar uma PCR, o que se torna preocupante e evidencia a necessidade de oferta de capacitação que vise um reconhecimento imediato e ofereça condutas adequadas que possam aumentar a taxa de sobrevivência do paciente. Assim, como aponta, Meira Junior et al. (2016), englobando de maneira

geral os profissionais das UBS, estes apresentam despreparo em oferecer uma abordagem qualificada em vítimas de PCR.

Vale destacar que a PCR é uma ocorrência emergencial, por isso o reconhecimento da situação e a realização precoce das manobras de RCP são de extrema importância e são questões fundamentais para a sobrevivência dos pacientes (LIMA et al., 2009).

Para tanto, é primordial o reconhecimento precoce da PCR. De acordo com Alves Barbosa e Faria (2013), um dos pontos principais é a verificação da responsividade da vítima e a checagem do pulso carotídeo antes de iniciar o atendimento a PCR, pois são parâmetros clínicos do reconhecimento da PCR que possibilita uma intervenção precoce, podendo aumentar a taxa de sobrevivência da vítima.

Contudo, apenas 37,5% dos enfermeiros obtiveram acerto em relação ao quesito que abordava os parâmetros clínicos de uma PCR. Isso compromete o socorro à vítima, uma vez que o limite de tempo para reconhecimento para parada é ténue. A American Heart Association (2015) recomenda cinco a 10 segundos para identificar o agravo.

Um dos meios de cuidados indicados aos pacientes vítimas de PCR em ambiente hospitalar e extra-hospitalar, é o uso das cadeias de sobrevivência. Diante disso, o atendimento extra-hospitalar segue uma sequência de reconhecimento e acionamento do serviço médico de emergência, com a realização das manobras de RCP, realizadas imediatamente com alta qualidade e agilidade, rapidez na desfibrilação, até a chegada de um serviço de emergência que assuma a responsabilidade, e dessa forma a equipe irá conduzir o transporte do paciente até o pronto socorro (AMERICAN HEART ASSOCIATION, 2015).

No entanto, a maioria dos enfermeiros entrevistados desconhecem as sequências de condutas frente a PCR a serem realizadas em ambiente extra-hospitalar. São medidas de suporte básico de vida que possivelmente podem salvar vidas se forem realizadas com eficiência.

A parada cardiorrespiratória pode ser reversível, desde que, além do conhecimento técnico, também haja organização, treinamento e trabalho em equipe. O atendimento à parada cardiorrespiratória envolve o aperfeiçoamento de todos os que atuam nos cuidados prestados pelos profissionais nesse tipo de atendimento (ROCHA et al., 2012).

O trabalho de Meira Junior et al. (2016), mostra os resultados a partir de uma etapa do estudo realizado com simulação realística entre os profissionais que trabalham na UBS. Os mesmos apresentaram dificuldade tanto no conhecimento teórico como também nas condutas em realizar o primeiro atendimento de forma correta à uma vítima de PCR, sobretudo em relação às habilidades de posicionamento

correto das mãos, frequência das compressões, posicionamento para ventilações e, principalmente, a utilização Desfibrilador Externo Automático (DEA).

O estudo de Moraes e Paiva, (2017), também constatou, diante dos resultados da pesquisa realizada com enfermeiros da atenção primária sobre o conhecimento teórico no suporte básico de vida, que dos 129 profissionais participantes apenas 49 (38,0%) conseguiram descrever a seqüência correta do manuseio do DEA.

Dessa forma, o resultado do estudo de Moraes e Paiva são semelhantes com os resultados do presente estudo, já que dos 40 enfermeiros entrevistados apenas 16 (40%) conseguiram descrever os passos corretos do manuseio do DEA. Esses dados são preocupantes, pois se trata de profissionais que atuam nas UBS e sabe-se que o uso precoce do desfibrilador é um dos pontos primordiais para a sobrevivência da vítima em PCR.

É possível que essa deficiência de conhecimento não seja exclusiva entre enfermeiros da UBS, uma vez que pesquisa realizada no âmbito hospitalar também encontrou entre os enfermeiros, conhecimento insatisfatório acerca da sequência de atendimento, número de ciclos compressão versus ventilação, abertura das vias aéreas e manuseio do desfibrilador (ALVES; BARBOSA; FARIAS, 2013).

Portanto, é indiscutível a necessidade de aprimoramento do conhecimento e habilidades para a execução de uma RCP de alta qualidade, entre os profissionais que atuam nas unidades básicas de saúde. Recomenda-se, a realização de capacitações teóricas e práticas, sobretudo com o amparo de simulações realísticas, afim de inserir esses enfermeiros em cenários de PCR muito próximos da realidade, o que propicia o aprimoramento das habilidades necessárias.

6 | CONSIDERAÇÕES FINAIS

Dos 40 enfermeiros entrevistados que se submeteram a responder o questionário sobre SBV, concluiu-se que a partir dos 12 quesitos analisados, todos tiveram pelo menos 50% de erro, demonstrando um conhecimento insatisfatório para a maioria dos enfermeiros.

O estudo realizado apresentou limitações a partir da quantidade pequena de participantes, o que compromete a generalização dos dados, como também a escassez de estudos semelhantes, o que pode comprometer as comparações dos resultados de novas pesquisas estudadas.

Observa-se que as atribuições do enfermeiro nas UBS são importantes para o desenvolvimento da equipe e comunidade, como também, é ele o responsável pela organização dos trabalhos realizados na UBS, nas escolas, creches, domicílios e locais comunitários, podendo assim promover momentos de educação em saúde

com foco na RCP.

Portanto, os profissionais da saúde, em especial, os enfermeiros das UBS, precisam rever e reconsiderar a PCR e RCP como pontos importantes para salvar vidas, estando cientes que podem ocorrer em qualquer ambiente. Sendo assim, recomenda-se que ofereçam capacitações contínuas e simulações em ambiente de trabalho.

REFERÊNCIAS

- AMERICAN HEART ASSOCIATION - AHA. **Destaques das Diretrizes da American Heart Association 2010 para RCP e ACE.** 2010. Disponível em: https://www.heart.org/idc/groups/heart-public/@wcm/@ecc/documents/downloadable/ucm_317343.pdf Acesso em: 12 nov. 2017.
- ALVES, A. A.; BARBOSA, C. N. S.; FARIA, H, T, G. Parada cardiorrespiratória e enfermagem: o conhecimento acerca do suporte básico de vida. **Cogitare Enfermagem**, UFPR –Paraná, v. 18, n. 2, p. 296-301, 2013.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade.** Brasília- DF: Ministério da Saúde, 2017.
- CITOLINO FILHO, C. M. et al. de S. Fatores que comprometem a qualidade da ressuscitação cardiopulmonar em unidades de internação: percepção do enfermeiro. **Revista da Escola de Enfermagem**, USP – São Paulo, v. 49, n. 6, p. 908-914, 2015.
- GONZALEZ, M. M. et al. I Diretriz de Ressuscitação Cardiopulmonar e Cuidados Cardiovasculares de Emergência da Sociedade Brasileira de Cardiologia. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**, v. 101, n. 2, 2013.
- LUCIANO, P. et al. Suporte básico de vida. **Revista da Sociedade de Cardiologia**, São Paulo, v. 20, n. 2, p. 2308, 2010.
- MORETTI, M. A.; FERREIRA, J. F. M. Um novo conceito: Ressuscitação cardiocerebral. **Revista da Sociedade de Cardiologia**, São Paulo, v. 20, n. 2, p. 224-229, 2010.
- MORAES, T. P. R.; DE PAIVA, E. F. Enfermeiros da Atenção Primária em suporte básico de vida. **Revista de Ciências Médicas**, v. 26, n. 1, p. 9-18, 2017.
- OLIVEIRA, C. **Avaliação da qualidade da atenção pré-natal em 13 unidades da estratégia saúde da família no município de Juazeiro do Norte-CE.** 2004. 106f. Dissertação (Mestrado em Saúde da Família) - Universidade Federal do Ceará – Fortaleza, 2014.
- RICHARDSON, R. J. et al. 3. Ed. **Pesquisa Social: métodos e técnicas.** São Paulo: Atlas, 1999.
- SILVA, A. B.; MACHADO, R. C. Elaboração de guia teórico de atendimento em parada cardiorrespiratória para enfermeiros. **Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste**, Fortaleza, v. 14, n. 4, 2013.
- SILVA, C. R. O enfermeiro na parada cardiorrespiratória em unidade de emergência intrahospitalar: Revisão de literatura. **Sociedade Brasileira de Terapia Intensiva**, São Paulo, v. 1, n.1, p. 33. 45, 2010.
- TAVARES, L. F. B. et al. Conhecimento de estudantes de graduação em ciências da saúde em testes

objetivos sobre suporte básico de vida. **Journal of Human Growth and Development**, v. 25, n. 3, p. 397-406, 2015.

TRIVIÑOS, A. N. S. **Introdução à pesquisa em ciências sociais: A pesquisa qualitativa em educação**. São Paulo: Atlas, 1987.

VANCINI-CANPANHARO, C. R. et al. Cohort study on the factors associated with survival post-cardiac arrest. **Jornal Medical**, São Paulo, v. 133, n. 6, p. 495-501, 20

SOBRE A ORGANIZADORA

ISABELLE CORDEIRO DE NOJOSA SOMBRA - Enfermeira pelas Faculdades Nordeste - FANOR (Bolsista pelo PROUNI). Doutoranda em Obstetrícia (DINTER UFC/UNIFESP). Mestre em Saúde Coletiva - PPSAC/UECE. Especialização em Enfermagem Obstétrica - (4 Saberes). Especialista em Saúde Pública - UECE. Atua como consultora materno-infantil. Enfermeira Obstetra na clínica Colo. Atuou como docente do curso de Graduação em Enfermagem do Centro Universitário Estácio do Ceará e do Centro Universitário Pitágoras de Fortaleza. Atuou como professora do Grupo de Pesquisa em Avaliação da Saúde da Mulher - GPASM/ESTÁCIO. Atuou como docente do Curso Técnico em Cuidado de Idosos - PRONATEC/Unichristus. Atuou como supervisora pedagógica do Curso Técnico em Enfermagem da Diretoria de Educação Profissional em Saúde (DIEPS) da Escola de Saúde Pública do Ceará - ESP/CE. Atuou como enfermeira assistencial no Hospital Distrital Dr. Fernandes Távora (HFT). Atuou na preceptoria de estágio das Faculdades Nordeste - FANOR. Atuou como pesquisadora de campo da Universidade Federal do Ceará (UFC) - Faculdade de Medicina - no Projeto vinculado ao Departamento de Saúde Materno Infantil. Atuou no Projeto de Práticas Interdisciplinares no Contexto de Promoção da Saúde sendo integrante do grupo de pesquisa "Cuidando e Promovendo a Saúde da Criança e do Adolescente" - FANOR;. Atuou como Membro do Grupo de Pesquisa em Estudos Quantitativos da Universidade Estadual do Ceará (UECE). Atua principalmente nos seguintes temas: saúde da mulher, saúde materno-infantil e saúde coletiva.

ÍNDICE REMISSIVO

A

Acadêmicos de enfermagem 6, 112, 113, 115, 116, 117, 118, 119, 164, 166
Ação cicatrizante 131, 134, 135, 138
Acolhimento 30, 50, 51, 52, 53, 54, 55, 56, 57, 58, 59, 60, 76, 78, 91, 92, 241, 245
Adesão ao tratamento 63, 64, 65, 66, 67, 68, 69, 70, 151, 158, 160
Administração 21, 22, 83, 87, 88, 123, 149, 150, 182, 257
Administração hospitalar 150, 257
Alunos 6, 7, 72, 74, 76, 78, 79, 94, 101, 118, 119, 167, 169, 236, 253
Analgesia 2, 3, 4, 6, 9
Assistência à saúde 44, 45, 46, 48, 84, 141, 146, 150, 176, 177, 197, 203, 205, 229, 246
Auditoria de enfermagem 148, 150, 175, 177, 178, 180, 183, 184, 185

C

Centros de saúde 47, 83
Conhecimento 1, 2, 4, 6, 7, 9, 10, 11, 12, 15, 26, 33, 41, 43, 45, 48, 52, 68, 69, 72, 78, 79, 83, 84, 96, 97, 101, 104, 107, 110, 117, 132, 148, 149, 158, 161, 162, 163, 164, 165, 166, 168, 169, 170, 171, 172, 173, 174, 181, 184, 189, 190, 198, 199, 211, 225, 229, 233, 236, 237, 240, 242, 246, 249, 251, 253, 254, 259, 260, 261, 262, 263
Controle de infecção 25, 39, 40, 42, 43, 48, 49, 69, 140, 141, 143, 144, 146
Cuidados de enfermagem 14, 15, 25, 39, 41, 50

D

Depressão 8, 100, 112, 113, 114, 115, 116, 117, 118, 119, 120, 152, 153, 154, 155, 156, 157, 159, 160, 218
Dificuldades 35, 50, 52, 53, 54, 55, 56, 57, 58, 59, 65, 66, 114, 117, 118, 143, 155, 165, 180, 246
Doenças autoimunes 152, 154
Dor 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 16, 110, 133, 155, 156, 246, 247, 248

E

Enfermagem 6, 10, 11, 12, 13, 14, 15, 16, 20, 23, 24, 25, 26, 27, 28, 30, 32, 36, 37, 38, 39, 40, 41, 42, 43, 44, 45, 46, 47, 48, 49, 50, 53, 54, 60, 64, 65, 67, 68, 69, 70, 72, 77, 82, 83, 86, 87, 88, 89, 90, 91, 93, 94, 96, 97, 98, 99, 100, 101, 102, 103, 104, 105, 107, 108, 109, 110, 111, 112, 113, 115, 116, 117, 118, 119, 120, 130, 143, 146, 147, 148, 149, 150, 160, 161, 162, 163, 164, 165, 166, 175, 176, 177, 178, 179, 180, 181, 182, 183, 184, 185, 206, 207, 208, 209, 210, 211, 212, 215, 217, 218, 219, 220, 221, 222, 223, 227, 229, 230, 233, 235, 236, 238, 240, 241, 242, 243, 244, 245, 246, 247, 249, 250, 251, 252, 253, 257, 263, 265
Ensino-aprendizagem 72, 113, 148, 150, 166
Equipe de assistência ao paciente 2, 4
Eritematoso sistêmico 151, 152, 153, 154, 159, 160

Estudos de avaliação como assunto 83

F

Fatores de risco 13, 14, 18, 24, 31, 43, 49, 64, 69, 121, 122, 124, 125, 126, 127, 128, 164, 223, 225, 226, 227, 228, 229, 230, 235

Ferida cirúrgica 131, 134

Fitoterápicos 131, 132, 133, 134, 135, 138

G

Gênero 71, 72, 73, 74, 75, 76, 79, 80, 81, 154, 228, 244, 248, 249

H

Higiene das mãos 43, 48, 140, 141, 144

Hipertensão 17, 31, 63, 64, 65, 69, 70, 87, 109

I

Imperícia 140

Infecção hospitalar 39, 40, 42, 43, 45, 49, 139, 140, 141, 142, 144, 145, 146, 229

Infecções hospitalares 38, 39, 41, 44, 48, 49, 141, 142, 143, 144, 145, 223

Infecções oportunistas relacionadas com a AIDS 122, 268

Insegurança 79, 102, 113, 116, 118, 213, 218

L

Lesão por pressão 107, 108, 109, 110, 111

Lúpus 17, 18, 151, 152, 153, 154, 155, 156, 159, 160

M

Manejo da dor 2, 4, 6, 11

Movimento contra vacinação 61

O

Organização 30, 40, 51, 58, 83, 84, 88, 93, 94, 112, 113, 119, 123, 140, 141, 142, 146, 158, 181, 189, 191, 195, 198, 199, 203, 234, 238, 261, 262

P

Pessoal de saúde 140

Preconceito 9, 72, 73, 74, 77, 79, 80

Profilaxia 107, 109, 131, 134

Promoção da saúde 27, 28, 31, 32, 33, 37, 68, 69, 186, 187, 188, 189, 194, 195, 196, 197, 198, 199, 200, 201, 202, 203, 204, 205, 206, 238, 249, 265

S

Saúde mental 27, 28, 29, 32, 33, 36, 37, 86, 91, 112, 113, 115, 116, 119, 200, 206

Saúde pública 3, 11, 59, 61, 64, 118, 129, 170, 187, 188, 194, 195, 203, 204, 206, 212, 227, 234, 239, 246, 249, 257, 265

Serviços de saúde mental 28

Síndrome de fournier 13, 14, 15, 25, 26

T

Tuberculose 86, 87, 90, 91, 121, 122, 123, 126, 127, 128, 129

U

Unidades de terapia intensiva 39, 42, 43, 44, 45, 46, 47, 48, 49, 108, 226, 228, 229, 230

 **Atena**
Editora

2 0 2 0